

11226
N=21
2Ej



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**EL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE Y SUS
REPERCUSIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A :

DRA. OLGA MORA MEJIA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO. D. F.

ENERO 1994



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No, 33
" EL ROSARIO "
DELEGACION No. 1 - VALLE DE MEXICO

DR. FULVIO MENA CARBAJAL
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION UMF 33

DR. HUGO FERNANDO SANCHEZ ARGUELLO
PROFR. TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR UMF 33

DR. RODOLFO GOMEZ PANTOJA
PROFR. ADJUNTO DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR UMF 33

DRA. OLGA NORA MEJIA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TEMA: " EL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE Y SUS
REPERCUSIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR "

PRESENTA: DRA. OLGA MORA MEJIA

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
" MEDICINA FAMILIAR "

México, D. F., Diciembre de 1983.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**TEMA: " EL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE Y SUS
REPERCUSIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR "**

**ASESOR: DRA. BLANCA E. HERNANDEZ LEYVA
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**



**DR. IGNACIO CARRANZA ORTIZ
MEDICO ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA**

México, D. F., Diciembre de 1983.

Vo. Bo.



DR. FLAVIO MENA CARBAJAL
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION UNF 33



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD
SOCIAL
Enseñanza
U. M. F. No. 33

Vo. Bo.



DR. HUGO FERNANDO SANCHEZ ARGUELLO
PROFR. TITULAR DE LA RESIDENCIA EN
MEDICINA FAMILIAR UNF. 33

AGRADECIMIENTOS

Con todo amor a mis padres
Sr. Efrén Mora Gama y Sra.
María Mejía de Mora que con
esfuerzo y esmero lograron
formar en mí un profesio-
nista.

Con respeto a todos mis
hermanos que estuvieron
siempre cerca de mí.

A mi esposo Dr. Sergio Martínez
que logró soportar largas horas
de soledad.

A mis suegros Sra. Manuela González
y Sr. Porfirio Martínez que me brin-
daron su apoyo en los momentos que-
mas lo necesito.

A mi hija Vanessa que con
su sonrisa inocente e in-
fantil siempre borro en -
mi los momentos de tris -
teza y desesperación y me
impulsó a dar un paso -
adelante en mi carrera -
profesional.

Con agradecimiento a la -
Dra Blanca H. Leyva por su -
apoyo para elaborar esta te-
sis.

Al. Dr Ignacio Carranza Ortiz
que me proporcionó los medios
adecuados para la elaboracion
de este trabajo.

Al. Dr. Fulvio Mena Carbajal
por el apoyo que nos brindó -
durante toda la residencia.

Al. Dr. Rodolfo Gomez Pantoja
por su gran interés en formar
nos Médicos Familiares.

Al. Dr. Hugo Fernando Sanchez-
Arguello por todas sus aten -
ciones .

INDICE

NOMBRE	PAGINA
Identificación del problema	1
Introducción	2-3
Justificación	4
Marco Teórico	5
Patogenia	6
Manifestaciones clínicas	7
A que se debe la deformidad	8
Clasificación de la Artritis Reumatoide	9
Aspectos radiológicos de la Artritis Reumatoide	10
Exámenes de laboratorio	11 - 13
El proteinograma	
Los anticuerpos antinucleares	
El Factor Reumatoideo	
Examen del líquido articular	
Diagnostico	13
Diagnostico diferenciasl	13
Complicaciones	14
Tratamiento	14
Tratamiento Sintomático	15
Analgésicos no narcóticos	15
Los corticoesteroides	15
Tratamiento de fondo	16
Tratamiento quirúrgico	16
Rehabilitacion ocupacional	17
Rehabilitación psiquica	18
Familia	19
Vision histórico social de la familia	20- 24
Clasificación de la familia	24+ 25
Por su desarrollo	
Por su demografía	

NOMBRE	PAGINA
Por su composición	25
Por su integración	
Funciones de la familia	26
Ciclo de vida familiar	27- 28
Roles familiares	29-32
Comunicación y familia	33- 36
Familiograma	36-38
Límites	39
La familia como sistema	40
Estructura familiar	40
Estructura familiar funcional y disfuncional	41-43
Subsistemas	43-44
Hipótesis	45
Objetivos	46
Universo de trabajo	47
Definición de variantes	48
Diseño de la investigación	49
Recursos	50
Calendarización	51
Ficha de identificación	52
Cuestionario	53-55
Análisis y resultados	56-80
Conclusiones	81 -83
Sugerencias	84
Bibliografía	85-86
Fe de erratas	87

TITULO DE LA TESIS

**" EL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE Y SUS REPERCUSIONES
EN LA DINAMICA FAMILIAR "**

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

La Artritis Reumatoide es una enfermedad hasta cierto grado incapacitante en donde el médico-especialista dirige su tratamiento generalmente al aspecto orgánico olvidando que dentro de este mismo se encuentra la rehabilitación familiar siendo esta de gran importancia para mejorar las alteraciones que se suscitan dentro de la dinámica familiar.

INTRODUCCION

Las enfermedades reumáticas fueron conocidas en el siglo V con el nombre genérico de Artritis; el término de reumatismo usado inicialmente por Galeno en la edad media en base a la teoría de los humores. Sin embargo desde hace 50 años las enfermedades reumáticas se han distinguido claramente entre sí con el avance de las ciencias médicas y la investigación exhausta con el fin de conocer la etiología y patología de los procesos reumáticos (Boyle, J.A y Buchanan, W.W: Reumatología Clínica Editorial Marín S.Á Barcelona 1972).

El término de Artritis unicamente indica inflamación de alguna articulación y reumatismo dolor de alguna articulación o su vecindad.

Actualmente se llaman enfermedades reumáticas a aquellas que afectan el aparato locomotor y producen dolor y/o rigidez de las estructuras articulares o pararticulares. Desde el punto de vista socio-económico así como médico revisten particular importancia ya que dentro del primer nivel de atención en el I.M.S.S se encuentra que el 5.3 % de la consulta de medicina general tienen como síntoma principal algún padecimiento reumático, razón por la cual el médico debe tener conocimientos suficientes a fin de poder efectuar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno, ya que el enfermo reumático por su frecuencia y características evolutivas conducen al deterioro físico y trae consigo consecuencias inherentes a ello presentando un problema de perfiles y contenidos muy complejos que exige al médico-tratante una atención minuciosa para no dejar pasar inadvertidos -- uno sólo de los múltiples aspectos de la terapéutica que detenga o evite la invalidez.

Desde el punto de vista socioeconómico reviste gran importancia por el elevado porcentaje de invalidez tanto temporal como permanente tomando en cuenta que el sistema musculoesquelético es el principal mecanismo de relación con el medio exterior para el desempeño del trabajo y la patología de miembros inferiores y la columna dificultan el desplazamiento y la de los miembros superiores afectan la

producción manual siendo como se realiza la mayor parte del trabajo humano.

Según estadísticas referidas (Ficha Bibliográfica No. 6) los últimos -- 25 años las enfermedades reumáticas ocupan un 25.7% de pensión tanto temporal como permanente; en el paciente afiliado al sistema DSS lo cual repercute en la comunidad por el costo económico tan elevado que requiere su tratamiento tanto desde el punto de vista farmacológico, hospitalario, quirúrgico, rehabilitación, monto de pensión, pérdida de la productividad, sufrimiento humano y la desorganización familiar que no tiene valor económico medible.

En las enfermedades crónicas el panorama es diferente y siendo así que-- en algunos casos de Artritis los cambios trascienden a todas las esferas de la vida tanto familiar, social, económica, afectiva etc., la limitación física, el desequilibrio emocional y económico amplifican el conflicto y -- crean situaciones de ansiedad y frustración que influyen en la esfera síquica que puede llegar a ser un problema grave y alarmante.

Ya en un tiempo se calificó de extraordinario el recurso ofrecido por las sales de oro, después los salicilatos llenaron toda una época y finalmente en 1948 Kendal anunció el uso de la cortisona en el tratamiento de la Artritis Reumatoide (Ficha No. 9)

Magnífica puede considerarse la respuesta de las drogas, analgésicos, antiinflamatorios etc, que tienen en esta enfermedad y surge la interrogación:

¿ El tratamiento del paciente reumático implica únicamente el uso de fármacos ? ; Indiscutible y definitivamente que no ; el problema es mucho más complejo, la rehabilitación obliga a que el médico se responsabilice y detecte todas las complicaciones y facetas que la enfermedad altera y cuyo equilibrio es indispensable restablecer.

JUSTIFICACION

La Artritis Reumatoide es una enfermedad hasta cierto grado incapacitante por producir alteraciones destructivas de las articulaciones y en la que el sexo femenino es el más afectado en una proporción de 3 a 1, predominantemente en la 5a. década de la vida y cuya etiología es desconocida por lo que no existe ningún tratamiento curativo. (Ficha No. 15).

Es de gran importancia la patología reumática por el elevado porcentaje de invalidez que repercute a todos los niveles por el alto costo que requiere su tratamiento trayendo consigo problemas a la comunidad y sobre todo la desorganización familiar, desajuste emocional y psicológico por las características propias de esta enfermedad.

La limitación física por las alteraciones destructivas y el desequilibrio emocional y económico amplifican el conflicto y crean situaciones de ansiedad y frustración, motivo por el cual el tratamiento debe de ser lo más completo posible a fin de lograr una independencia máxima en las actividades diarias partiendo de la capacidad física que requiere, el aspecto psicosocial además del orgánico disminuyendo las molestias y el dolor con el fin de conservar la funcionalidad de cada uno de los segmentos y rehabilitando aquellas funciones que se encuentran deficientes. Otro de los aspectos de gran importancia es la rehabilitación familiar la cual generalmente no es llevada a cabo porque el medico no se interesa en conocer las funciones familiares y dinámica familiar que se presentan y en base a que en la literatura no se reporta este último aspecto inquieta la elaboración de este estudio.

MARCO TEORICO

La Artritis Reumatoide es uno de los tipos de poliartritis inflamatoria crónica generalizada, de curso variable con exacerbación de los dolores articulares y de la tumefacción que conducen frecuentemente a las deformidades progresivas. Es la manifestación clínica dominante de la enfermedad más generalizada del tejido conectivo y se encuentra estrechamente relacionada con el Lupus Eritematoso Generalizado, la poliartritis nodosa, esclerodermia, fiebre reumática y las dermatomiositis. (Ficha No. 14)

La incidencia de la Artritis Reumatoide es relativamente frecuente ; las revisiones bibliográficas han revelado que aproximadamente el 2.5% de la población adulta que vive en países de clima templado sufre esta enfermedad (Stanley L Robbins 1976). El sexo femenino es el más afectado en una proporción de 3 a 1 en comparación con el sexo masculino; el período de máxima frecuencia se encuentra comprendido entre las edades de 20 a 40 años y algunos autores refieren hasta la 7a. década de la vida. (Ficha No. 16)

La etiología de esta enfermedad es desconocida a pesar de intensivas investigaciones tanto clínicas como experimentales, hasta el momento dominan 2 teorías que son:

- A) La Artritis Reumatoide es una enfermedad infecciosa causada por algún agente microbiológico.
- B) Es una enfermedad de hipersensibilidad quizá de origen autoinmune.

En el 70% de los pacientes puede demostrarse un factor reumatoideo que es una microglobulina (IgM) con constante de sedimentación de 19 unidades - Svberg in vivo, que circula como complejo IgG autólogo para formar una macromolécula. El factor reumatoideo reacciona en forma cruzada con globulinas inanes de otras especies; el título sérico de este factor parece guardar relación con la gravedad de esta enfermedad ya que su porcentaje es muy elevado en las afecciones graves o difusas y puede descubrirse en diversas pruebas específicas como son la fijación de latex, la floculación bentónica y la aglutinación de globulos rojos de carnero sensibilizado.

(Ficha No. 14)

Se supone que este factor reumatoideo es elaborado por células inmuno-competentes en el infiltrado inflamatorio sinovial y que, de hecho puede demostrarse en estas células por técnicas inmunofluorescentes..

No se sabe que es lo que desencadena su aparición, posiblemente algún tipo de antígeno exógeno como un agente microbilógico que pudiera poseer similitudes antigénicas con IgG y desencadenar anticuerpos IgM reconocidos como Factor Reumatoideo. Las articulaciones afectadas también demuestran valores bajos de complemento surgiendo la formación de complejos inmunes con fijación de complemento de esos niveles; sin embargo la presencia de un factor reumatoideo en la artritis reumatoide es inconstante y puede presentarse también en una variedad de enfermedades del tejido conectivo no relacionadas.

(Ficha No. 14)

Los factores psicológicos pueden predisponer a algunas personas a esta enfermedad y son aquellas que tienden a inhibir los sentimientos de hostilidad y agresión, mientras que los individuos psicológicos parecen menos propensos. Se ha visto en algunos estudios que el stress produce exacerbación de la actividad reumatoidea.

PATOGENIA

En las primeras fases se encuentra una inflamación predominantemente sinovial; la membrana sinovial que normalmente esta constituida por una sola capa de células reacciona a la inflamación mediante congestión, edema, exudación de fibrina, proliferación y formación vellosa; los leucocitos y polimorfonucleares aunque se encuentran en grandes cantidades en el líquido sinovial no es así en la membrana.

Las características de las células inflamatorias en la membrana sinovial reumatoidea son los linfocitos y células plasmáticas, algunas de las cuales se agrupan en formaciones nodulares con centros germinales. El tejido de granulación inflamatorio se infiltra en el tejido conjuntivo sinovial haciendo que se inche cambiando su consistencia; la misma capsula fibrosa de los ligamentos puede estar afectada e incluso luxarse o dislocarse como ocurre en otros tipos de inflamación.

El tejido de granulación es reemplazado por una fibrosis o formación de

cicatrices con la consiguiente contractura y deformidad articular ; el tejido de granulaci3n inflamatorio se extiende por la superficie articular - hasta formar un pannus que impide la nutrici3n normal del cartilago con la consiguiente necrosis cartilaginosa, adem3s de que el mismo tejido erosiona el hueso subcondral en los m3rgenes de la articulaci3n y penetra por debajo del cartilago produciendo en el hueso zonas de osteolisis local (quistes) y el resto del hueso presenta en el sitio de la articulaci3n una osteoporosis regional y si el proceso evoluciona por varios meses o a3os hay formaci3n de adherencias fibrosas que puede osificarse y convertirse en una anquilosis 3sea. En la membrana sinovial que cubre los tendones y reviste sus vainas reacciona similarmente y produce un trastorno funcional; los mismos elementos del tejido conjuntivo de los m3sculos que controlan la articulaci3n resultan afectados por el proceso inflamatorio y adem3s de la atrofia muscular por inactividad y la aparici3n de fosos de infiltraci3n mononuclear que se reemplaza posteriormente por una fibrosis reparadora y produce contractura del m3sculo que es otro factor en la patogenia de la deformidad.

Aproximadamente en un 30% de los pacientes se presentan los n3dulos reumatoideos subcut3neos en las zonas sujetas a compresi3n, principalmente en miembros inferiores; estas lesiones extrarticulares parecen empezar en forma de vasculitis reumatoidea con necrosis posterior y estan compuestas por una zona central de material fibrinoideo y de dep3sitos celulares que se encuentran rodeados de c3lulas mononucleares y de una zona externa de tejido de granulaci3n. Puede localizarse otras lesiones extrarticulares en los componentes del tejido conectivo y tambi3n en sistema cardiovascular en donde produce adherencias pericardiacas, vasculitis en valvulas de coraz3n; tambi3n puede afectar al sistema reticuloendotelial, escler3tica, duramadre, bazo, laringe y el aparato respiratorio como ser3a la fibrosis pulmonar.

(Ficha No. 15)

MANIFESTACIONES CLINICAS

Las manifestaciones cl3nicas de la Artritis Reumatoide son tan variables por su modo de comienzo, distribuci3n, gravedad y ritmo de progresi3n, que es dif3cil efectuar una breve descripci3n de las mismas.

Habitualmente suele ser un comienzo insidioso aunque tambi3n puede ser -

episódico e incluso agudo. Los pacientes suelen quejarse por síntomas prodrómicos como son el malestar general, fatiga, pérdida de peso y apetito, -- trastornos vagos vasomotores, dolor vago articular o incluso rigidez antes de comenzar con la inchaazón y el dolor articular. Es menos frecuente el que sea precipitado por situaciones violentas como son la infección, inflamación intervenciones quirúrgicas, trauma o tensión emocional o en el período de puerperio. Otro criterio (Dr. Bruce Salter) es el que puede empezar en varias articulaciones (poliartritis reumatoidea) pero, también puede permanecer por tiempo prolongado en una sólo articulación (Artritis Reumatoidea -- monoarticular) y raramente la toxicidad general aguda con fiebre elevada y debilidad o anemia.

(Ficha No. 14 y 15) .

Las articulaciones más afectadas en orden de frecuencia y progresión son las manos, muñecas, rodillas, codos , pies, hombros y caderas; la poliartritis tiende a ser bilateral y asimétrica.

En las fases iniciales, la distribución característica la constituyen ciertas articulaciones como son las manos, los pies, articulaciones metacarpofalángicas del pulgar, índice , dedo medio, la articulación interfalángica proximal del dedo índice medio y anular, las articulaciones metacarpofalángicas de los 4 dedos pequeños del pie (en algunas ocasiones se ven afectadas inicialmente las grandes articulaciones que las pequeñas).

La presentación característica es la tumefacción articular, suele ser simétrica con rigidez asociada de predominio matutino y con tendencia a modificarse por el ejercicio diario; en las fases iniciales estos síntomas tienden a remitir después que el paciente ha entrado en calor, pero posteriormente la tendencia es hacerse cada vez más grave y persistente.

En cualquier articulación afectada las cinco manifestaciones de inflamación se hacen cada vez más notables (rubor, calor, dolor y pérdida de la función)

(Ficha No. 13)

A QUE SE DEBE LA DEFORMIDAD

La deformidad se presenta rápidamente a causa de la combinación de los -

siguientes factores :

- 1.- Espasmo muscular que mantiene la articulación en posición menos dolorosa.
- 2.- Contractura muscular debida a la fibrosis de los músculos inflamados.
- 3.- Atrofia muscular con fuerza decreciente para mover la articulación.
- 4.- Subluxación y dislocación debida al estiramiento de la cápsula y de los ligamentos articulares.
- 5.- Contractura capsular y ligamentosa tardía debida a fibrosis.
- 6.- Rotura de los tendones principalmente en las manos debida a la afección reumatoidea más fricción contra los espines óseos (deformidad)

En el 25 % de los pacientes hay una remisión completa después del episodio inicial sin que deje inflamación residual y en el resto de los pacientes el proceso reumatoideo acaba por "quemarse" y el estado del paciente depende del grado de lesión articular estructural irreversible que haya ocurrido

Los nódulos reumatoideos subcutáneos aparecen aproximadamente en el 20% de los pacientes, suelen presentarse por encima de las prominencias óseas - pero también en las vainas tendinosas de los ganglios linfáticos; se caracterizan por un foco de necrosis central rodeado de células de tejido conectivo proliferante y suelen orientarse radicalmente por lo que crean una imagen definida empanizada de fibroblastos y leucocitos siendo en ocasiones el foco central de depósitos fibrinoideos y necrosis.

CLASIFICACION DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

CLASE

I. Completa (total)

Capacidad para continuar con todas las areas usuales sin impedimento o dificultad.

II. Apto para desempeñar actividades normales.

A pesar de dificultad, malestar o movimientos limitados a una o a más articulaciones.

III. Limitado

Sólo para desempeñar pequeñas o ninguna de las tareas de ocupación usual o cuidado propio.

IV. Incapacitante

Postrado en cama o limitado a silla de ruedas, sin cuidado propio.

(Ficha No. 1)

ASPECTOS RADIOLOGICOS DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

Este parámetro es de gran importancia y lo más importante es descubrir - los signos precoces de la enfermedad ya que las alteraciones avanzadas son - difíciles de identificar, ante sospecha de la enfermedad se solicitarán ra - diografías de ambas manos en proyección palma-placa y en pies planta-placa.

Es más difícil detectar los cambios precoces en manos y pies. Por otro - lado tenemos que es un signo precoz y estriba en la TUMEFACCION DE LOS TEJI - DOS BLANDOS; periarticulares que se observa en articulaciones interfalángi - cas proximales y metacarpofalángicas y es debido a la presencia de derrame - y proliferación sinovial.

En segundo lugar la DESCALCIFICACION que probablemente se deba a la falta de movimiento por el dolor y también puede n intervenir otros factores, es - un signo muy útil en localizaciones unilaterales cuando se compara con la ar - ticulación simétrica. La descalcificación es subcondral y epifisiaria a ve - ces moteada en casos muy agudos y cuando dura mas se extiende a la diafisis.

El tercero es la PROLIFERACION PERICOSTAL que es debida a edema inflama - torio que afecta a la zona periostal que esta en contiguidad con la articu - lación inflamada siendo siempre acentuada en mayor cantidad en las cercanías de la articulación y posteriormente este hueso deformado se pone perfec - tamente subyacente dando un cuello metacarpiano y metatarsiano más engrosa - do. En otros casos este hueso se reabsorbe o se manifiesta en las zonas pro - ximales a las tenosinovitis y aparece en el hueso cercano a la vaina infla - mada.

En cuarto lugar aparecen las EROSIONES que constituyen la articulación - radiológica de mayor importancia diagnóstica, las erosiones superficiales - aparecen siempre en las áreas marginales de la articulación y es ahí en don - de se produce en primer lugar la destrucción cartilaginosa observandose en - primer lugar la pérdida de la línea fina del hueso compacto subcondral.

En quinto lugar es el ESTRECHAMIENTO DEL ESPACIO ARTICULAR, es un- causa de destrucción del cartilado siendo más avanzada la enfermedad , se obser - va porosis y descalcificaciones más acentuadas pudiendo abarcar todo el es -

queleto en casos graves.

Las luxaciones y subluxaciones de las superficies articulares y adelgazamiento de los huesos.

Por último y sexto lugar después de una fase de estrechamiento de la interlinea articular puede establecerse una anquilosis fibrosa u ósea y en las formas mutilantes aparece lisis acentuada de los extremos óseos que quedan aislados y destruidos dando lugar a lo que Hench denominó imágenes en copa de punta de lápiz y lápiz.

En la región cervical aparecen erosiones y estrechamientos de los espacios correspondientes a discos y espacios intervertebrales, mientras que en la artrosis aparecen en los discos bajos. (Ficha No. 13)

EXAMENES DE LABORATORIO

La velocidad de sedimentación globular (VSG) se encuentra acelerada en forma variable y casi siempre existe actividad de la dolencia, y cuando hay síntomas y existe una VSG acelerada hace sospechar en un brote que se avecina, así mismo es otro parámetro para controlar la acción terapéutica.

La biometría hemática muestra una cifra de comense agudo y grave o bien hay complicaciones extrarticulares como la pleuritis y pericarditis.

La anemia más o menos moderada es casi constante y su etiopatogenia es muy compleja y no bien precisada; esta puede ser hipocrómica o normocítica o hipocrómica microcítica. La punción esternal no muestra alteraciones de eritropoyesis sino únicamente un ligero retraso en la maduración, mientras que el hierro medular extracelular esta aumentado lo que hace pensar que la anemia es debida a una mala incorporación del hierro medular, algunos pacientes tienen menor sobrevida de los hematíes y mas rara es la existencia de anemia megaloblástica. Podemos decir en términos generales que el grado de anemia se encuentra ligado al grado de actividad de la dolencia.

EL PROTEINOGRAMA: Este no muestra datos específicos, en general hay hipoalbuminemia y en los estadios iniciales aumento de las globulinas alfa que va seguido de una hipergamaglobulinemia.

El porcentaje de positividad de las células LE es variable en diversas series alrededor del 17% y algunos autores refieren que estos deberán de catalogarse como efectos del Lupus Eritematoso Diseminado a no ser que haya ma

nifestaciones extraviscerales que hagan pensar en el diagnóstico.

LOS ANTICUERPOS ANTINUCLEARES.

Estos han sido positivos en porcentajes variables con las diversas técnicas empleadas (desde el 16 hasta el 65%) así mismo da la impresión de que en aquellos casos en que los anticuerpos antinucleares y reacciones positivas se presentan sugieren casos graves.

EL FACTOR REUMATOIDEO

En la Artritis Reumatoide existe un factor sérico que como se ha mencionado es producido en células linfocitarias de los ganglios, el bazo y infiltrados inflamatorios de la sinovial reumatoidea.

Este factor se efectúa empleando partículas inertes (hematíes de camero-ro, hematíes de humano o partículas de latex), las cuales son sensibilizadas por globulina gamma y estas partículas de WAANER-ROSE se emplean hematíes de carnero sensibilizado con globulina gamma anticarnero de conejo. En la modificación de este método se realiza air Foz en donde se emplean hematíes humanos y junto con anticuerpos Anti-Rh como amboceptor. Ambas reacciones se consideran positivas cuando tiene lugar la aglutinación de los hematíes a diluciones 1/32.

En la reacción de Waaner-Rose es positiva en el 60-90% de los casos de Artritis Reumatoidea.

El test de la Roseta Reumatoidea consiste en enfrentar hematíes humanos-recubiertos por antiglobulina humana de conejo y linfocitos. En los pacientes con Artritis Reumatoide aquellos se disponen en roseta alrededor de estos. Su interés de esta prueba radica el poner de manifiesto el factor reumatoideo en los propios linfocitos que lo producen y es por eso que resulta positiva en casos negativos. Por otra parte en la población general hay un 2 a 6 % de individuos que presentan reacción positiva sin otras circunstancias y pueden estar presentes en otras enfermedades como son el Lupus Eritematoso Diseminado, hepatopatías, lepra, sarcoidosis, tuberculosis pulmonar, sífilis, poliartritis nodosa, escleroderma, cardinomas, hipergamaglobulinemia.

EXAMEN DEL LIQUIDO ARTICULAR

Actualmente se ha convertido en una rutina en casos dudosos o en casos de monoartritis o una tendovaginitis de etiología no precisada.

DIAGNOSTICO

Es de gran importancia el interrogatorio minucioso, fecha de inicio de los síntomas, la relación de la primera molestia con trauma, síntomas generales, enfermedades intercurrentes, factores ocupacionales o ambientales. En las formas avanzadas o bien en aquellas en que las manifestaciones clínicas no son claras ni manifiestas es difícil efectuar un diagnóstico clínico

De todo lo anterior expuesto se deduce que deben tomarse en cuenta ciertos parametros (Farreras Valenti 1976)

- 1) La rigidez matutina
- 2) Dolor de los movimientos de presión de una articulación
- 3) tumefacción (queda excluida la proliferación ósea) debe tratarse de un derrame articular o de un engrosamiento de los tejidos blandos y periarticulares
- 4) Tumefacción comprobada por un médico en una articulación y como intervalo sintomático de dos articulaciones no superior a 3 meses
- 5) tumefacción de articulaciones simétricas con afección simultánea de la misma articulación en ambas extremidades (cuando es en articulaciones interfalángicas no requiere una asimetría exacta) y las interfalángicas distales no sirven para llenar este requisito
- 6) la presencia de nódulos subcutáneos son prominencias óseas de la parte extensora de los miembros o en regiones yuxtarticulares
- 7) alteraciones radiológicas típicas de la artritis reumatoidea (descalcificación en las articulaciones afectadas)
- 8) positividad en las pruebas de aglutinación.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Teniendo en cuenta que hay una serie de enfermedades que pueden mostrar manifestaciones en articulaciones periféricas semejantes o sugestivas de Artritis Reumatoide se han confeccionado una lista de 21 exclusiones y que son:

- 1) Erupción característica del Lupus E.
- 2) Abundantes células LE
- 3) Histología característica de poliartritis nudosa
- 4) Manifestaciones musculares dermatomiositis
- 5) Escleroderma evidente
- 6) Quadro clínico de Fiebre Reumática

tica 7) Cuadro clínico de gota 8) Tofos 9) Artritis infecciosa aguda 10) hallazgo de bacilo de Hoch en líquido sinovial 11) Síndrome de Retier 12) Síndrome de hombro mano 13) Osteoartropatía hipertrófica 14) Artropatía neuropática 15) Acido homogénstico de orina 16) Sarcoidosis 18) Eritema nudo-so 19) Leucocitosis o linfomas 20) Agamaglobulinemia 21) Espondilitis anquilosante (Farreras Valenti 1976)

COMPLICACIONES

Numerosos hechos clínicos se han considerado como complicaciones y forman parte de una realidad del cuadro clínico de la enfermedad tratándose de manifestaciones propias de la enfermedad, las más frecuentes son la Artritis purulenta por inyecciones intrarticulares, la Amiloidoso y otras.

TRATAMIENTO

El tratamiento incluye varios aspectos y requiere de un equipo médico y paramédico completo además de la Reumatología; el cirujano, fisiatra, rehabilitador, psiquiatra, trabajo social y otros ya que el tratamiento adecuado está orientado a disminuir o tratar de suprimir la inflamación y el dolor, además de prevenir otras deformidades conservando al paciente como un todo y en cada uno de los segmentos del aparato musculoesquelético, así mismo rehabilitar aquellas funciones que se encuentran deficientes, ya que las enfermedades crónicas plantean una situación diferente pues los cambios trascienden a todas las áreas de la vida tanto familiar como social psicológica y económica.

Dentro de las medidas específicas destaca el reposo y este está indicado según la actividad inflamatoria de la enfermedad; por ejemplo cuando hay ataxia que al estado general o cuando hay enfermedad reumatoidea sistémica, la duración del reposo no debe ser excesiva y es recomendable varios períodos de reposo en el curso de día, estos se alternan con períodos de ejercicio y las actividades de la vida diaria. Con frecuencia es útil el reposo de determinada articulación o posición fisiológica proporcionada habitualmente por férulas por la noche. Los ejercicios son de gran ayuda y se les enseña a movilizar todos los segmentos del aparato musculoesquelético los cuales deberán ser llevados a cabo diariamente y en forma progresiva. Por otro lado se usará la fisioterapia y el calor para disminuir el dolor y la inflamación.

La tranquilidad física es fundamental. La alimentación deberá de ser - variada y nutritiva pero ninguna influye a favor o en contra de la enfermedad; si hay anemia secundaria importante deberá de administrarse sales de hierro en casos de anemia grave deberá de transfundirse. (ficha No. 17)

TRATAMIENTO SINTOMATICO

La base de la terapéutica farmacológica es el ácido salicílico que es la primera medicación que se administra en un porcentaje muy importante teniendo un control satisfactorio de sus signos y síntomas de inflamación. Cuando este medicamento no logra un control satisfactorio se agregan otro tipo de medicamentos no esteroideos de los cuales hay una gran variedad como son el ácido meclofénico (Isoprofen), ácido mefénico (Indometacina, Aclafenac, (Ketoprofen) cloripac, (Naproxen), fenchofenac (Piroxicam), fenilbutazona - (Brocuazona), etc.

También se puede recurrir a otros analgésicos de uso común como son la dipirona (Neo-Melubrina) a dosis de 1 a 3 grs. diarios.

ANALGESICOS NO NARCOTICOS

Este tipo de opiáceos especialmente los sintéticos se encuentran prohibidos a salvo de su uso en la Artritis Reumatoide y deberán ser manejados cuidadosamente por crear toxicomanía.

LOS CORTICOSTEROIDES

Aproximadamente el 10 al 15 % de estos pacientes lo requieren y deberán de tener precaución al administrarse por sus efectos colaterales como sería un Síndrome de Hiperkortisonismo que guarda relación directa con la magnitud de la dosis. El Empire Rheumatism Concil (1962) recomienda algunos parámetros para su indicación.

- 1.- Enfermos menores de 50 años no inválidos que tienen responsabilidades sociales, económicas continuas y que la enfermedad haya sido progresiva en un tiempo de 2 a 5 años.
- 2.- Casos en los cuales hay una evolución radiológica que demuestra lesiones positivas.

- 3.- En Artritis Reumatoide activa y progresiva y que no puede someterse a un tratamiento adecuado intrahospitalario (muy importante porque puede perder su trabajo, preferentemente en el sexo masculino y en el femenino el abandono de las labores domesticas.

TRATAMIENTO DE FONDO

Llamemos así a aquellos medicamentos que parecen detener la evolución de la enfermedad; son modificadores de la reacción inflamatoria y algunos se encuentran preparados con sal en la solución o suspensión oleosa o acuosa y la eficacia depende de la cantidad de oro metal que contiene. Su modo de empleo es una inyección intramuscular semanal de 50 mgs. de oro metal ----- (Allochrystine 0'10) hasta un total de 600 mgs., el intervalo entre las dosis deberá ser de 2 meses y los siguientes de 3 a 4 meses. En el 40% de los casos da manifestaciones dermatológicas como dermatitis, estomatitis y otras que se acompañan de leucopenia, agranulocitosis, trombocitopenia, síndrome nefrótico y en raras ocasiones la hepatitis tóxica. La intoxicación con este medicamento se trata con corticoesteroides.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Dentro del campo quirúrgico se encuentra la cirugía ortopédica que es -- aplicada cuando existen cambios estructurales en las articulaciones y /o -- tejidos blandos pararticulares y se clasifican en :

- a) Cirugía profiláctica
- b) Cirugía de rehabilitación o reconstructiva
- c) Cirugía de último recurso

La primera actúa sobre los tejidos blandos, sinovial, vainas tendones y se encuentra indicada en el proceso inflamatorio persistente por varios meses y se prevée lesión ósea cartilaginosa a corto plazo.

La segunda ha tenido un gran auge en los últimos años con el desarrollo de las prótesis totales de articulaciones como la coxofemoral, metacarpofalángica de rodilla o muñeca.

La última consiste en la artrodesis cuya indicación es poco frecuente y se aplica ocasionalmente en metacarpofalángicas del pulgar. (Ficha No. 9).

REHABILITACION OCUPACIONAL.

Comprende varios aspectos y elementos que deben de trabajar conjuntamente y esta terapéutica esta enfocada a mantener la actividad física y mental para poder desarrollar sus funciones cotidianas. Deberá despertarse el interés en el paciente tomando en cuenta las características ambientales en las que se desenvuelve. Esta terapéutica puede iniciarse desde el estado agudo de la enfermedad o en cualquier tipo de pacientes ambulatorios manteniendolo lo más rápido posible fuera del ambiente hospitalario, lo que dará oportunidad a valorar sus progresos comparados con otros enfermos no rehabilitados.

Una vez que la terapéutica ocupacional ha logrado resolver las necesidades básicas de estos pacientes se prosigue al reacondicionamiento de su trabajo o a estimularlos a aprender un nuevo oficio o profesión si así se requiere e incluso dentro de su propio hogar en aquellos pacientes en quienes sea imposible desplazarse.

Robinson HS, Ealtersk: Patrones de Trabajo: Artritis
Reumatoide Int. Rehabil Med. 1 (3) 121-5 1979.

Fueron entrevistados 50 adultos reumáticos compitiendo continuamente en su trabajo de tiempo completo para determinar los factores que distinguen a este grupo y permiten su trabajo continuo el cual incluye protesis y ayudas físicas, sociales para trabajar tiempo completo. Los datos indican que ellos en conjunto tenían enfermedad importante, la mayoría estaban dentro de su trabajo y debían haber trabajado por mucho tiempo en sus ocupaciones.

La mayoría no cambiaron su ocupación después del inicio de la enfermedad y muchos habían estado en sus trabajos por años, frecuentemente en la misma empresa, las promociones fueron pocas ellos tenían patrones matrimoniales estables. Los pacientes eran motivados para trabajar y hacían que fuera necesario quedarse a trabajar a pesar de su enfermedad. Los trabajadores tuvieron un bajo nivel de abstencionismo, disfrutaban sus trabajos y sentían que el deseo personal fuera el factor mas importante para seguir con el trabajo.

A consideración de la enfermedad misma, en medición a los más altos o más bajos problemas de extremidad, la rigidez matutina, la fatiga, las dificultades de transporte público fueron el punto vulminante, el foco de

atención sobre la necesidad de un mejor control; de estas características de la enfermedad y el medio ambiente.

LA REHABILITACION PSIQUICA

Una vez echado a andar el plan de rehabilitación general en la hospitalización, la terapia física ocupacional y métodos señalados deberán de completarse con la terapia psíquica. Deberá de investigarse si el desequilibrio emocional figuró como causa predisponente al desencadenamiento de la Artritis Reumatoide; si existen características bien definidas en la esfera psicológica. Es bien sabido que los pacientes con Artritis Reumatoide son incapaces de precisar sus propios problemas y valorarlos justamente para lograr decisiones adecuadas. Es frecuente que presenten sentimientos de hostilidad a su medio ambiente y cuadros depresivos frecuentes. Así mismo no es difícil entener que un padecimiento crónico e invalidante produce alteraciones como son el cambio en la apariencia física y que tienen repercusión social y económica, condiciones que originan desadaptaciones en la vida emocional de estos enfermos.

Por lo general no aceptan una sicoterapia profunda y entonces el médico deberá hacer por lo menos una terapia superficial que deberá de ser constante.

(Ficha no. 17)

Roger MP; Liang MH; Patridge J : Cuidado psicológico de adultos con Artritis Reumatoide. Ann Inter Med. - Mar; 96 (3) 344-8 1982.

El médico que trata pacientes con Artritis Reumatoide crónica gasta una considerable cantidad de su tiempo distribuido entre los aspectos psicológicos y sociales de la enfermedad. La reacción de los pacientes a la enfermedad puede estar relacionada a la edad, experiencia, personalidad y al medio ambiente de trabajo y en la casa. Los problemas comunes incluyen la pérdida de independencia, autoestima, la relación con la familia y los amigos, el empleo y manejo del dolor.

Los médicos deberán estar atentos al aspecto psicológico y reconocer sus alteraciones dinámicas para reducir al mínimo el impacto.

Meenan RF; Yelling BH, Nevitt N; Epstein XV:
El impacto de la enfermedad crónica; un perfil
socioeconómico de la Artritis Reumatoide.

Un gran número de individuos con Artritis Reumatoide han sido estudiados en orden para describir mejor los problemas socio-médicos para pacientes con esta enfermedad crónica. Doscientos cuarenta y cinco respondedores -- fuerón examinados por el uso de cuestionario detallado y entrevistas: los resultados indican que la mayor parte de las pérdidas en el área de trabajo y finanzas además de la estructura familiar son extremadamente comunes. La mayoría de los trabajadores fueron totalmente incapacitados como resultado de su enfermedad. Los sujetos del grupo estaban ganando sólo el 50% del sueldo predicho para ellos cuando habían padecido Artritis. El 63 % experimentaron un cambio mayor en su status psicológico como un resultado de su enfermedad. La incapacidad para el trabajo parece ser el impacto más importante desde el punto de vista socio-médico de la Artritis Reumatoide, desde que esta se asocia con una mayor pérdida de salario y pérdida psicosocial significativamente.

FAMILIA

La palabra familia proviene de la raíz latina "familus " que significa - esclavo doméstico. En la antigüedad se consideraban como familia a un conjunto de esclavos propiedad del hombre.

En la época de los salmistas no existe un conjunto de lo que ellos consideraban como familia, únicamente mencionaban "personas solitarias " y en -- tiempos de Salomón se mencionaban sus múltiples esposas así como las comunas de San Pedro (ahora referencia en las comunas de Hippies), también polimerizándose si la pareja de homosexuales se considera familia.

Mientras el término de familia se le ha proporcionado con múltiples definiciones el grupo hombre-mujer-niño (s) ha persistido como la unidad social de la cultura occidental.

El Diccionario Enciclopédico de la Universidad de Colombia define a la familia como un grupo de gente que vive en una misma casa bajo una misma autoridad.

El Censo Canadiense la define:

" La familia esta compuesta por el marido. la esposa, con hijos o sin ellos que nunca se han casado; o por un padre o más hijos que tampoco se han casado y que viven bajo el mismo techo."

El Censo Americano la define :

" Un grupo de 2 o más personas que viven juntas y relacionadas unas con --- otras por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción y que ejercen interacción porque saben que existen los demás y saben que existen ellos considerándose como unidad ".

Parlem considera:

" La familia es un grupo social constituido por padre, madre y hijos y en ciertas circunstancias otro tipo de parientes consanguíneos o no que tienen características en común y viven bajo el mismo techo; en caso de no ser así adoptan decisiones que influyen modularmente en su interacción.

Esta definición no contempla la posibilidad de que no exista uno de los padres y otra parte como miembros o individuos por ejemplo el sacerdote, - el comerciante etc. que en determinado momento ejercen acciones que directamente afectan la dinámica familiar..

VISION HISTORICO SOCIAL DE LA FAMILIA

Aunque hay innumerables enfoques de estudio de evolución de la familia - entre los cuales podemos citar el punto de vista revelado patriarcal (libros de Moisés) el cual considera a la familia como una unidad cuyas características principales derivan de los sistemas de parentesco, confiriendo - les además una concepción ideológica cultural e histórica, que en el aspecto de la interrelación individuo-familia-sociedad tiene aún puntos oscuros y áreas de profunda controversia. Algunos antecedentes del estudio del desarrollo histórico de la familia permiten situar su inicio en el año de -- 1860: Bochofen, en su libro "el derecho materno" (1861), los trabajos de - J. F Mac. Lennan, estudios de historia antigua (1896) Lubbock.

El origen de la civilización (1870) Morgan y sobre todo Engels en su li-

bro El Orfien de la familia, la propiedad privada y el estado en 1884).

Así pues conviene situarnos en el contexto del materialismo teórico teoría que postula que los factores decisivos en la historia, principales y responsables del desarrollo de las sociedades han sido los sistemas de producción.

Desde el punto de vista del desarrollo de la cultura y de acuerdo con los progresos obtenidos en la producción de medios de consumo se considera que la humanidad ha comprendido tres grandes estadios que son:

A) SALVAJISMO

Período en el que predomina lo que la naturaleza produce, las producciones artificiales del hombre están destinadas sobre todo a facilitar esa apropiación.

B) BARBARIE.

Período que se caracteriza por la aparición de la cultura, lo cual incrementa la producción de la naturaleza por medio del trabajo humano.

C) CIVILIZACION

En este período el hombre continúa aprendiendo a elaborar los productos naturales; es el período de la Industria propiamente dicha y del arte.

El paso a la civilización está dado por la invención de la escritura alfabética y su empleo para la creación de la literatura, lo que permitió el registro histórico. La literatura es una consecuencia de la escritura, y surge por la necesidad de comunicación más no para la producción literaria. En un principio el mito, la filosofía y la literatura se confunden sin embargo existen elementos propios de cada una de ellas que los diferencian.

Salvajismo inferior: En esta época los hombres permanecían en los bosques y vivían temporalmente en los árboles; esta es la explicación que se da para decir que continuarán viviendo entre grandes fieras salvajes. Las raíces y frutas eran su alimento. Su principal progreso fue la invención del lenguaje articulado.

Salvajismo medio: Comienza cuando el hombre se alimenta de animales acuáticos. En este período el hombre descubre el fuego, se hizo independiente -

del clima y de los lugares siguiendo el curso de los ríos y de las costas y así es como logra extenderse rápidamente. Tenían instrumentos parecidos al período paleolítico; parece ser que la antropofagia tiene más auge en este estadio. En cuanto a la familia había promiscuidad relativa.

Salvajismo superior: Gracias al invento del arco y de la flecha, la caza llega a ser su alimento regular y una de las ocupaciones normales también - en este período se hace uso de la cuerda, hay cierta maestría como es la producción de vasijas, tejos de madera, tejidos a mano sin telar con fibra de alburá y tenían instrumentos de piedra ya pulimentada.

Con el concomitante desarrollo de la familia, hubo una etapa de promiscuidad relativa que evolucionó poco a poco al matrimonio por grupos (Familia Punalá) que quiere decir socio o compañero íntimo.

Barbarie Inferior : Empieza con la introducción de la alfarería que nació de la costumbre de producir con arcilla vasijas para hacer las refractarias de fuego; el rasgo característico es la domesticación de animales. La familia, el matrimonio por grupos se extingue poco a poco cuando se inicia la constitución de parejas o matrimonio sindiásmico y aparece el matrimonio por rapto.

Barbarie media: En Europa y en América se aprecian diferencias, Europa tiene la domesticación de animales para el suministro de leche y carne, el cultivo de plantas permanecía desconocido, en América la domesticación de aves como el guajolote y la Llama del Perú. Existía el cultivo de hortalizas mediante riego y vivían en casas de madera o en aldeas protegidas por empalizadas.

Barbarie superior: Comienza con la fundición del hierro. Por primera vez se ve el arado tirado por animales; se incrementa la agricultura. A este estadio pertenecen los primeros pobladores de la actual Grecia, las tribus itálicas y los nómadas.

Desarrollo de la familia: En América la evolución del matrimonio llegó hasta el tipo Sindiásmico; en el viejo mundo evolucionó hasta constituir el matrimonio Monogámico (Teoría de Bochofan) que explica el paso al matrimonio monogámico) .

Teoría de Morfan que trata de explicar el desarrollo de la monogamia a través de los sistemas de consanguinidad y afinidad.

Teoría de Mac. Lennan que trata de explicar el paso de la monogamia, mencionando que existían dos tipos de uniones que originaron a esta y que eran -- las tribus endógenas y exógenas.

El desarrollo socioeconómico en la cultura Greco-Romana, se cuenta con registro escrito de hechos históricos donde aparece la propiedad privada como relación capital trabajo.

El desarrollo de la familia monogámica patriarcal se ve desplazada de muchas de sus funciones con la aparición del estado.

La corrupción de Grecia y Roma fue una consecuencia de las leyes emanadas por el estado acerca de la herencia, sólo los hombres heredan, los esclavos no podían formar su familia.

En el desarrollo de la familia conjuntamente con la familia monogámica se desarrolla la homosexualidad y las relaciones sexuales extramaritales mediante el comercio sexual o heterismo verdadero el cual se transforma poco a poco en la prostitución.

El desarrollo económico: en los tiempos medievales existía un sistema económico que era el feudalismo y una función económica producir para el uso de "economía de subsistencia".

La familia monogámica en la edad media se funda con el predominio del hombre su fin expreso era el procrear hijos y cuya paternidad fuera indiscutible. -- Aparece la iglesia, la cual sirve como mediador entre las relaciones familia estado.

Desarrollo socioeconómico: La revolución francesa y los estados del renacimiento hacen florecimiento del capitalismo comercial.

Desarrollo de la familia: con el desarrollo del capitalismo comercial se requieren campesinos, artesanos, técnicos que sirven eficazmente en la producción.

Desarrollo de la familia: con el desarrollo del capitalismo comercial se ve que la familia deja de ser una unidad productiva, ahora sólo producen recursos humanos. Conforme avanzan los procesos de industrialización aparecen también las organizaciones sindicales.

Desarrollo de la familia : la familia proletaria del técnico industrial ha sido con obreros con posibilidades de capacitación o especialización, reciben mejores salarios y tienen mejor nivel de vida.

Familia Bipolar: padre madre, ambos trabajan y aportan, comparten responsabilidades, la mujer se incorpora al mercado de trabajo; hay baja fecundidad.
Familia Burguesa: propia de los profesionistas, comerciantes e industriales he aquí los resultados de los procesos de desarrollo social y económico de la humanidad y la influencia de 3000 años de monogamia que han producido los diversos tipos de familia.

CLASIFICACION DE LA FAMILIA

Para los estudios de la familia, se han efectuado diferentes clasificaciones que son:

	MODERNA	10%
POR SU DESARROLLO	TRADICIONAL	60%
	PRIMITIVA O ARCAICA	10%

La familia Moderna;

Cumple con ciertos fines sociales como son la provisión de alimento, abrido necesidades materiales, protección del peligro externo, provisión de unión-social, moldeamiento de los roles sexuales, preparación para la maduración-sexual y ejercitación para integrarse en los roles sociales y adaptar la --responsabilidad social.

La familia Tradicional

Es la que se encuentra en un porcentaje más elevado y es aquella en la que las costumbres de los padres o abuelos se siguen por tradición o herencia - en forma rigurosa como el que el padre es el jefe de la casa y tiene la obligación de llevar el sustento económico y la mujer de efectuar las labores domésticas del hogar como son el lavar, planchar, cocinar etc. Ella no trabaja.

	RURAL
POR SU DEMOGRAFIA	URBANA

La familia rural es aquella que se encuentra ubicada en poblaciones de menos de 2500 habitantes.

NUCLEAR.....padres e hijos

POR SU COMPOSICION

EXTENSA O EXTENDIDA. padres hijos abue -
los etc.

EXTENSA O COMPUESTA.. padres, hijos abue -
los amigos etc.

INTEGRADA

POR SU INTEGRACION

SEMI-INTEGRADA

DESINTEGRADA

La familia Integrada:

Es aquella en la cual los conyuges viven y cumplen sus funciones. Tienen - las siguientes características, hay comunicación abierta entre la gente de la misma generación, escuchar y hablar. Hay capacidad de actuar como unidad con mayor equilibrio psicoafectivo, se participa en la toma de decisiones y tareas en el hogar, hay demostraciones abiertas de cariño (besos a la esposa e hijos), la planificación familiar se hace en pareja y abiertamente.

La familia Semi-integrada

Es aquella en la cual los conyuges viven pero no cumplen sus funciones. - tiene las siguientes características: el padre demuestra poder (autoritarismo), la mujer esta bajo las ordenes de la esposa, los hijos respetan al padre y le tienen miedo; la comunicación es unidimensional (deben estar -- callados) hay poca acción afectiva, padre muy ocupado ausente de la casa - golpea a la esposa, se crea alianza madre hijos, el padre es el proveedor de alimentos, la madre es sumisa, padre borracho, machismo, recreación limitada, los hijos se hacen en la calle, en el futuro los hijos siguen la - misma conducta de los padres; el aborto es claro.

La familia Desintegrada:

Es aquella en la cual falta alguno de los dos conyuges ya sea por divorcio muerte, abandono o separación. Es frecuente encontrarlo en sirvientas, los hijos son de diferentes padres, la prostitución es disfrazada, la comunicación es limitada, la madre suple el rol de padre y es proveedora, obratánica de sacar adelante a la familia no hay modelo de padre o madre.

titución es disfrazada, la comunicación es limitada, la madre suplente el rol del padre y es proveedora, obra titánica de sacar adelante a su familia, no hay modelo de padre o madre.

FUNCIONES DE LA FAMILIA

Los problemas de ajuste que tienen las familias están relacionados con su capacidad para llenar las funciones básicas que la sociedad espera de ellas.

Se han descrito varias funciones sin embargo 5 se consideran fundamentales

- I . SOCIALIZACION
- II .. CUIDADO
- III . AFECTO
- IV . REPRODUCCION
- V . ESTATUS Y NIVEL SOCIOECONOMICO

No tan sólo es necesario saber si la familia cumple con estas funciones sino que también conocer los mecanismos necesarios para llevarlas a cabo.

I. SOCIALIZACION

La familia tiene la responsabilidad de transformar a un niño X de edad en un ser capaz de completa participación en sociedad. El niño debe de aprender un lenguaje, normas socioculturales y su papel en varios estadios de su vida.

La madre tiene la responsabilidad de socializar al niño en los años escolares y el padre de soporte. Más tarde la responsabilidad es compartida por parientes o patrones de socialización como son las guarderías etc.

II. CUIDADO

El cuidado significa cubrir las necesidades físicas y de salud de los miembros de la familia. Las responsabilidades de salud y larga vida se encuentran íntimamente relacionadas a el nivel socioeconómico familiar y no solo depende del acceso que tengan estas familiar sino a los recursos de su nivel sino que necesitan conocer como usarlos.

III. AFECTO

La familia necesita cubrir las necesidades afectivas de sus miembros porque la respuesta afectiva de un individuo a otro provee recompensa básica familiar. Son tan importantes las necesidades afectivas de los padres para la salud familiar así como las de los niños. Aunque cuidado y afecto no pueden ser desligados ya que ambos son parte del proceso de socialización.

IV REPRODUCCION

Es catalogada como una función básica familiar; el proveer nuevos miembros a la sociedad. El matrimonio y la familia son designados para regular y controlar el ambiente sexual y la producción. La educación sexual se inicia en la escuela con la socialización; sin embargo hay controversia ya que la información de los problemas sexuales es aportada por parientes o amigos dando consejos sin conocimientos adecuados.

V. ESTATUA Y NIVEL SOCIOECONOMICO

Las diferencias en nivel socioeconómico de las familias resulta en variaciones de estilo de vida y oportunidades. La familia socializa a un niño dentro de una clase social; además también se relaciona con la tradición familiar. El conferir status a un niño es pasarle derechos tradicionales.

CICLO DE VIDA FAMILIAR

Al comentar las funciones de la familia, se utilizó un análisis estático - pero también pudo ser analizada por referencia a los cambios que tienen con el tiempo. Los problemas de la familia cambian, así las funciones familiares.

Dentro del ciclo de la familia se encuentran cinco fases que son:

- I. FASE DE MATRIMONIO
- II. FASE DE EXPANSION
- III. FASE DE DISPERSION
- IV. FASE DE INDEPENDENCIA
- V. FASE DE RETIRO Y MUERTE

1. FASE DE MATRIMONIO.

Se inicia desde el flicteo, galanteo, noviazgo y culmina en el matrimonio - su preocupación inicial es preparar a un nuevo tipo de vida. Se combinan los recursos de la pareja y sus papeles tienden a alterarse por asumir nuevas funciones. Deberán de aprender a vivir juntos y cuidar las necesidades de la personalidad de ambos.

Las principales áreas de atención en esta fase son el ajuste sexual, información sobre el control de la natalidad e interacción de la personalidad.

II. FASE DE EXPANSION

Se inicia con la procreación y es en donde el médico otorga la mayor práctica médica. La llegada de un nuevo elemento a la familia crea tensiones por que el patrón de relaciones debe ser ajustado. Se debe decir a un niño que

ajuste va a tener y como a la llegada de un nuevo hermano.

En esta etapa se presenta el hijo no deseado, el aborto y este último es frecuentemente solicitado.

III. FASE DE DISPERSION

En esta fase los padres tienen que conseguir que el niño este socializado ayudandolo a tener autonomía y cubrir sus necesidades y al mismo tiempo cubrir las propias. Así es como se ajusta en la fase de expansión cuando un nuevo hermano llega y debe de ser independiente, ya que el niño acude a la escuela o bien al trabajo. En esta fase se presenta un problema más agudo para la madre que para el padre preferentemente si es ama de casa.

IV. FASE DE INDEPENDENCIA

Es cuando uno de los hijos abandona el hogar o se casa. En esta fase los padres tienen que aprender a ser independientes nuevamente y para que la fase sea completa, los hijos deben ser independientes mientras mantienen lazos con los padres y pueden continuar las funciones de socialización, afecto y status.

V. FASE DE RETIRO Y MUERTE

Es cuando muere el padre, la madre, hay divorcio, abandono etc. La reacción para el fin de la vida familiar es muy difícil. El problema puede complicarse con una temprana incapacidad física.

ROLES FAMILIARES

En páginas anteriores ya vimos que la familia es un núcleo social en formación y desarrollo tanto en el aspecto biológico, psicológico y social. En la evolución de su formación histórica la familia ha ido perfeccionando su estructura, sus funciones constituyendo un medio de satisfacción de las necesidades básicas de subsistencia y supervivencia así como la realización de los aspectos culturales y espirituales.

Siendo la familia la unidad básica de la sociedad y un grupo aprobado socialmente de adultos que cohabitan sexualmente, que aceptan la responsabilidad que les toca en la crianza de los niños que procrean; es una relación de dependencia entre los padres y los hijos que funciona durante todo el periodo necesario para la plena socialización.

Bien podemos decir que la configuración de la familia va a determinar normas de conducta que requieren para los roles de esposo, esposa, padre madre hijo etc. La paternidad, la maternidad y el rol de hijo adquieren significado dentro de una estructura familiar determinada, moldeando así a la familia para desempeñar sus funciones.

Los fenómenos de los roles familiares constituyen el punto entre los procesos internos de la personalidad y la estructura de la familia como grupo. El concepto de rol social implica la capacidad de la personalidad para modificar su forma de grado variable de acuerdo con las exigencias de adaptación que tiene la posición del individuo en la sociedad. La orientación del individuo en esta fase de la participación social presupone un conjunto de metas y valores proporcionada a su posición en un grupo dado.

Los papeles familiares de marido, padre, madre, mujer, madre e hijo y padre hermano son intrínsecos e independientes y recíprocos. Cada miembro de la familia está obligado a integrarse a múltiples roles y también a roles extrafamiliares, e qui la adaptación de los roles familiares adquiere dos; cuando no sucede esto hay alteraciones que influyen en el resto de la familia, cada rol afecta todos los otros como cada pareja influye en las otras y el grado de adaptación de un rol refuerza o impide la adaptación de otros. Tenemos que la conducta normal de los adultos tiene raíces significativas en la experiencia de integración de la infancia en una familia especial que continúa moldeándose por la corriente familiar.

Así tenemos que la familia es un GRUPO PRIMARIO siendo intermediaria entre el individuo y la sociedad y se amplía estando inclinados en el estudio de la conducta a examinar al individuo como una entidad aislada intacta o a examinar efectos sobre la conducta de la posición del individuo en la estructura social. La indagación de los psicodinamismos de la familia como una unidad y de los procesos de integración individual en el grupo familiar. Las relaciones entre la personalidad del individuo y los procesos de dinámica de grupo de la vida en la familia constituyen un eslabón esencial en la cadena de causalidades de los estados de enfermedad.

ROLES QUE DESEMPEÑA LA MUJER

ROL ESPOSA MADRE: Con una serie de derechos y privilegios reconocidos-unanimemente: La dependencia económica del marido que con todo ello implica una pensión alimenticia en el caso de divorcio, hay autoridad afectiva-reconocida que implica demanda y fidelidad al marido que le ha dado hijos.

Su principal obligación ha sido la formación de los hijos y la administración del hogar, prestación de servicios domésticos, una subordinación a los intereses económicos del esposo y una limitación a cualquier actividad de tipo socioeconómico y cultural dentro del ambiente en que se maneja, figura como jefe de su grupo en ausencia del esposo.

ROL ESPOSA COMPAÑERA : Por lo general se da en la clase acomodada y representa un modelo al que irracionalmente algunos grupos de clase media alta tratan de imitar. La esposa más que nada busca en su presencia fortalecer el papel social de marido, debe compartir diversiones con él y afinar la personalidad de este siendo objeto de admiración. Por lo tanto tiene que conservarse atractiva dado que en esta relación el aspecto físico de ella es altamente valorado. Cultiva permanentemente sus relaciones sociales para beneficio del esposo.

ROL ESPOSA COLABORADORA.

Es una cierta forma que ha venido a constituir lo que algunos autores llaman la familia igualitaria. Aparece con frecuencia en la clase media, siendo las condiciones socioeconómicas de la sociedad las que han propiciado este papel, la esposa dedica una parte muy importante de su vida diaria al trabajo remunerado fuera del hogar y representa un renglón considerable dentro de los ingresos familiares por lo que es considerada como una igual en relación al marido.

Tiene la cuenta bancaria compartida y las decisiones son comunes en aspectos de compras, ubicación de la casa, el trabajo del esposo, la selección de la escuela para los hijos y la decisión de tener o no hijos.

En relación a sus obligaciones esta el renunciar en un momento dado a la pensión alimenticia en caso de divorcio a menos que haya hijos, el aceptar una participación en las responsabilidades legales y económicas de la familia, el no haber una expectativa de relación caballerosa o romántica con el padre se considera una igualdad absoluta entre ellos que mantiene el equilibrio en la casa.

Los 3 papeles no son desempeñados en la mujer en forma exclusiva sino que hay una interrelación permanente entre ellos y siempre uno tiende a predominar sineo motivo en muchas ocasiones de desconcierto y choque en la familia.

ROL QUE DESEMPEÑA EL PADRE

ROL DE PADRE: Esto involucra grandemente la ejecución de funciones instrumentales de la unidad familiar. En términos específicos definiremos el papel tradicional del padre:

-El cuidado del hogar, planear su vida y procreación, formación del patrimonio familiar, ser proveedor de bienes económicos y culturales, figura como patrón de identidad masculina, servir de sustento en la estabilidad material y emocional, figura como responsable del núcleo familiar, transmitir en forma consciente los valores naturales, ejerce la autoridad racial de la familia en su oportunidad con el crecimiento de los hijos, compartir las responsabilidades en un ambiente democrático, realiza los registros y legalizaciones civiles que aseguran nacionalidad, parentesco, ciudadanía, transmisión de bienes, tiene la responsabilidad final de las decisiones importantes como son el lugar de residencia, gastos mayores, vacaciones etc; ocupa la posición de autoridad final dentro de la familia y esto no implica la discusión democrática o el tomar a la esposa como confidente, goza y lleva a cabo bien su actividad sexual marital, participa en el algún grado en el cuidado y relaciones con los niños.

ROL QUE DESMPEÑAN LOS HIJOS.

Vivir bajo la patria potestad hasta la mayoría de edad, respetar y obedecer a sus padres, dedicar todas sus energías y esfuerzos para aprovechar todas las oportunidades, educativas y de instrucción para su autosuficiencia y emancipación.

La obligación básica del hijo consiste en respetar en absoluto los límites de los campos funcionales intrafamiliares por lo que ha de permanecer siempre en su función hijo sin interferir en las funciones conyugales ni en la vida personal de cada uno de los padres. Debe de ser capaz de compartir el afecto tanto con el padre, la madre, los hermanos.

"Linton dice: la principal función de la familia es la de proporcionar al individuo pautas especiales de conducta ante otros del mismo núcleo familiar "

ROLES TRADICIONALES

Son aquellos desempeñados de madre, padre, esposo, esposa hijo o hija y niño; generalmente definidos y aceptados en nuestra cultura. Aún cuando estos roles no están siempre claramente definidos desde el punto de vista psicológico es obvio que existe una amplia área de acuerdos en lo que respecta a ellos.

ROLES IDIOSINCRÁTICOS

son definiciones de rol que toman lugar dentro de una familia fuera de la fórmula tradicional. Ellos pueden haber sido descubiertos a través de la investigación empírica de las familias. Estas funciones pueden elaborarse uno con otro o pueden simplemente ser aspectos diferentes de la misma casa. Se postula que estos papeles sirven como funciones específicas aunque al mismo tiempo pueden ser una expresión de patrones específicos de transacción en la unidad familiar.

Un papel idiosincrático y comúnmente identificado en las familias "enfemas" o también llamadas disfuncionales según Jackson es el "chivo espiatorio". Esto ocurre cuando uno de los miembros de la familia es seleccionado como depósito para los sentimientos y tensiones negativas dentro de la familia. El chivo espiatorio sirve para absorber muchas de las fuerzas destructivas generadas dentro de la familia y por lo tanto a menudo mantiene la unidad y equilibrio familiar.

Tanto los roles tradicionales o idiosincráticos son evaluadores, y en términos de su consecuencia funcional para cada individuo de la familia y para la familia como unidad social.

COMUNICACION Y FAMILIA

La comunicación es un proceso por medio del cual se transmiten significados de una persona a otra. Para los seres humanos esto es fundamental y en cuanto a la sociedad se funda en la capacidad que tiene el hombre para transmitir sus intenciones, sentimientos, sabiduría y experiencias de persona a persona siendo vital ya que aumenta las posibilidades de sobrevivir y en su ausencia muestra trastornos psicológicos de la personalidad.

Por otro lado se dice que la comunicación es un medio a través del cual se relacionan las personas. A través de la investigación de patrones y procesos de las interacciones comunicativas de los miembros de la familia y se funda con la pacidad que tiene el hombre para transmitir sus intenciones sabiduría, experiencias etc.

Por lo antes descrito postulamos que :

" Cada unidad familiar tiene un patron particular y único de comunicación entre mas perturbada este la unidad familiar más distorcionado esta el proceso de comunicación dentro de ella "

Un sistema de categorización y análisis esta siendo disociado para permitir codificar el patrón intrafamiliar de comunicación en unidades significativas con el proposito de evaluación comparativa. Es obvio que el proceso de comunicación es infinitamente complejo, esto es aún cuando empezamos con un nivel relativamente grueso de categorización y esperamos desarrollar eventualmente técnicas y categorías mas refinadas y sensibles.

Hay varios tipos de comunicación y todos requieren de una serie de elementos para su desarrollo :

- 1.- Una fuente que genere mensajes
- 2.- Un transmisor que codifica y transmite el mensaje
- 3.- Un mensaje que es lo que dice
- 4.- Un canal medio para enviar el mensaje.
- 5.- Un receptor quien recibe el mensaje.
- 6.- Una reacción de (feed back) o retroalimentación.

Por lo tanto tenemos que la familia es una organización de diversos in -

individuos basadas en un origen común y destinada a conservar y transmitir determinados rasgos, posiciones, aptitudes y pautas de la vida física, mental y moral vigente en algunas civilizaciones. Así tenemos la función de la madre o del padre en la influencia cultural de sus hijos.

La función de la familia por medio de la comunicación queda dentro del marco general resumiendo a sus proposiciones tenemos:

Comunicación en la integración del recién nacido, en la cultura durante sus años de formación en su condicionamiento a las normas y a las pautas concretas a que han de acondicionarse operando en tiempo y lugar como el mejor instrumento de transmisión de las tradiciones y convenciones a imprimir entre los hijos tomando en cuenta que la vida y el trabajo forman las normas determinadas y transmitidas intentando una continuidad o bien tratando de incluir tanto las tradiciones como transformaciones de pautas familiares vigentes.

La transmisión del lenguaje sirve de eslabón para tomar las pautas aplicables a la transmisión religiosa, política, psicológica, estética y económica. La transmisión es indiferente a la cualidad de las cosas transmitidas, se transmite tanto cosas incorrectas como correctas. La familia actúa como órgano de transmisión de las tradiciones y los hijos por imitación tradicional la transmiten.

La comunicación es el medio a través del cual se relacionan las personas y a través de la investigación de patrones y procesos de interacciones comunicativas de los individuos de la familia esperamos ser capaces de descubrir más hechos acerca de la forma en que se relaciona uno con el otro.

Un sistema de categorización y análisis está siendo diseñado para permitir codificar el patrón intrafamiliar de comunicación en las unidades significativas con el propósito de evaluación comparativa. Es obvio que el proceso de comunicación es complejo.

Así pues tenemos varios tipos de comunicación:

COMUNICACION AFECTIVA

Es definida como aquella en la cual el mensaje es transmitido de naturaleza primaria.

COMUNICACION INSTRUMENTAL

Es aquella en la cual el mensaje es transmitido de naturaleza primaria instrumental. Este tipo de mensajes esta relacionado con la mecanica de obtener cosas hechas tales como las tareas corrientes y regulares de la vida familiar. (ej. pedir alguna cosa con palabras obscenas).

Otra comunicaci3n involucra la transmisi3n de informaci3n la cual no esta relacionada a procesos afectivos o a los instrumentales de la familia.

Patr3n de Comunicaci3n: de cada una de estas, adem3s es dividido en las siguientes variables dicotomizadas:

CLARA VS ENMASCARADA

DIRECTA VS ENMASCARADA

La dimensi3n clara-enmascarada se refiere al mensaje perfecto al grado de claridad con el cual es comunicado un mensaje.

Un mensaje claro es uno que es obvio y sin disfraz; un mensaje enmascarado es disfrazado y confuso.

Postulamos que entre mayor sea la falta de claridad en un mensaje, mayor es la ambigüedad y confusi3n potencial que crea y refleja.

La variable directa-desplazada se refiere al individuo hacia quien se dirige el mensaje; una comunicaci3n directa es cuando el mensaje esta dirigido a una persona a quien es intentada y desplazada se refiere a la situaci3n en la cual el mensaje esta dirigido a algün otro que aquel al cual se es realmente intentado.

Algunas familias se comunican eficientemente en las 3 esferas, otras pueden comunicarse primariamente en la instrumentada en esta categoría y uno debe notar la cantidad y cualidad de la comunicaci3n intrafamiliar en estas tres esferas adem3s de notas si la comunicaci3n es clara, enmascarada, directa o desplazada.

POSTULAMOS QUE :

- A) La comunicaci3n afectiva es el area que m3s probablemente se transforma y se distorciona por la patología familiar.

- B) Las familias que tambien demuestran distorcion en la instrumental y - en otra categoria de comunicacion son probablemente aquellas mas severamente perturbadas.
- C) Entre mas perturbada esta la familia mas frecuentemente sus comunicaciones son enmascaradas y desplazadas.

Una reaccion reciproca es postulada entre comunicacion intrafamiliar perturbada y la existencia de patologia en otra area del funcionamiento familiar. La comunicacion perturbada no solamente refleja sino tambien constituye a la patologia en el funcionamiento familiar.

Los siguientes son ejemplos especificos de varios tipos de comunicacion:

COMUNICACION AFECTIVA (de ira)

Clara y directa....." Estoy enojado contigo " dirigida a la persona hacia quien se intenta.

Enmascarada y directa..... " No me gusta la forma en que te peinastu pelo" o " Tus vestidos son sucios"

Clara y desplazada..... " Estoy enojado contigo " dirigida a otra persona directamente de quien se intenta ".

Enmascarada y desplazada....." Las mujeres son muy pegajosas " este mensaje el cual esta dirigido hacia la esposa, no tiene a ella como meta directa y no es expresado en una forma clara.

FAMILIOGRAMA:

ANTECEDENTES FAMILIARES : Todos aceptamos que el proceso que da lugar - que los seres humanos coincidan en ciertos detalles morfológicos o funcionales con sus antepasados se denomina o es la herencia biológica.

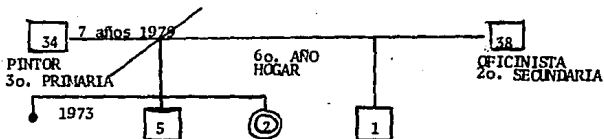
Las dificultades de análisis en este tema son muchas, por razón de que la disposición hereditaria de las células reproductoras con su capital potencial (Genotipo de Johamssen esta bajo la influencia constante de la circunstancia y medio ambiente Peristasis de Fischer).

Todo el estudio familiar debe de seguir dos etapas : el primer lugar la construcción técnica del árbol mediante una buena anamnesis de todos los miembros afectados y sanos: en segundo lugar el estudio de estos documentos para de ellos deducir el máximo de conclusiones mediante su adecuada valoración.

Para su expresión gráfica existen una serie de líneas y figuras geométricas no internacionalizadas pero poco a poco se van unificando y son las siguientes:

El familiograma es una composición esquemática de la familia que utiliza el formato de Pedigree o Genograma y los siguientes símbolos convencionales mujer ○ varón □; con la anotación de la edad dentro de los símbolos ③ muerte, en la base del símbolo se anota la edad en el momento del fallecimiento y año en el que ocurrió, el aborto se simboliza con un círculo lleno ●, se usará un doble contorno para señalar al paciente o paciente identificado. Entre el padre y la madre se traza una línea sobre la cual se anotarán los años de unión, en caso de separación o divorcio la línea se cruzará con una pequeña diagonal y a un lado se anotará el año en que ocurrió, en caso de haberla; se presentará a la nueva pareja o familia de uno o ambos padres. Es necesario consignar al lado del esquema si viven bajo el mismo techo otros familiares y quienes son, así como la ocupación del padre y de la madre y el grado de escolaridad alcanzado de cada uno de los miembros de la familia.

EJEMPLO:



Recuerdese la definición de la personalidad humana que nos da Ortega y Gasset con su frase tan conocida " Yo soy yo, y mi circunstancia" entendiendo por esta última el ámbito en que el individuo realiza su existencia y que es, a su vez su factor principalmente constitutivo.

El estudio de genética clínica encuentra su lugar en este tema. Esta como rama particular de la medicina interna, utiliza las técnicas semiológicas comunes a las demás disciplinas clínicas y se aprovecha, como es natural de todos los avances que la tecnología ofrece a la medicina en general.

Ahora bien , no hay duda de que el enfoque genético de una enfermedad o enfermo en concreto no se centra solamente en el caso aislado, sino que amplía su visión hacia toda la circunstancia que rodea el paciente, tanto en el ambiente del momento, como en la prolongación familiar que antecede y sigue el caso concreto bajo del estudio.

La humanidad es un polo de genes que debemos estudiar simultáneamente en diversas generaciones. De ahí que la genética clínica debe insistir en algunos puntos semiológicos para obtener datos que nos ayuden a identificar el carácter hereditario de una determinada enfermedad o bien que nos permitan establecer un pronóstico importantísimo en el momento del consejo genético.

ARBOL GENEALOGICO.

Todos los genetistas están de acuerdo en que el estudio minucioso de los antecedentes familiares mediante el árbol genealógico constituye la pieza fundamental de la semiología genética. Tanto es así que todas las demás técnicas, incluido el cariotipo son meros auxiliares de los que se puede prescindir en numerosos casos. Por el contrario, la construcción y valoración de todo el esquema familiar constituyen la base de la investigación y del pronóstico genético, por cuando nos permite llegar a descubrir las formas de transmisión de una determinada enfermedad y conocidas estas hacen posible emitir un pronóstico respecto al siempre angustiante consejo genético.

LIMITES:

Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de que manera.

La función de los límites consiste en proteger la diferenciación del sistema (fraternal, parental etc) Todos sistema familiar posee funciones específicas y plantea demandas específicas de sus miembros y el desarrollo de habilidades interpersonales que se logran en ese subsistema, es afirmado en la libertad de los subsistemas y de la interferencia por parte de otros subsistemas.

Por ejemplo: la capacidad para acomodación complementaria entre los esposos requiere de libertad de la interferencia por parte de los parientes políticos y de los hijos o en algunos casos por el medio extrafamiliar :

El desarrollo de habilidades para negociar con los padres que se aprende entre los hermanos, requiere la no interferencia de los padres.

Para el funcionamiento familiar sea adecuado los límites de los subsistemas deben ser claros. Deben definirse con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto entre miembros del subsistema y los otros. La composición de subsistemas organizados alrededor de las funciones familiares no es tan significativa como la claridad de los límites.

- límite claro
- límite difuso
- ===== límite rígido

===== asociación

-----|----- conflicto

===== rodeo

} coalicción

LA FAMILIA COMO SISTEMA

La familia es la unidad primaria de la sociedad dentro de ella se desarrollan funciones de comunicación, división de roles y transacciones múltiples. La dinámica de la familia según Jackson consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que interactúan entre sí y que afectan o benefician a cada miembro haciendo que estas funciones bien o mal como unidad. La familia es siempre algo más que el resultado de las personalidades de sus integrantes quienes al relacionarse producen una organización en constante cambio y crecimiento; constituyen un sistema abierto formado por varios subsistemas organizados por generaciones, sexo, intereses, funciones etc. Así tenemos que el subsistema de los esposos como matrimonio, los aspectos como padres, el binomio madre-hijo etc. Además de los subsistemas que incluyen a los abuelos y a los otros parientes y a personas significativas.

ESTRUCTURA FAMILIAR

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos que interactúan los miembros de una familia. Una familia, un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de que manera, cuando con quien relacionarse y estas pautas apuntan el sistema.

Las pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de la familia. Son mantenidas por 2 sistemas de coalición, el primero es genérico e implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar, por ejemplo debe existir una jerarquía de poder en la que los padres y los hijos poseen niveles de autoridad diferentes. También debe existir una complementariedad de las funciones en la que el marido y la esposa aceptan la independencia y operan como equipo.

El segundo sistema de coalición es idiosincrático e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia.

El origen de estas expectativas se encuentran sepultados por años de negociación explícitos o implícitos entre los miembros de la familia, relacionadas a menudo con los pequeños acontecimientos diarios. A menudo, la naturaleza de los contratos originales ha sido olvidada y es posible que nunca hayan sido explícitos, pero las pautas permanecen como un piloto automático en que la relación con una acomodación mutua y con una eficacia -

funcional. De ese modo el sistema se mantiene así mismo y ofrece resistencias al cambio más allá de ciertos niveles y conserva las pautas referidas durante tanto tiempo como puede hacerlo. En el interior el sistema existen pautas alternativas, pero toda desviación más allá del umbral de tolerancia del sistema ejercita mecanismos que restablecen el nivel habitual. Cuando existen situaciones de desequilibrio del sistema es habitual que los miembros de la familia consideren que los otros miembros no cumplen sus obligaciones. Aparecen entonces requerimientos de lealtad familiar y maniobras de inducción de culpabilidad.

Sin embargo la estructura familiar tiene la capacidad de adaptarse cuando las circunstancias cambian a existencia continua de la familia como sistema y depende de una gama suficiente de pautas, la disponibilidad de pautas transaccionales alternativas y la flexibilidad para movilizarlas cuando es necesario hacerlas. La familia debe responder a cambios internos y externos por lo tanto debe ser capaz de transformarse de modo tal que le permita encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un marco de diferencia de sus miembros.

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de la familia. Las parejas como marido-mujer o madre-hijo pueden ser subsistemas. Los subsistemas pueden ser formados por generaciones, sexo interés o función.

La organización en subsistema de una familia proporciona un entrenamiento adecuado en el proceso de mantenimiento del diferenciado "yo soy", al mismo tiempo que ejerce sus habilidades interpersonales en diferentes niveles.

ESTRUCTURA FAMILIAR FUNCIONAL Y DISFUNCIONAL

Las reglas que gobiernan la organización familiar incluye una jerarquía de poder donde padres e hijos tienen niveles diferentes de autoridad y existe una complementaridad de funciones entre esposo y esposa.

En ciertas familias, los hijos desempeñan funciones parenterales en la cual el poder de autoridad sobre sus hermanos menores funciona frecuente en nuestra cultura, en la que se da el rol de padre al hijo mayor y puede

ser funcional siempre y cuando se delegue de autoridad sea explícita y temporal por ejemplo en ausencia de los padres. No se permite que un hijo sea la única fuente de control para sus hermanos ni que esas funciones excedan sus grados de desarrollo emocional.

Debe haber un límite bien definido en sus subsistemas la alianza establecida entre algunos de sus miembros y la capacidad del sistema para cambiar como una respuesta a las modificaciones ambientales.

Los límites de un subsistema son reglas que definen quienes son sus miembros y como participan en las transacciones interpersonales. Los límites intergeneracionales son aquellas fronteras imaginarias que dividen las funciones particularmente la de los padres e hijos; son aquellas reglas que diferencian y definen a los derechos y obligaciones entre ellos. Hay límites generacionales positivos cuando los padres se comportan como padres y los hijos como hijos. En algunas ocasiones los hijos tienen más autoridad que los padres y entonces se dice que los límites se han violado.

La función de los límites es marcar una diferencia necesaria entre los individuos, entre los subsistemas y su claridad es fundamental para el buen funcionamiento de la familia. Un subsistema familiar que incluye el abuelo puede funcionar perfectamente mientras las líneas de responsabilidad y autoridad estén claramente definidas.

Los límites pueden variar desde el amalgamiento que es un extremo hasta la desvinculación en el otro. Cuando existe amalgamiento el individuo tiene una sensación exagerada de pertenencia hacia la familia, lo cual implica una desmedida cesión de la autonomía personal.

En las familias amalgadas los límites son indefinidos y la diferenciación individual escasa. Tal tipo de relación interpersonal es frecuente observarla entre las familias donde existen trastornos psicofisiológicos de mucha severidad, resistentes al tratamiento médico. En cambio en las familias desvinculadas permiten un amplio margen de variación individual entre sus miembros y la autonomía individual es muy respetada pero se pierde el sentido de solidaridad y pertenencia.

Las familias más funcionales tienen estabilidad que permite mantener unidos a todos y son lo suficientemente flexibles para estimular el crecimiento individual, normalmente las relaciones entre los padres y los hijos cambian el sentido de amalgamiento (presente entre la madre y el lactante) hacia el estilo desvinculado; a medida que los niños crecen y empiezan a desprenderse de su familia.

Cada miembros de la familia tiene que encajar en las reglas del juego de la familia , el apañarse de ese acomodamiento por alguno de los miembros da lugar a que exista una serie graduada de acomodaciones y la más extrema es la amenaza de abandono, castigo que casi nunca se da en forma permanente.

Los miembros de las familias indiferenciadas nunca han aprendido que es mejor contar con el amor voluntario de un ser humano libre y separado que con el amor resultante de la esclavitud emocional. . A veces un miembro de las familias trata de deshacerse de ese papel.

La gran mayoría de las familias observadas (especialmente los sistemas de apretados que solo cuentan con un hijo) todos los intercambios emocionales significativos estan contenidos en el sistema social cerrado y completo de la familia y obtiene poco a poco contacto con el exterior.

Los limites de un subsistema estan constituidos por las reglas de quienes participan, y de que manera ejemplo:

El límite de un subsistema parental se encuentra definido cuando una madre le dice a su hijo mayor " no eres el padre de tu hermano".

La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema.

SUBSISTEMAS

Subsistema conyugal.

El subsistema conyugal se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de constituir la familia, Poseen tareas o funciones específicas vitales para el funcionamiento de la familia. Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas con la complementaridad y la acomodación mutua. Es decir que la pareja debe desarrollar pautas en la que cada esposo apunte la acción del otro en muchas tareas.

El subsistema conyugal puede convertirse en un refugio ante los stress externos y la matría para el contacto con otros sistemas sociales.

El sistema conyugal para llegar a un límite que lo proteja de la interferencia de las demandas y necesidades de otros sistemas, en particular cuando la familia tiene hijos. Los adultos deben participar en un territorio -

psicosocial propio, un refugio que puede proporcionar mutuamente un sosten-emocional. En términos generales o humanos simples marido y mujer se necesitan mutuamente como refugio ante los múltiples requerimientos de la vida

Subsistema Parental

Es cuando nace el primer hijo y se alcanza un nuevo nivel de formación familiar. En una familia intacta el subsistema conyugal debe diferenciarse entonces para desempeñar las tareas de socializar al hijo sin renunciar al mutuo apoyo que caracterizará al subsistema conyugal. Se debe trazar un límite que permita el acceso del niño a ambos padres y al mismo tiempo que lo incluyan en las relaciones conyugales. El subsistema parental debe adaptarse a los nuevos factores que actúan en el marco de la socialización. Si el niño es severamente afectado por su medio extrafamiliar, ello puede afectar no sólo su relación con sus padres, sino también las relaciones internas del subsistema conyugal.

El subsistema fraterno.

El subsistema fraterno es el primer laboratorio social en que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales. En el marco de este contexto los niños se apoyan, se aíslan, descargan sus culpas y aprenden mutuamente. En el mundo fraterno los niños aprenden a negociar, cooperar, competir, -- aprenden a lograr amigos, aliados a salvar la apariencia cuando seden y logran reconocimiento por sus habilidades.

" HIPOTESIS "

La Artritis Reumatoide por ser una enfermedad crónica y hasta cierto grado incapacitante va a traer consigo alteraciones en la dinámica familiar dependiendo del grado de invalidez y rol que desempeñe el paciente dentro del núcleo familiar.

" OBJETIVOS "

GENERAL:

- 1.- Conocer cómo se afecta la dinámica familiar cuando uno de sus miembros padece de Artritis Reumatoide.

ESPECIFICOS

- 1.- Conocer cómo afecta la Artritis Reumatoide - la dinámica familiar dependiendo del rol que desempeñe el paciente dentro del núcleo familiar.
- 2.- Identificar la relación que existe entre el - grado de invalidez y las repercusiones en la - dinámica familiar.

" UNIVERSO DE TRABAJO "

Se tomarán como muestra 40 pacientes a los cuales se les haya efectuado el diagnóstico de Artritis Reumatoide captados en el consultorio de Reumatología del H.G.Z No. 58 - I.M.S.S Valle de México en un tiempo comprendido del 10. de Mayo al 30 de Septiembre de 1983.

DEFINICION DE VARIANTES

De la muestra tomada se formarán 4 grupos que tendrán las siguientes características:

GRUPO I

Pacientes con Artritis Reumatoide sin incapacidad funcional Clase funcional I y II)

GRUPO II

Pacientes con Artritis Reumatoide con incapacidad funcional (Clase III-IV)

GRUPO III

Pacientes con Artritis Reumatoide que sean el apoyo económico de la familia .

GRUPO IV

Pacientes con Artritis Reumatoide que no sean el apoyo económico de la familia.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

- 1.- Se elaborará expediente clínico de cada uno de los pacientes.
- 2.- Se registrarán en libreta especial para las citas necesarias.
- 3.- Se elaborará una visita domiciliaria a cada uno de los pacientes.
- 4.- Elaboración de familiograma estructural
- 5.- Se elaborará un cuestionario especial sobre dinámica familiar que será llenado por el médico entrevistador en una de las citas.
- 6.- Se analizarán los resultados
- 7.- Se efectuará la tabulación de los datos obtenidos.
- 8.- Elaboración de análisis en cuanto a los datos establecidos..

RECURSOS

HUMANOS

- Médico residente del 2o. año especialidad Medicina Familiar.
- Médico especialista en Reumatología.
- Médico especialista en Medicina Familiar.
- Trabaso social Médico.
- Asistente de consultorio en turno

MATERIALES Y TECNICOS.

- Consultorio libre para entrevistas necesarias
- Expediente especial
- Carnet y libreta de citas especial
- Máquina de escribir
- Hojas papel bond
- Pluma atómica
- Lápices
- Servicio de fotocopiado
- Encuestas-
- Automóvil.

CALENDARIZACION

- 1.- BUSQUEDA DE LA BIBLIOGRAFIA EXISTENTE
Del 15 de Abril al 30 de Mayo de 1983
- 2.- PRESENTACION DEL TEMA A INVESTIGAR ANTE EL ASESOR DE LA INVESTIGACION
15 de Abril de 1983 (primera entrevista con el asesor de Reumatología)
18 de Abril de 1983 (Primera entrevista con el asesor en la materia -
de Medicina Familiar).
20 de Abril de 1983 (Segunda entrevista con el asesor en la materia -
de Medicina Familiar).
- 3.- PRESENTACION DEL TEMA A INVESTIGAR A LAS AUTORIDADES SUPERIORES
El 21 de Abril de 1983.
- 4.- REUNIONES PERIODICAS CON EL ASESOR DE LA INVESTIGACION PARA HACER LAS
MODIFICACIONES PERTINENTES.
 - 1a. Entrevista : 11 de Mayo de 1983 (Reumatólogo)
 - 2a. Entrevista : 12 de Mayo de 1983 (Especialista en Med. Familiar)
 - 3a. Entrevista : 23 de Mayo de 1983 (Reumatólogo)
 - 4a. Entrevista : 20 de Junio de 1983 (Especialista en Med. Familiar)
 - 5a. Entrevista : 24 de Junio de 1983 (Reumatólogo)
 - 6a. Entrevista : 11 de Julio de 1983 (Especialista en Med. Familiar)
 - 7a. Entrevista : 15 de Julio de 1983 (Reumatólogo)
- 5.- CITA CON EL PACIENTE PARA ELABORACION DE FAMILIOGRAMA ESTRUCTURAL Y
QUESTIONARIO ENUESTA.
Del 21 de Mayo al 30 de Septiembre de 1983
- 6.- VISITA DOMICILIARIA
Del 2 de Octubre al 3 de Noviembre de 1983
- 7.- OBTENCION DE RESULTADOS
Del 4 al 20 de Noviembre de 1983
- 8.- INTERPRETACION DE RESULTADOS
Del 21 de Noviembre al 3 de
- 9.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
Del 4 al 15 de Diciembre de 1983
- 10.- IMPRESION DE LA TESIS
Del 15 al 20 de Diciembre de 1983

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE:

SEXO:

EDAD:

OCCUPACION :

ESTADO CIVIL:

DIRECCION:

INGRESO ECONOMICO:

IX. QUE SE LE HA POSTULADO

GRADO DE INCAPACIDAD :

TIEMPO DE EVOLUCION:

TIPO DE FAMILIA EN CUANTO A INTEGRACION:

TIPO DE FAMILIA EN CUANTO A SU DESARROLLO:

ES JEFE DE FAMILIA :

EN CASO DE SER PACIENTE FEMENINA APORTA AYUDA ECONOMICA AL HOGAR

SI () NO ()

HA RECIBIDO TRATAMIENTO MEDICO

SI () NO ()

SI NO LO HA RECIBIDO DIGA USTED PORQUE:

HA TENIDO PROBLEMAS LABORALES

SI () NO ()

SI LOS HA TENIDO DIGA CUALES SON LOS QUE MAS LE HAN AFECTADO:

TIENE MIEDO DE PERDER SU TRABAJO

SI () NO ()

SI: PORQUE:

NO: PORQUE:

QUESTIONARIO

- 1.- Su esposo o esposa trabaja:
SI () NO ()
- 2.- Con la cantidad de dinero que percibe por su incapacidad cubre sus --
necesidades básicas (alimentación, vestido, calzado etc..)
SI () NO ()
- 3.- En la educación de sus hijos unicamente se encarga la madre:
SI () NO ()
- 4.- Se interesan los dos como pareja en la educación de sus hijos:
SI () NO ()
- 5.- Actualmente debido a su enfermedad usted relega la educación de su-
hijos a su conyuge:
SI () NO ()
- 6.- Es feliz en su matrimonio:
SI () NO ()
- 7.- Actualmente ha notado que debido a su enfermedad su felicidad haya-
cambiado:
SI () NO ()
- 8.- Usted esta conforme con el programa de planificación familiar:
SI () NO ()
- 9.- Usted esta conforme con su situación actual
SI () NO ()
- 10.- Tiene el número de hijos que deseaba:
SI () NO ()
- 11.- Cuando se presenta algún problema familiar solicita la opinión de
su conyuge:
SI () NO ()
- 12.- Actualmente con su enfermedad la sigue solicitando:
SI () NO ()
- 13.- En la toma de decisiones para la búsqueda de solución de los pro-
blemas familiares, usted acepta la opinión de familiares cercanos.
SI () NO ()
- 14.- Usted permite que intervengan en forma directa sus hijos en sus -
problemas conyugales.
SI () NO ()

15.- En caso afirmativo hace caso de las sugerencias que le postulan:

SI () NO ()

16.- A pesar de que usted sabe que su decisión para la búsqueda desoluciónde los problemas intrafamiliares no es la adecuada, la lleva a cabo sin tomar en cuenta las opiniones de su conyuge o de sus hijos:

SI () NO ()

17.- Debido a las repercusiones económicas que ha tenido usted en su familia, alguno de sus hijos abandonó sus estudios para trabajar y cubrir las necesidades básicas.

SI () NO ()

18.- En caso afirmativo usted lo obligó:

SI () NO ()

19.- Fue voluntario:

SI () NO ()

20.- Por la ayuda económica que a usted le brindan sus hijos , acepta que estos intervengan en la toma de decisiones:

SI () NO ()

21.- Usted sabe lo que es su enfermedad:

SI () NO ()

22.- Sabe que su enfermedad es progresiva y que unicamente se controla_

SI () NO ()

23.- Tiene miedo que por su enfermedad lo rechacen los demás miembros de la familia:

SI () NO ()

24.- Teme usted causar lástima en su familia por su propia enfermedad:

SI () NO ()

25.- Su conyuge sabe lo que es su enfermedad:

SI () NO ()

26.- Han platicado ustedes como pareja acerca de las expectativas que esperan de la vida:

SI () NO ()

27.- Su enfermedad ha influido directamente en su satisfacción sexual:

SI () NO ()

- 28.- Ha notado cambios en su conyuge al hacer vida marital despues de que se le diagnosticó su enfermedad:
SI () NO ()
- 29.- Ha presentado limitación funcional para la realización del acto sexual.
SI () NO ()
- 30.- Teme usted que su conyuge en alguna ocasión debido a su enfermedad - lo rechace para realizar el acto sexual:
SI () NO ()
- 31.- Ha notado variaciones en la expresión del amor por parte de su conyuge posterior al pronóstico de su enfermedad.
SI () NO ()
- 32.- Se siente amado por su conyuge:
SI () NO ()
- 33.- Ha notado alguna variación en la expresión del amor por parte de - sus hijos:
SI () NO ()
- 34.- Usted expresa directamente su infonformidad cuando alguno de sus miembros rompen con las normas familiares:
SI () NO ()
- 35.- Usted discute con su conyuge a partir de que se desarrollo su enfermedad:
SI () NO ()
- 36.- Han aumentado la frecuencia de sus discusiones:
SI () NO ()
- 37.- Usted se siente satisfecho de los logros que ha presentado su familia :
SI () NO ()
- 38.- Su familia se preocupa porque usted asista a su control médico:
SI () NO ()
- 39.- Su familia conoce los medicamentos con los que usted se controla:
SI () NO ()
- 40.- Usted considera que su enfermedad ha ocasionado alteraciones en su familia:
SI () NO ()

ANÁLISIS Y RESULTADOS

Se estudiarán 40 pacientes con Artritis Reumatoide captados en el consultorio de Reumatología del HGZ No. 58 IMSS Valle de México del 10. de Mayo al 30 de Septiembre de 1983.

La muestra comprendió 31 pacientes del sexo femenino (77.5 %) y 9 del sexo masculino (22.5 %)

(Ver gráfica No. I)

Se estudiarán dos aspectos de acuerdo a los objetivos planteados siendo enumerados de acuerdo a cada uno de ellos .

GRUPO I

Encaminado a conocer como se afecta la dinámica familiar en los pacientes con Artritis Reumatoide dependiendo del rol que desempeñe el paciente dentro del núcleo familiar, tomándose este dependiendo del miembro afectado , ya fuera el padre, la madre o alguno de los hijos.

GRUPO II

Encaminado a conocer como se afecta la dinámica familiar dependiendo del grado de incapacidad funcional.

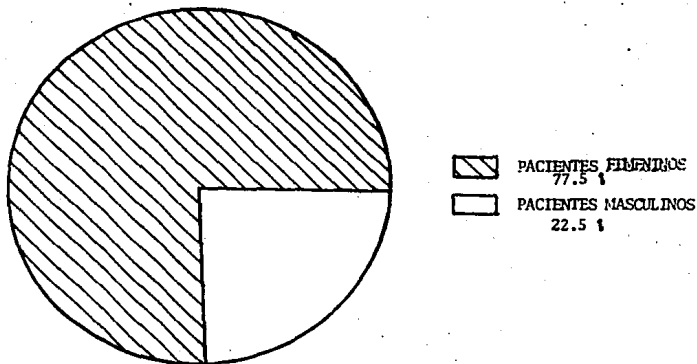
Este grupo se dividió en 2 grupos de acuerdo a la clasificación de Taylor:

Grupo A : Comprendió aquellos pacientes con incapacidad funcional I-II

Grupo II : Comprendió aquellos pacientes con incapacidad funcional III- IV.

GRAFICA No. I

SEXO EN 40 PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CAPTADOS EN EL CONSULTORIO DE REUMATOLOGIA DEL H.G.Z No. 58 IMSS VALLE DE MEXICO DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 1983.



Fuente: Información personal.

ANALISIS DEL GRUPO I

Inicialmente se identificó el rol que desempeñaba el paciente dentro del núcleo familiar mediante la elaboración de familiograma estructural-entrevista en consultorio y una visita domiciliaria. Se encontró que en algunos de ellos tenían afectado más de un rol dentro de los que le correspondían

CUANDO EL EFECTADO ERA EL PADRE

El rol de padre lo cumplía un 75 %, el rol de esposo un 55 % y el rol de proveedor en un 77.7 %. (Ver cuadro No. 1)

CUADRO NO. 1

ROL	LO CUMPLE	NO LO CUMPLE
PADRE	77.5 %	22.22%
ESPOSO	50 %	50 %
PROVEEDOR	77.5 %	22.22%

Se encontró que en uno de los pacientes que no cumplía el rol de padre ni de proveedor fue ocupado por el hijo mayor quien lo cumplía en forma parcial y disfuncional.

CUANDO LA AFECTADA ERA LA MADRE

De la muestra tomada 28 de las pacientes eran madres que correspondía al 70% y se encontrarán las siguientes características.

(Ver cuadro No. 2)

CUADRO NO. 2

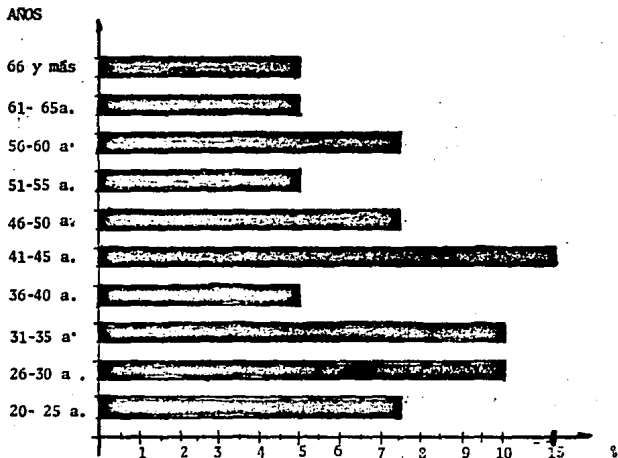
ROL	LO CUMPLE	NO LO CUMPLE
MADRE	28.57 %	71.42 %
ESPOSA	50 %	50 %
COMPAÑERA	60.71 %	38.71 %
COLABORADORA	35.71 %	60.71 %
PROVEEDORA	25 %	75 %

Como podemos observar en el cuadro No. 2, la Arthritis Reumatoide por ser una enfermedad que deforma las articulaciones y de estas principalmente las manos, por lo tanto las mujeres - madres de familia no pueden desempeñar sus quehaceres domésticos y esto redundará en la alteración de sus roles de esposa y de madre.

Se encontraron 3 pacientes que desempeñaban el rol de hijas en las cuales no se vio ninguna alteración, el 100% de ellas - cumplía con sus funciones.

GRAFICA NO. 2

COMPOSICION POR GRUPOS DE EDAD EN PACIENTES FIEMENINOS CON ARTRITIS REUMATOIDE CAPTADOS EN EL CONSULTORIO DE REUMATOLOGIA DEL HGZ No. 58 - IMSS VALLE DE MEXICO DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 1983

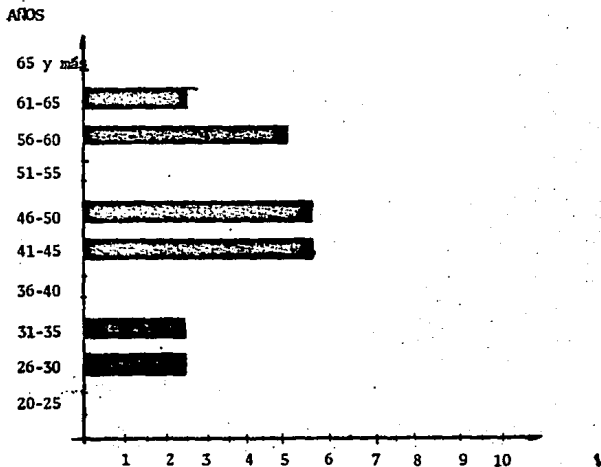


La edad más afectada en promedio fué de los 41 a los 45 años.

Fuente: Investigacion Personal.

GRAFICA NO. 3

COMPOSICION POR GRUPOS DE EDAD EN PACIENTES MASCULINOS CON ARTRITIS REUMATOIDE CAPTADOS EN EL CONSULTORIO DE REUMATOLOGIA DEL HGZ No. 58-- ISS VALLE DE MEXICO DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 1983.

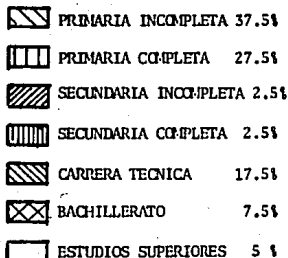
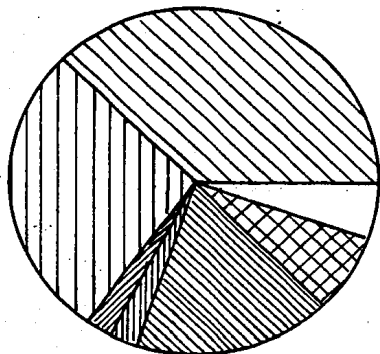


La edad más afectada en promedio fué de los 41 a los 50 años.

Fuente: Investigación personal.

GRAFICA NO. 4

ESCOLARIDAD EN 40 PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CAPTADOS EN EL -
CONSULTORIO DE REUMATOLOGIA DEL HGZ No. 58 IISS VALLE DE MEXICO DE -
MAYO A SEPTIEMBRE DE 1983.



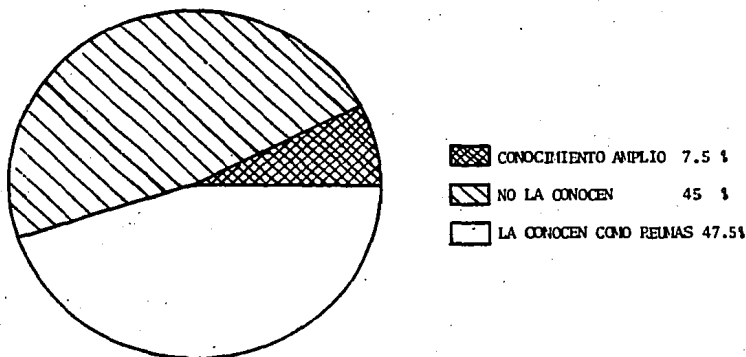
La escolaridad máxima fué primaria incompleta como muestra la gráfica anterior.

La escolaridad se controló deficiente en general. El más alto porcentaje - 32.5 % correspondió a mujeres con escolaridad máxima de primaria incompleta.

Fuente: Investigación personal.

GRAFICA No. 5

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD EN 40 PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CAPTADOS EN EL CONSULTORIO DE REUMATOLOGIA DEL HGZ. No. 58 INSS VALLE DE MEXICO DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 1983.



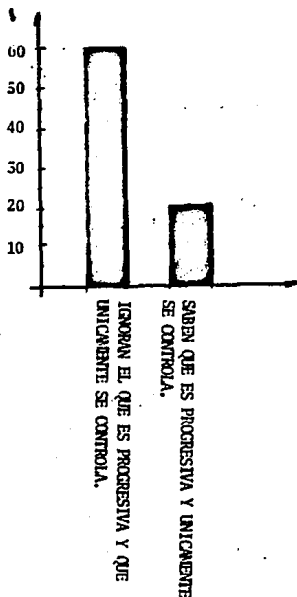
Como observamos el conocimiento en general fué deficiente, el más elevado porcentaje no la conocían 47 %, otros tenían un concepto erróneo pues la conocían como Reumas y consideraban que era lo mismo que artritis, únicamente 3 pacientes 7.5% tenían un conocimiento amplio de la misma.

Ninguno de los pacientes relató el haber recibido por parte de su médico alguna explicación o conocimiento de su enfermedad.

Fuente: Investigación personal..

GRAFICA NO. 6

CONOCIMIENTO DE LA EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD EN 40 PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CAPTADOS EN EL CONSULTORIO DE REUMATOLOGIA DEL INZ. No. - 58 INSS VALLE DE MEXICO DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 1983.

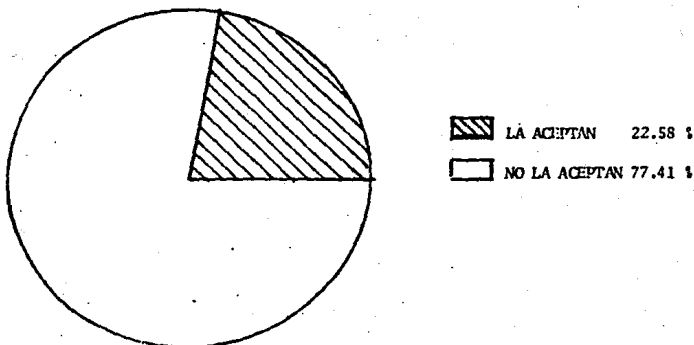


Se encontró que 24 pacientes no sabían que su enfermedad era progresiva y que únicamente se controlaba por lo que tenían esperanza de cura con los tratamientos instituidos.

Fuente; Investigación personal.

GRAFICA NO. 7

ACEPTACION DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES FEMENINOS CON ARTRITIS REUMATOIDE
CAPTADOS EN EL CONSULTORIO DE REUMATOLOGIA DEL HCS No. 58 INSS -
VALLE DE MEXICO DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 1983.

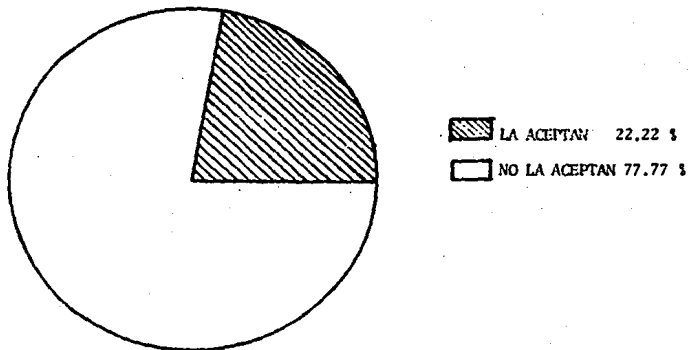


Como podemos observar en la gráfica no. 7 , la gran mayoría de los pacientes no aceptan la enfermedad y muy probablemente sea debido a que no la conocen.

Fuente : Investigación personal.

GRAFICA NO. 8

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES MASCULINOS CON ARTRITIS REUMATOIDE CAPTADOS EN EL CONSULTORIO DE REUMATOLOGIA DEL HGZ No. 58 DSS VALLE DE MEXICO DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 1983.

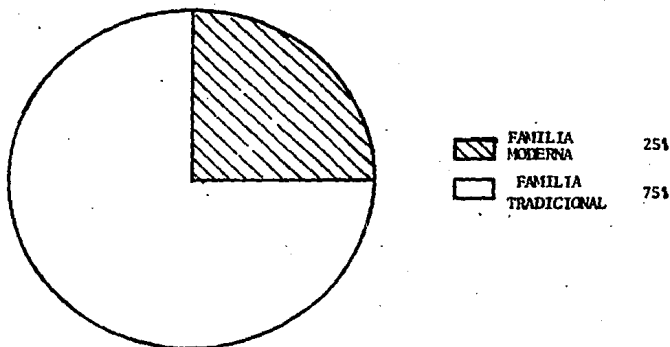


Como podemos observar comparativamente en esta gráfica con la gráfica No. 7 los pacientes tanto femeninos como masculinos el gran porcentaje no tiene aceptación de la enfermedad.

Fuente : Información personal.

GRAFICA No. 9

CLASIFICACION DE LA FAMILIA EN CUANTO A SU DESARROLLO EN 40 PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CAPTADOS EN EL CONSULTORIO DE REUMATOLOGIA DEL HGZ No. 58 INSS VALLE DE MEXICO DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 1983



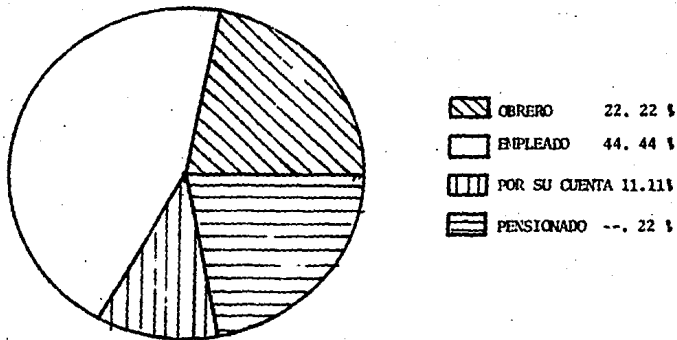
En cuanto a la clasificación de la familia desde el punto de vista por su desarrollo encontramos que fué predominantemente la Tradicional en un 75 % y posteriormente la Moderna en un 25 %, no se encontró Arcaica o primitiva.

El porcentaje encontrado en la familia moderna se presentó en la gente de menor edad.

Fuente : Investigación personal.

GRAFICA NO. 10

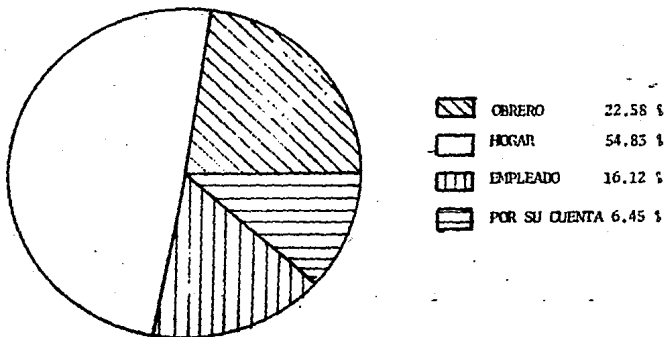
Ocupacion en pacientes masculinos con artritis reumatoide captados en el consultorio de reumatologia del HGZ NO. 58 INSS Valle de Mexico - de mayo a septiembre de 1983



Fuente : Investigación personal.

GRAFICA NO. 11

OCCUPACION EN PACIENTES FEMENINOS CON ARTRITIS REUMATOIDE CAPTADOS EN EL CONSULTORIO DE REUMATOLOGIA DEL HGZ No. 58 IMSS VALLE DE MEXICO DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 1983.

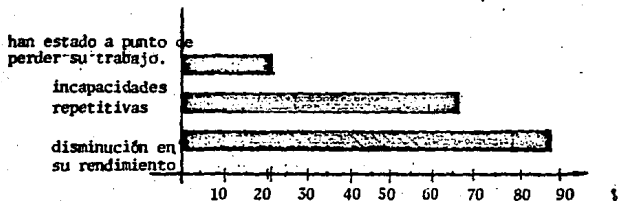


Podemos ver como los pacientes masculinos en su gran mayoría eran empleados y las mujeres se dedicaban al hogar, esto relacionado con el grado de escolaridad que fue muy deficiente como pudimos observar en la gráfica - No. 4 en la que la gran mayoría de las mujeres contaban con estudios básicos únicamente siendo el máximo la primaria incompleta.

Fuente : Investigación personal.

GRAFICA NO. 12

ALTERACIONES LABORALES QUE MAS LES HAN AFECTADO A PACIENTES MASCULINOS CON ARTRITIS REUMATOIDE CAPTADOS EN EL CONSULTORIO DE REUMATOLOGIA DEL HGZ No. 58 DASS VALLE DE MEXICO DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 1983.

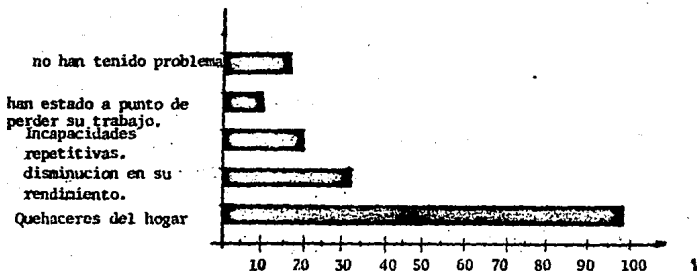


Este aspecto es de gran importancia y es importante aclarar que algunos de ellos tienen más de una repercusión laboral. Como vemos son problemas que directamente se van a reflejar en el equilibrio económico como son las incapacidades repetitivas que disminuyen el ingreso económico y por otro lado un aspecto muy importante que es el que hayan estado a punto de perder su empleo que va a traer consigo no únicamente alteraciones económicas sino también psicológicas del miembro afectado y de su familia. Además de alterarse su rol de proveedor.

Fuente : Información personal.

GRAFICA NO. 13

ALTERACIONES LABORALES QUE MAS LES HAN AFECTADO A PACIENTES FEMENINAS CON ARTRITIS REUMATOIDE CAPTADOS EN EL CONSULTORIO DE REUMATOLOGIA DEL H.G.Z. No. 58 IMSS VALLE DE MEXICO DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 1983.

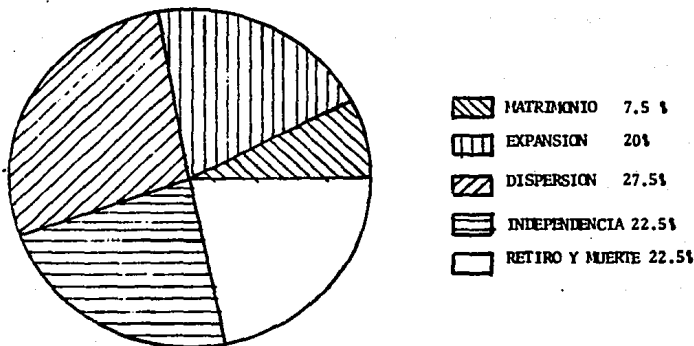


Como vemos la gran mayoría de las mujeres tienen problemas para desempeñar los quehaceres del hogar ya que esta enfermedad produce alteraciones en las articulaciones causando disminución de la fuerza y movilidad por la deformidad que produce y como las manos son las que con más frecuencia se afectan repercute en las amas de casa, lo cual repercute en su rol de madre y en algunas de proveedoras como es en las madres separadas o en las viudas que son las responsables del ingreso económico además de aquellas que han estado a punto de perder su trabajo.

Fuente: Investigación personal.

GRAFICA NO. 14

CICLO DE VIDA EN 40 PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CAPTADOS EN EL CONSULTORIO DE REUMATOLOGIA DEL HGZ No. 58 INSS VALLE DE MEXICO - DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 1983.



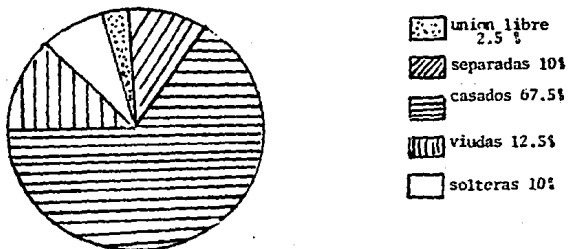
Como se puede observar en la gráfica la gran mayoría de los pacientes se encontraba en fase de dispersión considerada quizá la más difícil por tener al frente más problemas que resolver como son el cambio de la socialización primaria a la secundaria, el conflicto del adolescente, desde que el hijo acude a la escuela aumentan las funciones de ambos requiere de cumplimiento del rol de proveedor por parte del padre en el 100% ya que los gastos intrafamiliares aumentan, la madre deberá de cumplir más funciones tener uniforme preparado comida a tiempo etc. Es la etapa en que las relaciones conyugales se hacen rutinarias y en ocasiones frustrantes que pueden prillar al fracaso. Es etapa en la cual los padres deben de aplicar normas y valores a nuevas circunstancias por el cambio de esta etapa que requiere de un gran apoyo moral, afectivo psicológico por ser la etapa en la que tienen a presentarse las enfermedades de los padres y que en ocasiones la madre puede ser colaboradora para cumplir las exigencias que requiere la socialización secundaria. Además requiere de una comunicación clara tanto en el sistema conyugal como fraternal.

Otra de las fases que se encontro en un elevado porcentaje fué la re-tiro y muerte 22.5 que puede ocasionar problemas más serios en la organi-zación familiar ya que con la muerte , divorcio o separación de los pa-dres uno de ellos tendrá que cmonar todos los roles de la familia, desde proveedor y figurar como patrón masculino en el caso de las mujeres y - también de femenino la gran mayoría de las mujeres tienen que trabajar - para cubrir las necesidades básicas de la familia que al no cumplirse -- por la enfermedad van a traer consieno una disfunción familiar que va a - renercutir directamente sobre los hitos menores prncipalmente en el ado-lescnete por la etapa de crisis en que cursan la gran mayoría.

El estado civil se encontró que la gran mayoría eran casados en un - 67.5 %, viudas en un 12.5%, separadas en un 10%, solteras 7.5 unión libre- 2.5 %.

GRAFICA NO. 15

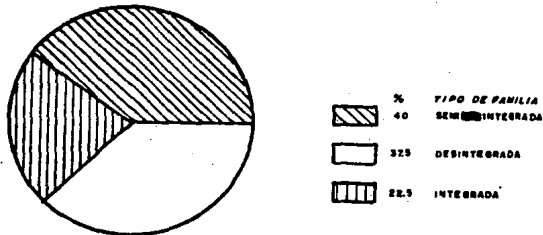
ESTADO CIVIL EN 40 PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CAPTADOS EN EL -
CONSULTORIO DE REUMATOLOGIA DEL IZT. No. 58 ISSM VALLE DE MEXICO DE
MAYO A SEPTIEMBRE DE 1983.



Fuente : Información personal.

GRAFICA No. 17

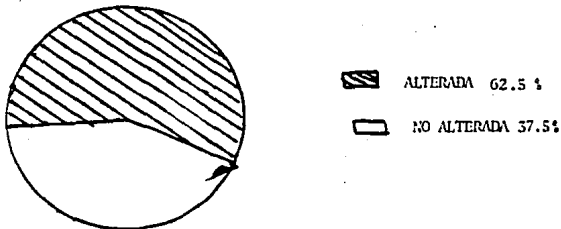
COMPOSICION DE LA FAMILIA EN CUANTO A SU INTEGRACION EN 40 PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CAPTADOS EN EL CONSULTORIO DE REUMATOLOGIA DEL HGZ No. 58 IMSS VALLE DE MEXICO DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 1985



Fuente: Investigacion personal.

GRAFICA No. 18

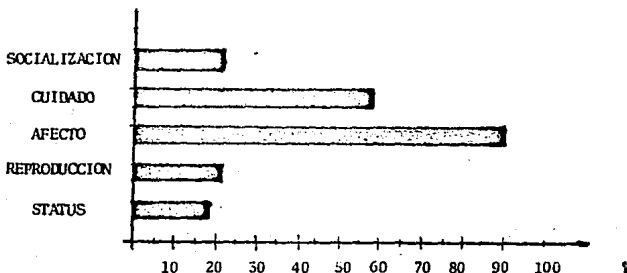
ALTERACIONES EN LA COMUNICACION EN 40 PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CAPTADOS EN EL CONSULTORIO DE REUMATOLOGIA DEL HGZ No. 58 IMSS VALLE DE MEXICO DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 1985.



Fuente : Informacion personal.

GRAFICA NO. 18

ALTERACIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR EN PACIENTES FEMENINOS CON ARTRITIS REUMATOIDE CAPTADOS EN EL CONSULTORIO DE REUMATOLOGIA DEL DEL HGZ No. 58 INSS VALLE DE MEXICO DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 1983

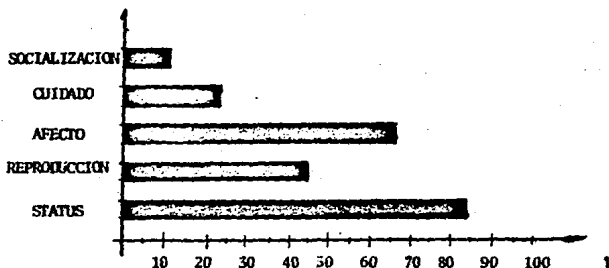


Como podemos ver en la grafica anterior el parametro más alterado en la mujer es el afecto. La mayoría de las mujeres por características propias e invalidantes de su enfermedad les impide realizar las labores domésticas, y al verse con cierto grado de deformidad se sienten inútiles y temen principalmente causar lastima a los demás y en gran cantidad de pacientes a su conyuge por haber notado cambios en la expresión del amor - alteracion de su vida sexual por presentar incapacidad funcional, ademas al no poder cumplir su rol de esposa y de madre trae consigo insatisfacción social, psicológica y moral que va a distorcionar su personalidad aislandose y no tener diversiones. Todo esto quizá sea consecutivo a que ni la paciente ni su pareja conocen las limitantes que produce su enfermedad.

Fuente: Investigación personal.

GRAFICA NO. 19

ALTERACIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR DE PACIENTES MASCULINOS CON ARTRITIS REUMATOIDE CAPTADOS EN EL CONSULTORIO DE REUMATOLOGIA DEL HGZ. No. 58 BASS VALLE DE MEXICO DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 1983.

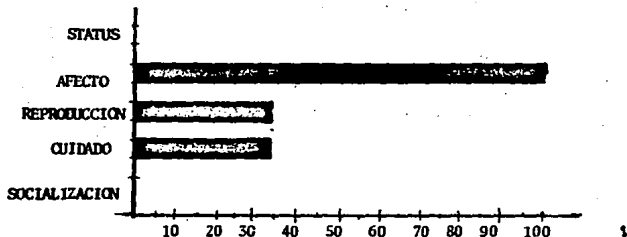


Como podemos observar en la gráfica anterior el parámetro más alterado fue el Status en un 83.33% que va a tener alteraciones bien serias en la familia ya que el padre como proveedor al tener incapacidades repetitivas o bien disminución en su rendimiento va a ocasionar alteración del rol proveedor y consiguientemente el cuidado de la familia por no poder cumplir con las necesidades básicas de la familia vestido calzado alimento además como ser el órgano de choque externo de la familia al no cumplir con las necesidades que la familia requiere y que sienta que los demás le tienen compasión o rechazo o por la pareja un afecto inadecuado "pobrecito esta enfermo", que altera su personalidad, disminuyen sus expresiones de afecto tanto de él como de la pareja que se refleja en una actividad sexual inadecuada por sentirse impotente trayendo consigo insatisfacción sexual que va a romper el equilibrio psicobiológico buscando algún escape alcoholismo por ejemplo Por otro lado al sentirse insatisfecha la esposa recurre a ser colaboradora, buscar relaciones extramaritales alterando la estructura familiar haciendo una familia disfuncional.

Fuente : Información personal.

GRAFICA NO. 20

ALTERACIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE JUEGAN EL ROL DE HIJO DENTRO DEL NUCLEO FAMILIAR CAPTADOS EN EL CONSULTORIO DE REUMATOLOGIA DEL HGZ No. 58 INSS VALLE DE MEXICO DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 1983.



Fuente : Investigación personal.

Quando el afectado es uno de los hijos las alteraciones que se presentan en la familia son mínimas ya que como en nuestra sociedad el hijo no tiene tantas responsabilidades dentro del núcleo familiar por encontrarse aún al cuidado de los padres. En estos pacientes el parametro más alterado es el afecto en el 100% de los casos ya que son pacientes jóvenes en edad reproductiva y al verse con cierta incapacidad y deformidad física se sienten rechazadas no solamente por la sociedad sino también por el sexo opuesto.

En una de las pacientes se encontró rechazo al matrimonio por temor a que sus hijos heredaran su enfermedad y no quería verlo con deformidad e imposibilitado para causarle lastima a la gente. El status no se vio alterado ya que generalmente el hijo no aporta sino recibe ayuda económica.

GRADO DE INVALIDEZ Y REPERCUSIONES FAMILIARES

De la muestra tomada se formaron 2 grupos los cuales se clasificaron de la siguiente manera:

GRUPO A) Comprendió aquellos pacientes con Artritis Reumatoide Clase funcional I-II.

GRUPO B) Comprendió aquellos pacientes con Artritis Reumatoide Clase funcional III-IV

GRUPO A:

Este grupo comprendió un total de 30 pacientes de los cuales 24 eran femeninos (80%) y masculinos (20 %)

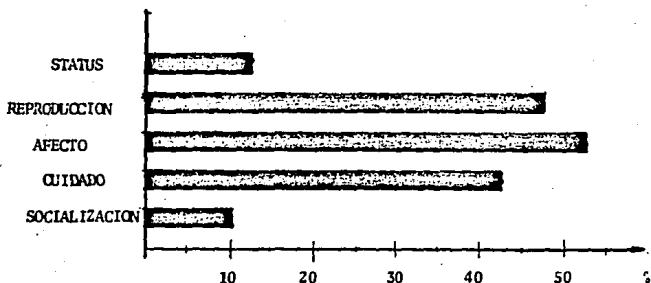
GRUPO B

Este grupo comprendió 3 pacientes masculinos - (30 %) y 7 pacientes femeninos (70%)

Se identificarán las repercusiones que tenían según el grado de invalidez y se encontrarán los siguientes datos: (ver gráficas (21 y 22)

GRAFICA No. 21

REPERCUSIONES FAMILIARES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CLASE FUNCIONAL I-II CAPTADOS EN EL CONSULTORIO DE REUMATOLOGIA DEL HGZ No. 58 BSS VALLE DE MEXICO DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 1983.

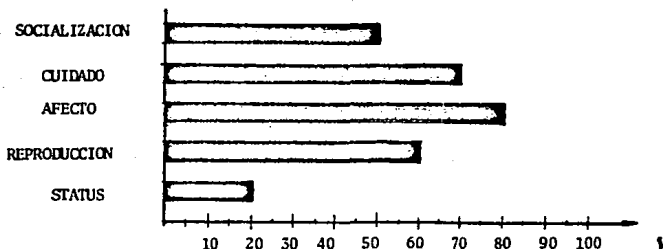


Información :Fuente personal.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

GRAFICA NO. 22

REPERCUSIONES FAMILIARES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CLASE --
FUNCIONAL III-IV CAPTADOS EN EL CONSULTORIO DE REUMATOLOGIA DEL HGZ -
NO. 58 IMSS VALLE DE MEXICO DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 1976.



Fuente : Información personal.

Como podemos observar comparativamente con la gráfica no. 21 el afecto, la reproducción y el cuidado son los parametros más alterados mientras el paciente se encuentre más imposibilitado por las limitaciones de su enfermedad su estructura familiar se va a encontrar más alterada por incapacidad para cumplir el rol correspondiente. La gran mayoría de estos pacientes tienen casi rechazo a la vida marital y el cuidado es tan deficiente porque en la mayoría de las familias eran una carga como lo refirieron principalmente las mujeres por no poder ser independientes y si dependientes de terceras personas creando más trabajo para el núcleo familiar por requerir que alguna supla su rol quizá en forma definitiva ya que la mayoría no tiene gran mejoría con los tratamientos instituidos y ya no siguen su rehabilitación física por no tener manera de desplazarse.

CONCLUSIONES

El total de los pacientes estudiados fueron 40 predominando en el sexo femenino en el 77.7% de los casos, el rol más afectado en los hombres fue el de proveedor y en las mujeres el de madre en un 71.42%. La edad promedio fue entre los 40- 45 años de edad en un 20.5% de los casos, la escolaridad máxima que predominó en el sexo masculino fue primaria incompleta y primaria completa en el 5 % de ambos sexos; en los pacientes femeninos predominó la primaria incompleta en el 32.5%. La gran mayoría de los pacientes no aceptaron su enfermedad (77.77 %) determinando esto quizá porque la mayoría de estos pacientes el 47% la desconocen. La ocupación en nuestros pacientes masculinos fue de empleado en el 44.44% y en los femeninos el 54.83% se dedicaban al hogar. La mayoría de los pacientes tuvieron repercusiones laborales y de estas principalmente la disminución del rendimiento ya sea en el trabajo o en el hogar. El ciclo de vida que predominó fue el de dispersión en un 27.5 % y de independencia en el 22.5%. El estado civil más frecuentemente encontrado fue casado y la composición de la familia en cuanto a desarrollo tradicional en un 70%.

Con los resultados anteriormente expuestos se puede concluir que la hipótesis fue comprobable en el 100% de los casos desglosándose de la siguiente manera de acuerdo a los objetivos planteados:

En cuanto al primer objetivo, se pudo observar que los pacientes con Artritis Reumatoide van a tener repercusiones familiares de acuerdo al rol que desempeñan dentro de la familia.

Ahora en lo que se refiere al segundo objetivo encontramos que los pacientes con Artritis Reumatoide en cuanto más invalidados están por su deformidad más repercusiones familiares van a tener.

- 1.- El paciente con Artritis Reumatoide por las características limitantes que produce la enfermedad, requiere de una atención especial y lo más completa posible con el fin de conservar al máximo la individualidad de estos enfermos desde todos los puntos de vista ya sea social económico, físico, psicológico y familiar.
- 2.- El cuidado psicológico y familiar nunca deben de ser excluidos de la terapéutica por las consecuencias inherentes que tienen estos pacientes por los cambios de personalidad a que se encuentran sujetos y que conducen a la desintegración familiar que en muchos casos puede ser irreversible.
- 3.- Cualquier miembro del núcleo familiar que padezca una enfermedad crónica va a alterar la estructura familiar. En los pacientes con Artritis Reumatoide es frecuente que se presente por las demandas funcionales que gobierna la organización familiar y que no pueden ser llevadas a cabo por estos enfermos.
- 4.- La Artritis Reumatoide por ser una enfermedad crónica y progresiva va a producir un desequilibrio en el sistema familiar ya que los enfermos al verse imposibilitados van a sentirse culpables de los cambios existentes dentro de la familia lo cual se acentúa si la familia no tiene capacidad de adaptación.
- 5.- El rol que más se afecta es el de proveedor y esto es secundario a las incapacidades repetitivas que van a afectar directamente a su vez el cuidado de la familia por el poco ingreso que se tiene y no poder cumplir las necesidades básicas familiares como son el vestido calzado y alimentación que genera discusiones en la pareja.
- 6.- En las mujeres el rol madre es el más afectado por las características limitantes que produce esta enfermedad y siendo su afección principal las manos lo cual impide desempeñar este rol en forma adecuada por presentar limitación para efectuar las labores del hogar.
- 7.- Las madres proveedoras tienen aún mayor repercusión familiar ya que como en las separadas y viudas tendrán que cumplir con todos los roles familiares y al verse alterado su rol de proveedora también secundario a las incapacidades repetitivas o bien a la disminución de rendimiento y no tener quien les ayude van a ser factores predisponentes de desintegración familiar.

6.- Los pacientes que se encuentran en fase de dispersión requieren de un interrogatorio y atención lo más completa posible principalmente cuando la función del miembro afectado es proveedor o responsable del núcleo familiar por ser la etapa que mayor exigencias tiene tanto desde el punto de vista económico como moral sicologico y social con el cambio que tienen los hijos de la socialización primaria a la secundaria , la exigencia de libros pasajes, uniformes los problemas propios del adolescente que requieren atención especial por parte de la pareja. Esto se acentua cuando la afectada es viuda o bien separada.

Por otro lado el cambio que existe en esta etapa en el sistema conyugal por las relaciones sexuales rutinarias, y el reumatico al tener limitación funcional para la actividad sexual va traer consigo relaciones sexuales insatisfechas por un lado y por otro el hombre al presentar cierta limitación va a sentirse avergonzado frente a su pareja lo que conduce a exparciamiento de las mismas, relaciones extramaritales o bien a la masturbación como escape. Quizá todo esto concionado porque ni la paciente ni su pareja conoce su enfermedad y las características limitantes de la misma.

7.- Es evidente que las alteraciones familiares son de diferente índole dependiendo del miembro de la familia que se encuentre afectado y comparativamente es mayor en la mujer madre proveedora por las demandas que exige el nucleo familiar sin tener ningún apoyo a las que se presentan cuando el afectado es el padre o los hijos.

8.- A mayor invalidez del paciente mayores van a ser las repercusiones que se presenten dentro del nucleo familiar.

9.- La mayoría de las familias eran familias cronicamente inestables funcionales con disfunción en el tercer eje o dimencional.

SUGERENCIAS

- 1.- Consideramos que el paciente con Artritis Reumatoide requiere de una atención tan amplia por la afección que tiene el paciente en todas las esferas de su vida. Su tratamiento deberá de ser por lo tanto lo más integral posible por la cronicidad evolución y características de la enfermedad.
- 2.- La indicación de ejercicios manuales desde el primer contacto así como proporcionarles una información adecuada y precisa de las características y limitantes de la enfermedad no solamente a la paciente o al paciente sino conjuntamente a la pareja.
- 3.- Orientación sobre educación sexual a la pareja.
- 4.- Proporcionarle rehabilitación psicológica que si de por si la enfermedad trae consigo cambios de la personalidad el paciente al verse con cierta deformidad y funcionalidad deficiente ante las exigencias intra y extrafamiliares le producen gran desequilibrio emocional y moral.
- 5.- Es de gran importancia que en cuanto el paciente haya pasado alguna crisis aguda deberá de rehubicarse en su empleo o en otro donde el paciente no quede inactivo y realmente se considera un invalido sino al contrario dentro del tratamiento de estos pacientes es lograr al máximo la dependencia física.
- 6.- La rehubicación de aquellos pacientes que han sido despedidos si no en su mismo trabajo en otro donde tenga ejercitando todas las partes de su cuerpo.
- 7.- El proporcionarle al paciente un comprobante con una explicación concreta e indicativa para que el trabajador la muestre en su empleo y no sea motivo de falta de deseo del paciente para ir a sus labores.
- 7.- Proporcionarles la Rehabilitación Familiar que puede tener consecuencias irreparables.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ARTHRITIS AND REUMATISM; Oficial Journal of the american rheumatism association section of the Arthritis fundation. Rheumatoid Arthritis Vol. 24 No. 2; P.p. 133-148
- 2.- EARLE JR. Pericone F.J., Mautsby DM, Pericone N. Turner Ra. Davis J: Psycho-social adjument of rheumatoid arthritis patients form two - alternative tratment settinf Jr, Reumatol; 6: P.p. 80-87 1979.
- 3.- KIVINIEMI P: Emotions and personality in Rheumatoid Arthritis -- Scand J. Rheumatolo Suppl ; 18: 1 P.p. 132 1977.
- 4.- SPERGEL J ECHLICH GE, Glass D: The Reumatoid Arthric Personality - a psychodiagnostic muth, phsicosomatics ; 19: P.p. 79-86 1978.
- 5.- MINTS S.G.: Tratamiento de la Artritis Reumatoide. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social , Vol. 20 No. 1 P.P. 98 1982.
- 6.- JEAN HECHOCH MONICA. Jean W, Batson and John Braun : Psychosocial -- factor in juvenile reumatoid arthritis; Arthritis and reumatism - Oficial journal of the american Rheumatism association section of - the arthritis fundations. Arthritis fundations Atlanta Georgia Vol. 21 No. 2 P.p. 229-233
- 7.- DR. MIST S GEORGIO : Jefe del servicio de Reumatología ; Hospital - General Centro Médico Nacional I.M.S.S. : Estudio clínico y diagnós - tico diferencial del paciente reumático : Revista de la Facultad -- de Medicina. Vol. XXII Año 22 No. 9 P.p. 30-40 1979.
- 8.- JOSEPH LEE HOLLANDER, Daniel Jr. Arthritis and allied condicions - Mc. Carty Jr. Lea J. Feberger Phyladelphia.
- 9.- ROBLES GIL: Actualidades en Reumatolofa . Editorial Interamericana - P.p. 142-149.
- 10.- FROM HORKHEIMER PERSONS; La familia: Historia -ciencia- sociedad - 57 Ediciones Peninsula.
- 11.- NATHAN W ACKERMAN: Diagnóstico y tratamiento de las relaciones fa - miliares. Ediciones Home S.A Editorial Buenos Aires.
- 12.- DR HUMBERTO JADME ALARID : Fundamentos de Medicina Familiar. Edicio nes Medicina Familiar MCMXXXII.
- 13.- FARRERAS VALENTI: Meicina Interna, Editorial Marín, S.A. P.p.1974 - 1978. Reimpresión en México 1976.
- 14.- DR STANLEY L ROBBINS: Patología estructural y funcional Ed. Intera - americana P.p. 1409-1413 Reimpresión 1976.

- 15.- DR ROBERTO BRUCE SALTER : Trastornos y lesiones del sistema musculoesquelético. Editorial Salvat Editores P.p. 190-198, Reimpresión - 1978.
- 16.- BENSON MC. DEMONT? Celil Loeb : Tratado de Medicina Interna 14a. - Edición. Editorial Interamericana.
- 17.- DR MANUEL MONDRAGON Y KALB : Vista panorámica sobre la rehabilitación del enfermo reumático P.p. 144-147 1978.
- 18.- ROGERS MP, Liang MH, Patridge AJ: Cuidado psicológico del adulto - con Artritis Reumatoide. Inn Intern Med. Mar (3) P.p. 344- 348 ---- 1982.
- 19.- SALVADOR MINUCHIN : Familia y Terapia Familiar. By Ornica Editor - S.A; Barcelona 1977. Barcelona España.
- 20.- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL; Subdirección General Médica - Jefatura de Enseñanza e Investigación , Anuario de Actualización - en Medicina: Patología laboral. Vol IV Fascículo 13 México 1973.
- 21.- MENNAN RF, Yelin EH, Nevitt MV: El impacto de la Enfermedad Crónica-- un perfil sociomédico de la Artritis Reumatoide. Arthritis Rheum - Mar; 24 (3) P.p. 544-549 1981.
- 22.- ROBINSON HS , Ealters K: Patrones de Trabajo: Arthritis Reumatoide - Int. Rehabil Med; 1 (3) P.p. 121-5 1979.
- 23.- FEDERICO ENGELS: El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Editores Mexicanos Unidos S.A. 'Prologos de la 1a. y 4a. ediciones.'
- 23.- JUAN MANUEL SAUCEDA G, Miguel Foncerrada M : La exploración de la Familia. Aspectos médicos, psicológicos y sociales. Revista Médica DASS (mex) 19: 155 1981.

FE DE ERRATAS

PAGINA	REGLON	DICE	DEBE DECIR
7	13	asidemas	ademas
11	16	comenso	comienzo
12	30	cardinomas	no debe decir nada(exclufda)
14	11	amiloidoso	amiloidosis
14	13	aspecos	aspectos
14	13	rquiere	requiere
14	21	tpdas	todas
15	34	vulminante	culminante
24	11	abrido	abrigo
24	19	padrees	padre es
27	26	recursps de la	recursos de la
29	8	bysica	basica
31	12	sineo	siendo
31	27	gasttos	gastos
32	3	fa	la
32	20	especifices	especificas
33	31	pra	para
33	11	pacidad	capacidad
33	19	evaluación	evaluación
35	17	cra	crea
37	20	otroa	otras
39	11	reviere	requiere
40	25	exiistir	existir
40	15	capac	capaz
42	18	suvsistema	subsistema
43	30	autonomia	autonomía
43	2	apaetarse	apartarse
44	21	inteción	intención
44	10	RI	El
44	18	cumpas	culpas
50	6	trabaso	trabajo
76	7	ocasiokal	ocasional.