



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 79

PIEDRAS NEGRAS COAHUILA

**TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y FUNCIONALIDAD
EN LAS FAMILIAS DE LA COLONIA DE VILLA DE FUENTE DE PIEDRAS
NEGRAS COAHUILA AFECTADAS POR LA
INUNDACIÓN DEL 04 DE ABRIL DEL 2004**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA GRACIELA ROSALES SORIA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y FUNCIONALIDAD EN LAS
FAMILIAS DE LA COLONIA DE VILLA DE FUENTE DE PIEDRAS NEGRAS
COAHUILA AFECTADAS POR LA INUNDACIÓN DEL 04 DE ABRIL DEL 2004**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. GRACIELA ROSALES SORIA

AUTORIZACIONES

**DR. GUILLERMO SALINAS CUÉLLAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS GENERALES DEL IMSS**

**DR. GUILLERMO SALINAS CUÉLLAR
ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS**

**DRA. ANA ELENA MURGUÍA ARCHUNDIA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS**

**DRA MA. DEL SOCORRO LÓPEZ SILLER
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN**

**TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y FUNCIONALIDAD EN LAS
FAMILIAS DE LA COLONIA DE VILLA DE FUENTE DE PIEDRAS NEGRAS
COAHUILA AFECTADAS POR LA INUNDACIÓN DEL 04 DE ABRIL DEL 2004**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. GRACIELA ROSLES SORIA

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

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios por sobre todas las cosas.

A mis padres Armando y Graciela por su amor incondicional, la libertad que me dieron para elegir el rumbo de mi destino y vida profesional, su estímulo y apoyo para alcanzar las metas y sueños de superación.

A mis hijos Héctor Raúl y Christian Mauricio quienes son mi fuente de amor e inspiración para el fortalecimiento de mi vida.

A mis maestros por la disposición que tuvieron para la enseñanza.

A mis hermanos de la especialidad Palomo, Jesús, Cecilio, Fermín, Kiny, Méndez y Ugalde, por apoyarme en los momentos que más necesité.

En especial a mi maestro el Dr. Guillermo Salinas Cuéllar, por haber sido fundamental en mi vida profesional; ya que a través de sus enseñanzas descubrí ese algo que yo sabía existía, y ahora lo vivo en la práctica médica diaria.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, que al realizar el convenio con el Instituto, me dio la oportunidad de lograr un nivel profesional que complementa mi realización personal.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social, al que orgullosamente pertenezco y que me ofreció los medios para especializarme y de pertenecer a la elite de la Medicina Familiar.

ÍNDICE GENERAL

	Página
1.Marco teórico.....	1
2.-Planteamiento del problema.....	18
3.-Justificación.....	21
4.-Objetivos.....	24
5.-Metodología	
Tipo de estudio.....	26
Población, lugar y tiempo.....	27
Tipo de muestra y tamaño de muestra.....	28
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	29
Variables a recolectar.....	31
Procedimiento para capturar la información.....	33
Consideraciones éticas.....	35
6.-Resultados.....	36
7.-Discusión de resultados.....	40
8.-Conclusiones.....	42
9.-Referencias bibliográficas.....	43
10.-Anexos.....	48

MARCO TEÓRICO

El trastorno de estrés postraumático fue asociado en el pasado, casi exclusivamente con situaciones bélicas. Sin embargo, hoy se considera, un trastorno que puede relacionarse con distintos tipos de situaciones traumáticas. Los tipos de sucesos traumáticos que han sido asociados a este trastorno con mayor frecuencia han sido: ser testigo de una muerte violenta, accidentes de tráfico, desastres naturales, situaciones que conlleven amenaza grave a la vida, ataque físico y abuso sexual. (1,2).

Se ha estimado que solo una de cuatro personas manifiesta trastorno de estrés postraumático después de un suceso traumático. (3) La prevalencia anual de trastorno de estrés postraumático en la población general en Estados Unidos de América alcanza 7.8% y en el ámbito mundial se ha estimado que el 8% de los habitantes desarrollará este trastorno en algún momento de su vida.(4) En una publicación previa a los datos de una encuesta (5) se determinó la prevalencia de trastorno de estrés postraumático según criterios de la Clasificación

Estadística Internacional de Enfermedades y Relacionados con la Salud, 10ª revisión (CIE 10); 1.9% de los hombres y 3.3% de las mujeres presentaron el diagnóstico alguna vez en su vida y 0.9% lo tenían presente en los primeros 12 meses previos al estudio y la edad promedio cuando se manifiesta el síndrome es de 19.7 años.

Las consecuencias psicopatológicas de la exposición a una catástrofe o evento traumático no se limitan al trastorno de estrés postraumático, sino sobre todo, existe un riesgo incrementado de trastornos de ansiedad y depresivos y otros trastornos psiquiátricos. Este malestar a menudo evoluciona hacia la cronicidad (6).

De los riesgos naturales a los que está expuesto el hombre, las inundaciones ocurren con más frecuencia y son las más extendidas en espacio y severidad. (7,8) Se definen como las sumersiones de áreas que no lo están normalmente, bajo las aguas de una corriente que ha roto su cauce normal o se han acumulado por falta de drenaje (9).

Como la mayoría de los riesgos naturales, las inundaciones pueden llevar a pérdida de vidas y daños a la propiedad, con gran impacto sobre la salud pública que puede tardar en recuperarse.

Más de 2,200 desastres naturales de mayor y menor importancia relacionados con el agua ocurrieron en el mundo entre 1990 y 2001, la mitad de los cuales fueron inundaciones. Asia y África fueron los continentes mas afectados. Las inundaciones fueron la causa del 15% del total de decesos debido a desastres naturales. Aproximadamente unos 66 millones de personas sufrieron daños causados por las inundaciones entre 1973 y 1997. Entre 1987 y 1997, 44% del total de inundaciones del mundo ocurrieron en Asia, con un saldo de 228,000 vidas (más o menos un 93% de todas las muertes relacionadas con inundaciones en el mundo entero).

Las pérdidas económicas de la región se elevaron a 136,000 millones de dólares. (10). En términos de pérdidas físicas, las

inundaciones son responsables del 40% de los daños a la propiedad ocasionados por los desastres naturales (9).

En los Estados Unidos las pérdidas económicas directas alcanzan los 4, 000 millones de dólares por año, varios factores pueden causar inundaciones y las diferentes características de las inundaciones pueden afectar la ocurrencia y severidad del evento. Características tales como las propiedades hidrometeorológicas, las condiciones geológicas y la variación estacional son inherentes a la naturaleza de la inundación misma.

Por ejemplo la alta pluviosidad puede resultar en inundaciones

repentinas. Estas exhiben dos características: primero, siguen un evento causal como una excesiva precipitación en un sistema

de almacenamiento o la liberación súbita de agua en una natural o hecha por el hombre, en minutos o en horas y con flujos de alta velocidad y grandes volúmenes; segundo las inundaciones que comúnmente duran menos de 24 horas

acompañadas por un tiempo extremadamente corto para las voces de alerta y respuesta y un gran potencial para la pérdida de vidas. (9) Además hay factores específicos que afectan las inundaciones repentinas y tienen que ver con la intensidad, la cantidad y duración de las precipitaciones, la topografía general de la tierra, las condiciones del suelo y la superficie del terreno. (11,12) Las alteraciones humanas del ambiente también pueden comprometer los patrones normales del drenaje y por consiguiente, predisponer algunas áreas a las inundaciones. Incluyen la urbanización, las prácticas agrícolas como el exceso de ganado, la deforestación y el uso de técnicas y materiales inapropiados en la construcción de la estructura de protección como malecones y diques.

Una gran cantidad de literatura psicosocial esta dedicada a la salud mental de las víctimas de las inundaciones. Los estudios longitudinales se han dirigido a las consecuencias psicológicas de estos desastres sobre los individuos y las comunidades. Los estudios muestran que las alteraciones severas son raras,

aunque los problemas emocionales leves y transitorios son comunes. ^(13,14) Los resultados de un estudio que controló los síntomas emocionales antes del desastre, mostraron que la inundaciones precipitaron importantes reacciones psicológicas al estrés y al esfuerzo . North y colaboradores ⁽¹⁵⁾ encontraron prevalencias de trastorno de estrés postraumático del 4-5%. Estos autores examinaron a 162 supervivientes de las inundaciones de San Luis Missouri en 1993 y a los 4 y 16 meses del evento encontraron una prevalencia de Trastorno de estrés postraumático del 22 y 16%.

Probablemente, los ancianos y las personas muy jóvenes tienen un mayor riesgo de presentar reacciones psicológicas. Las características de las reacciones psicotraumáticas agudas y tardías en niños dependen en parte de la edad del menor y del grado de madurez psicológica. Así los menores de 5 años pueden presentar conductas regresivas ⁽¹⁶⁾ como enuresis nocturna, chupeteo del pulgar o miedo a la oscuridad, dificultades que pueden alcanzar mayor severidad si son

separados de sus padres. En el período de latencia podemos encontrar problemas de atención y deterioro del rendimiento escolar, ansiedad (que puede expresarse en forma de) fobia escolar, quejas somáticas (sobre todo cefaleas y gastralgias), miedos irracionales, problemas del sueño, pesadillas y otras alteraciones del sueño. (17). La respuesta psicotraumática de los adolescentes es mas similar a la del adulto, e incluye pensamientos intrusivos, hipervigilancia, embotamiento emocional, conductas de evitación, pesadillas y otras alteraciones del sueño. En estas edades se encuentra además un riesgo de incrementar las conductas adictivas, depresión, agresividad, conducta suicida o delictiva y problemas de pareja. (18)

El estrés postraumático se presenta en personas que han sido afectadas por acontecimientos traumáticos, respondiendo con temor, desesperanza u horror intenso, en los niños éstas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

Los criterios diagnósticos para el trastorno de estrés

postraumático son los siguientes:

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2).

(1) la persona ha experimentado, o le han explicado

uno o más acontecimientos caracterizados por

muertes o amenazas para su integridad física o de los demás.

(2) la persona ha respondido con temor,

desesperanza u horror intensos.

En los niños estas respuestas pueden expresarse con comportamientos desestructurados o agitados.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:

(1) recuerdos de acontecimientos recurrentes e

intrusos que provocan malestar y en los que incluyen imágenes,

pensamientos o percepciones.

En los niños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

(2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento

que producen malestar.

En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

(3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático esta ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de “flashbacks”, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).

(4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

(5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

B. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausentes antes del trauma) tal y como indican tres (o más) de

los siguientes síntomas.

(1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o

conversaciones sobre el suceso traumático.

(2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas

relacionadas con el trauma.

(3) Incapacidad para reconocer un aspecto importante del trauma.

(4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

(5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

(6) Restricción de la vida afectiva (p. Ej. Incapacidad para tener sentimientos de amor).

(7) Sensación de un futuro desolador (p. Ej. No espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o en definitiva,

llevar una vida normal).

C. Síntomas persistentes de aumento de la activación

arousal, (ausentes antes del trauma), tal como indican dos o más de los siguientes síntomas:

- (1) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.**
- (2) Irritabilidad o ataques de ira.**
- (3) Dificultad para concentrarse**
- (4) Hipervigilancia.**
- (5) Respuestas exageradas de sobresalto.**

E. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de tres meses.

Crónico: si los síntomas duran tres meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

Entre los factores que condicionan la gravedad de la reacción psicotraumática en el menor. Hay que nombrar en primer lugar el grado de exposición al desastre, la duración de dicha exposición (19), y si dicha exposición es directa o indirecta. Para algunos autores la mayor exposición al evento traumático esta relacionada con un mayor riesgo de desarrollar trastorno de estrés postraumático y las heridas físicas o el ser testigo directo de las heridas o la muerte de otras personas incrementan no solo el riesgo de trastorno de estrés postraumático sino de ansiedad y depresión. Por el contrario algunos autores han alertado de los síntomas de ansiedad que presentan los niños expuestos de forma indirecta al trauma y de los efectos psicotraumáticos en menores, de las imágenes difundidas por los medios de comunicación (22).

La información televisada constituye una auténtica exposición secundaria al trauma y es responsable de un cierto efecto dominó, de forma que un gran número de niños no expuestos

directamente al trauma resultan igualmente afectados. Otros autores alertan del mayor riesgo encontrado en los niños que han experimentado la muerte o las lesiones graves de otros miembros de su familia, encontrándose las mayores tasas de trastorno de estrés postraumático en niños que habían perdido a sus padres (21). Alwood et al. (20) destaca el efecto aditivo del trauma y la deprivación afectiva en su trabajo sobre 791 niños. Estas circunstancias tienen relación muy directa con los factores contextuales y familiares que tienen un efecto protector sobre el desarrollo de las secuelas psicológicas en los niños traumatizados y que aumentan la resiliencia (22,23).

Otros factores predisponentes incluyen preexposición previa a eventos traumáticos durante los años infantiles (24,25), los problemas de conducta en la infancia, los trastornos de ansiedad previos y también la conducta antisocial, los antecedentes familiares de enfermedad mental, el temperamento sensitivo y la tendencia a internalizar/externalizar las experiencias y las emociones (26,27).

En resumen muchos de los efectos psicológicos inducidos por los desastres naturales o accidentales son iguales a los producidos por eventos traumáticos, incluyendo tanto síntomas como trastorno de estrés postraumático, depresión, ansiedad y otros trastornos. La respuesta varía en función de la edad, el grado de exposición. La existencia de pérdidas familiares, los antecedentes de traumas previos y las reacciones y el apoyo de los padres y la comunidad. (28)

El tratamiento del trastorno de estrés postraumático es primordialmente psicoterapéutico y la medicación se indica para síntomas específicos. El objetivo de la psicoterapia consiste en la elaboración de la experiencia traumática y el manejo de síntomas como la evitación, aislamiento y embotamiento emocional. La psicoterapia debe iniciarse rápidamente y puede ser individual o grupal; la modalidad más indicada es la intervención en crisis, que busca mejorar los síntomas y recuperar el equilibrio.

Una crisis paranormativa como lo es un desastre natural puede

ocasionar cambios en la funcionalidad de los miembros de una familia y conducir a un estado de alteración que requiera una respuesta adaptativa de la misma. Los eventos críticos incrementan la tensión dentro del grupo familiar y cuando no son manejados adecuadamente pueden conducir al deterioro de la salud familiar. El médico que brinda atención a sus pacientes en el contexto de la familia debe comprender el impacto que las crisis ocasionan en el estado funcional de la misma. Este conocimiento facilitará el diagnóstico y manejo de la disfunción familiar. (28)

La manera en que las familias se adaptan a los cambios necesarios a realizar ante situaciones internas o externas puede considerarse decisiva para evaluar su grado de funcionalidad en el parámetro de adaptabilidad. Las familias

con flexibilidad muy bajas, se denominan familias rígidas, son aquellas que permanecen casi sin cambio ante cualquier tipo de crisis, así como ante las etapas propias del desarrollo. (Olson y colaboradores 1979). Por otra parte Beavers y Voeller (1983) concluye que una familia flexible se constituye en un grupo capaz de lograr una adecuada coevolución, adaptarse a los cambios y, por lo tanto lograr un mejor desarrollo. (29)

Piedras Negras es una ciudad que se encuentra ubicado al Noreste del país de México en el estado de Coahuila, compartiendo una frontera de 512 Km. con el estado Norteamericano de Texas, cuenta con una extensión territorial de 914.2 Km² y una población de 200,000 habitantes. (30) Se encuentra a una altitud de 250 metros sobre el nivel del mar, a una latitud 28° 42 y una longitud de 100° 31. (31) Este municipio se caracteriza por un clima semiseco semicálido durante la mayor parte del año y su temporada de lluvias comprende las estaciones de verano y otoño. (32)

Piedras Negras ha sufrido 4 inundaciones la primera fue el 1° de septiembre de 1890 antes llamada ciudad Porfirio Díaz que también afectó a la colonia Villa de Fuente que entonces era municipio independiente, creando un gran caos y destrucción Villa de Fuente no pudo sobreponerse a esta catástrofe y desapareció como municipio independiente 4 años después, el 2 de septiembre de 1932 la ciudad sufre su segunda gran inundación, con grandes pérdidas materiales, al desbordarse el Río Bravo, evento que se repitió 28 de junio de 1954, con graves daños que no pudieron ser cuantificados, que solo se reconoció la pérdida de 60 vidas, aunque se manejaron cifras superiores. (33)

El 4 de abril del 2004 las aguas del Río Escondido y San Rodrigo, arrasaron con las Colonias de Villa de Fuente, Periodistas, Delicias y los tres sectores de la colonia Presidentes dejando como saldo 38 muertes y 4 mil familias damnificadas y 7 personas desaparecidas. (34)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha estimado que solo una de cuatro personas manifiesta trastorno de estrés postraumático después de un suceso traumático. (3) La prevalencia anual de trastorno de estrés postraumático en la población general en Estados Unidos de América alcanza 7.8% y en el ámbito mundial se ha estimado que el 8% de los habitantes desarrollará este trastorno en algún momento de su vida. (4).

En el año de 1993 en la inundación de San Luis Missouri, North y colaboradores, reportaron una prevalencia de trastorno de estrés postraumático del 16% a los 16 meses. (15).

Desafortunadamente en nuestra localidad de las últimas inundaciones que se tienen conocimiento (1 de septiembre de 1890, 2 de septiembre de 1932, 28 de junio de 1954 y del 04 de abril de 2004) (33), no existen datos estadísticos que reporten casos de estrés postraumático.

De los desastres naturales a los que esta expuesto el hombre las inundaciones son las que ocurren con mas frecuencia y son las

más extendidas en espacio y en severidad. (7,8). Pudiendo llevar a pérdida de vidas y daños a la propiedad con gran impacto sobre la salud que puede tardar en recuperarse .

Los estudios psicológicos efectuados a las víctimas de inundaciones muestran que las alteraciones severas son raras y que los problemas leves y transitorios son comunes (14,15).

A más de dos años de la inundación de Piedras Negras Coahuila, la cual arrasó con las colonias de Villa de Fuente, Periodistas, Delicias y los 3 sectores de la colonia presidentes dejando como saldo 38 muertes y 4 mil familias damnificadas (32) todavía detectamos en la consulta médica personas con signos y síntomas de trastorno de estrés postraumático.

Ante una crisis paranormativa como son las inundaciones, la funcionalidad familiar puede verse afectada, entendiéndola ésta como, la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa por medio de la cohesión y la adaptabilidad.

Por lo tanto me permito efectuar la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la prevalencia de estrés postraumático y que estado

guarda la funcionalidad en las familias afectadas por dicho

evento en la Colonia de Villa de Fuente de Piedras Negras

Coahuila?

JUSTIFICACIÓN

Más de 2,200 desastres naturales de mayor y menor importancia relacionados con el agua ocurrieron en el mundo entre 1990 y 2001, la mitad de los cuales fueron inundaciones. Asia y África fueron los continentes más afectados. Las inundaciones fueron la causa del 15% del total de decesos debido a desastres naturales. Aproximadamente unos 66 millones de personas sufrieron daños causados por las inundaciones entre 1973 y 1997. Entre 1987 y 1997, 44% del total de inundaciones del mundo ocurrieron en Asia, con un saldo de 228,000 vidas (más o menos un 93% de todas las muertes relacionadas con inundaciones en el mundo entero). Las pérdidas económicas de la región se elevaron a 136,000 millones de dólares. (10).

North y cols ⁽¹⁵⁾ encontraron una prevalencia de trastorno de estrés postraumático del 16% a los 16 meses.

Al año de haber ocurrido la inundación del 04 de abril del 2004, en el consultorio N°5 el cual tiene una población adscrita de 3800 derechohabientes. (SIMF: Sistema de información de Medicina Familiar) de la Unidad Medicina Familiar N° 79 la que cuenta con una población adscrita De 121, 394 derechohabientes (Registro de afiliación IMSS de abril del 2006), fueron atendidos en un período de tres meses, cinco pacientes que vivieron este desastre y que aún presentaban signos y síntomas de estrés postraumático, desafortunadamente no contamos con estadísticas en la unidad ni en la localidad del número de casos de trastorno de estrés

postraumático, solo contamos con el dato estadístico municipal de las familias afectadas con daños materiales que fueron mas de 4000, habiendo además 38 defunciones y 7 personas desaparecidas, ⁽³⁴⁾ por eso nació la inquietud de detectar los casos de trastorno de estrés postraumático, analizar la funcionalidad de las familias afectadas orientarlas y canalizarlas para que recibieran ayuda especializada. Desafortunadamente nuestra clínica no cuenta con psicoterapeutas de familias, aunque pueden recibir apoyo psicológico en el HGZ # 7 de Monclova Coahuila.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de estrés postraumático y analizar la funcionalidad en las familias de la Colonia de Villa de Fuente de Piedras Negras Coahuila, afectadas por la inundación del 04 de abril del 2004.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar la frecuencia por edad y sexo del trastorno de estrés postraumático en las familias afectadas por la inundación del 04 de abril del 2004 en la Colonia de Villa de Fuente de Piedras Negras, Coahuila.

2. Analizar la gravedad del trastorno de estrés postraumático en las familias afectadas por la inundación del 4 de abril del 2004 en la Colonia de Villa de Fuente de Piedras Negras, Coahuila.
3. Enunciar los síntomas y signos prevalentes del trastorno de estrés postraumático de en la familias afectadas por la inundación del 04 de abril del 04 en la Colonia de Villa de Fuente de Piedras Negras, Coahuila.
4. Evaluar el tipo de sistema familiar mas frecuente según la escala de FACES III en las familias afectadas por la inundación del 04 de abril del 04 en la Colonia de Villa de Fuente de Piedras Negras, Coahuila.

5. Identificar el ciclo vital predominante en las familias afectadas por la inundación del 04 de abril del 2004 en la Colonia de Villa de Fuente de Piedras Negras, Coahuila.

6. Determinar la tipología de las familias afectadas por la inundación del 04 de abril del 2004 (según su nivel socioeconómico, estructura, desarrollo etc.). En la Colonia de Villa de Fuente de Piedras Negras, Coahuila.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Observacional

Retrospectivo

Transversal

Descriptivo

Abierto

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

Para fines de este estudio se efectuó en la zona afectada por la inundación seleccionando a la Colonia Villa de Fuente que fue la más afectada con pérdidas materiales y humanas . Villa de Fuente es una colonia suburbana que esta asentada a las márgenes del Río San Rodrigo y que a su vez es afluente del Río Bravo, las encuestas se realizaron del 01 al 30 de julio durante 4 horas diarias.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra se obtuvo mediante la siguiente fórmula.

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

N = Total de la población.

$Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$ (ya que la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

q = 1 - p (en este caso 1 - 0.05 = 0.95)

d = precisión (en este caso deseamos un 3%)

N = 4000 familias.

$Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$

p = 0.05

q = 0.95

$d^2 = 0.03^2$

El tamaño de la muestra fue de 193 familias.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluyeron a los integrantes de las familias afectadas con pérdidas humanas o materiales, provocadas por el desastre y residentes de la colonia Villa de Fuente que fueran alfabetos y mayores de 16 años.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron a las familias afectadas con pérdidas humanas o materiales que no hayan residido en la zona inundada. Se excluyeron también a las familias cuyo integrante encuestado fuera menor de 16 años, analfabeta o que fuera portador de algún otro trastorno mental.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Se eliminaron del estudio a las familias con cambio de residencia o desaparecidas y a las familias con llenado parcial de las encuestas, a las que no se encontraron en su domicilio en el momento y a las que no desearon participar en el estudio.

VARIABLES A RECOLECTAR

Definición de las variables.

A) Inundación.

Se definen como las sumersiones de áreas que no lo están normalmente, bajo las aguas de una corriente que ha roto su cauce normal o se han acumulado por falta de drenaje (3).

B).- Estrés postraumático.

El estrés postraumático se presenta en personas que han sido afectadas por acontecimientos traumáticos, respondiendo con temor, desesperanza u horror intenso, en los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados. Para su medición se utilizó la escala de Davidson que consta de 17 ítems y valora la presencia de estrés postraumático y su gravedad.

C).- Funcionalidad familiar.

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y la crisis por las que atraviesa.

De la interacción de la cohesión y de la adaptabilidad da como resultado la funcionalidad familiar (Olson y colaboradores 1979).

Entendiendo como Cohesión al vínculo emocional de los miembros de la familia y el grado de autonomía individual que un miembro experimenta en la familia. La Adaptabilidad es la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y reglas de relación en respuesta a una demanda situacional o de desarrollo. Se utilizó la escala FACES III (México): C. Gómez y C. Irigoyen para valorar la funcionalidad familiar.

PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACION

La investigación se realizó por la autor del protocolo previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud (CLIS) con fecha del 12 de diciembre del 2005 y con número de registro: R-2005-508-7.

Con un equipo de trabajo conformado por tres estudiantes del 5to semestre de psicología de la Universidad Autónoma del Noreste de Piedras Negras Coahuila, las cuales recibieron capacitación en 2 sesiones de 2 horas cada una y un plan piloto de 30 encuestas en el período comprendido de enero a mayo del 2006.

Del 30 de mayo al 15 de julio del 2006. Se entrevistó casa por casa a cualquier integrante de la familia que fuera mayor de 16 años de edad, no padecieran otra enfermedad mental y que haya vivido la catástrofe, se eligió para el estudio a la Colonia

Villa de Fuente por considerarse la mas afectada por la inundación con pérdidas materiales y humanas, se les aplicó a 207 familias la historia Clínica Familiar, la escala de Davidson para valorar estrés postraumático y la escala de FACES III (México): C. Gómez y C. Irigoyen para valorar funcionalidad familiar, se eliminaron 3 encuestas ya que fueron contestadas parcialmente. Para la determinación de porcentajes y frecuencias se utilizó el programa Excel.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se pudo llevar a cabo ya que se contó con los recursos humanos y financieros y con la aprobación del subcomité de ética el cual consideró a favor del mismo lo siguiente: a) Investigación sin riesgo, b) sin riesgos ni molestias, c) se garantizó dar respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos y beneficios relacionados con el estudio. Así mismo se mantuvo la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad y el compromiso de proporcionar información actualizada obtenida durante el estudio.

RESULTADOS

La escala de estrés postraumático de Davidson arrojó los siguientes datos, de un total de 204 familias encuestadas, 72 personas presentaron estrés postraumático que corresponde al 35% y 132 no presentaron estrés postraumático que corresponde al 65% como lo indica la (gráfica 1).

De las 72 personas que presentaron trastorno de estrés postraumático 62 corresponden al sexo femenino (86%) y 10 al sexo masculino 14% (gráfica 2).

Los grupos de edades mas afectados fueron los grupos de 46 a 59 años con 23 casos (21 mujeres y 2 hombres) y el grupo de 60 a 73 años con 18 casos (17 mujeres y 1 hombre) y una edad

media de 47.9 años. Solo hubo 3 casos en las edades de 4 a 17 años. (Gráfica 3)

La gravedad del trastorno de estrés postraumático según la escala de Davidson en un 58% de los casos fue leve que corresponde a 42 personas, 21% presentaron Trastorno de estrés postraumático moderado (15 pacientes), 21% presentó gravedad marcada (15 pacientes) no presentándose casos de gravedad extrema. (Gráfica 4)

Los signos y síntomas de la escala de Davidson que más se presentaron fueron los siguientes: de las 72 personas con estrés postraumático 62 respondieron que en la semana anterior a la encuesta, tuvieron imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento, 58 refirieron que hay cosas que se los hacen recordar, 50 dijeron que han estado evitando pensamientos sobre el evento, 48 sintieron que el evento estaba ocurriendo de nuevo y 44 presentaron sensaciones físicas como

palpitaciones, sudoración, temblores, mareos, nauseas etc. (Tabla 1).

De las familias con estrés postraumático según la escala FACES III México. C. Gómez. C. Irigoyen. 40 familias (55%) resultaron con funcionalidad extrema, 23 familias 32% fueron de rango medio y 9 (13%) con funcionalidad balanceada u óptima. (Gráfica 5).

De las 132 familias que no presentaron estrés postraumático 69 fueron funcionales de rango medio que corresponde al 52%, 45 familias que corresponde al (34 %) resultaron extremas y 18 de funcionalidad óptima o balanceada con un 14%. (Gráfica 6)

De acuerdo a su nivel socioeconómico el 47% de las familias fueron de tipo proletaria, el 24% que corresponde 17 familias de tipología subproletaria y el (11%) 8 familias de clase media. (Gráfica 7).

De acuerdo a su estructura la tipología familiar que predominó fue la nuclear con un 76% que equivale a 55 familias y un 24 % (17 familias) fueron de tipo extensa, no hubo familias compuestas (Gráfica 8).

Por su desarrollo el tipo de familia predominante fue tradicional con un (64 %) 46 familias y el (36 %) 26 familias fueron de tipo moderna. (Gráfica 9).

La (gráfica 10) muestra que la etapa del ciclo vital predominante fue la etapa de dispersión con un 41% que equivale a 29 familias, en etapa de independencia se encontraron 22 familias (31%), en etapa de expansión a 14 (19%), en etapa de retiro se encontraron 6 familias (8%) y una familia (1%) en etapa de matrimonio.

DISCUSIÓN

A través de este estudio pudimos detectar que a dos años de la inundación de Villa de Fuente prevalecieron 72 casos de Trastorno de estrés postraumático que correspondió al 35% de los pacientes encuestados a diferencia de lo encontrado por North en donde prevaleció el Trastorno de estrés postraumático en un 16% a los 16 meses ⁽¹⁵⁾. El género mas afectado fue el femenino al igual que el estudio efectuado por Medina- Mora ⁽⁵⁾. Las edades mas afectadas fueron los adultos mayores de entre los 46-59 y 60- 73 años al igual que lo reportado por Phifer JF y col ⁽¹³⁾. Solo se reportaron 4 casos entre las edades de 4 -17años. La gravedad del Trastorno de estrés postraumático fue en su mayoría leve 58% como lo encontrado por Phifer JF y Norris en sus estudios ⁽¹⁴⁾. En las familias con trastorno de estrés postraumático el tipo sistema familiar prevalente fue la extremo

o disfuncional con 40 familias, de estas la tipología familiar predominante fue la Aglutinada Caótica es decir familias con un cohesión en donde la cercanía emocional es extrema, hay un involucramiento simbiótico y dependencia afectiva, sin embargo estas familias extremas presentaron estrés postraumático de gravedad leve y apoyando lo estudiado por Olson y colaboradores 1979 considero que en momentos especiales de la vida familiar como son las crisis paranormativas (inundación) un funcionamiento extremo puede ser benéfico para la estabilidad de la familia (30).

La mayoría de las familias estudiadas fue de tipo nuclear, proletarias, en etapa de dispersión y de acuerdo a su desarrollo tradicional lo que apoya que los factores contextuales y familiares tienen un efecto protector sobre el desarrollo de las secuelas psicológicas en los niños y aumentan su resiliencia lo que pudiera explicar la baja prevalencia trastorno de estrés postraumático en niños (22,23).

CONCLUSIONES

A través de este estudio de investigación detectamos que a dos años de la inundación del 04 de abril de 2004 en Piedras Negras Coahuila aun hay casos de trastorno de estrés postraumático los cuales en su mayoría fueron leves, siendo los adultos mayores y del sexo femenino los mas afectados y funcionales un poco más de la mitad de las familias lo cual nos habla de la gran capacidad de resiliencia demostrada a través de las vicisitudes por las que ha pasado a lo largo de la historia.

Considero que podemos incidir en nuestra familias disminuyendo la prevalencia de trastorno de estrés postraumático detectándolas y canalizándolas oportunamente a un segundo nivel de atención para que reciban tratamiento

especializado y sistémico logrando así integrarlas mas prontamente a su rol familiar y social.

BIBLIOGRAFÍA.

1.-Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Post-traumatic stress disorder in the national comorbidity survey. Arch Gen Psychiatry 1995; 52:1.048-60.

2.-Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky B, et al. Prevalence of civilian trauma and post-traumatic stress disorder in a representative national sample of women. J Consult Clin Psychol 1993;61:984-91.

3.-Diagnóstico y tratamiento integrado. Primera edición. Buenos Aires:Imaginador 2001:472.

4.- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C, Breslau N. Epidemiological risk factors for trauma and PTSD. En: Yehuda R, comp. Risk factors for posttraumatic stress disorder. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1995:23-59.

5.- Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C *et al.* Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental 2003; 26:1-16.

6.-Giner J. El proceso de medicalización de la víctima. Archivos de Neurobiología 200;63(3):287-96.

7. - Alexander D. Natural disasters. New Cork: Chapman and Hall, Inc.; 1993.

8 -World Meteorology Organization. The role of the world Meteorological Organization in the International Decade for Natural Disaster Reduction. Report No. WMO-745. Geneva: World Meteorological Organization; 1990.

9.-French JC Floods. In: Gregg MB, editor. The public health consequences of disasters. Atlanta: Centers for Disease Control; 1989. p. 39-49.

10.- Programa mundial de evaluación de los recursos hídricos para el desarrollo, el fortalecimiento de capacidades y el medio ambiente. UNESCO 2001.

11.-Gruntfest E., Huber CJ. Toward a comprehensive national assessment of flash flooding in the Unites States. Episodes 1991; 14:26-35.

12.-National Weather Service// American Red Cross/ Federal / emergency Management Agency. Flashfloods and floods...the awesome power! a preparedness guide: Report No. NOAA/ PA 92050, ARC 4493. Washington D.C. : U.S. Department of Commerce, National Oceanic and Atmospheric Administration, National Weather Service; 1992.

13.-Kinston W, Rosser R Disaster: effect on mental and physical state. J Psychosomatic Res 1974; 18:436-456.

14.-Phifer JF, Norris FH. Psychological symptoms in older adults following natural disaster: nature, timing, duration, and course. J Gerontology 1989; 44:S207-217.

15.-North CS, Kawasaki A, Spitznagel EL, Hong BA. The course of PTSD, major depression, substance abuse, and somatization after a natural disaster. J Nerv Ment Dis 2004 Dec;192(12):823-9.

16.-Osofsky JD. The effects of exposure to violence on young children . Am Psych 1995;50:782-788.

17.-Terr LC. Psychic trauma in children and adolescents. Psychiatr Clin North Am 1985;8:815-835.

18.-Giaconia RM, Reinhertz HZ, Silverman AB, Pakiz B, Frost AK, Cohen E. Trauma and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents . J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 20011995;34:1369-1380.

19.-DSM-IV. Brevario. Criterios diagnósticos. American Psychiatric Association.Masson.primera edición.1995.F43.1:211-213.

20.-Pynoos RS, Nadre K. Prevention of Psychiatric morbidity in children alter disaster. In: OSAP Prevention Monograph 2:Prevention Of mental Disorders, Alcohol and Other Drug Use in Children and Adolescents (DHHS Publication ADM 89-1646), Shaffer D, Philips I, Enzer NB, eds. Washington DC 1989:U.S. Government Printing, Office, pp 535-549.

21.-Alwood MA, Bell-Dolan D, Husain SA. Children's trauma and adjustment reactions to violent and nonviolent war experiences. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002;41:450-457.

22.-Elbedour S, Baker A, Shalhoub-Kevorkian N, Irwin M, Belmaker R Psychological responses in family members after the Hebron massacre. Depress Anxiety 1999;9:27-31

23.-Irigoyen . Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. México. Medicina Familiar Mexicana. Segunda edición 2004;6:93-99.

24.-Vostanis P. The impact, psychological sequelae and management of trauma affecting children. Current Opinion in Psychiatry 1993;32:438-445.

25.-Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC, David GC. Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma. Am J Psychiatry 1999;156:902-907

26.-Garrison CZ, Weinrich MW, Hardin SB, Weinrich S, Wang L. Post-traumatic stress disorder in adolescents after a hurricane, Am J Epidemiol 1993;138:522-530.

27.- Breslau N, Davis GC. Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: risk factors for chronicity. Am J Psychiatric 1992;152:529-535

28.-Lonigan CJ, Shannon MP, Finch AJ, Daugherty TK, Taylor CM. Childrens reactions to natural disaster: symptom severity and degree exposure. Adv Behav Res Ther 1991;13:135-154

29-PAC-MF-1. Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar. Primera Edición 1999. Capitulo 4. Págs. 25-32.

30. Manejo del enfermo crónico y su familia. Velasco Maria Luisa. Sinibaldi Julián. Primera Edición. Paginas 7-23.

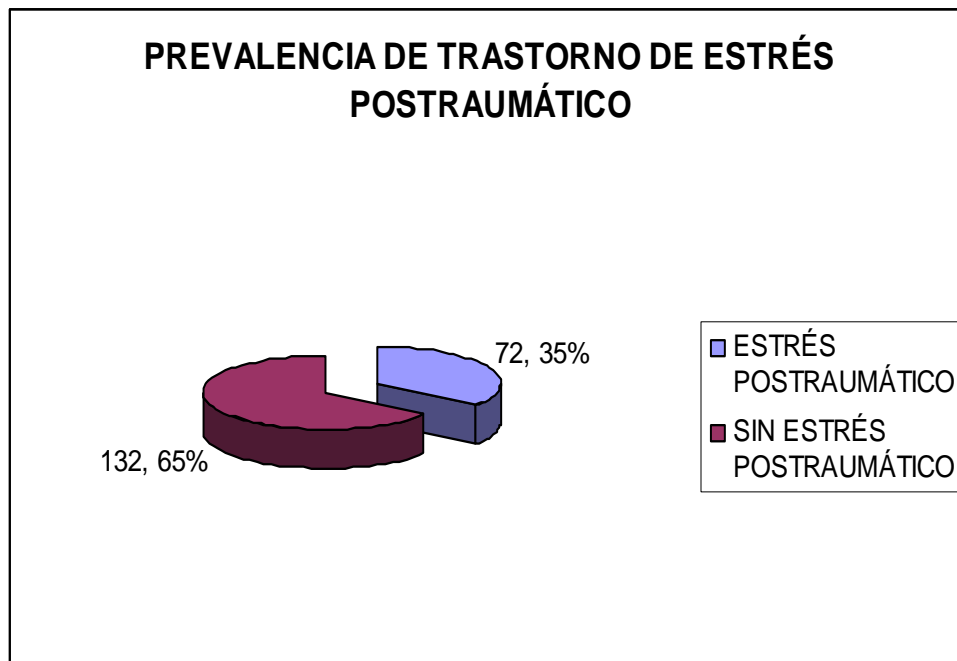
31.-XII Censo de Población y Vivienda. INEGI.2005.

32- Anuario estadístico del estado de Coahuila. INEGI. 2003.

33.-Comisión Nacional de Agua (CONAGUA) 2000. (Promedio de la última década.)

34.-Prensa escrita. Periódico Zócalo. Piedras Negras Coahuila. Resumen Anual, jueves 30 de diciembre del 2004.

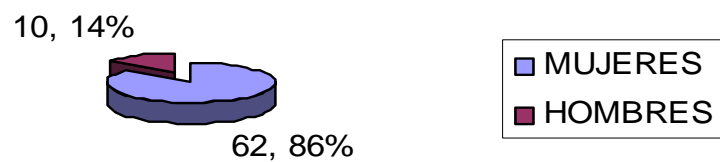
ANEXOS.



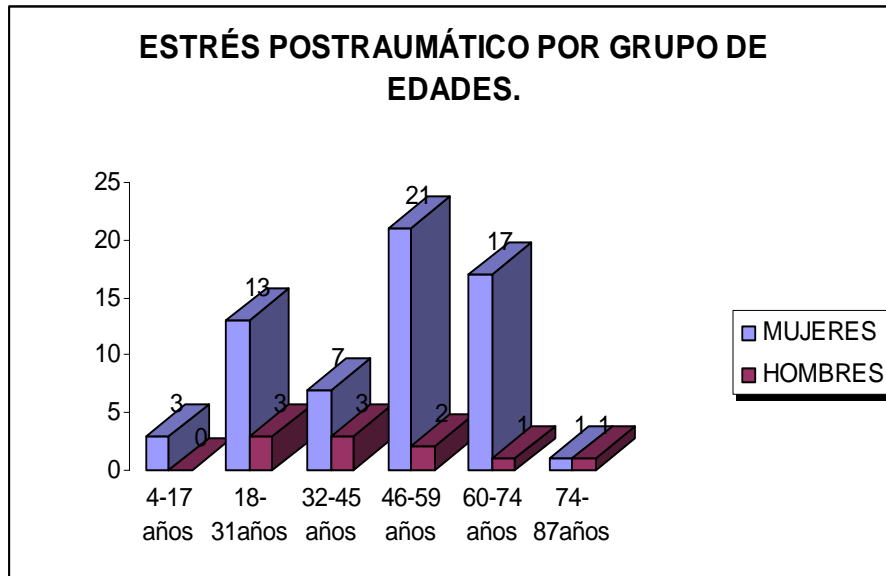
Gráfica 1

Fuente: Escala de Trastorno de Estrés postraumático de Davidson. Encuesta efectuada en la Colonia Villa de Fuente de Piedras Negras Coahuila.

**PREVALENCIA DE ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO SEGÚN EL
SEXO.**



Gráfica 2
Encuesta elaborada en la Colonia Villa de Fuente
De Piedras Negras Coahuila. Escala de Davidson.



Mediana = 53.5

Media = 47.958333333333336

Varianza = 335.13908450704224

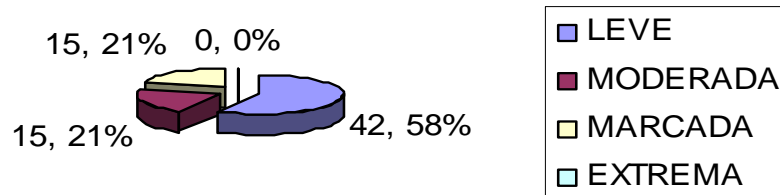
Desviación Típica = 18.306804322629393

Gráfica 3.

Encuesta elaborada en la Colonia Villa de Fuente de Piedras Negras Coahuila.

Escala de Estrés posttraumático de Davidson.

GRAVEDAD DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.



Gráfica 4
Encuesta elaborada en la Colonia Villa de Fuente
De Piedras Negras Coahuila
Escala de Davidson.

CRITERIOS DE LA ESCALA DE DAVIDSON MÁS FRECUENTES.

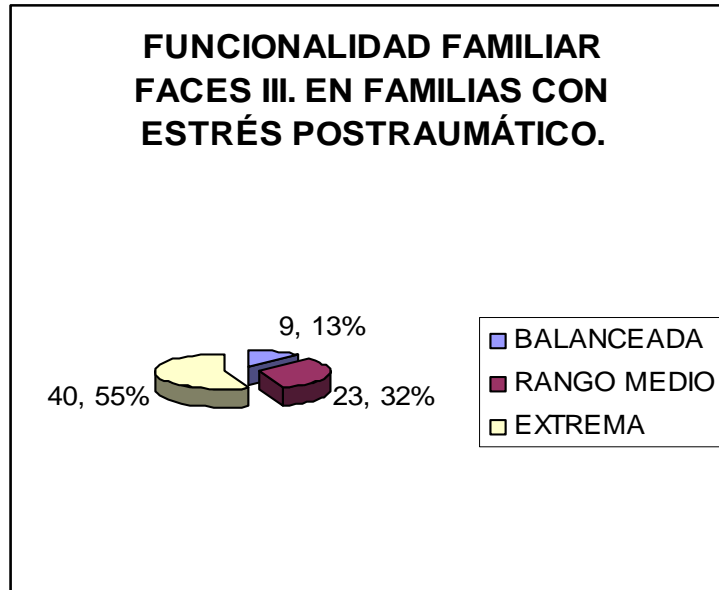
Signos y síntomas más frecuentes

Encuestados

1.-Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento	62
2.-Hay cosas que se lo han hecho recordar.	58
3.,Ha estado evitando pensamientos o sentimientos sobre el acontecimiento	50
4.-Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo	48
5.-Ha tenido sensaciones físicas por recuerdos del acontecimiento como transpiración, temblores, palpitaciones, mareos, nauseas o diarrea.	44

Tabla 1

**Encuesta efectuada en a Colonia Villa de Fuente
De Piedras Negras Coahuila
Criterios de Davidson.**

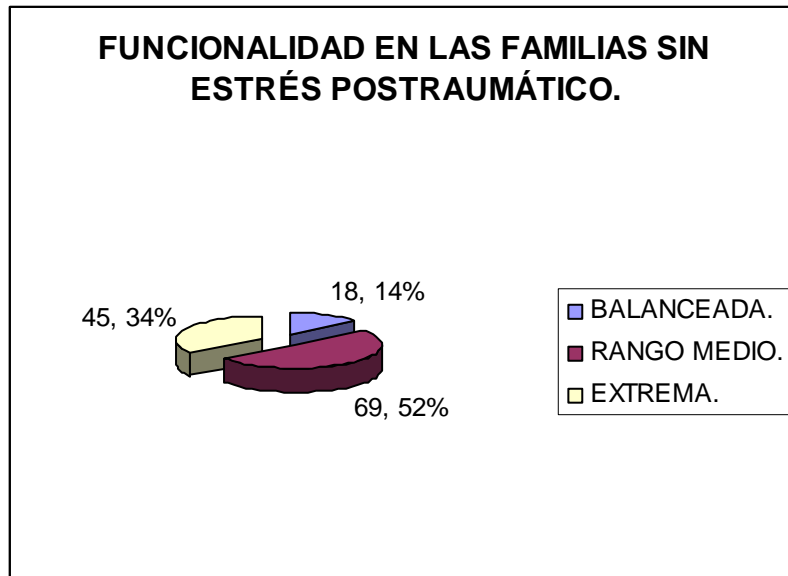


Gráfica 5.

Fuente: Encuesta efectuada en la Colonia Villa de Fuente de Piedras Negras Coahuila.

Sistema familiar de acuerdo a la clasificación funcional de Escala FACES III (D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee).

Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen.

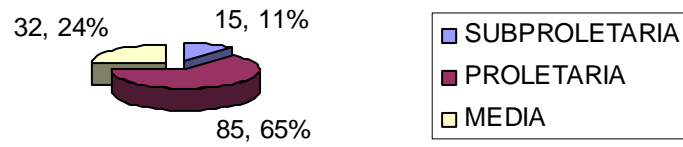


Gráfica 6

Fuente: Encuesta efectuada en la Colonia de Villa de Fuente de Piedras Negras Coahuila. Escala FACES III (D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee).

Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen.

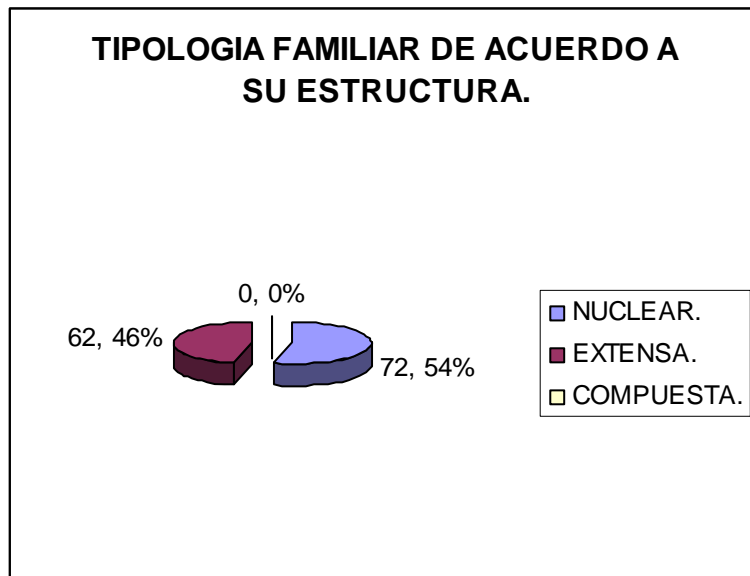
**TIPOLOGIA FAMILIAR DE ACUERDO A
SU NIVEL SOCIOECONÓMICO.**



Gráfica 7.

Fuente: Encuesta efectuada en la Colonia de Villa de Fuente Piedras Negras Coahuila.

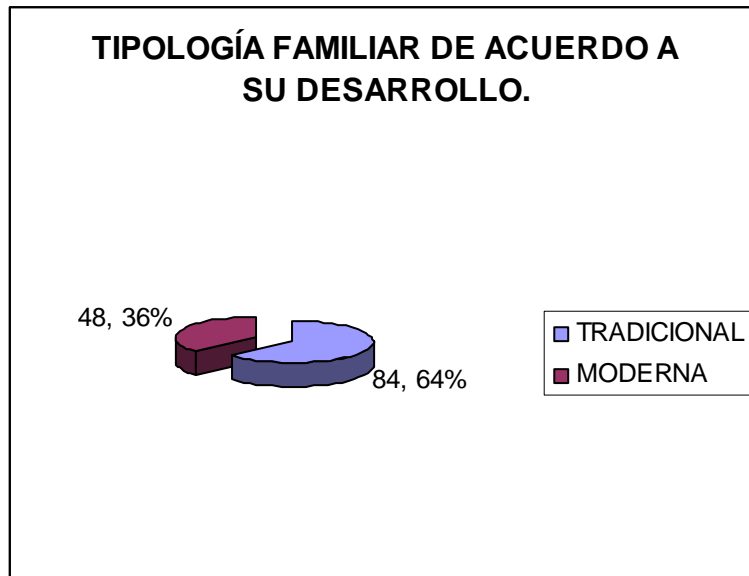
Historia Clínica familiar.



Gráfica 8.

Fuente: Encuesta efectuada en la Colonia de Villa de Fuente de Piedras Negras Coahuila.

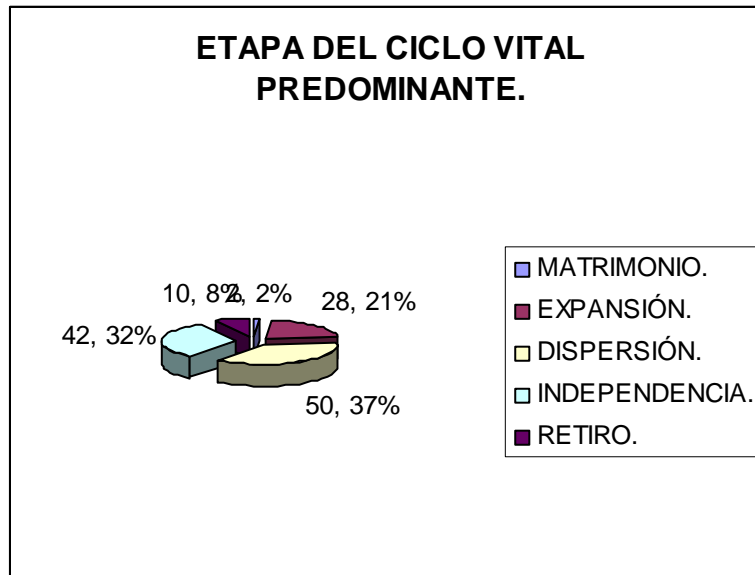
Historia Clínica familiar. Estructura familiar descrita por Irigoyen.



Gráfica 9.

Fuente: Encuesta efectuada en la Colonia de Villa de Fuente de Piedras Negras Coahuila.

Historia Clínica familiar.



Gráfica 10.

**Fuente: Encuesta efectuada en la Colonia de Villa de Fuente de Piedras Negras Coahuila.
Historia Clínica familiar.**

ESCALA DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO DE DAVIDSON.

Cada una de las preguntas se refiere a sucesos específicos, que usted ha experimentado durante la última semana. Para cada pregunta tome en cuenta cuantas veces le ha sucedido (frecuencia) y con cuanta intensidad (gravedad).

Escribir en cada uno de los recuadros de al lado de cada pregunta un numero del 0 a 4, para indicar la frecuencia y la gravedad.

Frecuencia

0=Nunca
1= a veces
2=2-3 veces
3=4-6 veces
4=a diario

Gravedad

0=Nada
1=leve
2=moderada
3=marcada
4=extrema

Frecuencia

Gravedad

1. Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdo o pensamientos dolorosos del acontecimiento.		
2. Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento.		
3. Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo, como si lo estuviera reviviendo.		
4. Hay cosas que se lo han hecho recordar.		
5. Ha tenido sensaciones físicas por recuerdos del acontecimiento. (Como transpiración, temblores, palpitations, mareos, nauseas o diarrea).		
6. Ha estado evitando pensamientos o sentimientos sobre el acontecimiento.		
7. Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le le recordaran el acontecimiento		
8. Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento		
9. Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas		
10. Se ha sentido distante o alejado de la gente.		
11. Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto.		
12. Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos.		
13. Ha tenido dificultad para manejar el sueño.		
14. Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira-		
15. Ha tenido dificultades para concentrarse		
16. Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído, o como "en guardia"		
17. Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente.		

FACES III (D.H. Olson, J. Portner e Y. Lavee).
 Versión en pañol (México): C. Gómez y C. Irigoyen.

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el numero indicado.

Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
Describe su familia:				
1 Los miembros de su familia se dan apoyo entre si				
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas				
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia				
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina				
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares mas cercanos				
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad				
7. Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia				
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas				
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.				
10 Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos				
11. Nos sentimos muy unidos				
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones				
13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente				
14. En nuestra familia las reglas cambian				
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia				
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros				
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones				
18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad				
19. La unión familiar es muy importante				
20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar				

ENCUESTA.

(Ficha de identificación)

Fecha de la encuesta:

Nombre del encuestador:-

Nombre familia(apellidos)	religión: Católico: <input type="checkbox"/> testigo de J: <input type="checkbox"/>
Dirección:	Cristiana: <input type="checkbox"/> Otras: <input type="checkbox"/>

Integrantes de la familia:

Nombre	Edad	Parentesco	escolaridad	Ocupación

SUBSISTEMAS EXISTENTES

Conyugal	Parental	Fraterno
----------	----------	----------

TIPOLOGIA FAMILIAR EN BASE A SU ESTRUCTURA

Nuclear (padres e hijos)	Extensa:(Familia consanguínea)	Compuesta (Personas que no son familiares)
-----------------------------	--------------------------------	---

TIPOLOGIA FAMILIAR EN BASE A NIVEL SOCIOECONOMICO

Subproletaria	Proletaria	Clase media
---------------	------------	-------------

TIPOLOGIA FAMILIAR EN BASE A SU DESARROLLO

Tradicional (solo trabaja el hombre)	Moderna (trabaja la mujer)
---------------------------------------	-----------------------------

ETAPA DEL CICLO VITAL (Geyman)

Matrimonio (Solo pareja)	Expansión (con hijos pequeños)	Dispersión (con hijos adolescentes)	Independencia (hijos mayores se casan y forman nuevas familias)	Retiro y muerte
-----------------------------	-----------------------------------	--	--	-----------------