



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 32

GUASAVE, SINALOA.

DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DISCAPACIDAD MOTRIZ EN
DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.
37 LOS MOCHIS, SINALOA

TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ROSARIO PEÑUELAS VILLEGAS

GUASAVE, SINALOA

2015



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.

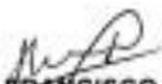
DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DISCAPACIDAD MOTRIZ EN
DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 37 LOS
MOCHIS, SINALOA

QUE PARA OBTENER EL GRADO MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

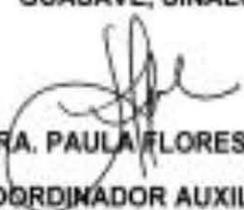
PRESENTA

PEÑUELAS VILLEGAS ROSARIO

DR. MARCO ANTONIO RANGEL GARCIA
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR N°32
GUASAVE, SINALOA.


DR. JOSE FRANCISCO ESPINOZA RUBIO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR N°32
GUASAVE, SINALOA.


DRA. ALMA LORENA LOPEZ ARMENTA
COORDINADORA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR N°32
GUASAVE, SINALOA.


MC.DRA. PAULA FLORES FLORES.
DIRECTOR DE TESIS COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACION EN
SALUD JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS HOSPITAL
GENERAL DE ZONA NO.1 CULIACAN SINALOA.

DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DISCAPACIDAD MOTRIZ EN
DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 37 LOS MOCHIS, SINALOA

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

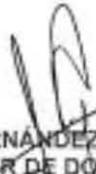
PRESENTA

DRA. ROSARIO PEÑUELAS VILLEGAS

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSE MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2501
H. GRAL. REG. NUM 1, SINALOA

FECHA 07/09/2013

DR. ROSARIO PEÑUELAS VILLEGAS

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DISCAPACIDAD MOTRIZ EN DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 37 LOS MOCHIS, SINALOA

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **AUTORIZADO**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-2501-39

ATENTAMENTE

DR.(A). GILBERTO AMEZQUITA ROMERO

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2501

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

INDICE GENERAL

1. -Marco Teórico.....	7
1.1. Antecedentes Históricos.....	7
1.2 Antecedentes Científicos.....	23
2.- Planteamiento del problema.....	26
3.-Justificación.....	28
4.- Objetivos.....	30
4.1.- General	30
4.2.- Específicos.....	30
5.- Metodología	31
5.1.- Tipo de estudio	31
5.2.- Diseño de investigación.....	31
5.3.- Población, lugar y tiempo de estudio	31
5.4.- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	31
5.5.- Criterios de Selección	32
5.5.1.- Criterios de Inclusión.....	32
5.5.2.- Criterios de Exclusión.....	32
5.5.3.- Criterios de Eliminación.....	32
5.6.- Variables.....	33
5.6.1.- Tipos de Variables.....	33
5.6.2.- Operacionalidad de Variables.....	34
5.7.- Instrumento de recolección de Recolección de Datos.....	36
5.8.- Método o procedimiento para captar la información.....	38
5.9.- Análisis Estadístico.....	39
5.10.- Recursos.....	40
5.10.1.- Recursos Humanos.....	40
5.10.2.- Recursos Materiales.....	40

6.-Cronograma de actividades.....	41
7. Aspectos Éticos.....	42
8. Resultados.....	43
9. Discusión.....	48
10. Conclusiones.....	50
11. Limitaciones y Sugerencias.....	52
12. – Bibliografía	54
13.- Anexos.	56
13.1. Instrumentos de Recolección de Datos.....	56
13.1.1. Encuesta.....	56
13.1.2. APGAR FAMILIAR.....	57
13.1.3. FACES III.....	58
13.2.- Consentimiento Informado	59
13.3.-Tablas Recolección de Datos.....	60
13.4.- Graficas.....	69

1. MARCO TEORICO

1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Es importante estudiar las relaciones dentro del núcleo familiar de los pacientes funcionales o disfuncionales y saber si la causa de la disfunción familiar es debida a la discapacidad de alguno de los integrantes de la familia. En ocasiones las personas con discapacidad se ven sometidas al maltrato físico y verbal por parte de las personas que los cuidan y la mayoría de las veces son integrantes de la misma familia.

Si un integrante de la familia nace con una discapacidad o presenta un accidente que le provoque una discapacidad la familia se enfrentara a problemas de jerarquía, liderazgo y crisis familiares.

La aparición de los trabajos de Wood, de la Universidad de Manchester, Inglaterra, dieron origen a la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de la Organización Mundial de la Salud, que marcó un hito al enfatizar los distintos momentos de un proceso que puede alterar las funciones de la persona y la influencia que sobre ella ejerce el ámbito social.

A principio de 1970, comenzó a utilizarse el término discapacidad para referirse a “personas afectadas de incapacidades de cualquier tipo”, su difusión fue progresiva y en el año 1972 en las II Jornadas Nacionales realizadas por el Servicio Nacional de Rehabilitación en Jujuy, se adoptó oficialmente el término, aunque recién en 1977 la Dirección Nacional de Rehabilitación acepto definitivamente su uso. Por su parte la Academia Argentina de Letras basada en una filosofía de “rehabilitación” y teniendo en cuenta la connotación negativa de los términos lisiado o impedido, propuso sustituirlos por el de “discapacidad”, ya

que sugiere que si el individuo está limitado en algún aspecto lo importante es subrayar aquellos en los que no lo está. ⁽¹⁾.

La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) fueron publicadas en 1980 por la OMS como instrumento para la clasificación de las consecuencias de las enfermedades y sus repercusiones en la vida del individuo. El año de 1981 fue declarado por la Organización Mundial de la Salud (ONU) como año internacional de las personas con discapacidad. ^(2,3)

Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (la CIF: OMS, 2001) el concepto de discapacidad remite a las “limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación, derivadas de una deficiencia en el orden de la salud, que afectan a un individuo en su desenvolvimiento y vida diaria dentro de su entorno físico y social”. El concepto de discapacidad se define, por tanto, como limitación y restricción para llevar a cabo una vida “normal” en virtud de una deficiencia en el orden de lo comúnmente entendido como salud ⁽⁴⁾.

En su estudio de tesis en el año 2010 Angarita refiere: “las personas con discapacidad motora presentan una alteración, transitoria o permanente, en su aparato locomotor debido a un mal funcionamiento de los sistemas nervioso, muscular y/o óseo-articular. Se da en diferentes grados dependiendo de la localización o zona afectada y del origen”. Las discapacidades de movimiento pueden estar causadas por la artritis, problemas cardíacos, parálisis cerebral, la enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple y la pérdida de las extremidades o los dedos, entre otros factores. El control reducido de los músculos o su debilidad puede dificultar el uso de dispositivos de teclado y mouse estándar. Por ejemplo, algunas personas no pueden presionar dos teclas simultáneamente, mientras que

otras tienden a presionar varias teclas o a presionar una tecla varias veces de forma involuntaria cuando quieren presionarlas y soltarlas.

En julio de 2001, el Instituto Interamericano del Niño de la Organización de Estados Americanos (OEA) publicó un trabajo en el que se plantea la evolución del concepto de discapacidad desde el siglo XVII, según los siguientes modelos.

Modelo preformista o negativista. Es el que prevalece hasta el siglo XVII. Antes de la Revolución Francesa se pensaba que las deficiencias se preformaban en el momento de la concepción o eran el resultado de designios de fuerzas divinas. Según las distintas culturas, las personas con discapacidades eran segregadas, perseguidas o institucionalizadas en forma permanente. Se practicaba la eugenesia o, en otros casos, se reverenciaba o deificaba a quienes tenían estos “estigmas”.

Modelo predeterminado médico. Se extiende desde el siglo XVII hasta fines del siglo XIX. Se consideraba que las discapacidades tenían origen biomédico. En esa época, quienes no podían ser curados se institucionalizaban en establecimientos donde se atendía a individuos con cualquier tipo de discapacidad. Las órdenes religiosas eran las que primordialmente se ocupaban de estas personas.

Modelo determinista funcional. Se extiende desde fines del siglo XIX hasta fines del decenio de 1980. Se desarrolla el criterio de rehabilitación y de educación especial.

Modelo interaccionista o estructuralista. Comienza a desarrollarse el concepto de desventaja y a enfatizarse los factores ambientales. En este período se implanta la normalización en la educación. Se reconoce el valor de la prevención para eliminar las barreras físicas y estructurales.

Modelo Inclusivo de los Derechos Humanos. Se reconoce que los derechos humanos son fundamentales y se los incluye en la ejecución de programas.

Modelos de Intervención. En 1992, Minaire enunció cuatro modelos de intervención en el marco de la rehabilitación: biomédica, de la discapacidad, situacional y de calidad de vida. El modelo biomédico asume que existe una relación lineal entre la etiología, la patología y las manifestaciones de las deficiencias. Esencialmente incorpora tres variables: diagnóstico, síntomas y factores psicológicos. Este modelo no considera los factores personales, las respuestas emocionales o los asuntos familiares como componentes de la sintomatología, a menos que sea clara la relación con la patología original. El foco de las intervenciones es la patología y, en segundo término los síntomas.

A pesar de la debilidad de este modelo a la luz de los nuevos conceptos y enfoques, es el más utilizado, sobre todo en los sistemas institucionales.

El modelo de la discapacidad puede ser considerado el de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS (CIDDM). En cierta medida es similar al anterior en relación con el desarrollo lineal de las situaciones, pero representa un avance porque considera un espectro mayor de necesidades de intervenciones, sobre todo en los aspectos funcionales.

Causas de la discapacidad:

Causas sanitarias. Además de las causas comunes que se comparten con los países industrializados, como defectos congénitos, enfermedades crónicas, tumores malignos y accidentes de tránsito, los países de la Región cuentan con casos significativos de discapacidad relacionados con enfermedades infecciosas y parasitarias, deficiencias nutricionales y problemas de salud relativos al desarrollo del feto y el parto.

Causas ambientales. Estas causas comprenden problemas de contaminación ambiental y sus efectos en la salud, como por ejemplo el uso irracional de plaguicidas en los cultivos.

En situaciones normales y sin interferencias, las personas desarrollan sus habilidades desde el nacimiento hasta alcanzar el grado máximo de sus posibilidades al llegar a la edad adulta. Existen distintas causas que pueden desviar el desarrollo en la infancia o dañar las funciones del adulto.

Trastorno fisiopatológico: Una alteración en las células y en los tejidos que interrumpe o interfiere el proceso normal de las estructuras. „

Deficiencia: La alteración se localiza en órganos y sistemas, pero la pérdida o anomalía de la función cognoscitiva, fisiológica, emocional o anatómica trasciende la anomalía atribuible a la fisiopatología.

Limitación funcional: La deficiencia evoluciona hacia la restricción o pérdida de la habilidad de ejecutar la actividad acorde con el propósito del órgano o el sistema. „

Discapacidad: las limitaciones impiden que la persona ejecute tareas y actividades, y desempeñe su rol personal en el contexto físico y social.

Minusvalía: Se asocia con circunstancias atribuibles a la sociedad y el medio que oponen barreras estructurales (actitudes) y físicas (arquitectónicas) que dificultan el acceso a los servicios y la participación plena (discriminación)⁽⁵⁾

La ley de discapacidades en sus artículos define la discapacidad como

Artículo 1.- Finalidad de la Ley

La presente Ley, tiene por finalidad establecer el régimen legal de protección, de atención de salud, trabajo, educación, rehabilitación, seguridad social y prevención, para que la persona con discapacidad alcance su desarrollo e integración social, económica y cultural, previsto en el Artículo 7 de la Constitución Política del Estado.

Artículo 2.- Definición de la persona con discapacidad

La persona con discapacidad es aquella que tiene una o más deficiencias evidenciadas con la pérdida significativa de alguna o algunas de sus funciones físicas, mentales o sensoriales, que impliquen la disminución o ausencia de la capacidad de realizar una actividad dentro de formas o márgenes considerados normales limitándola en el desempeño de un rol, función o ejercicio de actividades y oportunidades para participar equitativamente dentro de la sociedad.

Artículo 3.- Derechos de la persona con discapacidad

La persona con discapacidad tiene iguales derechos, que los que asisten a la población en general, sin perjuicio de aquellos derechos especiales que se deriven de lo previsto en el segundo párrafo del Artículo 7 de la Constitución Política, de la presente Ley y su Reglamento.

Artículo 4.- Papel de la familia y el Estado

La familia tiene una labor esencial frente al logro de las acciones y objetivos establecidos en esta Ley. El Estado ofrecerá a la familia capacitación integral (educativa, deportiva, de salud, de incorporación laboral, etc.) para atender la presencia de alguna discapacidad en uno o varios miembros de la familia. ⁽⁶⁾

TIPOS DE DISCAPACIDAD Y SUS DEFINICIONES.

DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Las personas con discapacidad intelectual se caracterizan por tener limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en el desarrollo de las habilidades adaptativas para su edad y entorno social, tales como: Lenguaje, lectura, escritura, matemáticas, comprensión de conceptos abstractos, entre otros. Interacción con otras personas, establecimiento de juicios y toma de decisiones.

DISCAPACIDAD SENSORIAL

Dentro de la discapacidad sensorial, están incluidas las personas con discapacidad visual y auditiva.

Las personas con discapacidad visual son aquellas que tienen ceguera, que es la ausencia total de percepción visual, incluyendo la sensación luminosa o aquellas que presentan debilidad visual, es decir, la reducción significativa de la agudeza visual en un grado tal, que aun empleando apoyos ópticos, no pueden actuar de manera independiente.

La discapacidad auditiva es la carencia, deficiencia o disminución de la capacidad auditiva. A las personas que perciben sonidos en grado variable y que en algunas ocasiones pueden utilizar aparatos auditivos, se les denomina personas hipoacúsicas.

A la que no perciben absolutamente ningún sonido se les llama personas sordas totales.

DISCAPACIDAD MENTAL

Las personas con discapacidad mental presentan una alteración bioquímica que afecta su forma de pensar, sus sentimientos, su humor, su habilidad de relacionarse con otros y su comportamiento. Ejemplos de este tipo de discapacidad son: depresión mayor, trastorno bipolar, trastorno obsesivo/compulsivo (TOC), trastorno esquizoafectivo y el trastorno dual (una de las anteriores más una adicción).

DISCAPACIDAD MOTRIZ

Es aquella que se presenta de manera permanente o transitoria por mal funcionamiento del Sistema Nervioso Central, óseo, articular, muscular. Algunas de las razones por las cuales se presenta es como secuela de poliomielitis, artritis o parálisis cerebral.

Las causas por las cuales se presenta la discapacidad motriz pueden ser hereditarias o genéticas, amnióticas, por infecciones microbianas, accidentes traumáticos y de origen desconocido.

Clasificación o tipología según el Dr. Toledo González (1985)

1. Malformaciones Congénitas: luxación congénita de cadera, malformaciones congénitas de miembros, malformaciones congénitas de columna vertebral, artrogriposis.
2. Afecciones Congénitas: osteogenesis imperfecta, acondroplasia, osteodistrofia.
3. Osteocondrosis.

DEFINICIÓN DE FAMILIA

OMS: Comprende a los miembros del hogar emparentados entre si entre un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.

Diccionario de la lengua española: es un grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de uno de sus miembros.

Cordera de Hillman (1988) dice que la familia constituye una Gestalt, una verdadera estructura, donde la acción de uno de los miembros incide sobre los demás, debiendo proveerse entre ellos roles interrelacionados con el fin de mantener el equilibrio.

Steinglass en la teoría sistémica define a la familia como unidad organizada, integrada por elementos (individuos) y subunidades (padres e hijos) que conviven unos con otros en una relación consistente y duradera. Al definir a la familia como sistema y cada uno de sus integrantes como elementos del mismo, se evidencia que el sistema y cada uno de sus componentes serán afectados en su comportamiento y desarrollo individual.

Fernández Mouján (1986:162) es una unidad que tiene una identidad propia que la define, tiene además una estabilidad: la estructura que permitirá el inter juego dinámico que la identidad propone. Otro elemento básico dentro de esta unidad es la satisfacción, que como tal tiene necesidades elementales, orgánicas, además de otras más alejadas de lo orgánico. Posee un ciclo vital que recorre varias etapas: el noviazgo, desprendimiento, matrimonio, la crianza de los hijos, la adolescencia de los hijos, el “Nido vacío” y la vejez. La pareja transita por cada una de ellas y el pasaje de una a otra es vivenciado como crisis.

Minuchin menciona que en la evaluación del funcionamiento familiar es importante definir conceptos de organización tales como: roles, jerarquía y demarcación de los límites, adaptabilidad como: flexibilidad, versus rigidez, cohesión como: proximidad versus distancia y estilos de comunicación. ⁽⁷⁾

La cohesión ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad. Una enfermedad crónica incapacitante puede intensificar y prolongar estas transiciones normales. En algunos problemas como el retraso mental o la parálisis cerebral infantil, la necesidad de cohesión suele ser permanente, obstaculizando así los cambios de desarrollo normativos de los miembros de la familia. Así mismo la habilidad de una familia para adaptarse a las cambiantes circunstancias o a las tareas del desarrollo del ciclo de vida se complementa con su necesidad de valores durables, tradiciones y normas de comportamiento previsibles y coherentes. La adaptabilidad es un elemento fundamental particularmente en las enfermedades progresivas, recurrentes o que presentan crisis médicas agudas. ^(8,9)

Tipos de Familia

De acuerdo a su composición

Nuclear. El padre, la madre y los hijos.

- Monoparental. Uno de los padres ha fallecido.
- Extensa. Los padres, los hijos y otro pariente.
- Compuesta. Los padres, los hijos y por no parientes.
- De tres generaciones. Los abuelos, los padres y los hijos.
- Arcaica. La mujer se dedica a las labores del hogar y juega el rol de esposa-madre.
- Moderna: La mujer participa en la fuerza de trabajo y en la economía de la familia. La mujer tiene el rol de esposa-compañera y de esposa-colaboradora.

De acuerdo con su lugar de residencia

- Rural. Vive en un lugar de menos de 2,500 habitantes.
- Semiurbana. Vive en un lugar con más de 2,500 habitantes y menos de 14,999.
- Urbana. Vive en un lugar de más de 15,000 habitantes.

De acuerdo con su ciclo vital

- Familia con lactantes. Con miembros de 0 a 2 años 11 meses de edad.
- Familia con preescolares. Con miembros de 3 a 5 años 11 meses de edad.
- Familia con escolares. Con miembros de 6 a 9 años 11 meses de edad.
- Familia con adolescentes. Con miembros de 10 a 19 años de edad.⁽¹⁰⁾

Identidad, estabilidad y satisfacción, son tres características básicas de la familia:

- La identidad de la familia se define como una identidad grupal que adquiere un total sentido como relación de un “nosotros” en contraposición de un “yo” individualista.
- Con respecto a la estabilidad, se refiere a la estructura familiar, “sería la organización que permite mantener la unidad del grupo en los momentos de desacuerdos o ansiedad. Controla de manera explícita e implícita las acciones y emociones que surgen”.
- La satisfacción sería “la capacidad de elaborar (o sea de transformar) las relaciones durante los períodos de inicio de acciones o ansiedades motivadoras tanto por fuerzas externas e internas”. ^(11,12)

Funcionalidad Familiar

Familia funcional es aquella que cumple con las necesidades fisiológicas, de seguridad, sociales, estima y realización personal. Una familia funcional es aquella que es capaz de cumplir con el ciclo de vida al que se va presentado.

Familia disfuncional es aquella que no cumple con funciones establecidas. La comunicación afectiva es la primera que se ve afectada en las familias disfuncionales. Los incidentes que se presentan en los integrantes de las familias afectan de manera diferente a sus integrantes.

La funcionalidad familiar se mide según el FACES III en términos de adaptabilidad y cohesión.

Cohesión: Vinculación emocional entre los miembros de la familia, e incluye cercanía, compromiso familiar, individualidad y tiempo compartido. Los niveles de cohesión son: desligada, separada, conectado, aglutinada.

Adaptabilidad: Habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles, las normas y reglas en función de las demandas situacionales o de desarrollo. Los niveles de adaptabilidad son: rígido, estructurado, flexible y caótico ⁽¹²⁾

Durante las diferentes etapas del desarrollo familiar, la familia enfrenta diferentes momentos críticos del ciclo evolutivo, que implican cambios tanto individuales como familiares, los que pueden constituir un período de crisis.

En estos períodos de transición de una etapa del ciclo vital a otra hay indefinición de las funciones, porque los miembros de la familia están asumiendo un nuevo rol. El querer conciliar ambos funcionamientos produce en ocasiones fluctuaciones, inestabilidades, transformaciones, que se expresan en ciertos niveles de desorganización de la familia, y es lo que se denomina como crisis evolutiva.

Según Blaustein S. estas crisis son llamadas evolutivas, porque están en relación con los cambios biológicos, psicológicos y sociales de cada uno de los miembros de la familia, y con los cambios, en consecuencia, de las pautas de interacción en el contexto familiar. En estas crisis evolutivas se cambian las viejas pautas de interacción por otras nuevas que posibilitan, a cada uno de los miembros de la familia, el desempeño de nuevas funciones en sus roles, poniendo de manifiesto un desarrollo cada vez más acabado de individuación y de una estructura familiar cada vez más compleja y diferente a la anterior, lo que da lugar al crecimiento y desarrollo de la familia.

Louro I. plantea que en este proceso de cambio predominan las tareas denominadas de desarrollo, las que están relacionadas con las etapas del ciclo vital que necesariamente tiene que atravesar la familia para desarrollarse, crecer y madurar. Cuando cada uno de los miembros de la familia tiene bien definidas sus funciones y los roles correspondiente al ciclo vital cronológico, va creándose una

estructura familiar organizada que le permite tener un desarrollo en su identidad familiar y en la individualidad personal de sus componentes. Ahora bien, si en el esfuerzo de reorganización familiar la propia estructura familiar, por su falta de flexibilidad, no lo permite, aparecen entonces las disfunciones familiares.

Estas crisis son denominadas normativas o transitorias. El término transitoria está utilizado, como señala Pérez C. "en un sentido cinético y no en el sentido temporal de la palabra, esto es: una crisis es transitoria en función de que posibilite o no el paso de una etapa a la otra del ciclo vital y no se refiere en ningún sentido al tiempo de duración de la crisis".

Sin embargo, la dinámica familiar como todo proceso en desarrollo no es lineal y ascendente. Este proceso se ve afectado en muchas ocasiones por situaciones, que introducen cambios en su estructura y funcionamiento, debido a la existencia de hechos que actúan como fuentes generadoras de estrés, como es el caso del divorcio, padecimiento de una enfermedad crónica, o el fallecimiento de un miembro de la familia, los cuales tienen una expresión particular en cada familia en dependencia de su historia, su propia dinámica, de la significación que asigna al evento o situación, y de los recursos con que cuenta para hacerle frente. En este caso las tareas que debe desarrollar la familia, son tareas de enfrentamiento que se derivan de las llamadas crisis no transitorias o para-normativa ⁽¹³⁾.

La familia aglutinada es un tipo de familia en la que se confunden los roles, las diferencias generacionales no son claras, todos los miembros están "apelotonados", sin discriminación de identidades, sin respeto a las diferencias, sin la distancia adecuada. Como la misma palabra indica, aglutinada, significa confusión de roles y funciones. La autonomía no se da, la comunicación y las interacciones invaden el mundo de cada miembro sin respetar la edad, la capacidad de tolerancia, la privacidad, el espacio que cada uno necesita. A veces

los niños tienen que hacerse cargo de emociones que no pueden comprender ni tolerar. Lo confusional prevalece en el funcionamiento.

La familia rígida se caracteriza por establecer normas o patrones de funcionamiento que son estáticos, incambiables y rígidos. Suelen ser familias autoritarias, que apenas evolucionan en sus planteamientos y que no modifican los valores ni siquiera en las formas o modo de vivirlos. Se muestran intransigentes y dogmáticos, difícilmente se dejan enseñar por nadie y menos por los hijos. La comunicación y el diálogo no tiene cauces fluidos y se vehiculiza prioritariamente de arriba a abajo.

Las familias que han demostrado tener niveles más bajos de adaptabilidad son consideradas "rígidas". Estos tipos de familias generalmente tienen un liderazgo parental autoritariamente fuerte, que no suele variar de un padre al otro. Otra característica de este tipo de familia es la falta de evolución del cambio y las reglas y procedimientos muy estrictos. Los roles familiares en este tipo de familias están muy claramente definidos y rara vez cambian. En una estructura familiar rígida hay usualmente una persona que es la que ejerce más control en la unidad familiar.

Las familias estructuradas son las que muestran puntajes de adaptabilidad moderada y son uno de los dos tipos estables de unidades familiares. Estas familias muestran la habilidad de equilibrar el cambio y la estabilidad de forma que sea más funcional para sus miembros. Una familia estructurada es menos rígida y controladora y el liderazgo parental, aunque sea fuerte, es compartido entre ambos padres. Los roles familiares son estables, claros y comprendidos, aunque las familias son más capaces de mutar con el cambio y flexibilizarse para compartir roles cuando es necesario. Hay algunos desplazamientos en las familias estructuradas, pero rara vez hay cambios grandes.

Las familias flexibles son las que muestran niveles más altos de adaptabilidad si bien aún mantienen una estructura. Una estructura familiar flexible es más abierta al cambio y se adapta con mayor facilidad a las situaciones y cambios exteriores,

pero mantiene un balance saludable de poder entre padres e hijos. El liderazgo claro es compartido con frecuencia entre los padres y las reglas familiares pueden cambiar ocasionalmente. Las familias flexibles les dan a los niños la oportunidad de ser participantes activos en sus familias al mismo tiempo que les proporcionan guía y liderazgo. Los niños en las familias de estructuras flexibles muestran niveles más bajos de delincuencia y más altos de creatividad.

Las familias caóticas son las que muestran niveles muy altos de adaptabilidad. En estas familias hay una falta de estructura fuerte y liderazgo parental. Los roles de poder son cambiados con frecuencia entre los miembros de la familia, incluyendo padres e hijos. El cambio es una constante en las estructuras caóticas y la comunicación familiar errática es característica. Las decisiones familiares en una familia caótica suelen ser impulsivas y mal preparadas. Las estructuras caóticas y las rígidas son dos de las estructuras más problemáticas para el bienestar de la familia y los niños ⁽¹⁴⁾.

1.2. ANCEDENTES CIENTÍFICOS

López Y Escudero (2003) consideran que las definiciones de familia, incluyen al menos uno de los siguientes elementos: a) los miembros del grupo, b) los vínculos entre los miembros, c) sus funciones. Una familia es como un sistema en el que sus miembros establecen relaciones de intimidad reciprocidad, dependencia, afecto y poder condicionado por los vínculos sanguíneos, legales o de compromiso tácito e larga duración, que incluyen l menos una generación con una residencia común la mayor parte ⁽¹⁵⁾.

Broderick (1993 citado en navarro et al.) define la familia como:

Un sistema social abierto dinámico, dirigido a metas y autorregulado. Además ciertas facetas tales como estructuración única de género y generación lo diferencian de otros sistemas sociales. Más allá de esto cada sistema individual familiar está configurado por sus propias facetas estructurales particulares (tamaño, complejidad, composición, estadio vital), las características psicobiológicas de sus miembros individuales (edad, género, fertilidad, salud, temperamento, etc.) y su posición sociocultural e histórica en su entorno más amplio.

Navarro y cols. (2007) refieren que el concepto de familia disfuncional debe ser analizado no sólo en base al contexto socioeconómico, sino en base a los factores de riesgo y de compensación en el funcionamiento familiar teniendo en cuenta que necesidades psicosociales del microsistema familiar se están viendo afectadas (físico-biológicas, afectivas y emocionales, relación e interacción entre sus miembros, pertenencia ⁽¹⁶⁾.

La importancia de planificar Estrategias de Intervención dirigidas a promover una adecuada Salud Familiar. La intervención Psicológica Familiar consiste en la aplicación de un conjunto de acciones a través de las cuales la familia desarrolle sus propios recursos psicológicos, se propicie la autoayuda, facilitando que ella,

de manera independiente sea capaz de hallar soluciones adaptativas ante situaciones conflictivas y de crisis, que se presentan en la vida cotidiana.

Desde que el individuo nace hasta que muere, desde que enferma hasta que se recupera requiere del apoyo de este grupo primario; y de éste depende una evolución mejor y más rápida. En el seno familiar se valora la enfermedad, se toman decisiones y se coopera en el tratamiento. De igual modo cualquier miembro de la familia que presente una enfermedad puede "desencadenar" la disfunción familiar. Este miembro enfermo es el portavoz de lo que ocurre en la dinámica familiar, y es, a través de este individuo, que se sintetiza la crisis que atraviesa la familia ⁽¹⁷⁾.

Gómez López describen La Parálisis Cerebral Infantil (PCI) es un síndrome cuyo origen está localizado en el Sistema Nervioso Central (SNC), primera neurona o neurona motora superior; eso implica que casi todos los niños con PCI presentan, además de los defectos de la postura y movimiento, otros trastornos asociados. Es la causa más frecuente de discapacidad motriz en la edad pediátrica ⁽¹⁸⁾.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (OMS 2001) establece que la discapacidad es el resultado de la interacción de la persona que presenta una deficiencia ante las barreras físicas y actitudinales de su entorno; siendo justamente; las actitudes negativas y los prejuicios, aspectos que pueden suponer importantes obstáculos para la inclusión social (CERMI,2003), motivando en la actualidad la investigación sobre la temática (Polo, Fernández& Días 2011), pero no solo la actitud de los demás la que determina su integración, sino la percepción sobre sí mismo que tenga el discapacitado ⁽¹⁹⁾.

P. herrero y colaboradores dicen que La parálisis cerebral infantil (PCI) podría definirse como una disfunción motriz de carácter permanente y no progresivo, consecuencia de lesiones o anomalías en el cerebro inmaduro en edades tempranas del desarrollo. La PCI abarca un grupo de alteraciones permanentes en el desarrollo del movimiento y la postura, causando limitación funcional. Estas

alteraciones motrices con frecuencia se acompañan de alteraciones de la sensibilidad, la percepción, la cognición. La comunicación y el comportamiento además de la epilepsia y problemas musculoesqueléticos secundarios. La PCI es la principal causa de discapacidad física en los niños europeos ⁽²⁰⁾.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La discapacidad motriz es la discapacidad que concentra el mayor número de personas del resto de los tipos de discapacidad en la mayoría de los países (Verdugo, 2002); en el caso de México sucede lo mismo, 45 de cada cien personas con discapacidad son de tipo motriz, lo que ubica a este tipo de discapacidad como la más importante del país por el monto de población que concentra.

Al año 2010 en el Censo de Población y vivienda en México, las personas que tienen algún tipo de discapacidad son 5 millones 739 mil 270, lo que representa 5.1% de la población total.

En México, de las personas que presentan alguna discapacidad, 49% son hombres y 51% mujeres.

En el censo nominal 2010 en México se encuentra que el 58.3% presenta discapacidad para moverse.

Todas las personas están expuestas a sufrir discapacidad física o motriz en cualquier etapa de la vida debido a enfermedades o accidentes que condicionen limitación física para el desarrollo de sus actividades sociales, culturales, físicas o laborales en su vida cotidiana.

El paciente con discapacidad al enfrentarse a esta crisis paranormativa presenta alteraciones de adaptabilidad y cohesión ya que se puede sentir rechazo por la sociedad, en lo laboral y en la familia por pensar que le tienen lastima.

En las familias con un integrante que padece discapacidad motriz se ha observado crisis familiar, debido a los cambios de jerarquía, liderazgo, roles, jefe de familia y cuidador del paciente con discapacidad.

Como consecuencia de esto al no llevarse a cabo las funciones básicas de familia, esta familia se convierte en familia disfuncional.

Después de las consideraciones anteriores, al observar a los pacientes con discapacidad motriz y la relación familiar que existe entre ellos, surge la interrogante:

¿Cuál es la disfunción familiar en pacientes derechohabientes con discapacidad motriz de la Unidad de Medicina Familiar No. 37 Los Mochis, Sinaloa?

3.- JUSTIFICACIÓN

Claudia Ramírez y Joel Parra en su proyecto de investigación (2010) comentan que una persona discapacitada es ahora vista como un individuo que requiere de una serie de ayudas técnicas para el devenir cotidiano y a la discapacidad como las actitudes o barreras que la sociedad levanta a su alrededor. Sin embargo ambas definiciones coinciden en que los servicios y las oportunidades sociales deben ser lo más accesibles posibles para todas las personas afectada.

Las personas discapacitadas han sido receptoras de una variedad de respuestas ofensivas por parte de las otras personas. Entre ellas está el horror, el miedo, la ansiedad, la hostilidad, la desconfianza, la lastima, la protección exagerada y el paternalismo. “impone una presunción de inferioridad biológica o fisiológica de las personas discapacitadas”. Durante el paso de tiempo las personas discapacitadas han sido etiquetas como “invalido, tullido, tarado, impedido, o retrasado”.

En la última década de la vida se a aprecia un importante incremento de las discapacidades como son los procesos relacionados con la gestación, la alimentación de la madre, el abuso de drogas durante el embarazo, las cuales se consideran de origen congénito; en otro grupo se ubican las genéticas, que son las que se trasmiten de padres a hijos; las adquiridas en donde se pueden agrupar las ocasionadas por alguna enfermedad después del nacimiento o como consecuencia de algún accidente (CNDH, 2002b) y como consecuencia del envejecimiento.

El presente estudio pretende concientizar a la población acerca de la problemática de las personas con discapacidad motriz ya que se enfrentan a una serie de problemas emocionales, familiares, laborales, transporte y puedan contribuir al mejor desenvolvimiento de estas personas con discapacidad.

Al aplicarse los test de Apgar Familiar y Faces III se determinara si existe disfunción familiar en las familias de los pacientes derechohabientes con discapacidad motriz de la Unidad de Medicina Familiar No. 37 Los Mochis, Sinaloa. Ante la existencia de disfunción familiar se deberá integrar al paciente y su familia a grupos de apoyo para mejorar la adaptabilidad, cohesión y comunicación familiar.

4.- OBJETIVOS

4.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar la disfunción familiar en los derechohabientes con discapacidad motriz de la Unidad de Medicina Familiar No. 37 Los Mochis, Sinaloa.

4.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Evaluar la disfunción familiar con el instrumento para la evaluación de la función familiar APGAR FAMILIAR.
2. Analizar la disfunción familiar con el instrumento para la evaluación de la función familiar FACES III.
3. Registrar edad, sexo, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico, escolaridad y tiempo de evolución de la discapacidad.
4. Relacionar la disfunción familiar de acuerdo a la edad y sexo de los pacientes con discapacidad motriz.
5. Relacionar la disfunción familiar de acuerdo al estado civil y escolaridad de los pacientes con discapacidad motriz.
6. Relacionar la disfunción familiar de acuerdo a la ocupación y escolaridad (o nivel socioeconómico) de los pacientes con discapacidad motriz.
7. Relacionar la disfunción familiar de acuerdo al tiempo de evolución de la discapacidad motriz.

5.- METODOLOGIA

5.1.-TIPO DE ESTUDIO:

Encuesta descriptiva.

5.2.- DISEÑO DE INVESTIGACION

El tipo de estudio que se realizo de acuerdo a su finalidad es observacional, descriptiva, de acuerdo a su secuencia temporal es de corte transversal, y de acuerdo al periodo donde se capta la información es ambispectivo.

5.3.- POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO:

Derechohabientes con Discapacidad Motriz, que acudieron a consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 37 Los Mochis, Sinaloa durante el periodo de noviembre de 2013 a febrero del año 2014.

5.4.- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se aplicaron 237 encuestas a pacientes con discapacidad motriz que acudan a la consulta externa de la Unidad Medicina Familiar Número 37 Los Mochis Sinaloa.

Prevalencia 5.1 % de discapacidad en México

N= 0.1824

0.0009

N= 202.6

Mas 15% por posibles pérdidas = 34.4

Total = 237

5.5.-CRITERIOS DE SELECCIÓN:

5.5.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

-Derechohabientes con discapacidad motriz que acepten participar con consentimiento informado al momento de responder a la encuesta.

5.5.2.- CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

-Derechohabientes sin discapacidad motriz

-Derechohabientes con discapacidad motriz que no acepten participar.

5.5.3.- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

-Encuestas con datos incompletos

-Encuestas mal llenadas.

5.6.- VARIABLES

5.6.1.- TIPOS DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Discapacidad Motriz

VARIABLES DEPENDIENTES:

- Disfunción familiar

VARIABLES CONCURRENTES:

- Edad
- Sexo
- Estado Civil
- Escolaridad
- Ocupación
- Nivel Socio Económico
- Tiempo de evolución con la discapacidad

5.6.2.- OPERACIONALIDAD DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
DISCAPACIDAD MOTRIZ	Es aquella que se presenta de manera permanente o transitoria por mal funcionamiento del Sistema Nervioso Central, óseo, articular o muscular.	Se obtendrá del expediente clínico del IMSS.	Nominal	Se obtendrá de acuerdo a la selección dicotómica: -Si -No
DISFUNCION FAMILIAR	Es el no cumplimiento de alguna de las funciones de la familia como: afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus.	Se aplicaran en encuesta directa los instrumentos de evaluación APGAR Familiar y FACES III.	Ordinal	Se obtendrá de acuerdo a la selección policotómica: TEST APGAR: Familia funcional: 7 a 10 puntos. Familia disfuncional moderada: 4 a 6 puntos. Familia disfuncional severa: 0 a 3 puntos. TEST FACES III COHESION:(Nones) No relacionada: 10-34. Semirelacionada: 35-40. Relacionada: 41-45 Aglutinada: 46-50. ADAPTABILIDAD: (Pares) Rígida: 10-19 Estructurada: 20-24 Flexible: 25-28 Caótica: 29-50
EDAD	Tiempo vivido en Año	Se obtendrá del expediente clínico y/o cartilla de salud del IMSS	Razón	Se obtendrá de acuerdo a la selección policotómica: -0-9 años -10-19 años -20-59 años, -60 años y mas
SEXO	División del género humano en mujer o hombre.	Se obtendrá del expediente clínico y/o cartilla de salud del MSS.	Nominal	Se obtendrá de acuerdo a la selección dicotómica: -Masculino -Femenino

ESCOLARIDAD	Nivel educativo logrado durante su vida.	Obtenido de encuesta directa	Ordinal	Se obtendrá de acuerdo a la selección policotómica: -Analfabeta -Primaria -Secundaria -Preparatoria -Licenciatura -Técnico
ESTADO CIVIL	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Obtenido de encuesta directa	Nominal	Se obtendrá de acuerdo a la selección dicotómica: 1. Soltero 2. Casado
NIVEL SOCIOECONÓMICO		De acuerdo al Método de Graffar.	Nominal	Se obtendrá de acuerdo a la selección dicotómica: 1. Alto 2. Medio 3. Bajo
OCUPACIÓN	Ocupación es un término que proviene del latín "occupatio" y que está vinculado al verbo "ocupar" (apropiarse de algo, residir en una vivienda, despertar el interés de alguien). El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo.	Se obtendrá de encuesta directa	Nominal	Se obtendrá de acuerdo a la selección dicotómica: -Empleado -Desempleado
TIEMPO DE EVOLUCIÓN CON LA DISCAPACIDAD	Es el tiempo que ha transcurrido desde que se presentó la discapacidad.	Se aplicara encuesta directa	Razón	Se obtendrá de acuerdo a la selección dicotómica: 1. menos de 10 años 2. Más de 20 años

5.7.- INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se realizaron el Test de APGAR Familiar y el de FACES III en entrevistas directas a pacientes con discapacidad motriz ya sus familiares, en la Unidad de Medicina Familiar No. 37 Los Mochis Sinaloa.

Los instrumentos fueron fáciles de aplicar y simple de evaluar. Puede ser administrado en forma individual, así como por parejas o familias cuando acudieron a consulta médica. La persona seleccionada debe leer por si misma el cuestionario, no obstante se pudieron aclarar dudas en relación al significado de palabras o aseveraciones evitando sugerir respuestas.

ENCUESTA (Anexo 13.1.1): En esta encuesta se capturaron los datos generales del paciente y la existencia de discapacidad motriz requeridos en la misma

APGAR FAMILIAR (Anexo 13.1.2): Es un instrumento de evaluación familiar que elaboró Smilkstein en 1978. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar

Se califica como:

Familias altamente funcionales quienes obtengan de 7 a 10 puntos

Familias moderadamente funcionales quienes obtengan de 4 a 6 puntos

Familias severamente disfuncionales quienes obtengan de 0 a 3 puntos

FACES III (Anexo 13.1.3): Instrumento desarrollado por David H. Olson en 1985.

Integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar.

- ADAPTABILIDAD: habilidad de un sistema para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo.

- COHESIÓN: Grado de vinculación emocional que tiene los miembros de los sistemas familiares entre sí; así como el grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia.

- COMUNICACIÓN: La comunicación favorece el mantenimiento óptimo de la cohesión y adaptabilidad.

El Test de FACES III consta de 20 preguntas planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert (10 para evaluar cohesión familiar y 10 para adaptabilidad familiar), distribuidas en forma alterna en preguntas numeradas como nones y pares, respectivamente.

La calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones, y la de adaptabilidad de la suma de los pares.

COHESION (Nones)	AMPLITUD DE CLASE	ADAPTABILIDAD (Pares)	AMPLITUD DE CLASE
No Relacionada	10-34	Rígida	10-19
Semi-relacionada	35-40	Estructurada	20-24
Relacionada	41-45	Flexible	25-28
Aglutinada	46-50	Caótica	29-50

5.8.- METODO Y PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION:

Se acudió al área de Informática Médica y Archivo Clínico (ARIMAC) previa autorización del director, para solicitar información estadística sobre los derechohabientes con diagnóstico médico de discapacidad motriz de la Unidad de Medicina Familiar No.37 Los Mochis, Sinaloa, una vez identificados se les realizaron en la sala de espera de la Consulta Externa de Medicina Familiar de esta Unidad Médica, durante la consulta del médico, con el apoyo de trabajo social y asistente médico, una encuesta de datos generales, así como el test de APGAR Familiar y el de FACES III (Anexos 13.1.1,13.1.2 y 13.1.3 respectivamente), con la finalidad de investigar la existencia o no de disfunción familiar en estos pacientes con discapacidad motriz.

5.9.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se realizó el vaciado de las variables a una base de datos, posteriormente se procesaron y obtuvo la interpretación y análisis de las variables por medio del programa estadístico SPSS 13.

Se calcularon estadística descriptiva para variables nominales y ordinales frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central y de dispersión para variables numéricas.

Para la presentación de los resultados se utilizaron los programas Excel y Power Point del Software Microsoft Office en la elaboración de cuadros y gráficas.

5.10.- RECURSOS

5.10.1.- RECURSOS HUMANOS UTILIZADOS:

- Medico responsable del proyecto.
- Personal del departamento de archivo clínico y sector técnico.
- Asesor estadístico.

5.10.2.- RECURSOS MATERIALES:

- Hojas blancas.
- Tarjetas para recolección de datos.
- Plumaz y lápiz.
- Borradores.
- Copias.
- Equipo de cómputo e impresión:

6.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES AÑO 2013-2014

ACTIVIDAD	FECHA PROGRAMADA
Elaboración de protocolo	5 Meses
Registro en SIRELCIS del protocolo y revisión del comité de evaluación	1 Mes
Dictamen de autorización de protocolo	1 Mes
Recolección de los datos	4 Meses
Análisis de resultados	1 Mes
Interpretación de datos y conclusiones	2 Meses
Redacción e informe final	2 Mes
Envío y entrega de proyecto	1 MES

7.- ASPECTOS ÉTICOS.

El consentimiento informado (Anexo 13.2) es absolutamente anónimo y confidencial, basado en ley General de Salud la declaración de Helsinki y sus enmiendas en materia de investigación así como los códigos y normas internacionales vigentes para la buena práctica en la investigación clínica, de acuerdo al derecho de la persona interesada en el artículo 5:

En todos los casos, se recabará el consentimiento previo, libre e informado de la persona interesada. Si ésta no está en condiciones de manifestarlo, el consentimiento o autorización habrá de obtenerse de conformidad con lo que estipule la ley teniendo en cuenta el interés superior del interesado.

En el caso de la investigación, los protocolos de investigaciones deberán someterse, además, a una evaluación previa de conformidad con las normas o directrices nacionales e internacionales aplicables en la materia.

Para lo cual el presente protocolo de investigación se ingresó para su registro al SIRELCIS donde se sometió a evaluación y autorización por el comité local de investigación del Hospital General Regional No.1 del IMSS en Culiacán, Sinaloa.

8. RESULTADOS

El presente estudio se realizó durante un periodo de 6 meses, de marzo a septiembre del 2014, tomándose como muestra a 237 de los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.37 de los Mochis, Ahome, Sinaloa, a los cuales se le aplicó una entrevista para identificar sexo, estado civil, escolaridad, si cuenta con discapacidad motriz y tiempo de evolución. Se aplicaron 2 instrumentos de valoración familiar como son APGAR Y FACES III.

De los 237 entrevistados se les aplicó el instrumento de evaluación familiar APGAR encontrando a 124 (52.32%) mujeres de las cuales 2.9% presentan disfunción familiar severa, 13.42% disfunción familiar moderada y 24.89% son normo funcionales, 113 (47.67%) hombres de los cuales 2.5% presentan disfunción severa, 12.23% disfunción moderada y 30.80 son normo funcionales, 54 (22.78%). 183 (77.21%) casados de los cuales 0.84% presentan disfunción severa, 23.62% disfunción moderada y 30.80% son normo funcionales, 54 (22.78%) solteros de los cuales el 1.68% presentan disfunción severa, 5.9% disfunción moderada y 13.08% son normo funcionales. de acuerdo al grupo etario 0-9 años 3 (1.26%) 0.8% presentan disfunción moderada, 0.42% son normo funcionales, 10-19 años 10 (4.21%) 0.42% presentan disfunción severa, 0.84% disfunción moderada, 0.84% son normo funcionales. 20-59 años 89 (37.55%) 1.26 tiene disfunción severa, 12.23% disfunción moderada, 17.72% son normo funcionales. Más de 60 años 135 (56.95%) 2.10% presentan disfunción severa, 13.42% disfunción moderada y 36.70.

De acuerdo a la escolaridad: analfabetas 60 (25.31%) 0.42% tienen disfunción severa, 5.48% disfunción moderada, 12.65% normo-funcionales, educación primaria 79 (33.33%) 1.26% tiene disfunción severa, 9.70% disfunción moderada y 23.20% son normo funcionales, secundaria 35 (14.76%) 0.42 presentan disfunción severa, 5.06% disfunción moderada, 8.43% son normo funcionales, preparatoria 30 (12.65%) 0.42% presentan discapacidad severa, 2.9% disfunción moderada, 5.90% son normo funcionales, carrera técnica 18 (7.59%) 0.42% presentan

discapacidad moderada, 5.48% son normo funcionales y 15 (6.32%) universitarios 0.42% presentan disfunción severa 1.68% disfunción moderada y 3.37% son normo funcionales .

En cuanto al nivel socioeconómico se encontraron 8 (3.37%) 1.26% normo funciones con nivel socioeconómico alto, 159 (67.08%) nivel socioeconómico medio 168% presentan disfunción severa, 17.29% disfunción moderada, 38.39% normo funcionales y 70 (29.53) con nivel socioeconómico bajo 1.26% presentan disfunción severa, 8.43% disfunción moderada y 18.98% normo funcionales. 207 (87.34%) personas presentaron discapacidad motriz 3.37% disfunción severa, 22.78% disfunción moderada, 61.18% son normo funcionales.

De acuerdo al tiempo de evolución se encontraron que 130 (54.85%) con menos de 10 años de evolución 3.79% con disfunción severa, 13.08% disfunción moderada, 37.97% son normo funcionales y 77 (32.48%) con más de 10 años de evolución con discapacidad motriz 2.9% presentan disfunción severa, 10.12% disfunción moderada, 19.40% son normo funcionales.

De acuerdo con el instrumento de valoración FACES III, en relación a la cohesión: se determinaron como familias no relacionada 59 (24.89%), 14.34% femeninas, 13.08% masculinos, 17.72% casados, 5.90% solteros, 0 de 0-9 años, 1.26% 10.19 años, 6.75% 20-29 años, 15.18% mayores de 60 años, 21.94% desempleados, 0.84% empleados, 3.79% analfabetas, 8.86% nivel primaria, 4.64% secundaria, 2.10% preparatoria, 1.26% carrera técnica, 2,5% universitarios, 14.34% con menos de años de discapacidad motriz, 9.28% con más de 10 años de discapacidad motriz, 5.9% con nivel socioeconómico bajo, 12.23% nivel socioeconómico medio, 0,42% nivel socioeconómico alto. Familias semi-relacionada 27 (11.39%) 5.48% femeninas, 8.86% masculinos, 10.12% casados, 1.26% solteros, 0.42% de 0-9 años, 0% 10.19 años, 3.37% 20-29 años, 7.59% mayores de 60 años, 12.23% desempleados, 0% empleados, 2.10% analfabetas, 5.48% nivel primaria, 0.84% secundaria, 1.68% preparatoria, 0.84% carrera técnica, 0.42% universitarios, 7.59% con menos de años de discapacidad motriz, 5.90% con más de 10 años de discapacidad motriz, 2.53% con nivel

socioeconómico bajo, 3.79% nivel socioeconómico medio, 0% nivel socioeconómico alto.

Familias relacionadas 21 (8.8%) 6.32% femeninas, 6.32% masculinos, 7.59% casados, 1.26% solteros, 0 de 0-9 años, 0% 10.19 años, 3.37% 20-29 años, 8.43% mayores de 60 años, 10.54% desempleados, 0.84% empleados, 2.53% analfabetas, 2.95% nivel primaria, 2.95% secundaria, 1.68% preparatoria, 0.84% carrera técnica, 0.84% universitarios, 8.86% con menos de años de discapacidad motriz, 3.79% con más de 10 años de discapacidad motriz, 2.10% con nivel socioeconómico bajo, 20.67% nivel socioeconómico medio, 0% nivel socioeconómico alto. Familias aglutinadas 130 (54.85%) 26.58% femeninas, 17.29% masculinos, 37.13% casados, 6.32% solteros, 0.42% de 0-9 años, 0.84% 10.19 años, 11.39% 20-29 años, 28.7% mayores de 60 años, 37.97% desempleados, 2.95% empleados, 9.70% analfabetas, 17.72% nivel primaria, 5.06% secundaria, 3.37% preparatoria, 2.95% carrera técnica, 2.10% universitarios, 22.78% con menos de años de discapacidad motriz, 14.76% con más de 10 años de discapacidad motriz, 10.97% con nivel socioeconómico bajo, 27.84% nivel socioeconómico medio, 0.84% nivel socioeconómico alto. En relación a la adaptabilidad se encontraron 73 (30.80%) familias rígidas 12.65% femeninas, 8.43% masculinos, 10.54% casados, 8.86% solteros, 0.42% de 0-9 años, 0.84% 10.19 años, 6.32% 20-29 años, 14.34% mayores de 60 años, 20.6% desempleados, 1.26% empleados, 2.53% analfabetas, 11.39% nivel primaria, 4.21% secundaria, 1.68% preparatoria, 0.84% carrera técnica, 1.68% universitarios, 20.67% con menos de años de discapacidad motriz, 4.21% con más de 10 años de discapacidad motriz, 9.70% con nivel socioeconómico bajo, 11.39% nivel socioeconómico medio, 0% nivel socioeconómico alto. 53 (22.36%) familias estructuradas 10.97% femeninas, 8.43% masculinos, 19.83% casados, 2.53% solteros, 0.42% de 0-9 años, 0% 10.19 años, 2.10% 20-29 años, 11.39% mayores de 60 años, 12.23% desempleados, 1.68% empleados, 3.79% analfabetas, 5.06% nivel primaria, 1.26% secundaria, 1.68% preparatoria, 0.84% carrera técnica, 0.84% universitarios, 8.01% con menos de años de discapacidad motriz, 5.06% con más de 10 años de discapacidad motriz, 4.21% con nivel

socioeconómico bajo, 9.28% nivel socioeconómico medio, 0% nivel socioeconómico alto. 44 (18.56%) familias flexibles 10.12% femeninas, 8.43% masculinos, 13.08% casados, 4.21% solteros, 0% de 0-9 años, 0.42% 10.19 años, 3.79% 20-29 años, 6.75% mayores de 60 años, 10.54% desempleados, 0.42% empleados, 2.10% analfabetas, 2.95% nivel primaria 1.26% secundaria, 1.68% preparatoria, 2.10% carrera técnica, 1.68% universitarios, 8.43% con menos de años de discapacidad motriz, 2.53% con más de 10 años de discapacidad motriz, 4.21% con nivel socioeconómico bajo, 6.75% nivel socioeconómico medio, 0% nivel socioeconómico alto. 67 (28.27%) familias caóticas 8.01% femeninas, 20.25% masculinos, 24.05% casados, 4.21% solteros, 0 de 0-9 años, 0.84% 10.19 años, 14.34% 20-29 años, 25.31% mayores de 60 años, 39.24% desempleados, 1.26% empleados, 8.86% analfabetas, 16.87% nivel primaria, 6.32% secundaria, 3.79% preparatoria, 2.53% carrera técnica, 1.26% universitarios, 24.05% con menos de años de discapacidad motriz, 14.34% con más de 10 años de discapacidad motriz, 9.28% con nivel socioeconómico bajo, 31.22% nivel socioeconómico medio, 1.26% nivel socioeconómico alto.

Se calculó la razón de momios para ver la posible asociación entre presentar disfunción familiar y el Estado Civil el resultado fue un OR=0.99. Sin embargo no fue significativo ya que la $X^2 = 0.02$ con una $p = 0.99$.

Se calculó la razón momios para ver la posible relación entre presentar disfunción familiar y género obteniendo un OR = 1.68. Sin embargo no fue significativo ya que la $X^2 = 0.04$ con una $p = 0.8468$

Se calculó la razón de momios para ver la posible relación entre presentar disfunción familiar y el estar desempleado tiene un OR 1.32. Sin embargo no fue significativo ya que la $X^2 = 0.19$ con una $p = 0.6605$

Se calculó la razón momios para ver la posible relación entre presentar disfunción familiar y El nivel socioeconómico bajo un OR= 1,06- A demás no fue significativo ya que la $X^2 = 0.021$ con una $p = 0.8817$

Se calculó la razón de momios para ver la posible relación entre presentar disfunción familiar y El tener más de 10 años con discapacidad. Se relaciona con un OR=1.51 Sin embargo no fue significativo ya que la $X^2 = 1.932$ con una $p = 0.1645$

9. DISCUSIÓN

El presente estudio conto con la aprobación de los comités institucionales de ética e investigación con número de registro de R-2013-2501-39. La información que se obtuvo fue mediante las encuestas de APGAR Familiar, FACES III. Los pacientes autorizaron el estudio firmando un consentimiento informado donde autorizaban su participación en estudio.

Según Galarraga Rosas, Martha Mónica y colaboradores en su estudio encontraron los datos del test APGAR familiar, los resultados concluyen que el 47% de los investigados tienen Disfuncionalidad familiar severa, el 29% Disfuncionalidad Familiar leve, el 12% Disfuncionalidad Familiar moderada, y finalmente el 12% Buena Funcionalidad Familiar esto es diferente a lo que en el presente estudio se encontró que las familias estudiadas predomina la funcionalidad familiar con un 66.24%, con disfunción familiar moderada 28.27% y las familias con disfunción severa con un 5.48% lo que demuestra que existe buena adaptación de las familias ante la presencia de una crisis familiar. 49% son hombres y 51% mujeres. En el presente estudio pudimos darnos cuenta que el instrumento APGAR Familiar no es de utilidad para medir la disfunción familiar ya que nos sirve para saber el grado de aceptación dentro de la familia.

En estudios anteriores se encontró que la principal causa de discapacidad motriz es a consecuencia a de la parálisis cerebral infantil. En el presente estudio se encontró que la discapacidad es en personas adultas predominando en amas de casa.

En el 2010 se realizó el censo población identificando 5 millones 739 mil 270, personas con algún tipo de discapacidad. La cual puede ser de tipo motriz, sensorial, visual, auditiva lo que representa 5.1% de la población total. El 51% se reporta más frecuentemente en el género femenino esto es similar a lo encontrado en el presente estudio en donde es del 52.32%.

En cuanto a la edad las personas mayores de 60 años son más afectadas según en el censo 2010 con el 71.4%, en la Encuesta Nacional del IMSS 2000 reporta el 45% de la población derechohabiente discapacitados discapacidad motriz. En el presente estudio los adultos mayores de 60 años también son los más afectados con un 52.74%.

En base al estado civil existe mayor número de personas casados censo 2010 56.2% en este estudio fue un poco mayor con 66.6%, pero muy similar a lo reportado en la Encuesta Nacional de Salud del IMSS 2000 se reporta el 63.7% (47.3% son jefas de familia y 16.4% conyugues). Existe una diferencia del 2.9% en comparación con ambos estudios.

En cuanto a la ocupación predominan las amas de casa con un 63% referido en el censo 2010, y en el presente estudio se encontró diferente hasta en el 82.70 % los desempleados ya que se consideraron amas de casa dentro de desempleados. Existe mayor proporción de mujeres con discapacidad motriz y desempleo que en varones.

La población más afectada son las amas de casa ya que en el sexo masculino la discapacidad es secundaria algún accidente mientras que en las mujeres es como

complicación de alguna enfermedad. Las personas casadas son más afectadas debido a que se presenta más en adultos mayores de 60 años.

10. CONCLUSIONES

En el presente estudio que se realizó con pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 37 en los que se identificó si existe disfunción familiar en pacientes que presentan discapacidad motriz.

En relación el instrumento de evaluación APGAR Familiar se encontró que predominaron familias normo funcionales con un 66.24%, seguido por familias con disfunción leve con el 28.27%, seguido 5.48% % en familias con disfunción grave.

Referente al instrumento de evaluación FACES III se determina : de acuerdo a la Cohesión el 54.85% equivale a familia aglutinada y en Adaptabilidad el 30.80% equivale a una familia rígida. Seguida por familia no relacionada – caótica, seguida por familia no relacionada 24.89% - caótica 28.27%.

Al buscarse la asociación entre presentar disfunción familiar y el Estado Civil, estar casado es un factor protector para presentar disfunción familiar.

Al buscarse la asociación entre presentar disfunción familiar y género; el sexo femenino es el más afectado por lo que está expuesto a presentar disfunción familiar.

El estar desempleado o contar con empleo no fue significativo.

No importa el nivel socioeconómico que tengan los pacientes ya que no es significativo.

El tener más de 10 años con discapacidad y tener o presentar disfunción familiar no fue significativo.

Por lo tanto se determina que en la Unidad de Medicina Familiar No 37 en Los Mochis, Ahome, Sinaloa. Predominaron familias con disfunción familiar leve de acuerdo a APGAR Familiar y en base a FACES III las familias son Aglutinadas y Rígidas por lo que existe disfunción familiar ya que en cuanto a la cohesión no existe buena vinculación emocional entre los miembros de la familia y por su adaptabilidad no permiten el cambio de su estructura familiar.

11. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

El presente estudio realizado en U.MF. No. 37 de Los Mochis, Ahome, Sinaloa no conto con limitaciones ya que tuvo el apoyo por parte del área de cuerpo de gobierno, y administrativa, como las diferentes áreas de trabajo social y coordinación de asistente médica, por parte de los derechohabientes y sus familiares no hubo oposición para su participación.

Con el presente estudio se pretende ser el inicio de futuros estudios de investigación en los cuales se relacione la disfunción familiar con la discapacidad motriz siendo unas de las principales causas de discapacidad.

En el estudio realizado por Garlaga Rosas, Martha Mónica y colaboradores demostraron la existencia de disfunción familiar severa en las familias que se les aplico test APGAR Familiar, mientras que en el presente estudio se demostró que las familias no son disfuncionales y nos permitió observar que el test de APGAR familiar nos sirve para saber la aceptación del paciente con discapacidad motriz dentro del grupo familiar y no la funcionalidad familiar por lo que debe aplicarse otro instrumento de evaluación familiar como FACES III.

Con la aplicación del instrumento FACES III se demostró que predominan familias caóticas y aglutinadas.

Se sugiere que se les brinde mayor apoyo familiar pero también que se les de la libertad o independencia para realizar funciones dentro del grupo familiar.

Que la sociedad los acepte y les permita desarrollarse en actividades laborales, sociales y culturales no etiquetarlos como personas discapacitados.

Que contemos con la participación trabajo social, psicología, personal médico, que den orientación al resto de la población ya que el tener una discapacidad motriz no los hace diferentes al resto de la población ya que se encuentran bien de sus facultades mentales.

Que podamos identificar pacientes con crisis familiares normativas y para-normativas o aquella familia que cuente con factores de riesgo para ser familias disfuncionales ya que no tienen los medios no puede adaptarse al nuevo estilo y evitar que se presenta la disfunción familiar.

12.- BIBLIOGRAFIA:

1. Vázquez BS., Herrera C. Vegue AJ.R M. Pindado G., Artículo especial: clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF).
2. Egea CG y Sánchez AS. Clasificación de la OMS sobre discapacidad.
3. Clasificación de tipos de discapacidad. Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2010.
4. Ferreira M AV. (Universidad Complutense de Madrid), Díaz SR (UNED).Diversidad funcional: sobre lo normal y lo patológico entorno a la conducta social de la discapacidad.
5. Amate E. A., Vázquez J. Discapacidad: lo que todos debemos de saber. Editores organización panamericana de la salud, publicación científica y técnica No. 615, 2006.
6. Minuchin S. Familias y Terapia Familiar 2a. Ed. 1979.Barcelona. pp. 78-138.
7. Rolland J S. Familias, Enfermedad y Discapacidad. Gedisa. Barcelona. Julio 2000. pp. 95-110.
8. Bauman L J. Ph. D. A review of psychosocial Interventions for Children with chronic Health conditions Pediatrics. American Academy of Pediatrics vol. 100(2) August 1997 pp. 244-251.
9. De la Cerda MAS, Heras HR, De la Garza FJ G y Garza FB, Estructura Y Funcionalidad Familiar En niños y Adolescentes con Parálisis Cerebral.
10. González JLH, Medicina Familiar. La Familia en el proceso salud enfermedad.

11. Chiappello MB, Sigal D. La Familia Frente A La Discapacidad. Universidad Nacional. R. Cuarto, Facultad de Ciencias. Humanas.
12. De la Cerda MAS, Heras HR, De la Garza FJG .Garza FB, Vázquez D. Tipos de Familias de Niños y Adolescentes que acuden al Instituto Nuevo Amanecer A. B. P.
13. Benítez IG. Trabajos de Revisión. Las crisis familiares.
14. Maganto MC. La familia desde el punto de vista sistémico y evolutivo.
15. López, S y E, V. (2003). Familia, evaluación e intervención. Madrid: Editorial, CCS., Pag. 19-31.
16. Navarro, Inmaculada; Musitu, Gonzalo y Herrero, Juan. (2007). Familia y problemas. Madrid: Editorial Síntesis S.A., págs. 13-2.
17. Louro I. Intervención psicológica familiar. Instituto superior de ciencias médicas, facultad de salud pública. C. habana 1994.
18. Gómez LS, Hugo Jaimes, VP G, Cervia M; Hernández M. Parálisis Cerebral Infantil / Cerebral Palsy. Ene-Mar.2013
19. Maria TPS, Maria DLJ, Autoconcepto De Estudiantes Universitarios On Discapacidad Visual.
- 20 P. HG,E. Garcia Antón, M.E. Monserrat Cantera,B. Aolivan Blazquez, E.M. Gomez Trullen Y J. Trenado Molina Efectos Terapéuticos De La Hipoterapia En La Parálisis Cerebral: Una Revisión Sistémica.

13. – ANEXOS

13.1. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

13.1.1. ENCUESTA:

DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DISCAPACIDAD MOTRIZ EN DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 37 LOS MOCHIS, SINALOA

Folio: _____

NSS. _____

Edad: _____ años

Sexo: Femenino _____ Masculino _____

Estado civil: Soltero _____ Casado _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Nivel Socioeconómico: _____

Presenta Discapacidad Motriz: Si _____ No _____

Tiempo de evolución: _____

13.1.2. APGAR FAMILIAR:

NSS _____ Folio _____

Instrucciones: Responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas marcando con un cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en su familia.

	Nunca 0	A veces 1	Siempre 2
Está satisfecho. (a) con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene una problema			
Conversan con usted los problemas que tienen en su casa.			
Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa.			
Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos.			
Siente que su familia lo (a) quiere.			

Puntuación:

13.1.3. FACES III. Versión familiar David H. Olson

NSS _____

Folio _____

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

		1	2	3	4	5
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos					
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 más 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 está 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					

Puntuación _____

13.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.

Lugar y fecha-----Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de Investigación titulado-- DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DISCAPACIDAD MOTRIZ EN DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 37 DE LOS MOCHIS SINALOA.

Registrado ante el Comité Local de Investigación Médica con el número-----

El objetivo de este estudio es: DETERMINAR LA DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LOS DERECHOHABIENTES CON DISCAPACIDAD MOTRIZ DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 37 LOS MOCHIS SINALOA.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: La aplicación de 2 encuestas directas para determinar si existe disfunción familiar en los pacientes con discapacidad motriz

Declaro que se ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes-----Los beneficios de la investigación es identificar a las familias disfuncionales proporcionar la ayuda que necesitan para superar la crisis familiar que presentan. Los inconvenientes que pueden presentarse la falta de tiempo del entrevistado.-----

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio aunque pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, matrícula y firma del Investigador

Testigo (1)

Testigo (2)

13.3. TABLAS DE HOJAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DISCAPACIDAD MOTRIZ EN DERECHOHABIENTES
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 37 LOS MOCHIS, SINALOA

RESULTADOS DE ENCUESTA

GENERO

FEMENINO	MASCULINO
124	113

ESTADO CIVIL

SOLTERO	CASADO
54	183

ESCOLARIDAD

ANALFABETA	PRIMARIA	SECUNDARIA	PREPARATORIA	CARRERA TECNICA	UNIVERSIDAD
60	79	35	30	18	15

OCUPACIÓN

EMPLEADO	DESEMPLEADO
15	222

NIVEL SOCIOECONOMICO

ALTO	MEDIO	BAJO
8	159	70

PRESENTA DISCAPACIDAD MOTRIZ

SI	NO
207	30

TIEMPO DE EVOLUCIÓN

Menos de 10 años	Más de 10 años
130	77

**DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DISCAPACIDAD MOTRIZ EN
DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.
37 LOS MOCHIS, SINALOA**

RESULTADOS DE APGAR FAMILIAR

DE 0 A 3 PUNTOS	DE 4 A 6 PUNTOS	DE 7 A 10 PUNTOS
13	67	157

RESULTADOS DE FACES III

COHESIÓN (NONES)

NO RELACIONDA	SEMIRELACIONADA	RELACIONADA	AGLUTINADA
59	27	21	130

ADAPTABILIDAD (PARES)

RIGIDA	ESTRUCTURADA	FLEXIBLE	CAÓTICA
73	53	44	67

**DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DISCAPACIDAD MOTRIZ EN
DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.
37 LOS MOCHIS, SINALOA**

RESULTADOS DE FACES III

PREGUNTA 1. LOS MIEMBROS DE NUESTRA FAMILIA SE DAN APOYO ENTRE SI.

1. NUNCA	2. CASI NUNCA	3. ALGUNAS VECES	4. CASI SIEMPRE	5. SIEMPRE
15	22	60	60	80

PREGUNTA 2. EN NUESTRA FAMILIA SE TOMAN EN CUENTA LAS SUGERENCIAS DE LOS HIJOS

1. NUNCA	2. CASI NUNCA	3. ALGUNAS VECES	4. CASI SIEMPRE	5. SIEMPRE
9	32	63	60	73

PREGUNTA 3. ACEPTAMOS LAS AMISTADES DE LOS DEMAS MIEMBROS DE LA FAMILIA

1. NUNCA	2. CASI NUNCA	3. ALGUNAS VECES	4. CASI SIEMPRE	5. SIEMPRE
10	23	50	62	92

PREGUNTA 4. LOS HIJOS PUEDEN OPINAR EN CUANTO A SU DISCIPLINA

1. NUNCA	2. CASI NUNCA	3. ALGUNAS VECES	4. CASI SIEMPRE	5. SIEMPRE
13	25	60	68	71

PREGUNTA 5. NOS GUSTA CONVIVIR CON FAMILIARES MAS CERCANOS

1. NUNCA	2. CASI NUNCA	3. ALGUNAS VECES	4. CASI SIEMPRE	5. SIEMPRE
14	30	57	65	71

PREGUNTA 6. CUALQUIER MIEMBRO DE LA FAMILIA PUEDE TOMAR LA AUTORIA

1. NUNCA	2. CASI NUNCA	3. ALGUNAS VECES	4. CASI SIEMPRE	5. SIEMPRE
20	27	53	68	69

PREGUNTA 7. NOS SENTIMOS MAS UNIDOS ENTRE NOSOTROS QUE CON PERSONAS QUE NO SON DE NUESTRA FAMILIA

1. NUNCA	2. CASI NUNCA	3. ALGUNAS VECES	4. CASI SIEMPRE	5. SIEMPRE
10	17	48	65	97

PREGUNTA 8. NUESTRA FAMILIA CAMBIA EL MODO DE HACER SUS COSAS

1. NUNCA	2. CASI NUNCA	3. ALGUNAS VECES	4. CASI SIEMPRE	5. SIEMPRE
8	34	62	48	85

PREGUNTA 9. NOS GUSTA PASAR EL TIEMPO LIBRE EN FAMILIA

1. NUNCA	2. CASI NUNCA	3. ALGUNAS VECES	4. CASI SIEMPRE	5. SIEMPRE
9	14	46	57	111

PREGUNTA 10. PADRES E HIJOS SE PONEN DE ACUERDO EN RELACIÓN CON LOS CASTIGOS

1. NUNCA	2. CASI NUNCA	3. ALGUNAS VECES	4. CASI SIEMPRE	5. SIEMPRE
23	17	40	56	101

PREGUNTA 11. NOS SENTIMOS MUY UNIDOS

1. NUNCA	2. CASI NUNCA	3. ALGUNAS VECES	4. CASI SIEMPRE	5. SIEMPRE
10	18	48	65	96

PREGUNTA 12. EN NUESTRA FAMILIA LOS HIJOS TOMAN LAS DECISIONES

1. NUNCA	2. CASI NUNCA	3. ALGUNAS VECES	4. CASI SIEMPRE	5. SIEMPRE
18	45	49	61	64

PREGUNTA 13. CUANDO SE TOMA UNA DECISIÓN IMPORTANTE TODA LA FAMILIA ESTÁ PRESENTE

1. NUNCA	2. CASI NUNCA	3. ALGUNAS VECES	4. CASI SIEMPRE	5. SIEMPRE
10	22	60	75	70

PREGUNTA 14. EN NUESTRA FAMILIA LAS REGLAS CAMBIAN

1. NUNCA	2. CASI NUNCA	3. ALGUNAS VECES	4. CASI SIEMPRE	5. SIEMPRE
10	32	60	69	66

PREGUNTA 15. CON FACILIDAD PODEMOS PLANEAR ACTIVIDADES EN FAMILIA

1. NUNCA	2. CASI NUNCA	3. ALGUNAS VECES	4. CASI SIEMPRE	5. SIEMPRE
7	27	49	70	84

PREGUNTA 16. INTERCAMBIAMOS LOS QUEHACERES DEL HOGAR ENTRE NOSOTROS

1. NUNCA	2. CASI NUNCA	3. ALGUNAS VECES	4. CASI SIEMPRE	5. SIEMPRE
10	26	67	59	75

PREGUNTA 17. CONSULTAMOS UNOS CON OTROS PARA TOMAR DECISIONES

1. NUNCA	2. CASI NUNCA	3. ALGUNAS VECES	4. CASI SIEMPRE	5. SIEMPRE
13	27	71	76	50

PREGUNTA 18. EN NUESTRA FAMILIA ES DIFICIL IDENTIFICAR QUIEN TIENE LA AUTORIDAD

1. NUNCA	2. CASI NUNCA	3. ALGUNAS VECES	4. CASI SIEMPRE	5. SIEMPRE
27	39	50	54	67

PREGUNTA 19. LA UNIÓN FAMILIAR ES MUY IMPORTANTE

1. NUNCA	2. CASI NUNCA	3. ALGUNAS VECES	4. CASI SIEMPRE	5. SIEMPRE
9	15	26	64	123

PREGUNTA 20. ES DIFICIL DECIR QUIEN HACE LAS LABORES DEL HOGAR.

1. NUNCA	2. CASI NUNCA	3. ALGUNAS VECES	4. CASI-SIEMPRE	4. SIEMPRE
40	74	56	22	45

**DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DISCAPACIDAD MOTRIZ EN
DERECHOHABIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.
37 LOS MOCHIS, SINALOA**

RESUTADOS DE APGAR FAMILIAR

**PREGUNTA 1. ESTA SATISFECHO (A) CON LA AYUDA QUE RECIBE DE SU
FAMILIA**

0. NUNCA	1. A VECES	2. SIEMPRE
3	122	112

**PREGUNTA 2. CONVERSAN CON USTED LOS PPROBLEMAS QUE TIENEN
EN SU FAMILIA**

0. NUNCA	1. A VECES	2. SIEMPRE
20	82	135

**PREGUNTA 3. LAS DECISIONES IMPORTANTES SE TOMAN EN CONJUNTO
EN SU CASA**

0. NUNCA	1. A VECES	2. SIEMPRE
14	92	131

**PREGUNTA 4. ESTA SATISFECHO CON EL TIEMPO QUE SU FAMILIA Y
USTED PASAN JUNTOS**

0. NUNCA	1. A VECES	2. SIEMPRE
5	92	140

PREGUNTA 5. SIENTE QUE SU FAMILIA LO (A) QUIERE

0. NUNCA	1. A VECES	2. SIEMPRE
4	90	143

APGAR FAMILIAR				
Variable	Disfunción severa	disfunción moderada	funcional	Total
	(0-3)	(4-6)	(7-19)	
GENERO				
Femenino	7	23	59	99
Masculino	6	29	73	108
ESTADO CIVIL				
Casado	2	56	100	158
Soltero	4	14	31	49
GRUPO ETARIO				
0-9 años	0	2	1	3
10-19 años	1	2	2	5
20-59 años	3	29	42	74
Más de 60 años	5	33	87	125
OCUPACIÓN				
Desempleado	5	54	137	196
Empleado	0	4	7	11
ESCOLARIDAD				
Analfabeta	1	13	30	33
Primaria	3	23	55	81
Secundaria	1	12	20	33
Preparatoria	1	7	14	22
Carrera Técnica	0	1	13	14
Universidad	1	4	8	13
Con Discapacidad	8	54	145	207
TIEMPO DE EVOLUCIÓN				
<10 años	9	31	90	130
>10 años	7	24	46	77
NIVEL SOCIOECONÓMICO				
Bajo	3	20	45	68
Medio	4	41	91	136
Alto	0	0	3	3

**DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DISCAPACIDAD MOTRIZ EN DERECHOHABIENTES
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 37 LOS MOCHIS, SINALOA**

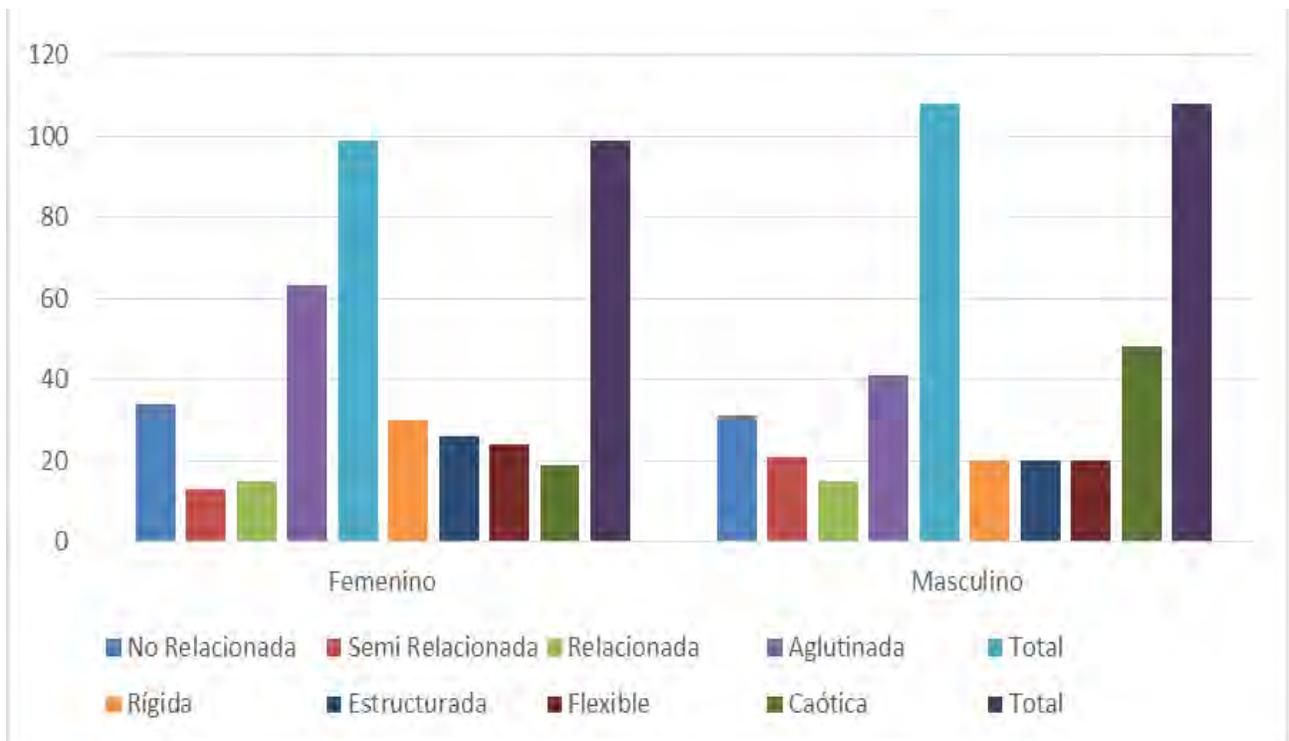
Faces III					
	Nones				
Variable	No Relacionada	Semi Relacionada	Relacionada	Aglutinada	Total
	(10-34)	(35-40)	(41-45)	(46-50)	
Femenino	34	13	15	63	99
Masculino	31	21	15	41	108
Estado Civil					
Casado	42	24	18	88	172
Soltero	14	3	3	15	35
Grupo Etario					
0-9 Años	0	1	0	1	2
10-19 Años	3	0	0	2	5
20-59 Años	16	8	8	27	59
Más De 60 Años	36	18	20	67	141
Ocupación					
Desempleado	52	29	25	90	196
Empleado	2	0	2	7	11
Escolaridad					
Analfabeta	9	5	6	23	43
Primaria	21	13	7	42	83
Secundaria	11	2	7	12	32
Preparatoria	5	4	4	8	21
Carrera Técnica	3	2	2	7	14
Universidad	6	1	2	5	14
Con Discapacidad	60	28	25	94	207
Tiempo De Evolución					
<10 Años	34	18	21	54	127
>10 Años	22	14	9	35	80
Nivel Socioeconómico					
Bajo	14	6	5	26	51
Medio	29	9	49	66	153
Alto	1	0	0	2	3

FACES III

	PARES				
Variable	Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica	Total
	(10-19)	(20-24)	(25-28)	(29-50)	
Femenino	30	26	24	19	99
Masculino	20	20	20	48	108
Estado civil					
Casado	25	47	31	57	160
Soltero	21	6	10	10	47
Grupo Etario					
0-9	1	1	0	0	2
10-19	2	0	1	2	5
20-59	15	5	9	34	63
Más de 60	34	27	16	60	137
Ocupación					
Desempleado	49	29	25	93	196
Empleado	3	4	1	3	11
Escolaridad					
Analfabeta	6	9	5	21	41
Primaria	27	12	7	40	86
Secundaria	10	3	3	15	31
Preparatoria	4	4	4	9	21
Carrera técnica	2	2	5	6	15
Universidad	4	2	4	3	13
Con discapacidad	53	33	27	94	207
Tiempo de Evolución					
<10 Años	49	19	20	57	145
>10 Años	10	12	6	34	62
Nivel Socioeconómico					
Bajo	23	10	10	22	65
Medio	27	22	16	74	139
Alto	0	0	0	3	3

13.4.- GRAFICA FACES III GRAFICA I

Frecuencia De Genero En Familias De pacientes Con Discapacidad Motriz

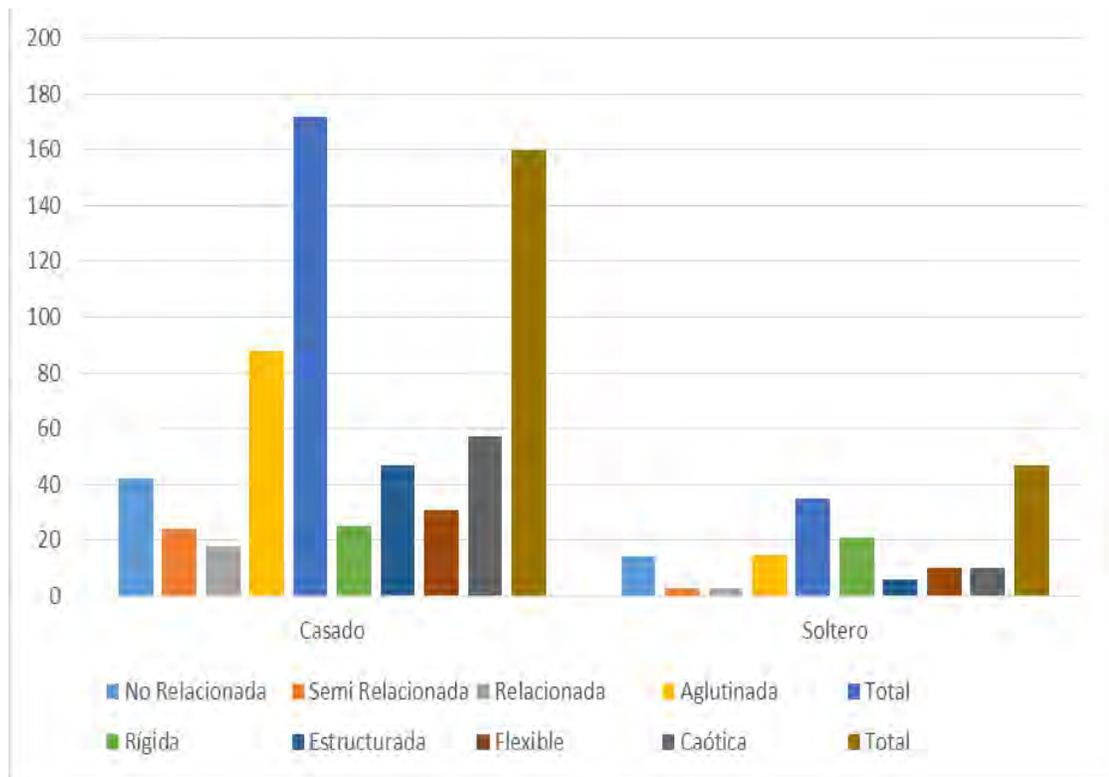


FUENTE: FACES III

GRAFICA

2

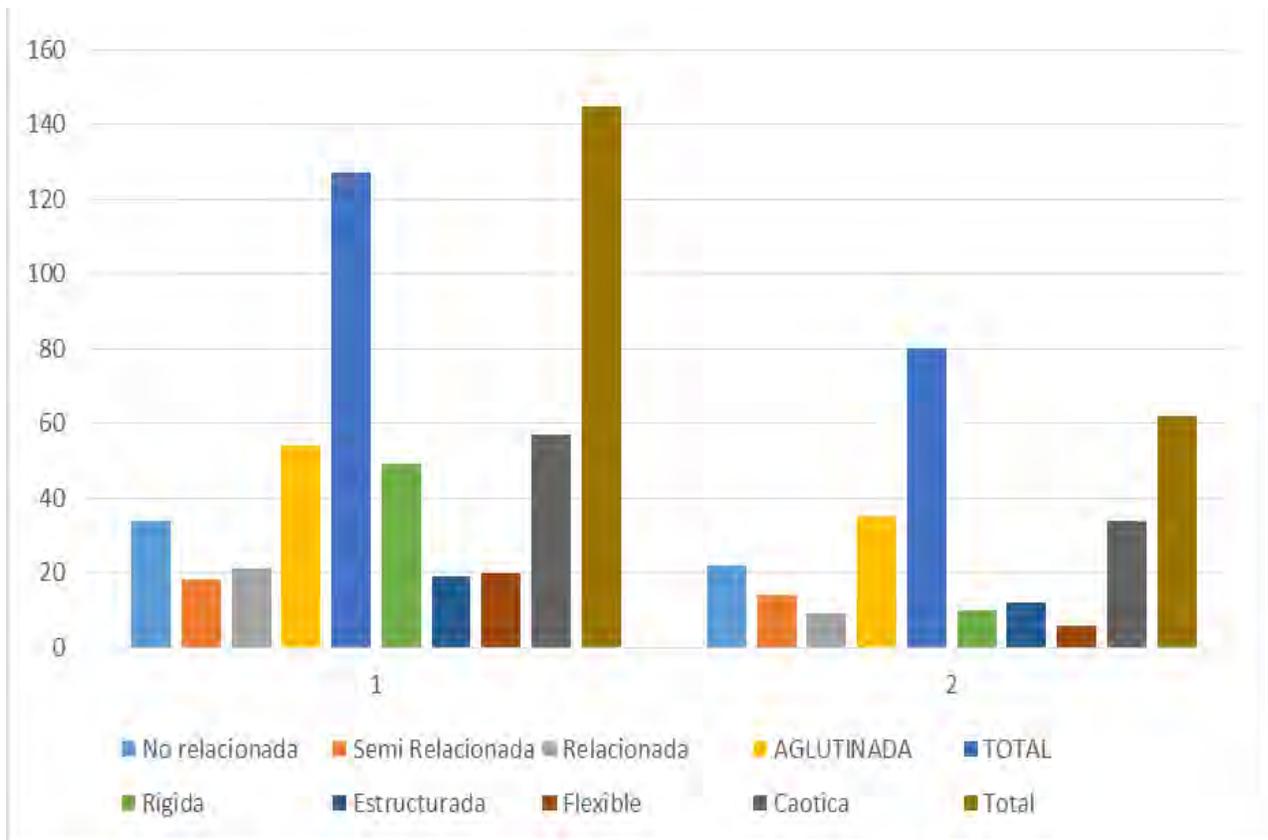
Frecuencia Del Estado Civil En Familia de Pacientes Con Discapacidad Motriz



FUENTE: FACES III

GRAFICA 3

Distribución De La Disfunción Familiar En Familias De Pacientes Con Discapacidad Motriz

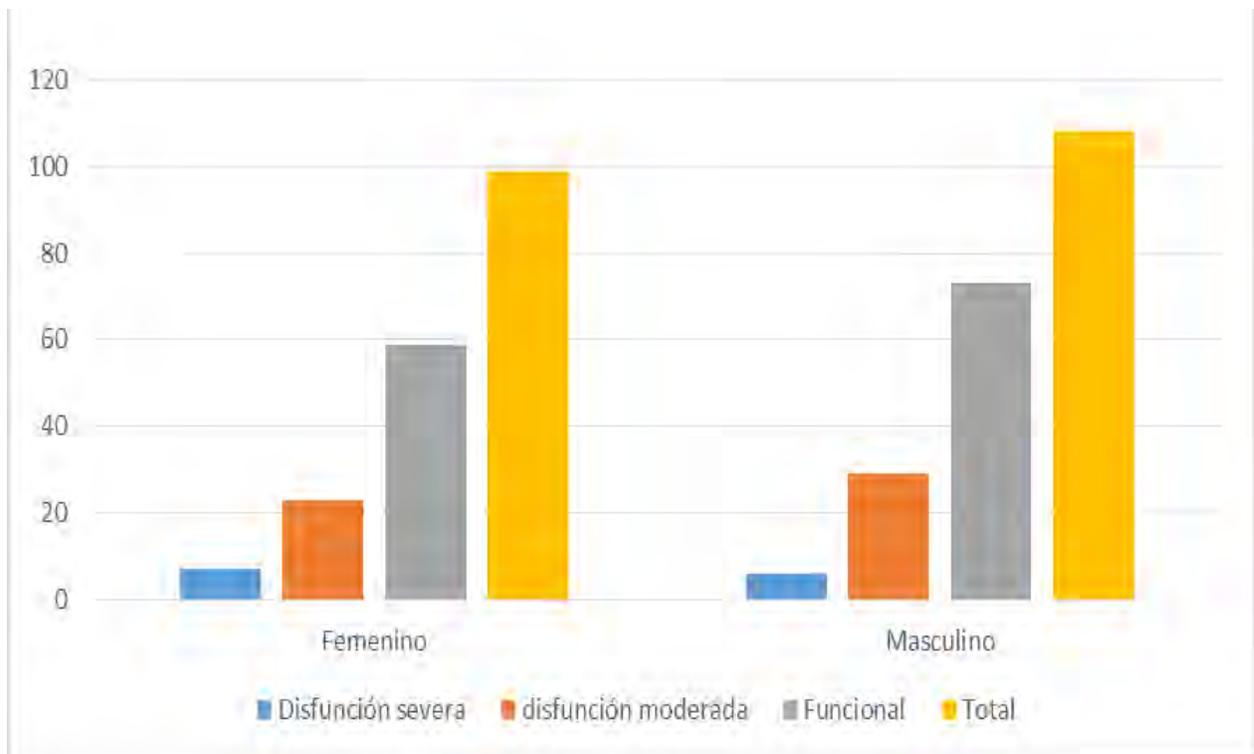


FUENTE: FACES III

GRAFICAS APGAR FAMILIAR

GRAFICA 1

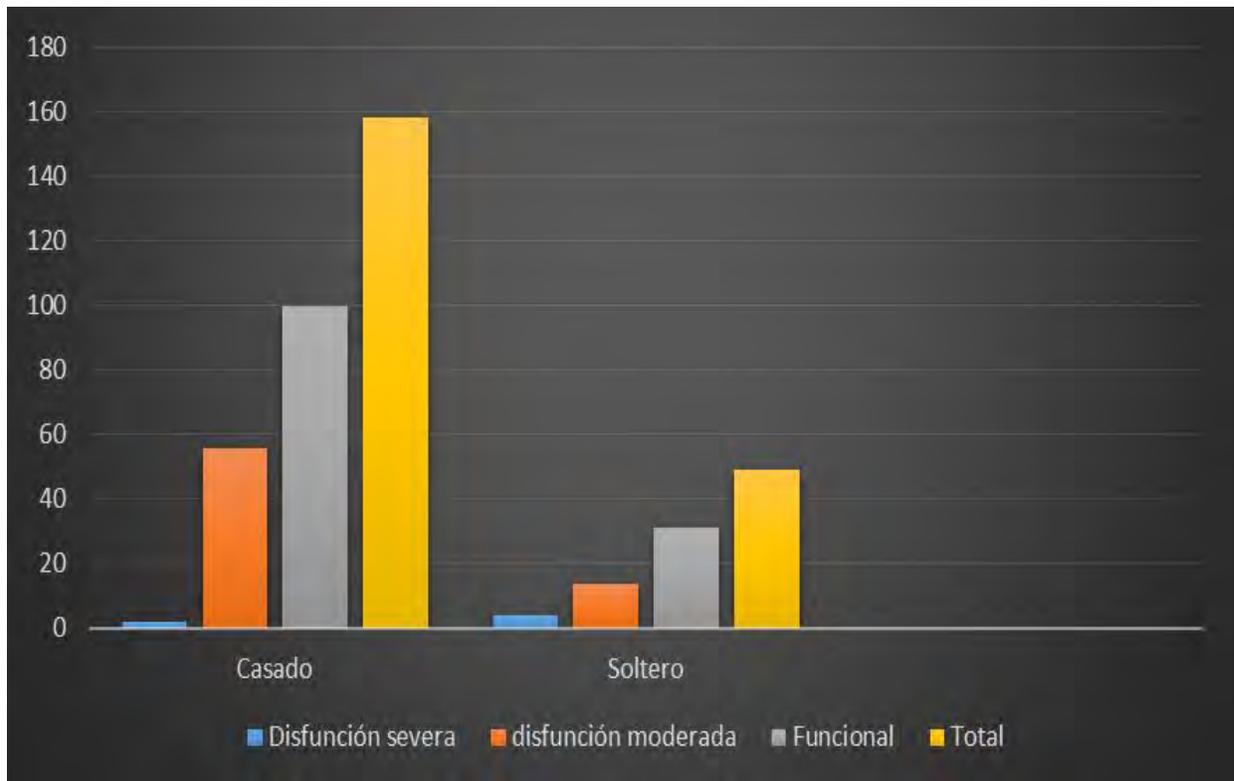
Frecuencia De Genero En Familias de Pacientes Con Discapacidad Motriz



FUENTE: APGAR FAMILIAR

GRAFICA 2

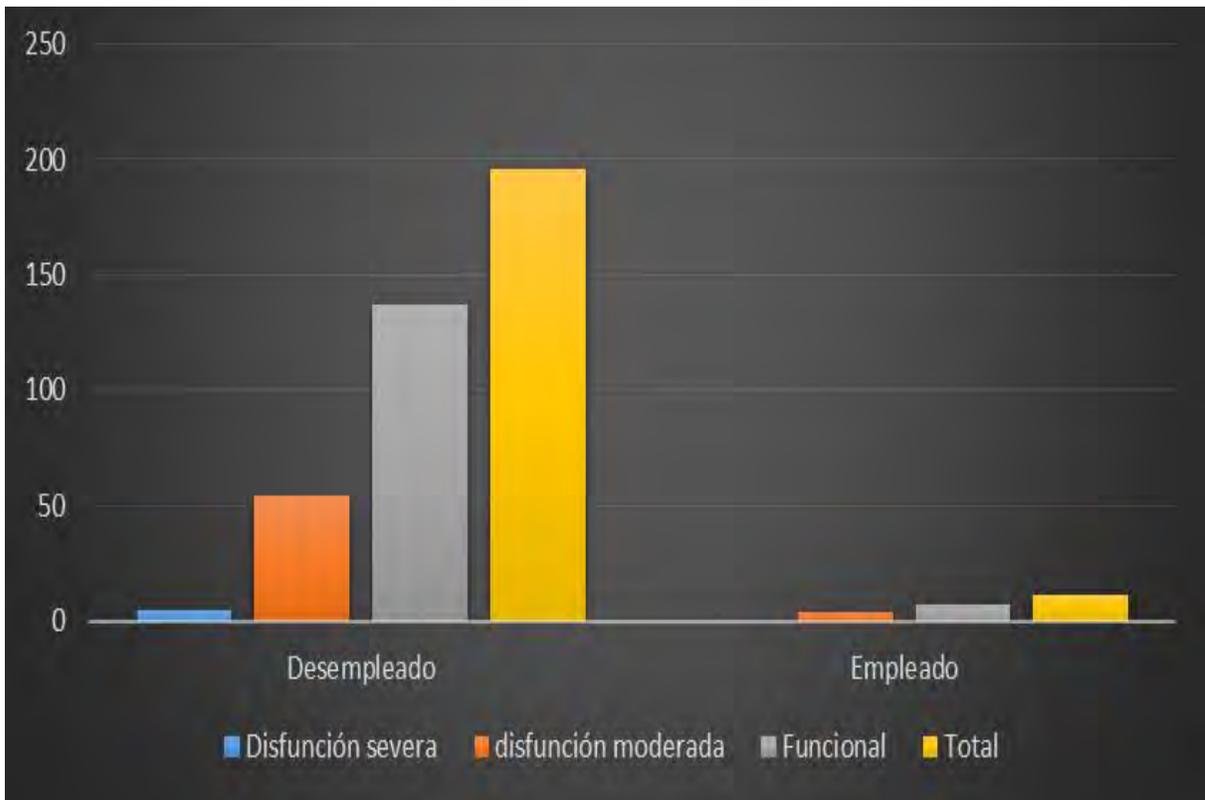
Frecuencia Del Estado Civil En Familia De Pacientes Con Discapacidad Motriz



FUENTE: APGAR FAMILIAR

GRAFICA 3

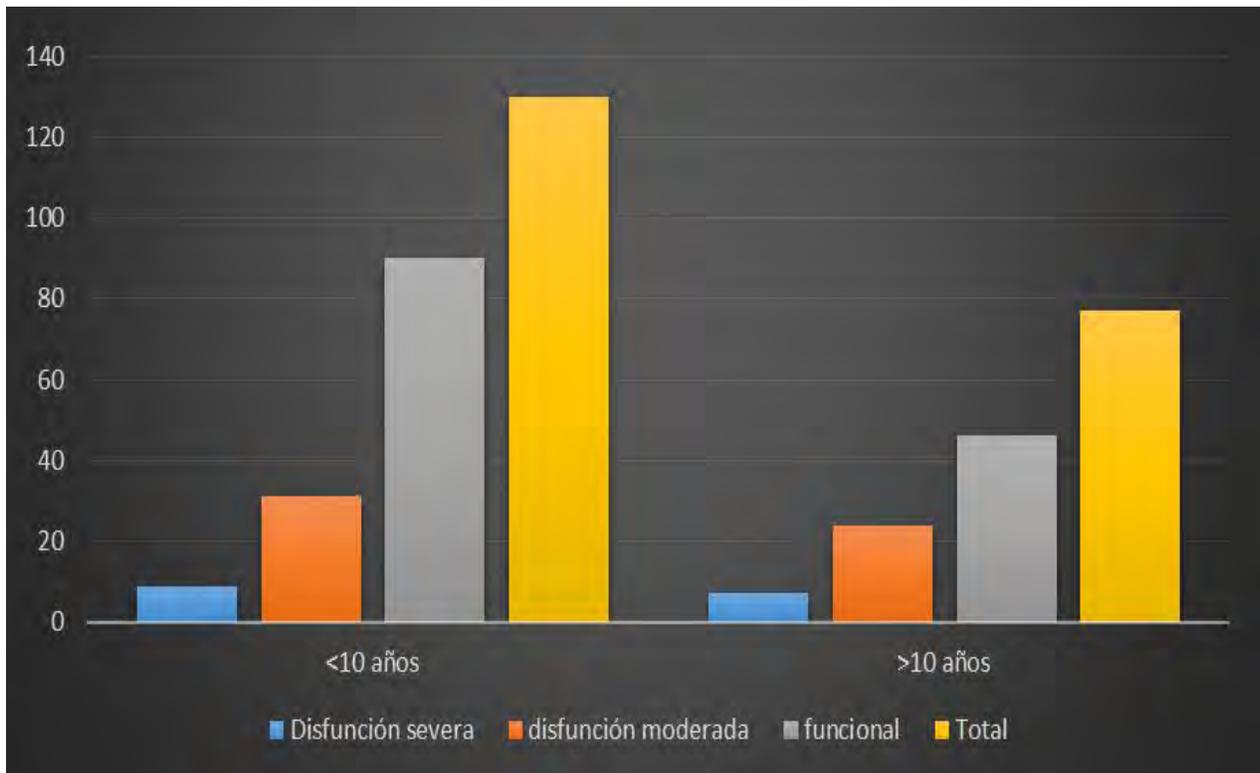
Frecuencia De Acuerdo A La Ocupación En Familias De Pacientes Con Discapacidad Motriz



FUENTE: APGAR FAMILIAR

GRAFICA 4

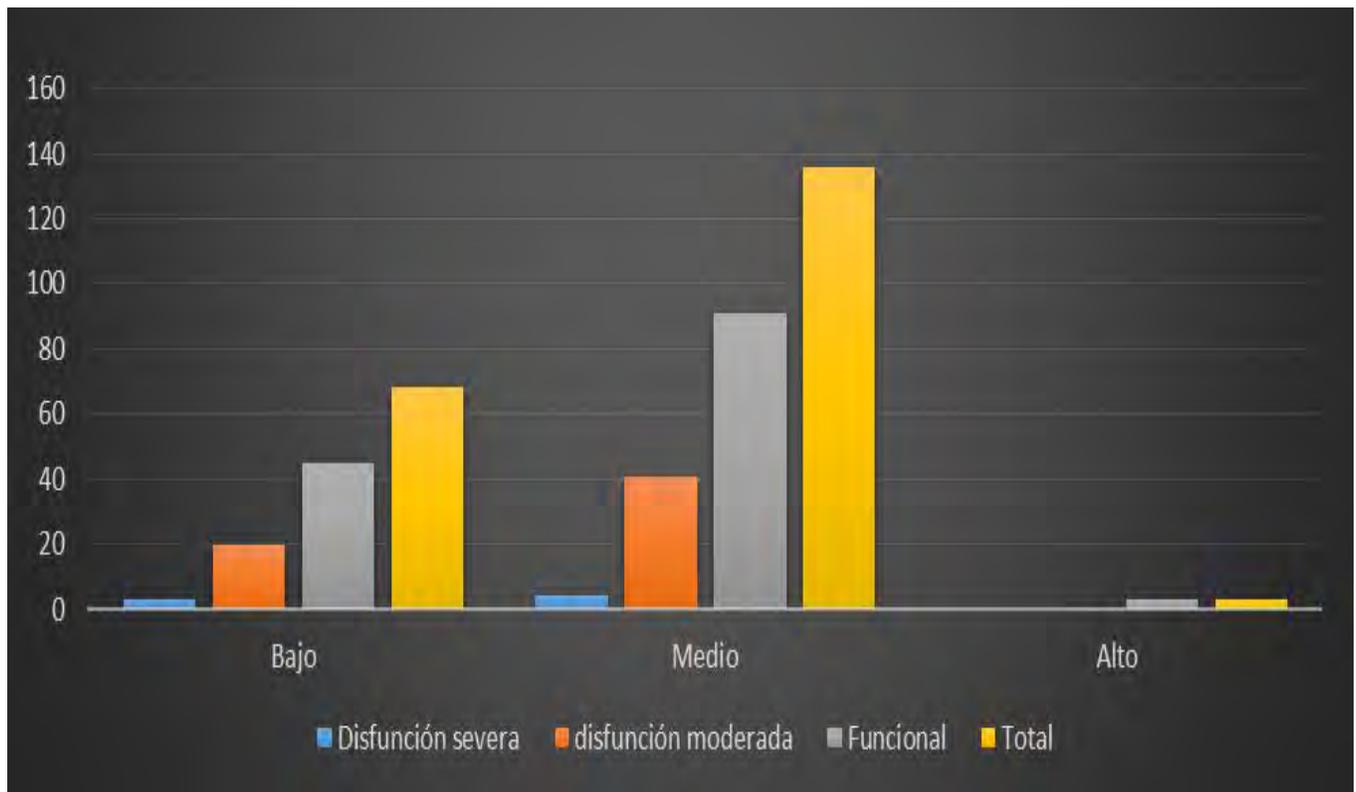
Frecuencia De Acuerdo Al Tiempo De Evolución En Familias de Pacientes Con Discapacidad Motriz



FUENTE: APGAR FAMILIAR

GRAFICA 5

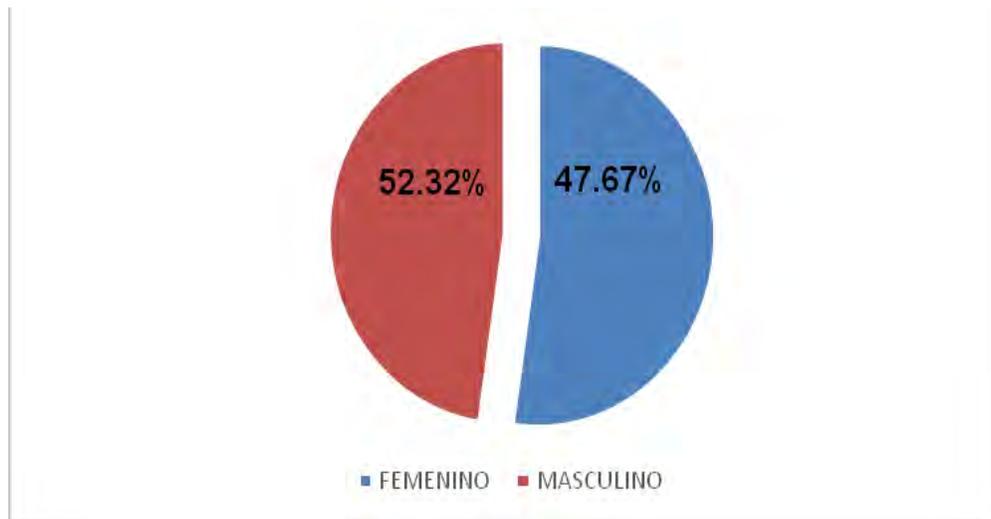
Frecuencia De Acuerdo Al Nivel Socioeconómico En Familias de Pacientes Con Discapacidad Motriz



FUENTE: APGAR FAMILIAR

GRAFICA RESULTADO DE ENCUESTA

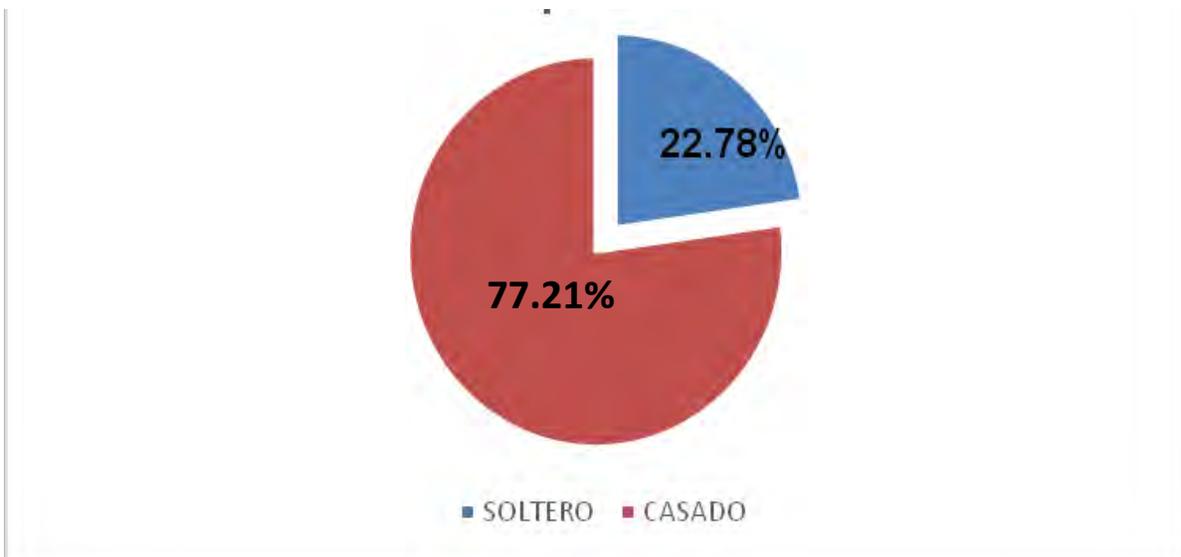
Frecuencia De Genero En Familias de Pacientes Con Discapacidad Motriz



FUENTE: ENCUESTA

GRAFICA 2

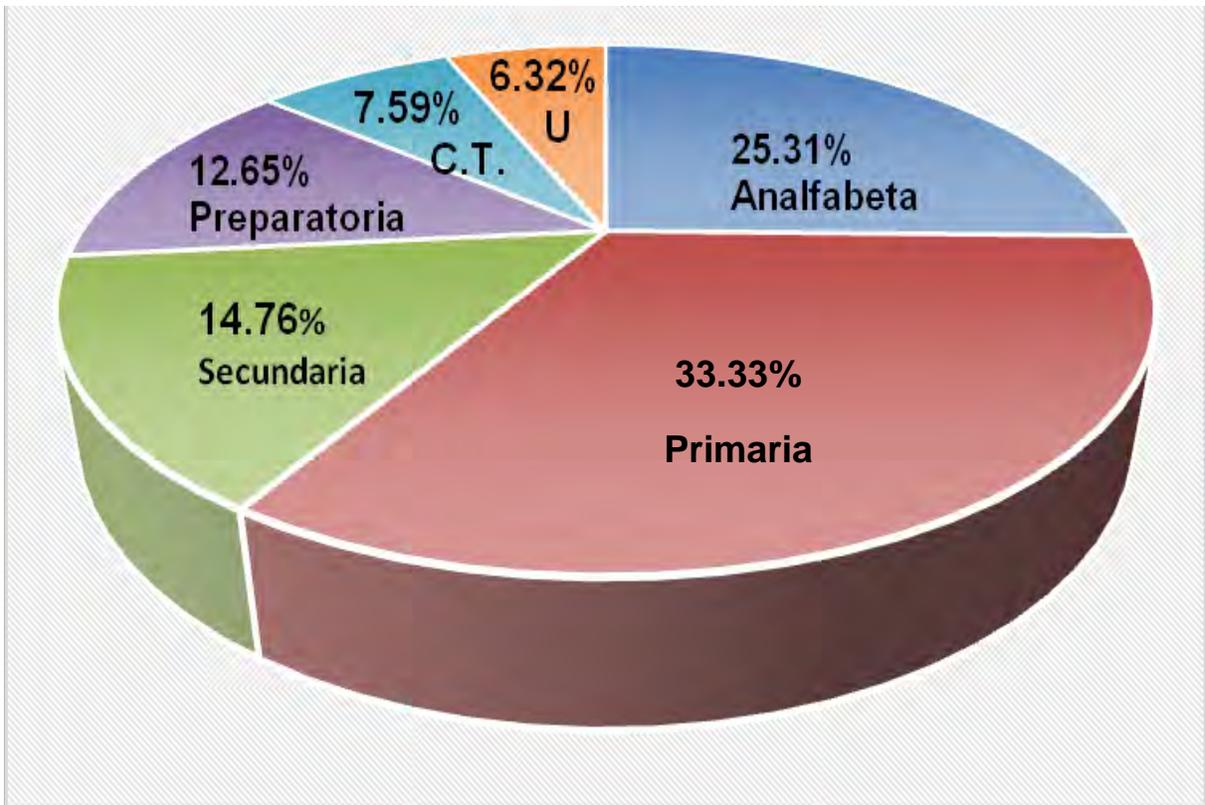
Frecuencia Del Estado Civil En Familias de Pacientes Con Discapacidad Motriz



FUENTE: ENCUESTA

GRAFICA 3

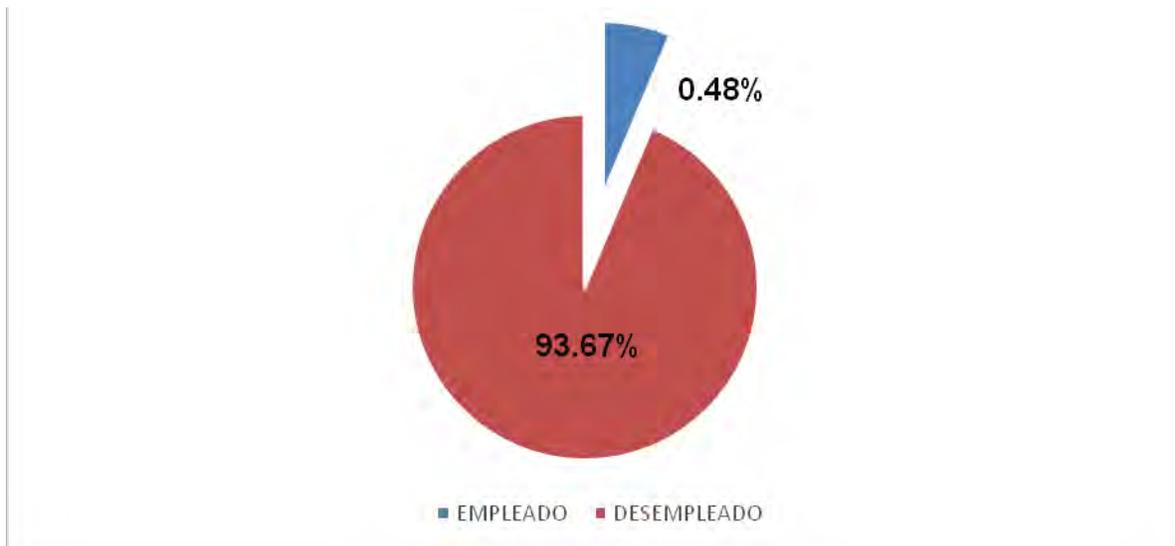
Frecuencia De Escolaridad En Familias de Pacientes Con Discapacidad Motriz



FUENTE: ENCUESTA

GRAFICA 4

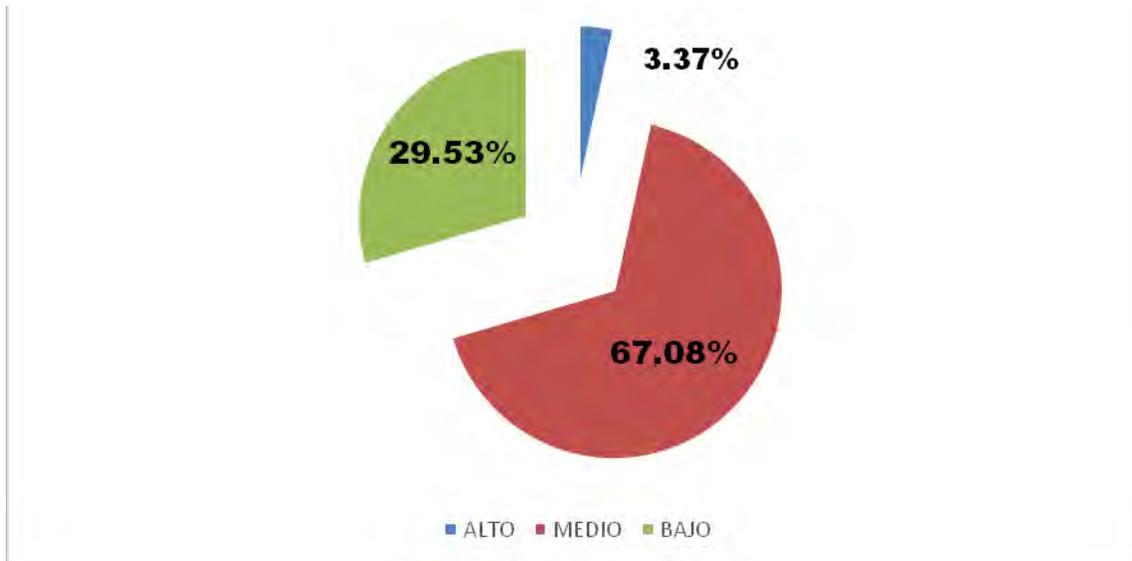
Frecuencia De La Ocupación En Familias De Pacientes Con Discapacidad Motriz



FUENTE: ENCUESTA

GRAFICA 5

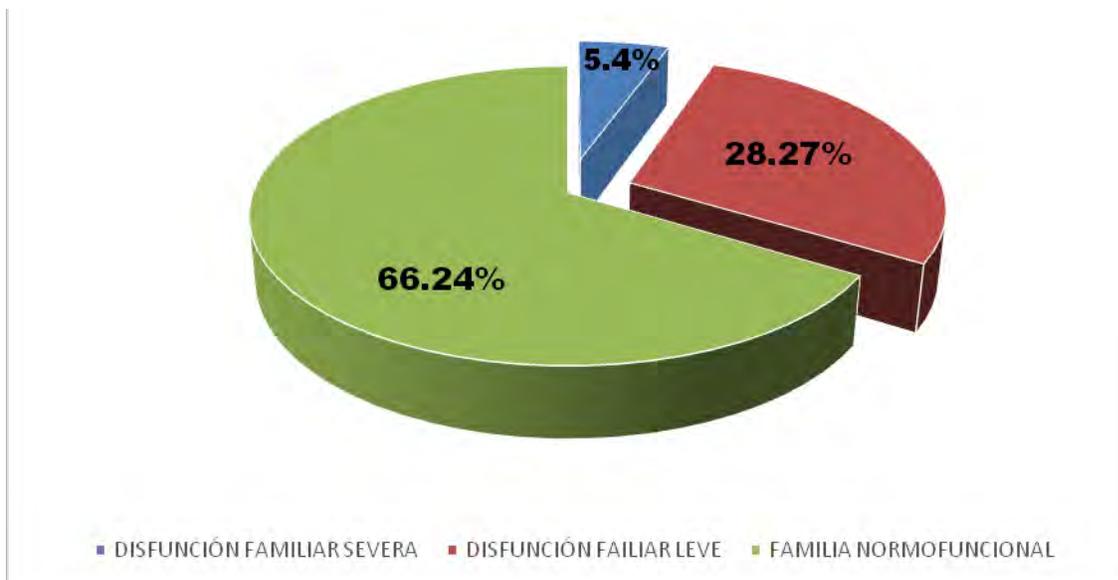
Frecuencia Del Nivel Socioeconómico En Familias De Pacientes Con Discapacidad Motriz



FUENTE: ENCUESTA

GRAFICA 6

Distribución De La Disfunción En Familias De Pacientes Con Discapacidad Motriz



FUENTE: ENCUESTA

