



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**

**“FUNCIONALIDAD, DINAMICA Y MAPAS DE  
FAMILIAS CON NIÑOS DE INCAPACIDAD  
MOTORA DE ORIGEN CEREBRAL,  
COMPARADAS CON LAS DE NIÑOS SANOS”**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T A :  
DRA. SANDRA CARINA SANCHEZ GONZALEZ**



**IMSS**

**ASESOR:**

**DR. OCTAVIO NOEL PONS ALVAREZ**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**ASESOR METODOLOGICO**



**DR. OCTAVIO NOEL PONS ALVAREZ**  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**  
**COORDINADOR DELEGACIONAL**  
**DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE MEXICO**

Vo. Bo

Yolanda E. Valencia Islas

**DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN  
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD  
EN MEDICINA FAMILIAR.  
U. M. F. No 20 "VALLEJO"**

Vo. Bo



---

**DR. JUAN ESPINOZA MARTINEZ**  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**  
**PROFESOR ADJUNTO AL CURSO DE**  
**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR**  
**U. M. F. No 20 "VALLEJO"**

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS**

ANTES QUE A NADIE, POR DARME LA VIDA, PERMITIENDOME TENER LA SALUD, FUERZA Y VOLUNTAD PARA SEGUIR ADELANTE, LOGRANDO MIS PROPÓSITOS, GRACIAS

### **A MIS PADRES**

POR CONFIAR EN MI, APOYANDOME A LO LARGO DE MI TRAYECTORIA, POR LA CONFIANZA BRINDADA A LO LARGO DE ESTOS AÑOS DE LUCHA Y SACRIFICIO, CON TODO MI AMOR, ADMIRACION Y RESPETO, GRACIAS.

### **A MIS HERMANOS**

POR EL APOYO Y LA UNION QUE SIEMPRE HA PERMANECIDO EN TODO MOMENTO, ESTANDO A MI LADO SIEMPRE QUE LOS NECESITE, CON TODO MI CARÍÑO GRACIAS

### **A OSCAR**

POR EL APOYO BRINDADO Y SUS HORAS DE DESVELO QUE INCONDICIONALMENTE ME OTORGO PARA PODER ELABORAR ESTA TESIS, POR ESTO Y MUCHO MAS, GRACIAS.

### **A MARTIN**

POR EL CARÍÑO Y APOYO INCONDICIONAL QUE SIEMPRE ME BRINDASTE EN LOS MOMENTOS DIFICILES EN QUE SIEMPRE ESTUVISTE A MI LADO, GRACIAS

### **A MIS SOBRINOS BECKI, KEITH, BRYAN**

POR SER LA LUZ DE UNA NUEVA ESPERANZA QUE APENAS INICIA, POR LOS MOMENTOS DE ALEGRIA QUE ME HAN BRINDADO, GRACIAS

**A MI ASESOR DE TESIS DR PONS**

POR EL APOYO, PACIENCIA, DEDICACIÓN Y CONSEJOS QUE ME BRINDO, ASI COMO LA CONFIANZA Y EL TIEMPO OTORGADOS PARA HACER POSIBLE LA REALIZACIÓN DE ESTA TESIS, GRACIAS.

**A MIS COMPAÑEROS**

POR SU AMISTAD, GRACIAS.

**A CARMEN**

POR TU AMISTAD Y AYUDA INCONDICIONAL, GRACIAS

**A MIS PROFESORES**

POR LOS CONOCIMIENTOS INVALUABLES QUE COMPARTIERON CONMIGO, PERMITIENDOME CULMINAR ESTA HERMOSA ESPECIALIDAD, GRACIAS.

## INDICE

OBJETIVOS.....	10
MARCO TEORICO.....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
HIPÓTESIS.....	22
MATERIAL Y METODOS.....	23
CUADROS Y GRAFICAS.....	25
MAPAS FAMILIARES.....	39
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	70
CONCLUSIONES.....	75
RESUMEN.....	76
BIBLIOGRAFÍA.....	78
ANEXOS.....	81

**FUNCIONALIDAD, DINAMICA Y MÁPAS DE FAMILIAS  
CON NIÑOS DE INCAPACIDAD MOTORA DE ORIGEN  
CEREBRAL, COMPARADAS CON LAS DE NIÑOS SANOS**

## **OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

- DEMOSTRAR QUE EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LAS FAMILIAS CON NIÑOS DE INCAPACIDAD MOTORA DE ORIGEN CEREBRAL, EN CUANTO A SU DINAMICA, FUNCIONALIDAD Y MAPA ESTRUCTURAL FAMILIAR, EN COMPARACION A LAS FAMILIAS CON HIJOS APARENTEMENTE SANOS.
- IDENTIFICAR LA DINAMICA Y FUNCIONALIDAD DE LAS FAMILIAS CON NIÑOS DE INCAPACIDAD MOTORA DE ORIGEN CEREBRAL.
- IDENTIFICAR LA DINAMICA Y FUNCIONALIDAD DE LAS FAMILIAS CON NIÑOS APARENTEMENTE SANOS.
- ELABORAR LOS MAPAS FAMILIARES DE FAMILIAS CON NIÑOS DE UNO A SEIS AÑOS DE EDAD QUE TIENEN INCAPACIDAD MOTORA DE ORIGEN CEREBRAL.
- ESTRUCTURAR LOS MAPAS FAMILIARES DE FAMILIAS CON NIÑOS DE UNO A SEIS AÑOS DE EDAD APARENTEMENTE SANOS.
- COMPARAR LA ESTRUCTURA DE LAS FAMILIAS CON NIÑOS DE IMOC Y APARENTEMENTE SANOS.

## MARCO TEORICO

LA INSUFICIENCIA MOTORA DE ORIGEN CEREBRAL (IMOC), ES UNA LESION IRREVERSIBLE, NO PROGRESIVA DEL SNC EN UN CEREBRO INMDURO, ORIGINADA DURANTE LAS ETAPAS PRENATAL, NATAL Y POSNATAL (EDAD TEMPRANA), QUE TRAE COMO CONSECUENCIA TRANSTORNOS MOTRICES ( MOVIMIENTO, POSTURA), APRAXIA, PROBLEMAS DE LENGUAJE Y EL HABLA (DISARTRIA, AFASIA, ETC.), CONVULSIONES DETERIORO DE LAS FUNCIONES INTELECTUALES Y PROBLEMAS DE APRENDIZAJE, DEFECTOS PRECEPTUALES, DEFECTOS SENSORIALES (AUDITIVOS, VISUALES), PROBLEMAS EMOCIONALES, CONDUCTUALES Y DE PERSONALIDAD. (1)

ESTA ENTIDAD ES TAMBIEN CONOCIDA COMO PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL (PCI), ENFERMEDAD O SÍNDROME DE LITTLE, HANDICAP MOTOR CEREBRAL, Y ENCEFALOPATIA FIJA.

AÑOS DESPUÉS, SIR WILLIAM OSLER ESTUDIO 20 CASOS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE LITTLE, CAMBIANDO DICHO TERMINO POR EL DE PARÁLISIS CEREBRAL DE LOS NIÑOS.

EN LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA, DURANTE 1937, EL DOCTOR WINSTHROP M. PHELPS Y COLABORADORES DECIDIERON CAMBIAR EL TERMINO ANTERIOR Y ESTABLECIERON EL DE PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL, QUE ES EL QUE SE SIGUE USANDO. (2)

LA INSUFICIENCIA MOTORA DE ORIGEN CEREBRAL TIENE UNA INSIDENCIA APROXIMADA DE DOS CASOS EN MIL NACIMIENTOS, PERO EGDELL Y STANFIELD SEÑALAN QUE EN NIGERIA 54.3% DE LOS PACIENTES ENVIADOS AL NEURÓLOGO PADIATRA, TIENEN ESTE PADECIMIENTO. (3)

EL ORGANISMO HUMANO, ENFERMO O SANO ESTA ORGANIZADO EN TRES NIVELES: BIOLÓGICO ( FISIOLÓGICO), PSICOLÓGICO Y SOCIAL, FORMA DE ORGANIZACIÓN QUE LO DISTINGUE DE LOS DEMAS SERES VIVOS.

EL CONCEPTO DE NIÑO SANO SE REFIERE A TODO AQUEL QUE LLEGA AL MUNDO CON UN AMPLIO REPERTORIO DE REFLEJOS Y RESPUESTAS DE COMPORTAMIENTO, QUE FACILITAN SU SUPERVIVENCIA PERMITIENDOLE COMUNICAR NECESIDADES FÍSICAS FUNDAMENTALES, ASI COMO EMOCIONALES, ESTANDO DE ESTA FORMA LIBRE DE PATOLOGÍA CLINICA EVIDENTE.

SE DICE QUE EL HOMBRE ES UNA UNIDAD BIO-PSICO-SOCIAL.

CADA NIVEL ESTA INTERRELACIONADO CON LOS OTROS DOS A TRAVEZ DE PUNTOS DE COMUNICACIÓN, COORDINADOS POR EL SISTEMA NERVIOSO Y LAS ESTRUCTURAS NEUROENDOCRINAS.

CUALQUIERA DE LOS TRES NIVELES DE ORGANIZACIÓN PUEDE SER ALCANZADO POR LOS ESTIMULOS PROVENIENTES DEL EXTERIOR E INTERIOR DEL INDIVIDUO. CUANDO ESTOS ESTIMULOS SE PRESENTAN EN CANTIDAD Y CALIDAD SUFICIENTES, SE CONVIERTEN EN NOCIVOS CAPACES DE PRODUCIR ENFERMEDAD, PUES INTERFIEREN CON LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES BASICAS.(1)

LOS ESTIMULOS NOCIVOS SON RELATIVAMENTE ESPECIFICOS PARA CADA NIVEL DE ORGANIZACIÓN, PERO LA RESPUESTA ES INESPECÍFICA PORQUE SE ESTRUCTURA DESDE LOS TRES NIVELES, AUNQUE PREDOMINA SIEMPRE UNO DE ELLOS, SIENDO ASI UNA RESPUESTA INTEGRAL DEL ORGANISMO.

ESTA RESPUESTA PUEDE SER UNA ADAPTACIÓN INSUFICIENTE PARA ESTABLECER LA HOMEOSTASIS SALUDABLE, LO QUE OCASIONA EL ESTADO DE ENFERMEDAD.

EXISTEN VARIAS CAUSAS QUE PUEDEN CONTRIBUIR AL DESARROLLO DE ESTE PADECIMIENTO, DE LAS CUALES SE CLASIFICAN EN:

**CAUSAS PRENATALES:** FACTORES HEREDITARIOS ADQUIRIDOS DURANTE LA GESTACIÓN EN EL UTERO, HEMORRAGIA DURANTE EL EMBARAZO, HEMORRAGIA CEREBRAL FETAL, FACTOR RH, CAUSA DE KERNICTEROS, ENFERMEDAD HEMOLÍTICA DEL RECIEN NACIDO, HIPERBILIRRUBINEMIA, INCOMPATIBILIDAD SANGUÍNEA, TRANSTORNOS DE METABOLISMO DURANTE EL EMBARAZO, ESPECIALMENTE DIABETES MELLITUS MATERNA, EXPOSICIÓN EXCESIVA A LOS RAYOS X Y EXPOSICIÓN A LAS RADIACIONES DURANTE LA GESTACIÓN, PREMATURES, PREDISPOSICIÓN AL ABORTO, TOXEMIA MATERNA Y DESNUTRICIÓN MATERNA.

**CAUSAS NATALES O PERINATALES:** MECANICA (ACCIDENTES GINECO-OBSTETRICOS), ANOXIA NEONATORUM O ANOXIA PERINATAL, PLACENTA PREVIA O DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA, PARTOS CON PRESENTACIÓN PODALICA.

**CAUSAS POSTNATALES:** EN ESTE RUBRO SE MENCIONAN LOS TRAUMÁTICOS CRANEANOS, INFECCIONES, NEOPLASIAS CEREBRALES CONGENITAS O ADQUIRIDAS, Y ANOMALIAS DEL DESARROLLO TARDIO ENTRE OTRAS. (1,4)

EL CUADRO CLINICO DE LA PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL ES EL SIGUIENTE:

LOS PRIMEROS SIGNOS POR LO GENERAL SON LOS DE DETENCIÓN O RETARDO CON RETENCION DE LAS SINERGIAS DE LA PRIMERA INFANCIA, APARECEN TAMBIEN SIGNOS ANORMALES COMO: LOS PATRONES PATOLÓGICOS ENCONTRADOS EN EL GRUPO ATETIODE, HIPERTONIA Y ESPASTICIDAD; Y DEBIDO A LA LESION SE ENCUENTRA ALGUNA O VARIAS DE LAS SIGUIENTES CONSECUENCIAS: TRANSTORNOS MOTRICES, APRAXIAS, PROBLEMAS DE LENGUAJE Y DEL HABLA (DISARTRIAS, AFASIAS, ETC.) CONVULSIONES, DETERIORO DE LAS FUNCIONES INTELECTUALES, PROBLEMAS DE APRENDIZAJE, DEFECTOS PRECEPTUALES, DEFECTOS SENSORIALES (AUDITIVOS Y VISUALES), PROBLEMAS EMOCIONALES, CONDUCTUALES Y DE PERSONALIDAD. (1, 6)

EN EL PRIMER AÑO DE VIDA LA HIPOTONÍA ES MAS FRACUENTE QUE LA HIPERTONIA Y LA ESPASTICIDAD, LO QUE DIFICULTA LA IDENTIFICACIÓN DEL IMOC, EN LOS LACTANTES LA VARIEDAD DE MOVIMIENTOS VOLITIVOS ES LIMITADA PARA SU VALORACIÓN Y LA EVOLUCION DE LA MIELINIZACION HASTA UN NIVEL IMPORTANTE TOMA MESES RETRASANDO EL CUADRO CLINICO DE TONO ANORMAL Y REFLEJOS PROFUNDOS. (25)

LAS CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO CON IMOC NO ES IGUAL EN TODOS LOS CASOS, YA QUE DEPENDE DE LAS ESTRUCTURAS NERVIOSAS LESIONADAS, EL TIPO DE PARÁLISIS, EL GRADO DE DISCAPACIDAD, LAS AREAS FUNCIONALES AFECTADAS, LA SITUACIÓN AMBIENTAL EN QUE VIVE, LA ACTITUD DE LOS PADRES, EL AMBIENTE FAMILIAR, ETC. (26)

LA PARÁLISIS CEREBRAL SE HA DIVIDIDO EN LAS SIGUIENTES CLASIFICACIONES:

- FISIOLÓGICA.
- SUPLEMENTARIA.
- DE ACUERDO AL GRADO DE DISCAPACIDAD Y REQUERIMIENTO TERAPÉUTICO.
- TOPOGRÁFICA.

#### CLASIFICACION FISIOLÓGICA:

- A) ESPASTICA.
- B) ATETOSICA: EN LA QUE PODEMOS ENCONTRAR LAS SIGUIENTES VARIACIONES:

- CON TENSIÓN.

- SIN TENSIÓN.
- CON DISTONIA.
- CON TEMBLOR.

- C) RIGIDA.  
D) ATAXICA.  
E) ATONICA.  
F) MIXTA.

**CLASIFICACION SUPLEMENTARIA:**

A) EVALUACIÓN PSICOLÓGICA:

- GRADO DE DEFICIENCIA MENTAL EN CASO DE QUE EXISTA.

B) ESTADO FISICO:

- EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO FISICO.
- NIVEL DE DESARROLLO PSICOMOTOR.
- EDAD OSEA.

C) CRISIS CONVULSIVAS.

D) PARTONES DE CONDUCTA:

- DOMINANCIA DE LOS OJOS.
- MOVIMIETOS OCULARES.
- POSTURAS OCULARES.
- FIJACIÓN.
- CONVERGENCIA.
- MANIPULACIÓN.
- DOMINANCIA DE LA MANO.

E) ESTADO VISUAL:

- SENSORIAL AMBLIOPIA DEFECTOS DEL CAMPO VISUAL.
- ESTADO MOTOR: DESVIACIONES CONJUGADAS DE LOS DEFECTOS MOTORES.

F) ESTADO AUDITIVO: SENSIBILIDAD AL SONIDO.

- HIPERACUSIA.
- HIPOACUSIA.

G) TRANSTORNOS DEL LENGUAJE:

- AFASIAS.
- DISGRAFÍAS.
- ALEXIAS.
- AGNOSIAS, ETC.

**CLASIFICACION SEGÚN EL GRADO DE DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU REQUERIMIENTO:**

- CLASE 1= MUY LEVE.  
 CLASE 2= LEVE.  
 CLASE 3= MODERADA.  
 CLASE 4= SEVERA.

ESTA CLASIFICACION ES EN BASE A LA CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

**CLASIFICACION TOPOGRÁFICA:**

- A) MONOPLEJIA O MONOPARESIA.  
 B) HEMIPLEJIA O HEMIPARESIA.  
 C) PARAPLEJIA O PARAPARESIA.  
 D) TRIPLEJIA O TRIAPARESIA.  
 E) CUADRIOPLEJIA O DISPARESIA.  
 F) DOBLE HEMIPLEJIA O HEMIPARESIA.

AL IGUAL QUE EN EL DESARROLLO NORMAL, LOS PATRONES PATOLÓGICOS TIENEN UN SENTIDO CEFALO-CAUDAL. MIENTRAS EL NIÑO NORMAL DESARROLLA EXTENSIÓN CONTRA LA GRAVEDAD EN POSICIÓN PRONA, Y LA FLEXIÓN CONTRA LA GRAVEDAD EN POSICIÓN SUPINA, LOS PATRONES ANORMALES DE HIPERTONIA, LLEVARAN A UNA DISEMINACIÓN DEL TONO EXTENSOR EN LA POSICIÓN SUPINA Y DEL TONO FLEXOR EN LA POSICIÓN PRONA, LA VELOCIDAD CON QUE ESTO SE DESARROLLA DEPENDERÁ DEL GRADO DE SEVERIDAD DEL CUADRO Y DE LAS ANORMALIDADES DE CADA CASO. (4)

ALFRET BINET PUSO LOS FUNDAMENTOS DE LA PRUEBA DE INTELIGENCIA, AL EMPEZAR A MEDIR LAS CAPACIDADES MENTALES FORMULANDO PREGUNTAS. EN LUGAR DE REGISTRAR LOS PROCESOS SENSORIALES COMO LOS UMBRALES DEL OIDO Y LA VISTA, TRATANDO DE RECONSTRUIR LA INTELIGENCIA A PARTIR DE ESTOS, BINET SOMETIO DIRECTAMENTE A PRUEBA LA MEMORIA, LA IMAGINACIÓN, LA

COMPRENSIÓN Y LA APRECIACIÓN ESTÉTICA. EL RESULTADO FUE UNA PRUEBA MENTAL SUSCEPTIBLE DE PREDECIR CON MUCHA EXACTITUD CUALES NIÑOS DEBERÍAN COLOCARSE EN CLASES ESPECIALES, PARA ESTUDIANTES LENTOS, Y CUALES PUEDEN BENEFICIARSE DE PROGRAMAS ACELERADOS. (27)

FINNIE AFIRMA QUE LA POBLACIÓN DE NIÑOS CON IMOC SE ENCUENTRA DISTRIBUIDA EN UN 50% CON UN COEFICIENTE INTELECTUAL (CI) DE 75-125 O MÁS. LOS QUE COMPRENDEN NIÑOS CON RETRAZO MENTAL LEVE O LÍMITROFE (CI 75-84), CON INTELIGENCIA NORMAL (CI DE 85-115), Y CON INTELIGENCIA SUPERIOR CI 116 EN ADELANTE.

UN 25% CON CI ENTRE 50-75 Y EL RESTANTE 25% CON CI DE 50 O MENOS. DENOMINÁNDOSE AL CI DE 20-49 IMBECIBILIDAD Y DE 0-19 IDIOCIA.

LA DSMIII DE DEFINE EL FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL GENERAL SOBRE LA BASE DEL COCIENTE INTELECTUAL:

- LEVE C. I (50-55 Y 70)
- MODERADO C. I (35-40 Y 50-55)
- GRAVE C. I (20-25 Y 35-40)
- PROFUNDO C. I (MENOR DE 20-25)

**EL RETRAZO MENTAL LEVE:** COMPRENDE LA CATEGORÍA DE "EDUCABLE", EN EL QU SUELEN DESARROLLAR NORMALMENTE HABILIDADES SOCIALES Y COMUNICATIVAS EN LOS AÑOS PRE-ESCOLARES ( HASTA LOS 4-5 AÑOS), TIENE UN MÍNIMO DE TRASTORNO EN ÁREAS SENSORIO-MOTRICES.

**EL RETRAZO MENTAL MODERADO:** COMPRENDE LA CATEGORÍA "ENTRENABLES", PUEDEN APRENDER A HABLAR Y ADQUIRIR UNA SERIE DE HABILIDADES COMUNICATIVAS EN LOS AÑOS PRE-ESCOLARES. BAJO CIERTA SUPERVISIÓN Y ENSEÑANZA PUEDEN CUIDAR DE SÍ MISMOS, SE BENEFICIAN CON UN ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES Y OCUPACIONALES. DE ADOLESCENTES INTERFIEREN NEGATIVAMENTE EN LA RELACION DE SUS COMPAÑEROS, EN LA EDAD ADULTA PUEDEN REALIZAR TRABAJOS QUE NO REQUIEREN DE NINGUN APRENDIZAJE.

**EL RETRAZO MENTAL SEVERO:** CORRESPONDE A LO QUE SE DENOMINABA CLÁSICAMENTE "IMBECIBILIDAD", EN LA ETAPA PRE-ESCOLAR PRESENTAN POBRE DESARROLLO MOTOR, CON ADQUISICIÓN DE LENGUAJE DEFICIENTE, LEYENDO PALBRAS BÁSICAS, ALCANZANDO UNA EDAD MENTAL CORRESPONDIENTE DE 3-5 AÑOS DE EDAD NO RETRAZADOS.(1)

ES MUY DIFÍCIL ESTABLECER EL DIAGNOSTICO DE LA PARÁLISIS CEREBRAL EN LACTANTES MENORES DE 4 MESES, E INCLUSO EN LOS DE 6, SI EL PROBLEMA ES MUY LEVE. ESTO SUCEDE PORQUE EL NIÑO MUY PEQUEÑO NO MANIFIESTA TANTO SU ANORMALIDAD. (5)

DEBIDO A QUE LA MÁS IMPORTANTE INFLUENCIA EN EL DESARROLLO BIO-PSICO-SOCIAL DEL NIÑO (NORMAL O MINUSVALIDO) ES LA EXPERIENCIA EN EL HOGAR, SE LES DEBE HACER COMPRENDER A LOS PADRES QUE SUS ACTITUDES INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE SU HIJO, PARA QUE PROPORCIONE LAS CONDICIONES FAVORABLES A TRAVEZ DE UN HOGAR ESTABLE Y PERMANENTE, CON UN AMBIENTE DE APOYO EMOCIONAL, EN EL QUE EL NIÑO SIENTA AFECTO, AMISTAD, ACEPTACIÓN Y COMPRENSIÓN; BRINDARLE LA OPORTUNIDAD DE NUEVAS EXPERIENCIAS, PROPORCIONÁNDOLE ESTIMULACIÓN VARIADA Y EVITANDO LA MONOTONIA; DALE LA OPORTUNIDAD DE HACER ALGO PERMITIÉNDOLE ENSAYAR CON EL ESPACIO, TIEMPO Y PACIENCIA SUFICIENTES PARA QUE ALCANCE Y EXPERIMENTE EL ÉXITO DENTRO DE SUS LIMITACIONES, ES DECIR, SIN ESPERAR MUCHA DEPENDENCIA NI EXCESIVA RESPONSABILIDAD, EVITAR EL CAMBIO DE ESCUELAS PARA QUE EL NIÑO SE ADAPTE AL AMBIENTE ESCOLAR AL ENCONTRAR SU LUGAR Y DESCUBRIR LO QUE PUEDE HACER BIEN. ASI MISMO LOS PADRES NO DEBEN DEJAR AL NIÑO MINUSVALIDO EXCENTO DE LA DISCIPLINA FAMILIAR, DEBEN APLICARLE LA MISMA AUTORIDAD QUE A LOS DEMAS MIEMBROS SIN COMPORTARSE DEMASIADO EXIGENTES O PERMISSIVOS. (17)

EL NIÑO DEBERA CRECER AL AMPARO Y BAJO RESPONSABILIDAD DE SUS PADRES Y EN TODO CASO EN UN AMBIENTE DE AFECTO DE SEGURIDAD MORAL Y MATERIAL, EL NIÑO CON IMOC ES ANTE TODO ES UN NIÑO QUE PERTENECE A UNA FAMILIA. (28, 14)

EL NIÑO CON IMOC RECIBE POCA ESTIMULACIÓN AMBIENTAL Y TIENE EXPERIENCIAS DE LA VIDA DIARIA LIMITADAS, SOBRE TODO SI PERMANECE LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN UN MISMO CUARTO DE LA CASA, O SI SALE LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN UN MISMO CUARTO DE LA CASA, O SI SALE POCO O NO SALE DE ESTA. SU AJUSTE Y ADAPTACIÓN ES LENTO A LOS CAMBIOS RAPIDOS DEL AMBIENTE (CAMBIOS FISICOS Y EMOCIONALES) SIENDO DIFÍCIL SU ADAPTACIÓN A LOS CAMBIOS BRUSCOS. SUS PADRES SE SIENTEN CULPABLES, SIENTEN VERGÜENZA, DESESPERACIÓN, AUTOCOMPAIÓN, PROYECTAN LA CULPA UNO AL OTRO MUTUAMENTE Y/ O HACIA LOS MEDICOS Y PERSONAL DEL HOSPITAL DONDE NACIO EL NIÑO. ANTE SU VERGÜENZA ESTABLECEN UN AISLAMIENTO SOCIAL ANTE SUS VECINOS Y AMIGOS. EL PADRE Y LA MADRE AL CULPARSE RECÍPROCAMENTE, SE DISTANCIAN SINTIÉNDOSE CADA VEZ MÁS INCOMPETENTES Y DETERIORANDO SUS RELACIONES MARITALES. (7, 8, 9)

SIENDO LA FAMILIA PROVEEDORA DEL BIENESTAR BASICO DEL INDIVIDUO CONSTITUYENDO LA UNIDAD PRIMARIA DE SALUD, ACTUANDO

COMO AGENTE MEDIADOR ENTRE EL INDIVIDUO Y LA SOCIEDAD. LOS PROBLEMAS DE AJUSTES QUE TIENEN LAS FAMILIAS ESTAN RELACIONADOS CON SU CAPACIDAD PARA LLENAR LAS FUNCIONES BASICAS QUE LA SOCIEDAD ESPERA DE ELLAS, PRINCIPALMENTE LA DE SOCIALIZACION, CUIDADO, AFECTO, REPRODUCCIÓN Y ESTATUS; SIENDO IMPORTANTE DETERMINAR NO SOLO SI LA FAMILIA CUMPLE ESTAS FUNCIONES, SINO LOS MECANISMOS PARA CUMPLIRLAS Y AJUSTARLAS A TRAVEZ DEL CICLO DE VIDA FAMILIAR. (7, 10)

LA FAMILIA ESTA CONSTITUIDA POR ESOSO Y ESOSA CON O SIN HIJOS, PADRE O MADRE, QUE VIVEN EN EL MISMO TECHO, ES UN AGENTE ENTRE EL INDIVIDUO Y LA SOCIEDAD, CADA INDIVIDUO DE UNA FAMILIA PUEDE PERTENECER A UN NUMERO DE GRUPOS (TRABAJO, IGLESIA, ESCUELAS Y AMIGOS) PERO SOLO A LA FAMILIA LE CONCIERNE EL INDIVIDUO EN SU TOTALIDAD Y TODAS LAS FACETAS DE SU VIDA CON LA MAS ALTA PRIORIDAD PUESTA EN EL BIENESTAR DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA. (13, 18)

LA DINAMICA FAMILIAR, ES UNA COLECCIÓN DE FUERZAS POSITIVAS Y NEGATIVAS QUE AFECTAN EL COMPORTAMIENTO DE CADA MIEMBRO DE LA FAMILIA HACIENDO QUE ESTA COMO UNIDAD FUNCIONE BIEN O MAL. LA MANERA DE PENSAR, SENTIR, ACTUAR Y PRESENTARSE ANTE LOS OTROS, QUE CADA MIEMBRO DE LA FAMILIA TIENE PRODUCIRA ALMACENAMIENTO O ALEJAMIENTO, DESARROLLO O ESTANCAMIENTO Y UN CLIMA DE SEGURIDAD, ANSIEDAD O DEPRESIÓN. (21)

ESTA RELACIONADA CON LOS VINCULOS QUE SON PARTE DE UNO, QUE SE DEPOSITAN EN EL OTRO Y PARTE DE OTRO DEPOSITADOR EN UNO, HECHO QUE DA ORIGEN A UNA TERCERA ENTIDAD DIFERENTE A LA DE CADA CONTRIBUYENTE. LO QUE SE ESTABLECE ENTRE PADRES E HIJOS, ENTRE HERMANOS Y ENTRE TODOS LOS MIEMBROS COMPONENTES DE UNA FAMILIA, CONSERVANDO LA CARACTERÍSTICA DE QUE UN VINCULO ES MAS QUE LA SUMA DE LAS PARTES. LOS VINCULOS QUE SE DAN EN UNA FAMILIA SON: EL DE AMOR, EL DE ODIO Y EL DE CONOCIMIENTO DEL OTRO. (13, 19)

YA QUE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR ES DINAMICA, LAS FAMILIAS NO SON ESTATICAS Y POR LAPROS O CIRCUNSTANCIAS PUEDEN CAER EN CRISIS, Y EN ESTE MOMENTO SON DISFUNCIONALES EN MAYOR O EN MENOR GRADO Y RECUPERARSE POSTERIORMENTE. SIN EMBARGO ALGUNAS FAMILIAS ANTE UN PROBLEMA NO CONSIGUEN SU HOMEOSTASIS Y LA DISFUNCIÓN SE VUELVE IRREPARABLE O LLEGAN A LA DESINTEGRACIÓN, NO OBSTANTE EL MAYOR PORCENTAJE DE FAMILIAS RECUPERAN SU FUNCIONALIDAD SIN AYUDA TÉCNICA ESPECIFICA, ESTA FUNCIONALIDAD ES PRODUCTO DEL PROPÓSITO Y CARACTERÍSTICAS DE CADA UNA Y CURSA POR CUATRO ETAPAS SECUENCIALES: PROCESO DE IDENTIDAD, DISPOSICIÓN AL CAMBIO, PROCESO DE LA INFORMACIÓN Y ESTRUCTURACION DE ROLES. (13, 22)

EN TERMINOS GENERALES SE CONSIDERA COMO FAMILIA FUNCIONAL AQUELLAS QUE EVOLUCIONAN CON POGRESION DEL DESARROLLO EMOCIONAL DE SUS MIEMBROS, SIENDO LA DISFUNCIONAL LA QUE RETARDA O IMPIDE LO ANTERIOR. (20, 30)

SE HAN PROPUESTO ALGUNOS INSTRUMENTOS PARA LA REALIZACIÓN DE DIAGNOSTICOS FAMILIARES DE UNA FORMA MAS INTEGRAL COMO ES EL CASO DE LOS MAPAS FAMILIARES, UTILIZADOS PARA ORGANIZAR LOS DATOS CLINICOS OBTENIDOS DE LAS FAMILIAS TANTO DE CONTENIDO COMO DE INTERACCION, LAS HIPÓTESIS SOBRELOS ASPECTOS FAMILIARES ÍNTIMAMENTE RELACIONADOS CON LA PRESENTACIÓN Y/ O MANTENIMIENTO DE SÍNTOMAS O MALESTAR FAMILIAR, ORIENTÁNDONOS A LA ACCION CONTANDO CON ESQUEMAS O MAPAS HIPOTÉTICOS DE LO QUE SERIA UNA ORGANIZACIÓN FAMILIAR ADECUADA "NORMAL O SANA" ASI COMO LO QUE CONSIDERARIA DISFUNCIONAL PARA ASI FORMULAR ESQUEMAS DE LA FAMILIA EN CUESTION, CONSIDERANDO QUE LO QUE CONSTITUYE UN PATRON FUNCIONAL EN UNA ETAPA DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA PUEDE NO SERLO EN OTRA, A PESAR DE LAS DIFICULTADES EN LA DIFINICION Y DESCRIPCIÓN DE LO QUE ACTUALMENTE SE ENTENDERIA POR FAMILIA ( NORMAL O SANA) SE HAN DESCRITO UNA SERIE DE PARÁMETROS DE TIPO ORGANIZACIONAL QUE SE ASOCIAN CON EL CRITERIO MEDICO DE FAMILIAS ASINTOMATICAS COMO ES EL VALORAR JERARQUIAS LIMITES, ALIANZAS, ROLES, FRONTERAS.

ESTOS ESQUEMAS ELEMENTALES PUEDEN IDENTIFICAR LOS ASPECTOS ORGANIZACIONALES DEL SISTEMA QUEDANDO POR EXPLORAR EL CONTENIDO (LA HISTORIA FAMILIAR, LOS CONSTRUCTOS DE CADA UNO, DE LOS DEMAS Y DEL PROBLEMA QUE LOS AQUEJA, SU COMUNICACIÓN, LAS FORMAS DE RESOLUCIÓN DE LOS CONFLICTOS, SITUACIONES ECONOMICAS Y DE DESARROLLO POR LAS QUE ATRAVIESA UNA FAMILIA) SIN EMBARGO LA REPRESENTACION GRAFICA DE UN FENÓMENO APOYA LA VISION GLOBAL DEL MISMO POR LO TANTO AYUDARA A SU MEJOR COMPRESIÓN. (23)

LA IMOC ES UNA PROBLEMÁTICA COMPLEJA QUE SE DEBE ABORDAR TOMANDO EN CUENTA SU NATURALEZA BIO-PSICO SOCIAL DEL INDIVIDUO, POR LO QUE EL TRATAMIENTO DEBE SER ENFOCADO HACIA EL INDIVIDUO, SU FAMILIA Y SU COMUNIDAD. (9)

ESTO SE PUEDE LOGRAR MEDIANTE UN TRATAMIENTO MULTI-INTERDISCIPLINARIO AL CUAL DEBE INCORPORARSE LA FAMILIA, YA QUE LA COLABORACIÓN DE LOS PADRES EN EL TRATAMIENTODEL NIÑO ES DE ESENCIAL IMPORTACIA, PUES LOS PRIMEROS DIAGNOSTICADORES, TERAPEUTAS Y MAESTROS DEL NIÑO SON LOS PADRES. (11)

HAY UNA GRAN DISCUSIÓN SOBRE COMO AFECTA EN EL SENO DE LA FAMILIA EL HECHO DE TENER UN HIJO DISCAPACITADO, ALGUNOS PROFESIONALES PIENSAN QUE LAS FAMILIAS READAPTAN SU VIDA A LAS NUEVAS NECESIDADES DE SU HIJO Y SE ESTABILIZAN, Y DE OTROS, PIENSAN QUE LA GENTE QUEDA EXTRAORDINARIAMENTE AFECTADA Y NO LO SUPERAN. (24)

EL NIÑO CON IMOC NO SE PUEDE CURAR, PERO EL TRATAMIENTO ADECUADO PUEDE AYUDAR A QUE LOS NIÑOS AFECTADOS ALCANCEN SU MÁXIMO POTENCIAL DENTRO DE LOS LIMITES ESTABLECIDOS POR SU ENFERMEDAD.

DENTRO DE ESTE TRATAMIENTO SE NECESITARA DE UN EQUIPO MULTIDICIPLINARIO: MEDICOS, ENFERMERAS, MAESTROS, PSICÓLOGOS, FAMILIARES Y TERAPISTAS OCUPACIONALES, FISICOS Y DEL LENGUAJE, SIENDO POSIBLE EFECTUAR A MENUDO LOS CUIDADOS EN EL HOGAR. (11)

DENTRO DEL TRATAMIENTO SE UTILIZAN BRAGUEROS O TABLILLAS Y APARATOS ESPECIALES COMO UTENSILIOS ADAPTADOS PARA COMER, UN SANITARIO BAJO, CON BRAZOS PARA AYUDAR AL NIÑO A REALIZAR DE MANERA INDEPENDIENTE ACTIVIDADES QUE DE OTRO MODO LE SERIAN IMPOSIBLES DE EFECTUAR.

SE REALIZAN EJERCICIOS PASIVOS PARA DISMINUIR AL MINIMO LAS CONTRACTURAS Y CIRUGÍA ORTOPEDICA PARA CORREGIR LAS MISMAS.

SE HACE USO DE LA NEUROCIRUGÍA PARA DISMINUIR LA ESPASTICIDAD, ASI COMO ALGUNOS RELAJANTES MUSCULARES. (12, 29)

LA ACTITUD DE LOS PADRES INFLUIRA EN LA ACTITUD DE LOS HERMANOS, AMIGOS, VECINOS, LA MISMA FAMILIA Y LA COMUNIDAD EN GENERAL. (14, 15)

LOS PADRES ANTE LA INVALIDEZ DE SU HIJO NECESITARA AYUDA, UNA BUENA ENSEÑANZA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO NORMALES, LES FACILITARA ESTABLECER METAS REALISTAS, SABER PLANEAR OCUPACIONES U OTRAS ACTIVIDADES, CONOCER LA NECESIDAD QUE TIENE EL NIÑO DE TENER RELACIONES CON PERSONAS DE SU EDAD, SE LES DEBE ADVERTIR EL PELIGRO DE LA SOBREPOTECCIÓN, SOBRE EL IDENTIFICARSE Y ENFRENTARSE AL ESTRÉS DE LA FAMILIA, LOS PADRES PUEDEN LLEGAR A TENER SENTIMIENTOS IRRACIONALES DE CULPA A CERCA DEL PROBLEMA DE SU HIJO, PUDIENDO AMERITAR CONSEJO PSICOLÓGICO. (14)

EL PAPEL QUE JUEGA LA FAMILIA CONSTITUYE UN VALOR INCALCULABLE PARA LOS NIÑOS CON IMOC, DE TAL FORMA QUE SI LOGRAMOS REALIZAR UNA ADECUADA RELACION PADRES-HIJOS, SE VERA REDITUADO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS MISMOS. (7, 16)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

LA INSUFICIENCIA MOTORA DE ORIGEN CEREBRAL, ES UN PROBLEMA COMPLEJO, QUE DEBE ABORDARSE TOMANDO EN CUENTA LA NATURALEZA BIO-PSICO-SOCIAL DEL INDIVIDUO, POR LO QUE EL TRATAMIENTO DEBE SER ENFOCADO AL INDIVIDUO, SU FAMILIA Y SU COMUNIDAD, LO CUAL SE PUEDE LOGRAR MEDIANTE UN PLAN MULTIDICIPLINARIO.

LA BASE DE CONOCIMIENTOS SE HA AMPLIADO Y HA CONDUCIDO A RECHAZAR EL DEBATE SIMPLISTA QUE ENFRENTABA LAS CAUSAS ORGÁNICAS CON LAS AMBIENTALES PARA RECONOCER LA CONTRIBUCIÓN MUTUAMENTE INTERACTIVA DE LA NATURALEZA Y LA CRIANZA EN EL DESARROLLO DE TODOS LOS NIÑOS.

LA COLABORACION DE LOS PADRES EN EL TRATAMIENTO DEL NIÑO ES ESENCIALMENTE IMPORTANTE, PUES LOS PRIMEROS DIAGNOSTICADORES, TERAPEUTAS Y MAESTROS DE NIÑO SON LOS PADRES, ELLOS SON QUIENES TIENEN QUE ENFRENTARSE A LOS PROBLEMAS DIARIOS QUE SURGEN CON SU HIJO DISCAPACITADO; POR LO QUE

¿ EXISTIRA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA EN LA DINAMICA, FUNCIONALIDAD Y MAPAS DE LAS FAMILIAS CON HIJOS DE INCAPACIDAD MOTORA DE ORIGEN CEREBRAL EN COMPARACION CON LAS FAMILIAS QUE TIENEN HIJOS APARENTEMENTE SANOS?

## HIPÓTESIS

LAS FAMILIAS CON NIÑOS DE INCAPACIDAD MOTORA DE ORIGEN CEREBRAL, SON MAS DISFUNCIONALES, AGLUTINADAS, RIGIDAS Y ESTRUCTURALMENTE MAS DISFUNCIONALES EN RELACION CON LAS FAMILIAS DE NIÑOS APARENTEMENTE SANOS.

LAS FAMILIAS CON NIÑOS DE INCAPACIDAD MOTORA DE ORIGEN CEREBRAL, NO SON MAS DISFUNCIONALES, AGLUTINADAS, RIGIDAS Y ESTRUCTURALMENTE MAS DISFUNCIONALES EN RELACION CON LAS FAMILIAS DE NIÑOS APARENTEMENTE SANOS.

## MATERIAL Y METODOS

EL PRESENTE ESTUDIO SE REALIZO EN LA ZONA NORTE DE LA CIUDAD DE MÉXICO, EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No20 VALLEJO, ASI COMO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION REGION NORTE DELEGACIÓN 1 N. E DEL DISTRITO FEDERAL.

EL ESTUDIO FUE COMPARATIVO, PROSPECTIVO, TRANSVERSAL Y OBSERVACIONAL.

LOS CRITERIOS DE INCLUSION FUERON: FAMILIAS CON HIJOS DE UNO A SEIS AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE INCAPACIDAD MOTORA DE ORIGEN CEREBRAL QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN REGION NORTE DEL IMSS Y FAMILIAS CON NIÑOS DE UNO A SEIS AÑOS DE EDAD QUE ACUDIERON A CONTROL DE NIÑO SANO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 20 VALLEJO, AMBOS SEXOS QUE QUISIERON PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.

LOS CRITERIOS DE EXCLUSIÓN FUERON: FAMILIAS CON NIÑOS DE INCAPACIDAD MOTORA DE ORIGEN CEREBRAL DE UNO A SEIS AÑOS DE EDAD QUE ACUDIERON A LA UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN Y NO QUISIERON PARTICIPAR EN EL ESTUDIO, ASI COMO LAS FAMILIAS DE NIÑOS QUE ACUDIERON A CONTROL DE NIÑO SANO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 20 QUE NO QUISIERON PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.

EL ESTUDIO SE REALIZO MEDIANTE EL METODO DE AZAR SIMPLE, EN EL QUE SE SELECCIONARON QUINCE FAMILIAS QUE ACUDIERON A LA UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN REGION NORTE, CON NIÑOS QUE TENIAN DIAGNOSTICO DE INCAPACIDAD MOTORA DE ORIGEN CEREBRAL DE UNO A SEIS AÑOS DE EDAD, ASI MISMO SELECCIONAMOS A QUINCE FAMILIAS QUE ACUDIERON A LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF 20, CON NIÑOS APARENTEMENTE SANOS DE LA MISMA EDAD.

A ESTAS FAMILIAS SE LES APLICARON TRES INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN, EL PRIMERO (FACES III) PARA VALORAR COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR, EL CUAL CONSTA DE VEINTE REACTIVOS CON CINCO OPCIONES DE RESPUESTA CADA UNO DONDE SE OBTUVIERON CALIFICACIONES CORRESPONDIENTES A FAMILIAS NO RELACIONADAS, SEMIRELACIONADAS, RELACIONADAS Y AGLUTINADAS ASI COMO DE RIGIDAS, ESTRUCTURADAS, FLEXIBLES Y CAÓTICAS RESPECTIVAMENTE. EL SEGUNDO INSTRUMENTO FUE PARA VALORAR FUNCIONALIDAD FAMILIAR MEDIANTE EL TEST DE MC MASTER QUE CONSTA DE CINCUENTA Y DOS REACTIVOS CON CUATRO OPCIONES DE RESPUESTA CADA UNO, CALIFICÁNDOLAS COMO FAMILIAS FUNCIONALES, MODERADAMENTE

DISFUNCIONALES Y ALTAMENTE DISFUNCIONALES. EL TERCER INSTRUMENTO QUE SE REALIZO FUE UN CUESTIONARIO DE MAPAS FAMILIARES PARA VALORAR LA ESTRUCTURA FAMILIAR, ASI COMO LA REALIZACIÓN DE LOS MISMOS, PUDIENDO OBSERVAR ALGUNOS ASPECTOS ORGANIZACIONALES DE ESTAS.

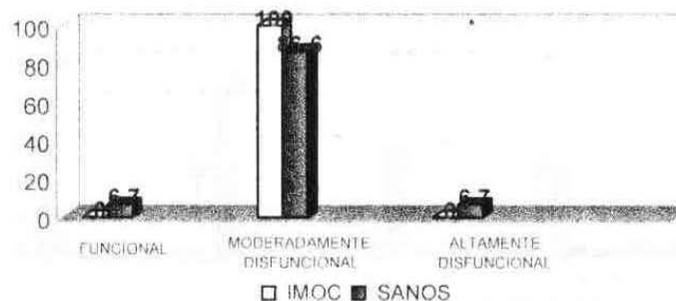
DICHOS INSTRUMENTOS SE REALIZARON AL FAMILIAR RESPONSABLE DE LOS NIÑOS CON INCAPACIDAD MOTORA DE ORIGEN CEREBRAL, ASI COMO AL DE LOS NIÑOS APARENTEMENTE SANOS, POR MEDIO DEL RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR.

LOS RESULTADOS FUERON CAPTURADOS EN EL PROGRAMA SPSS 8.0 PARA EL PROCESO ESTADÍSTICO DE LOS MISMOS.

**TABLA 1**  
**TEST DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR**  
**(MC MASTER)**

GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FUNCIONAL		MODERADAMENTE DISFUNCIONAL		ALTAMENTE DISFUNCIONAL	
	No	%	No	%	No	%
FAMILIAS CON NIÑOS IMOC	0	0	15	100	0	0
FAMILIAS CON NIÑOS SANOS	1	6.7	13	86.6	1	6.7

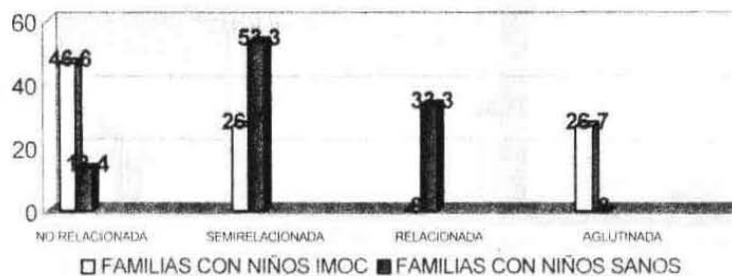
**INDICE DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR**



**TABLA 2**  
**TEST DE FACES III**  
**(COHESION)**

GRADO DE COHESIÓN FAMILIAR	NO RELACIONADA		SEMIRELACIONADA		RELACIONADA		AGLUTINADA		TOTAL
	No	%	No	%	No	%	No	%	
FAMILIAS CON NIÑOS IMOC	7	46.6	4	26.7	0	0	4	26.7	15
FAMILIAS CON NIÑOS SANOS	2	13.4	8	53.3	5	33.3	0	0	15

**GRADO DE COHESION FAMILIAR**



**TABLA 3**  
**TEST FACES III**  
**(ADAPTABILIDAD)**

GRADO DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR	RIGIDA		ESTRUCTURADA		FLEXIBLE		CAOTICA		TOTAL
	No	%	No	%	No	%	No	%	
FAMILIAS CON NIÑOS IMOC	3	20	7	46.6	4	26.7	1	6.7	15
FAMILIAS CON NIÑOS SANOS	2	13.3	4	26.7	8	53.3	1	6.7	15

**GRADO DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR**

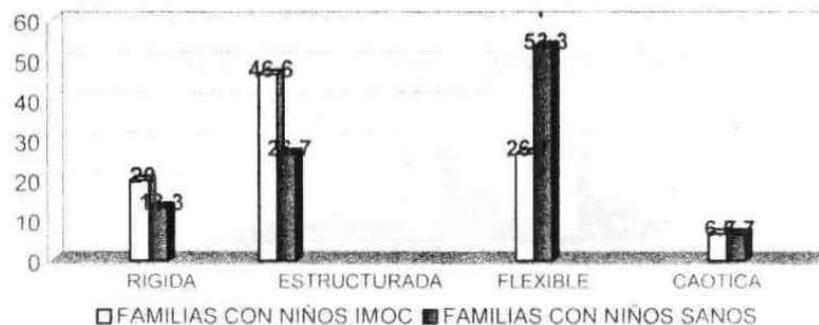
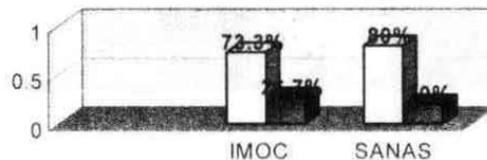


TABLA 4

FAMILIAS CON NIÑOS DE IMOC Y SANAS DE ACUERDO  
A SU JERARQUIA  
DICIEMBRE 1999-2000  
UMF 20- UMRN (IMSS)

JERARQUIAS	IMOC		SANAS	
	#	%	#	%
<b>JERARQUIA IDEAL</b>	11	73.3	12	80
<b>JERARQUIA INADECUADA</b>	4	26.7	3	20
<b>TOTAL</b>	15	100	15	100

FAMILIAS CON NIÑOS DE IMOC Y SANAS DE ACORDE A  
JERARQUIA



□ JERARQUIA IDEAL ■ JERARQUIA INADECUADA

TABLA 5

FAMILIAS CON NIÑOS DE IMOC COMPARADAS CON LAS DE NIÑOS SANOS DE ACUERDO  
A LA INTERACCION DE ESTAS CON SUS AMISTADES  
(LIMITE CON EL EXTERIOR)  
DICIEMBRE 1999-2000  
UMF 20-UMFRN (IMSS)

TIPO DE LIMITE EXTERIOR	FAMILIAS IMOC		FAMILIAS SANOS		TOTAL
	No	%	No	%	
CLAROS	2	13.4	6	40	8
RIGIDOS	13	86.6	9	60	22
TOTAL	15	100	15	100	30

INTERACCION CON AMISTADES

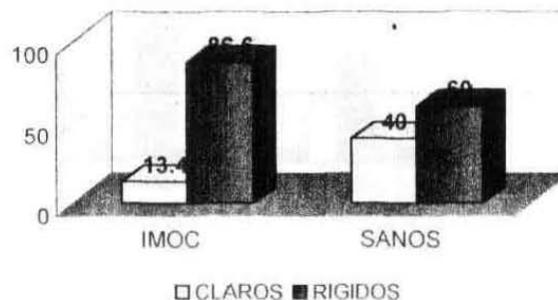


TABLA 6

FAMILIAS CON NIÑOS DE IMOC Y SANOS DE ACUERDO  
AL TIEMPO QUE PASA EL PADRE FUERA DEL HOGAR  
(LIMITE EXTERNOS)  
DICIEMBRE 1999-2000  
UMF 20-UMFRN (IMSS)

TIEMPO FUERA DEL HOGAR	FAMILIAS IMOC		FAMILIAS SANOS		TOTAL
	No	%	No	%	
MAS DEL 50%	3	20	6	40	9
MENOS DEL 50%	12	80	9	60	21
TOTAL	15	100	15	100	30

TIEMPO DEL PADRE FUERA DEL HOGAR

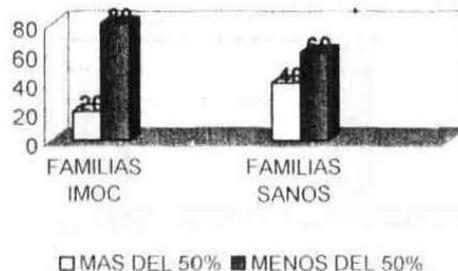


TABLA 7

**FAMILIAS CON NIÑOS DE IMOC Y SANOS DE ACUERDO  
AL TIEMPO QUE PASA LA MADRE FUERA DEL HOGAR  
(LIMITE EXTERNOS)  
DICIEMBRE 1999-2000  
UMF 20-UMFRN (IMSS)**

TIEMPO FUERA DEL HOGAR	FAMILIAS IMOC		FAMILIAS SANOS		TOTAL
	No	%	No	%	No
MAS DEL 50%	4	26.6	2	13.4	6
MENOS DEL 50%	11	73.4	13	86.6	24
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>30</b>

TIEMPO DE LA MADRE FUERA DEL HOGAR



**TABLA 8**  
**FAMILIAS CON NIÑOS DE IMOC Y SANOS DE ACUERDO**  
**A LA INTERVENCIÓN EN DISCUSIONES ENTRE PADRES**  
**(FRONTERAS ENTRE SUBSISTEMAS O INTERGENERACIONALES)**  
**DICIEMBRE 1999-2000**  
**UMF 20-UMFRN (IMSS)**

	FAMILIAS IMOC		FAMILIAS SANOS		TOTAL
	No	%	No	%	No
<b>MAS DEL 50%</b>	4	26.6	9	60	13
<b>MENOS DEL 50%</b>	11	73.4	6	40	17
<b>TOTAL</b>	15	100	15	100	30

**GRADO DE INTERVENCIÓN EN DISCUSIONES ENTRE PADRES**



TABLA 9

FAMILIAS CON NIÑOS DE IMOC Y SANOS DE ACUERDO  
A LA INTERVENCIÓN EN DISCUSIONES ENTRE HIJOS  
(FRONTERAS ENTE SUBSISTEMAS INTERGENERACIONALES)  
DICIEMBRE 1999-2000  
UMF 20-UMFRN (IMSS)

AMBOS PADRES	FAMILIAS IMOC		FAMILIAS SANOS		TOTAL
	No	%	No	%	No
MAS DEL 50%	8	53.4	12	80	20
MENOS DEL 50%	7	46.6	3	20	10
TOTAL	15	100	15	100	30

GRADO DE INTERVENCIÓN ENTRE HIJOS



TABLA 10

**FAMILIAS CON NIÑOS DE IMOC Y SANOS DE ACUERDO  
A LA RESPONSABILIDAD PATERNA  
(LIMITES EXTERNOS)  
DICIEMBRE 1999-2000  
UMF 20-UMFRN (IMSS)**

RESPONSABILIDAD DEL PADRE	FAMILIAS IMOC		FAMILIAS SANOS		TOTAL
	No	%	No	%	No
<b>ADECUADA</b>	4	26.6	5	33.4	9
<b>INADECUADA</b>	11	73.4	10	66.6	21
<b>TOTAL</b>	15	100	15	100	30

GRADO DE RESPONSABILIDAD PATERNA



TABLA 11

**FAMILIAS CON NIÑOS DE IMOC Y SANOS DE ACUERDO  
A LA RESPONSABILIDAD DE LA MADRE  
(LIMITES INDIVIDUALES)  
DICIEMBRE 1999-2000  
UMF 20-UMFRN (IMSS)**

RESPONSABILIDAD DE LA MADRE	FAMILIAS IMOC		FAMILIAS SANOS		TOTAL
	No	%	No	%	No
<b>ADECUADA</b>	11	73.4	10	66.6	26
<b>INADECUADA</b>	4	26.6	5	33.4	9
<b>TOTAL</b>	15	100	15	100	30

RESPONSABILIDAD MATERNA

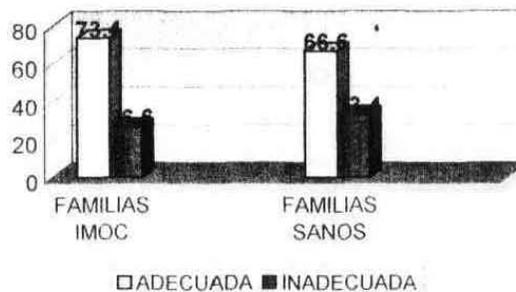


TABLA 12

**FAMILIAS CON NIÑOS DE IMOC Y SANOS DE ACUERDO  
A LA RESPONSABILIDAD DE LOS HIJOS  
(LIMITES INDIVIDUALES)  
DICIEMBRE 1999-2000  
UMF 20-UMFRN (IMSS)**

RESPONSABILIDAD DE HIJOS	FAMILIAS IMOC		FAMILIAS SANOS		TOTAL
	No	%	No	%	No
<b>ADECUADA</b>	14	93.4	10	66.6	24
<b>INADECUADA</b>	1	6.6	5	33.4	6
<b>TOTAL</b>	15	100	15	100	30

GRADO DE RESPONSABILIDAD DE LOS HIJOS



**TABLA 13**  
**FAMILIAS CON NIÑOS DE IMOC Y SANOS DE ACUERDO**  
**A LA COMUNICACIÓN DEL PADRE**  
**(LÍMITES INDIVIDUALES)**  
**DICIEMBRE 1999-2000**  
**UMF 20-UMFRN (IMSS)**

COMUNICACIÓN DEL PADRE	FAMILIAS IMOC		FAMILIAS SANOS		TOTAL
	No	%	No	%	No
<b>ADECUADA</b>	10	66.6	12	80	12
<b>INADECUADA</b>	5	33.4	3	20	8
<b>TOTAL</b>	15	100	15	100	30

**FORMA DE COMUNICACION PATERNA**

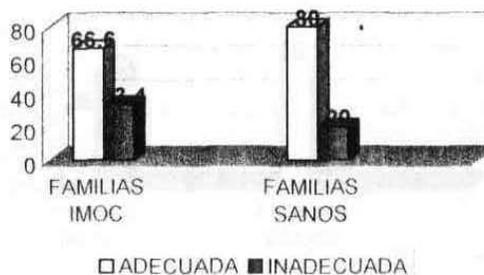
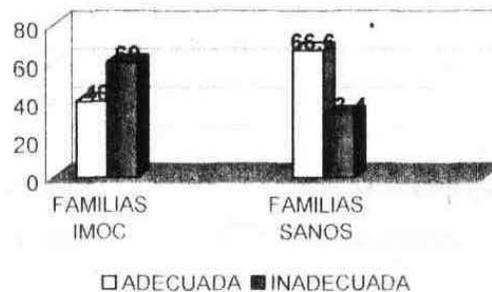


TABLA 14

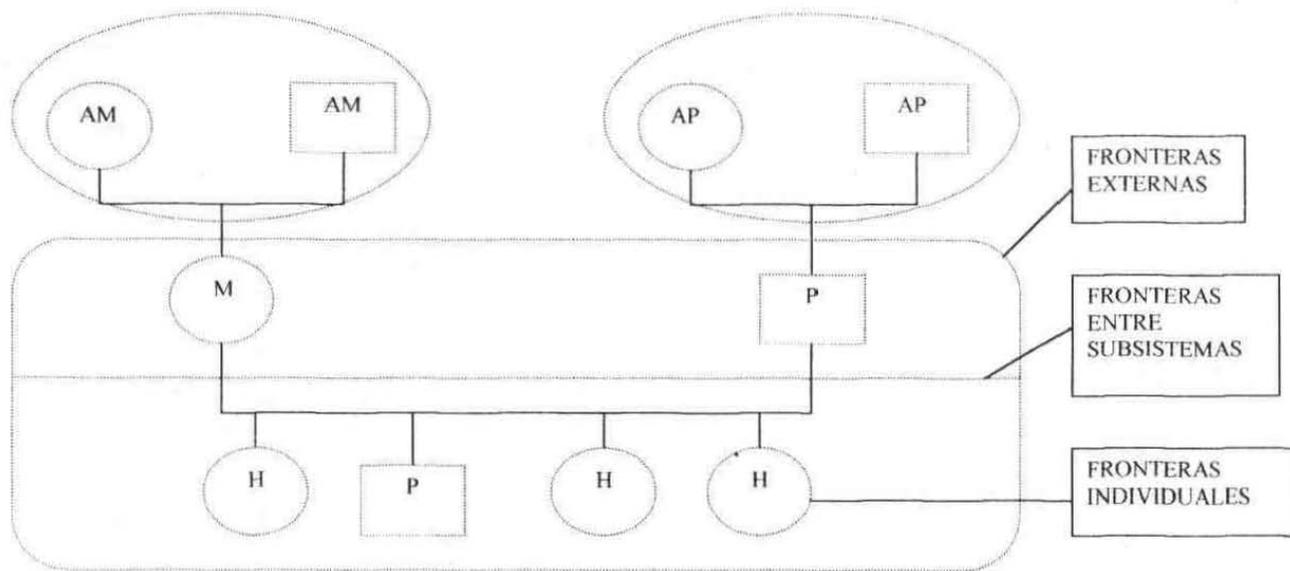
**FAMILIAS CON NIÑOS DE IMOC Y SANOS DE ACUERDO  
A LA COMUNICACIÓN DE LA MADRE  
(LIMITES INDIVIDUALES)  
DICIEMBRE 1999-2000  
UMF 20-UMFRN (IMSS)**

COMUNICACIÓN DE LA MADRE	FAMILIAS IMOC		FAMILIAS SANOS		TOTAL
	No	%	No	%	No
ADECUADA	6	40	10	66.6	16
INADECUADA	9	60	5	33.4	14
<b>TOTAL</b>	15	100	15	100	30

FORMA DE COMUNICACION DE LA MADRE



### FAMILIA FUNCIONAL



— LIMITES RIGIDOS

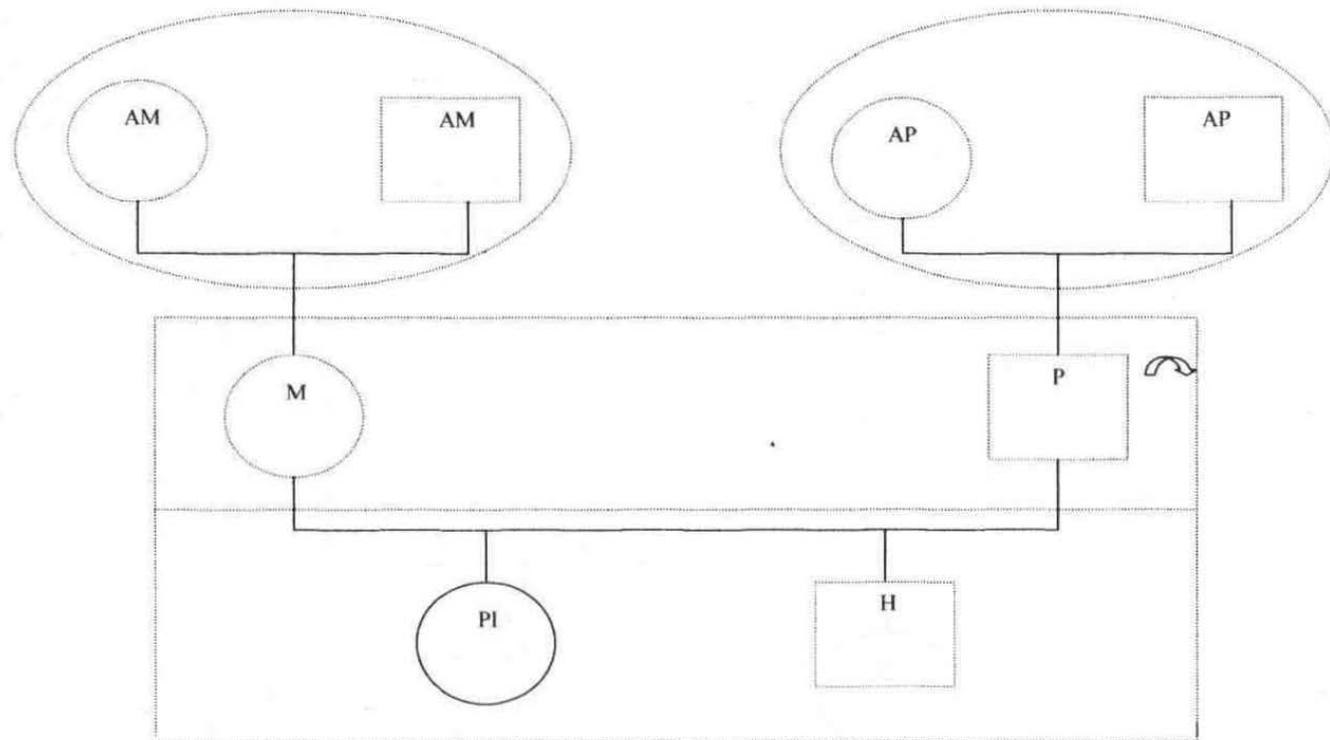
- - - LIMITES DIFUSOS

..... LIMITES CLAROS

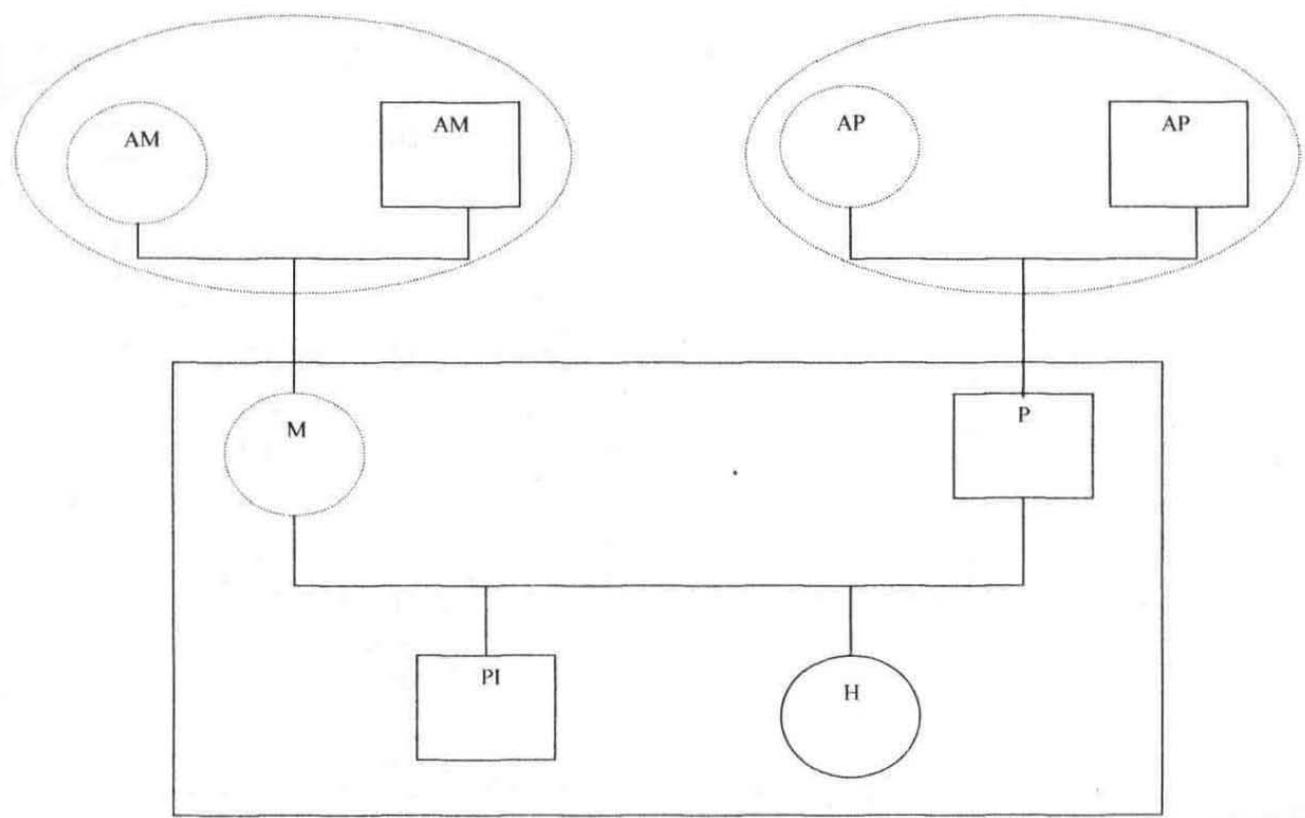


PERIFERICO

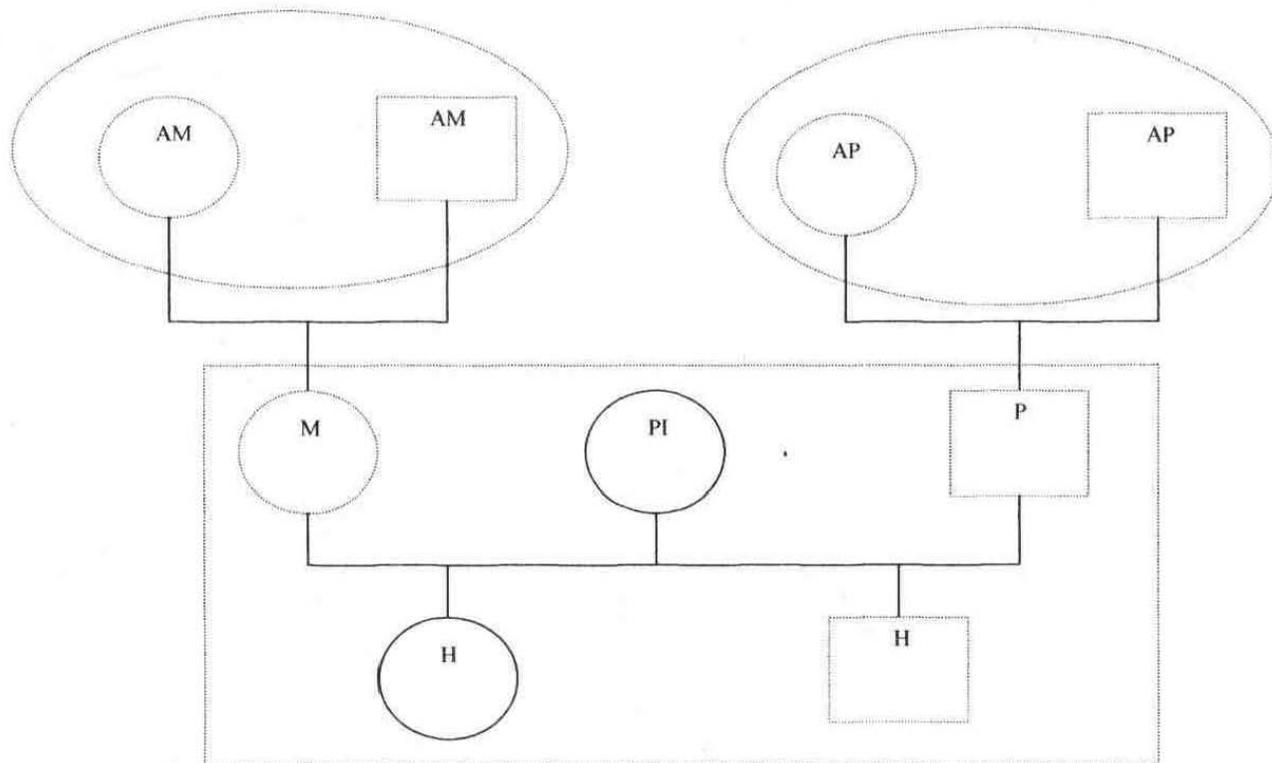
MAPA 1



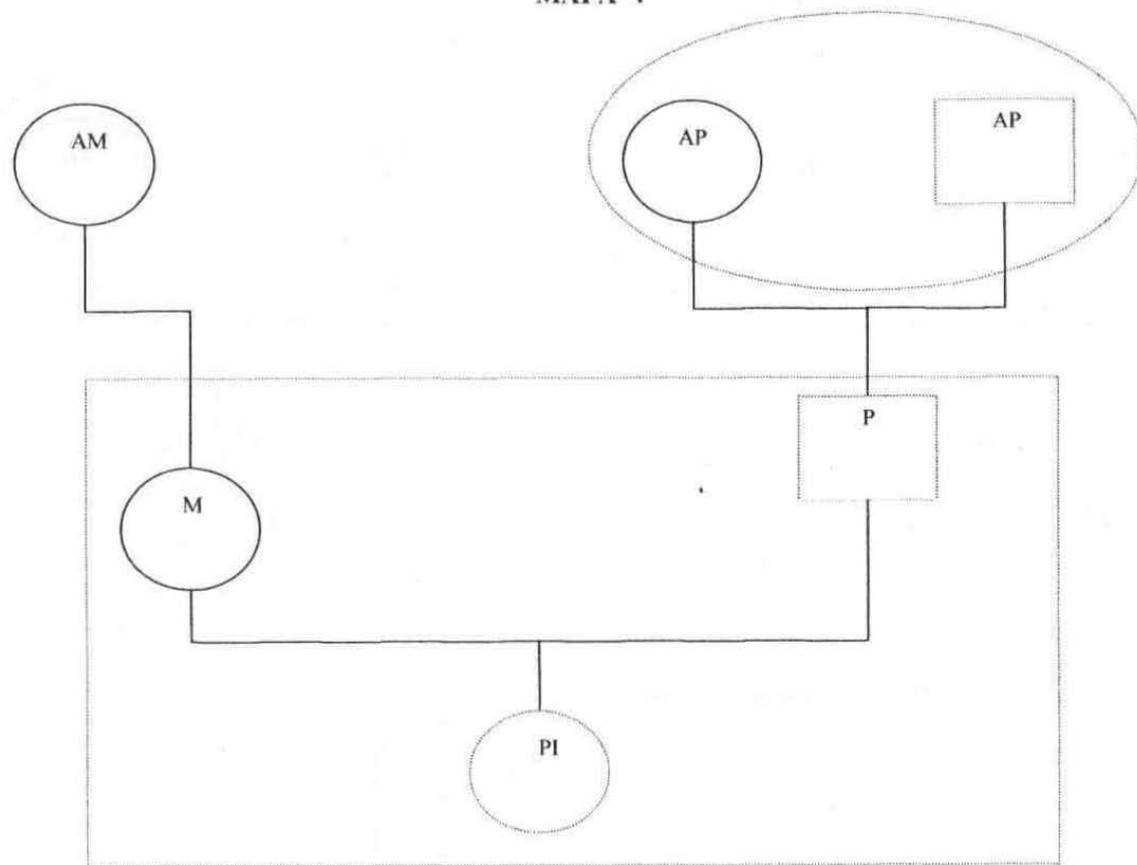
MAPA 2



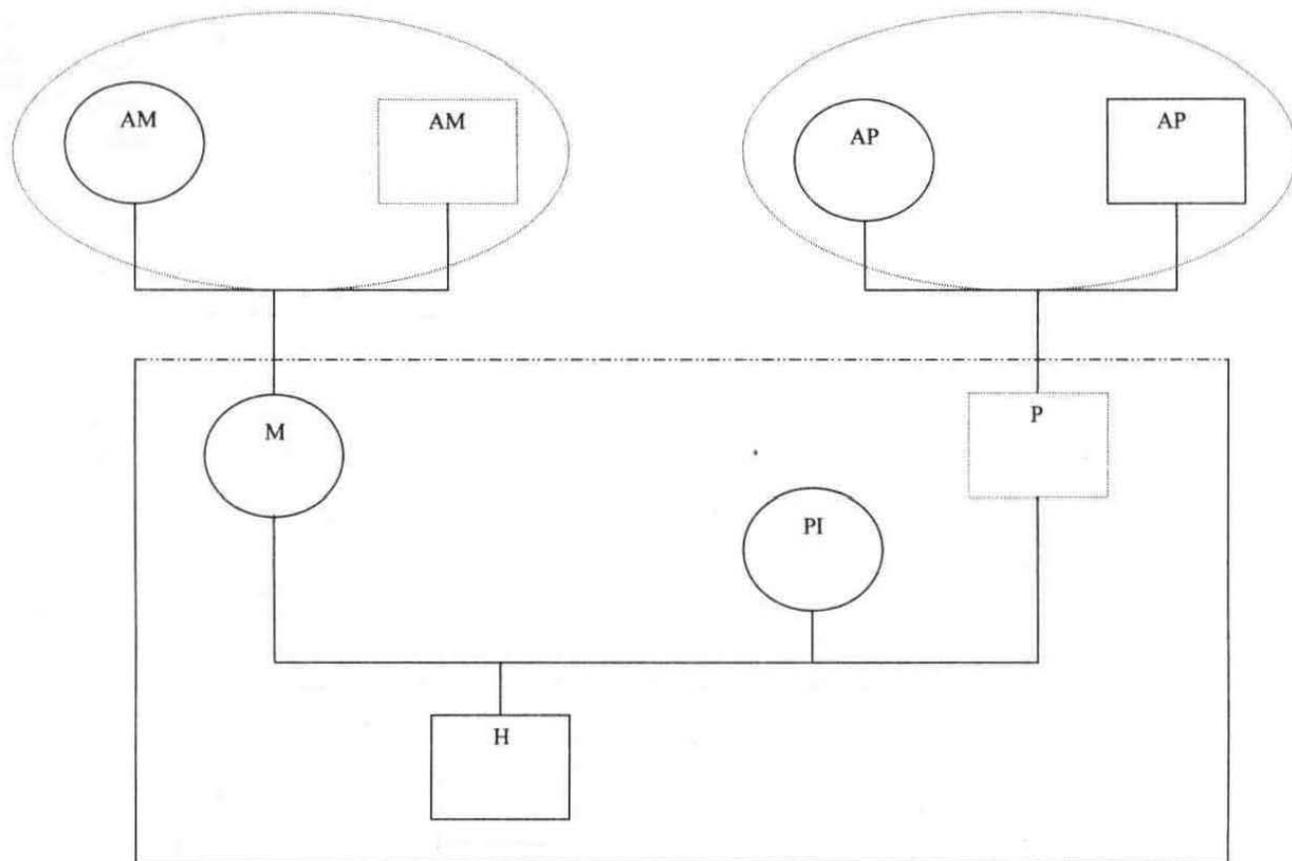
MAPA 3



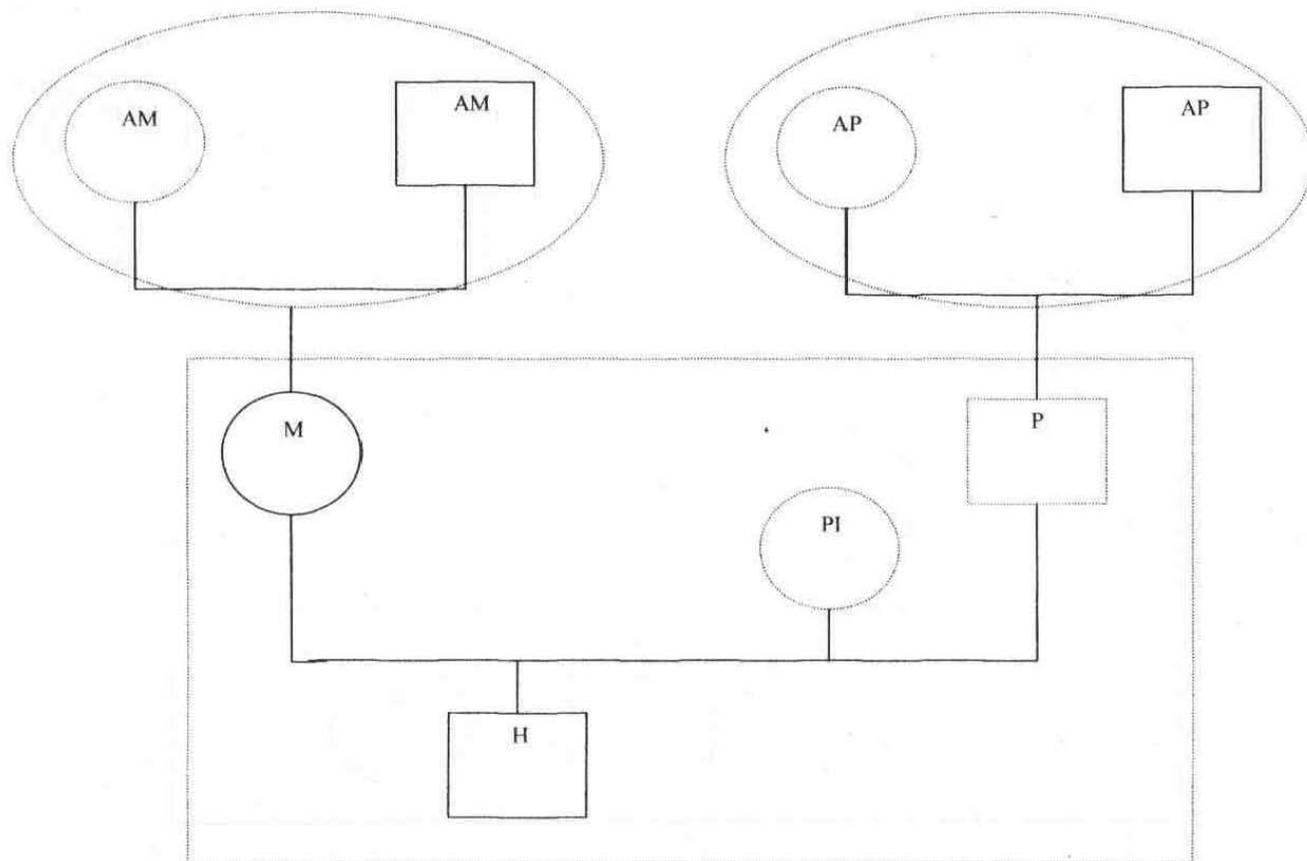
MAPA 4



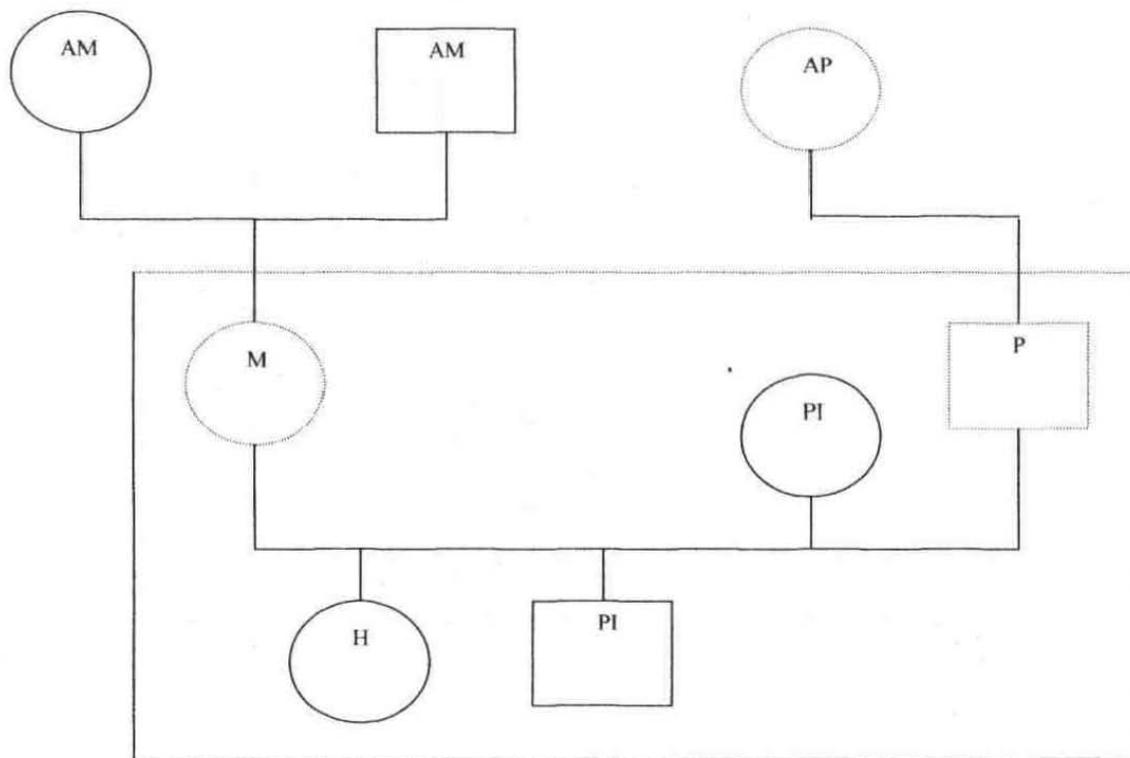
MAPA 5



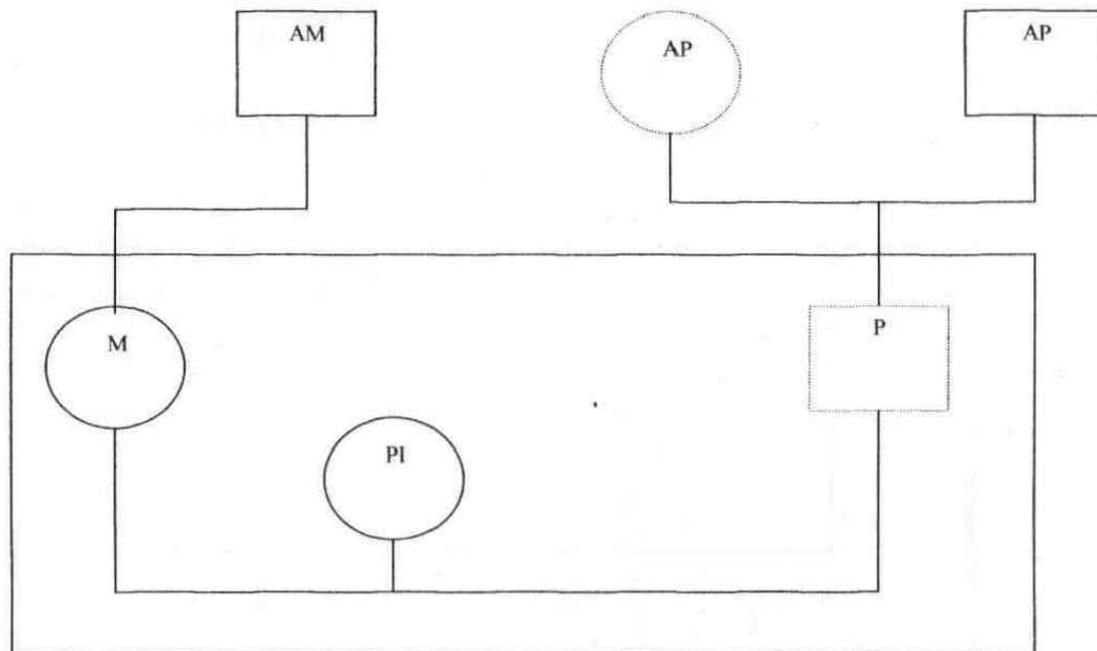
MAPA 6



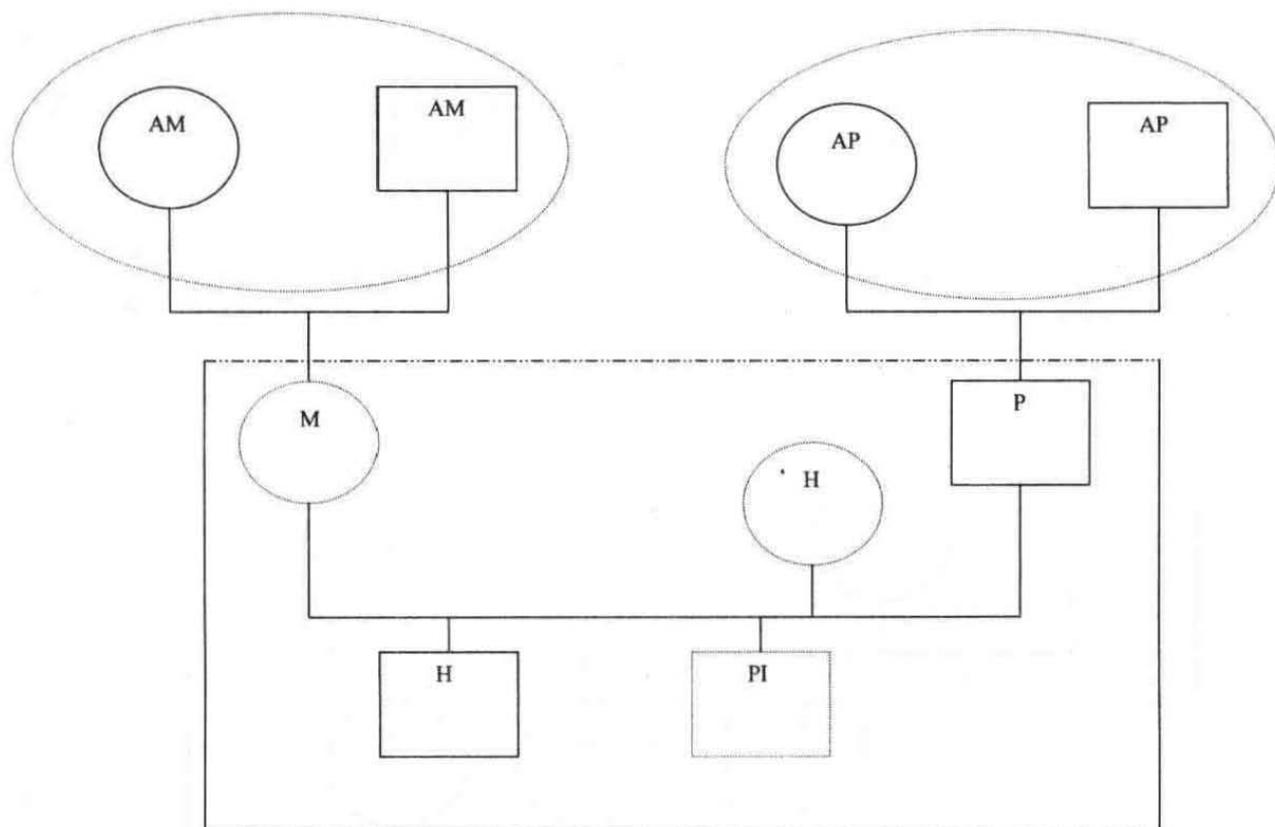
MAPA 7



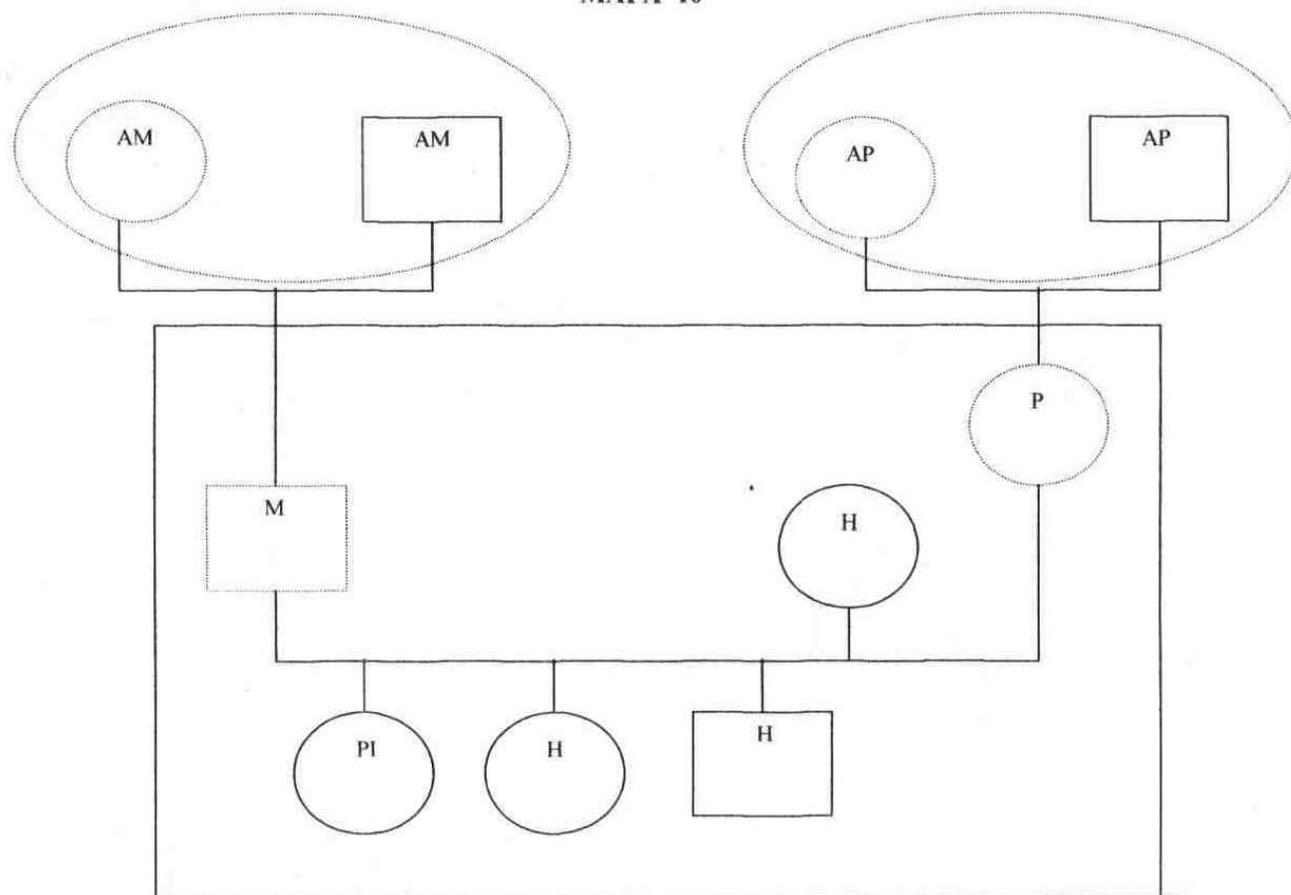
MAPA 8



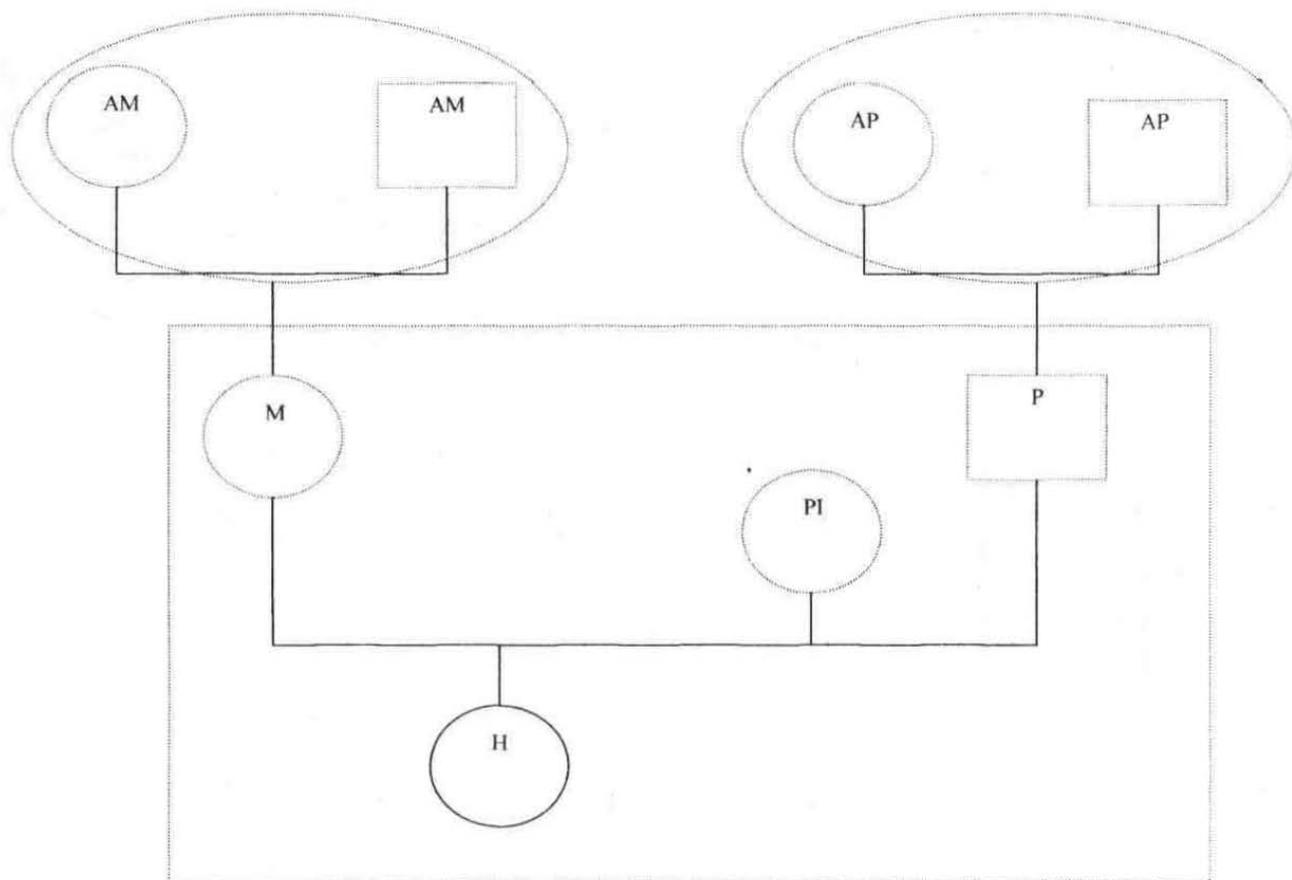
MAPA 9



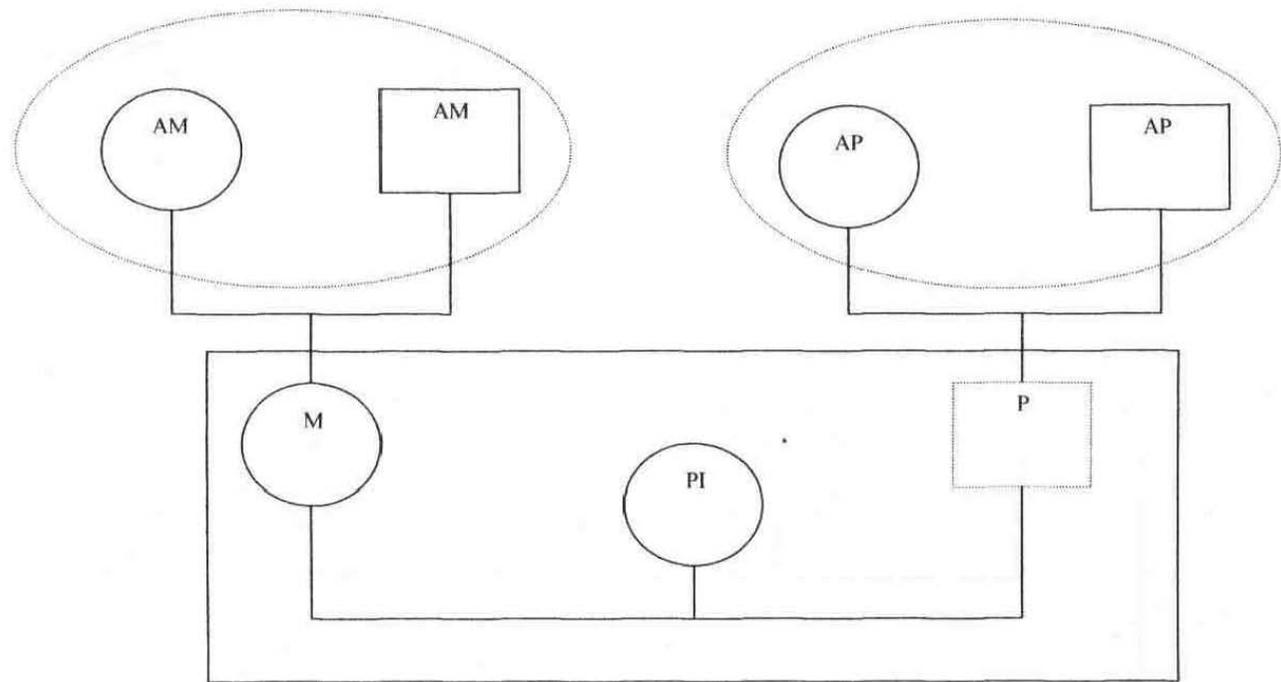
MAPA 10



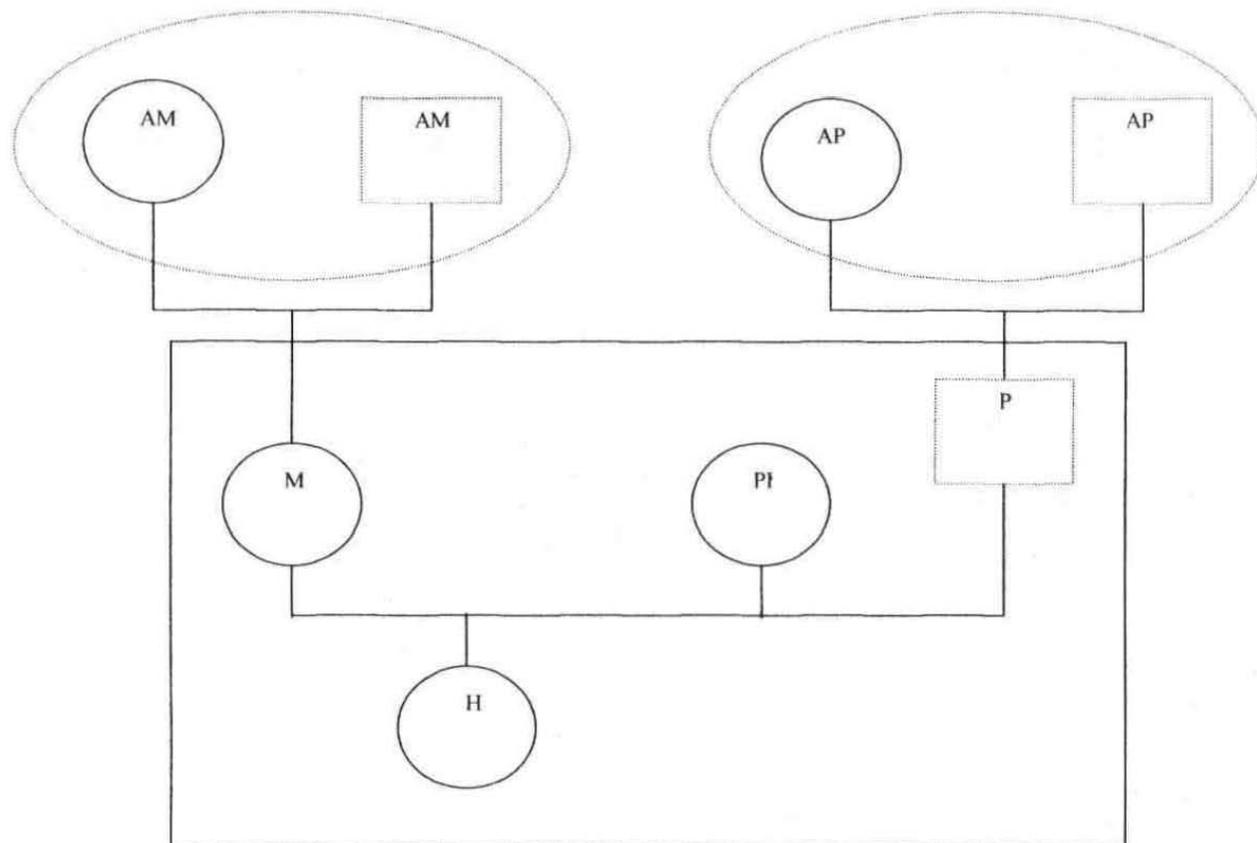
MAPA 11



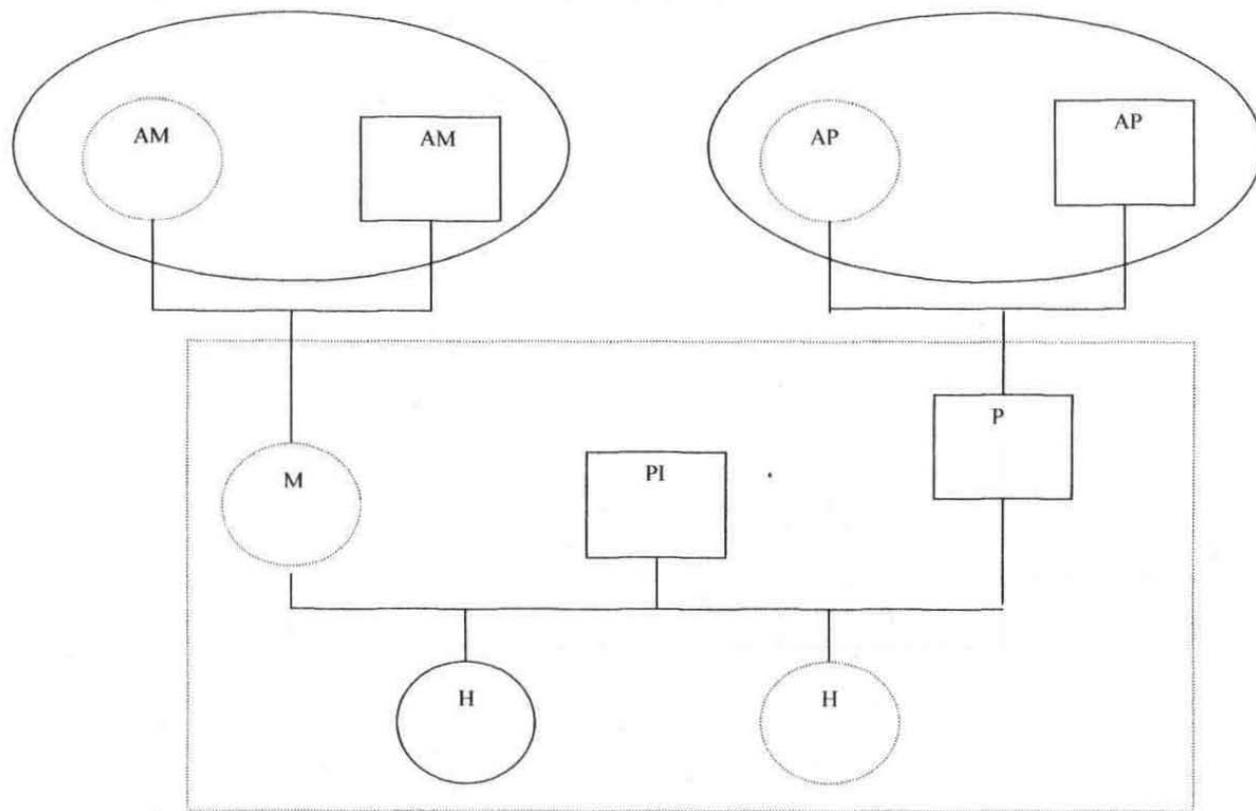
MAPA 12



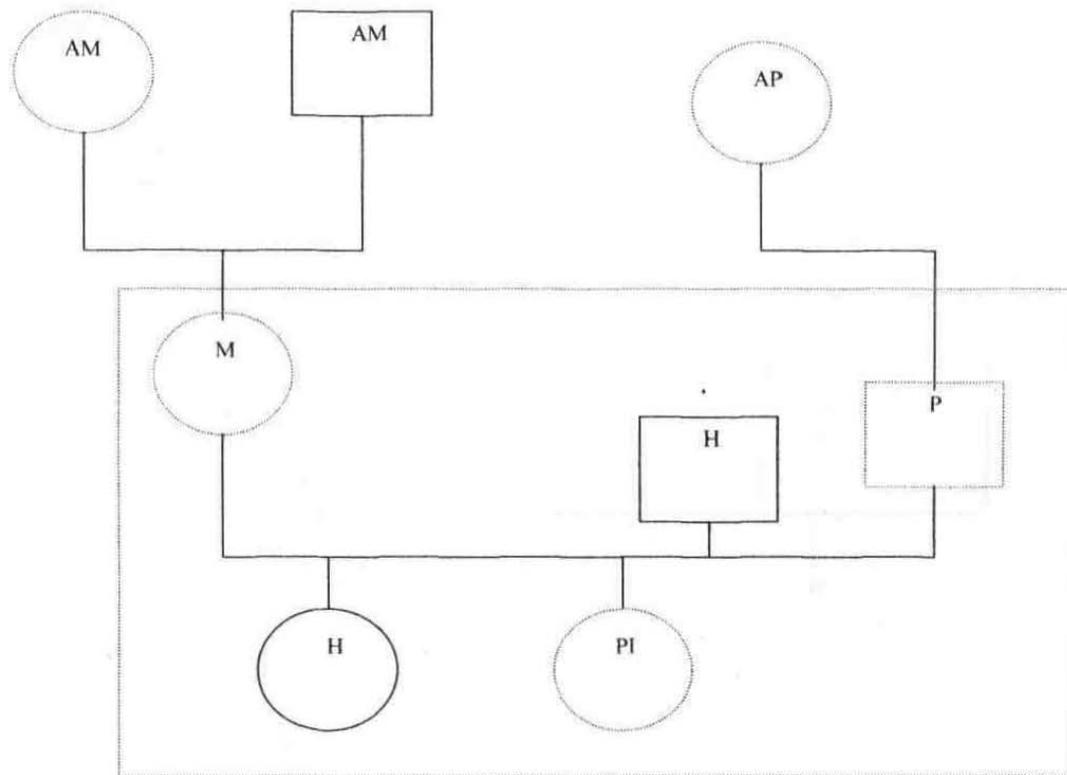
MAPA 13



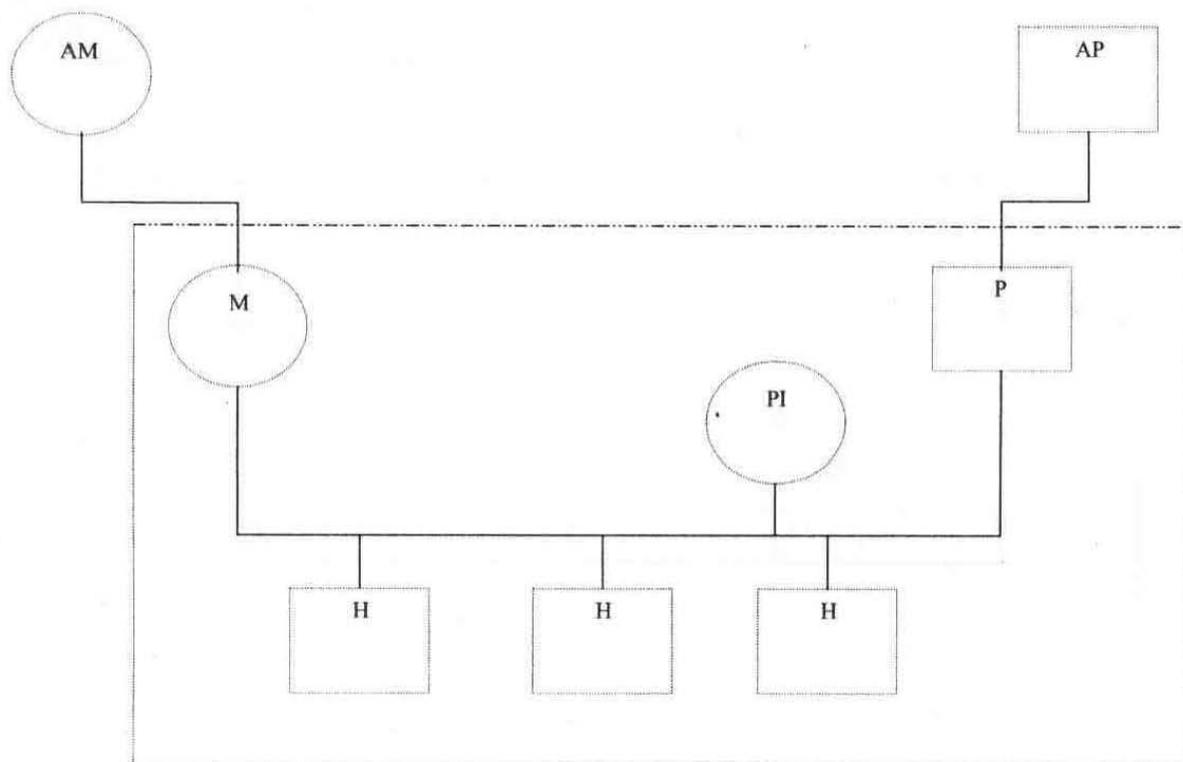
MAPA 14



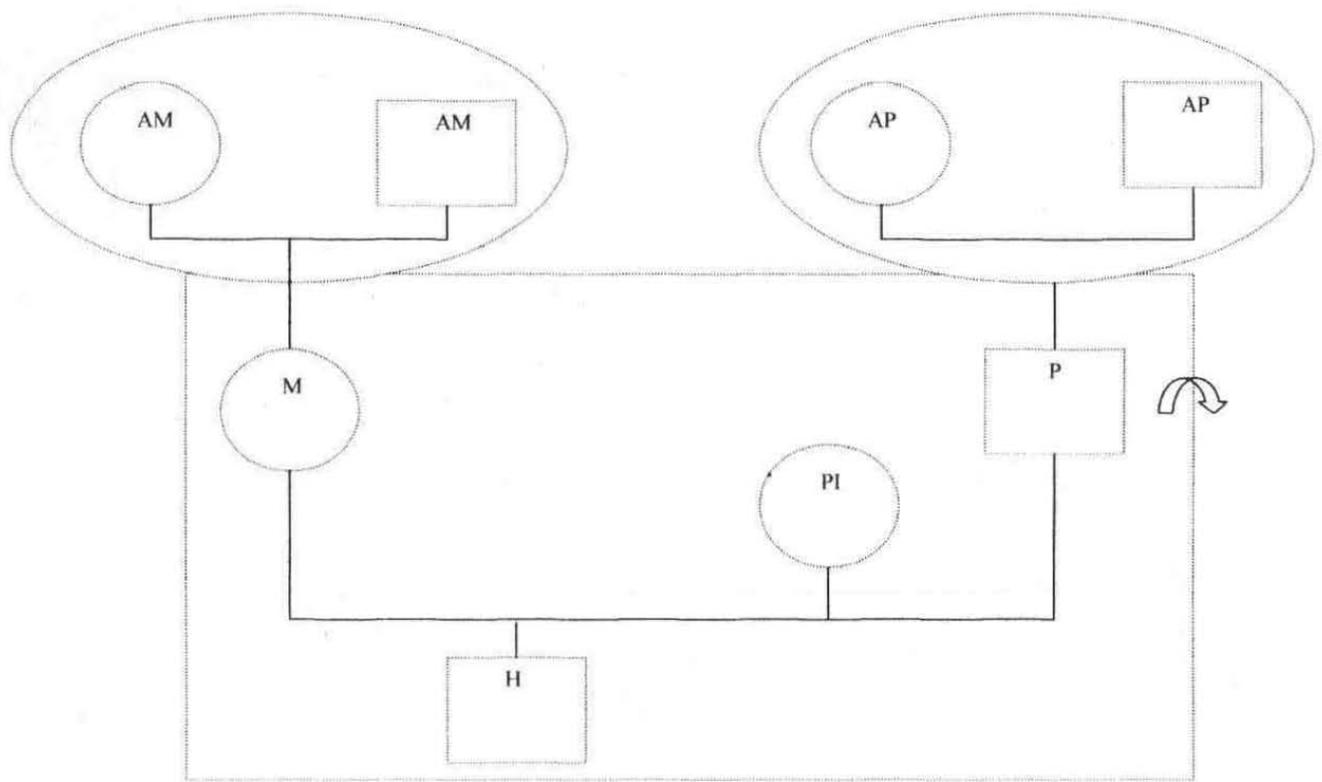
MAPA 15



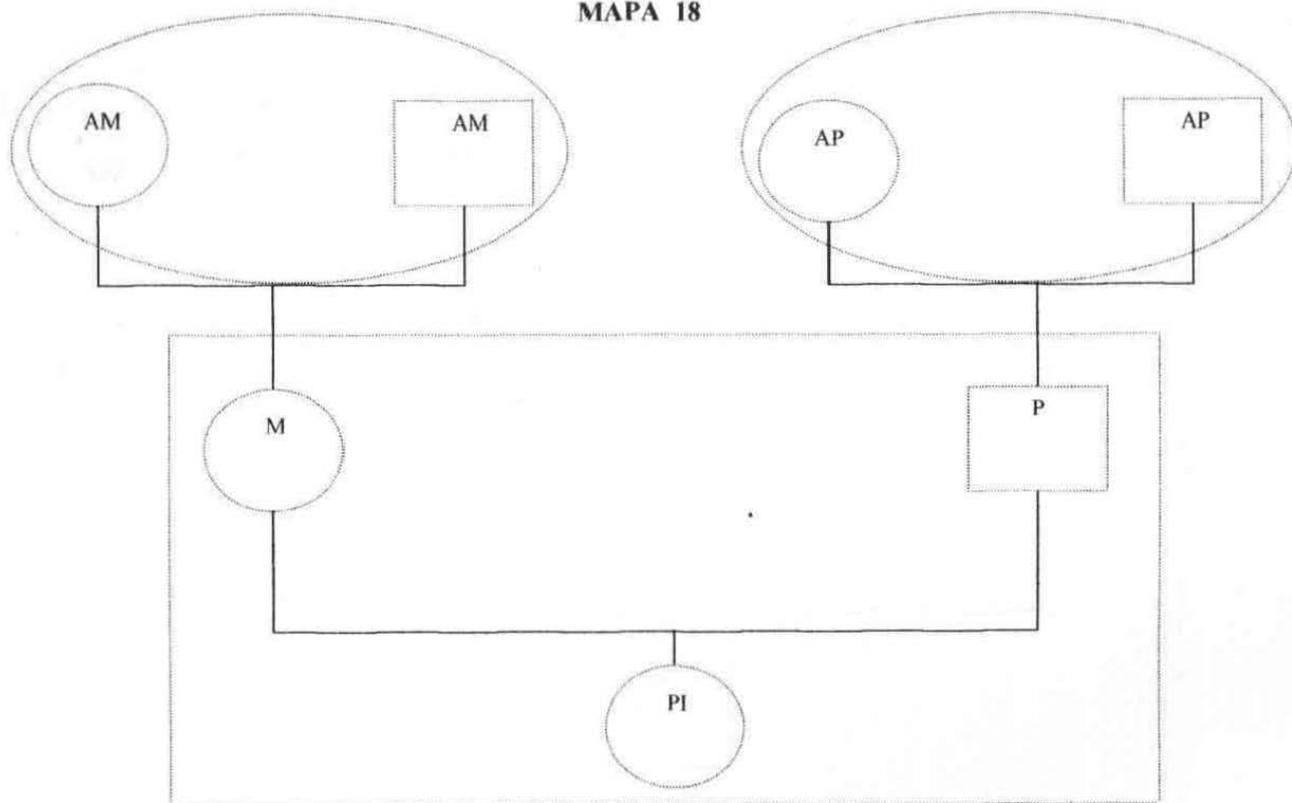
MAPA 16



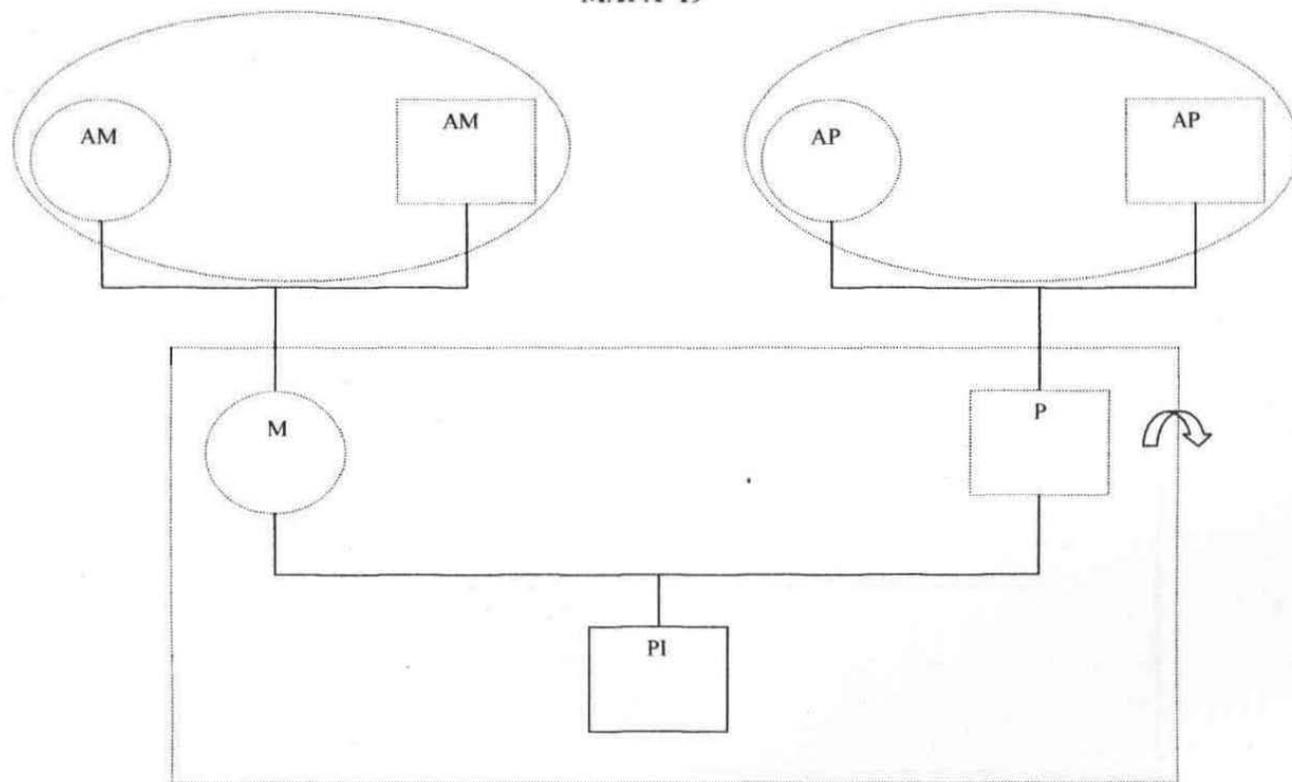
MAPA 17



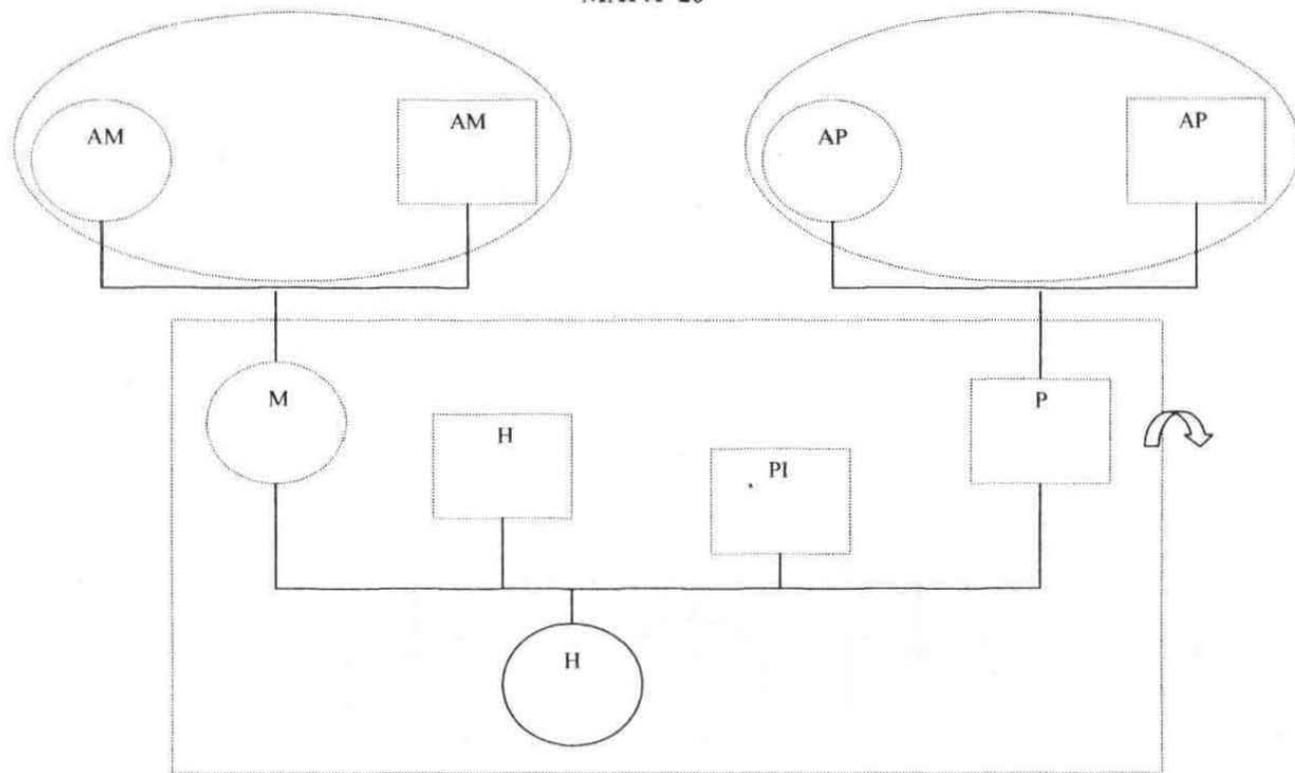
MAPA 18



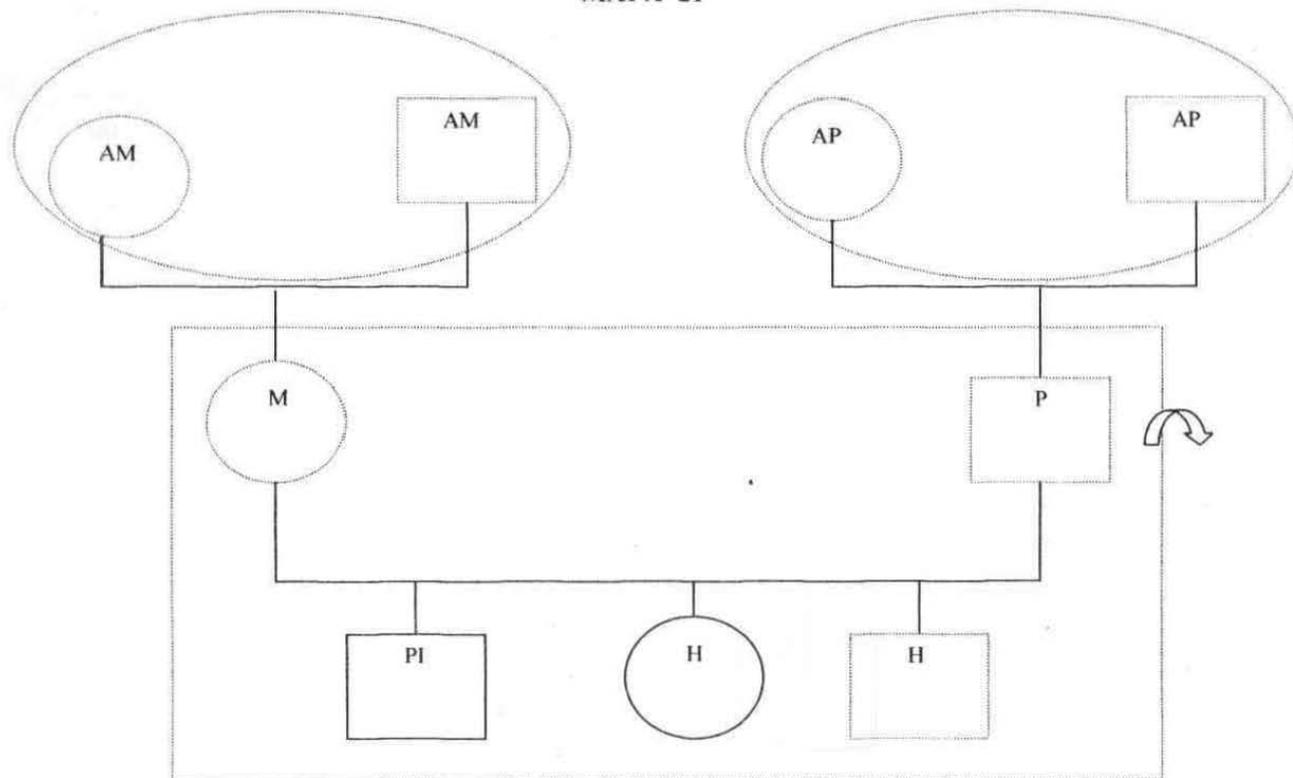
MAPA 19



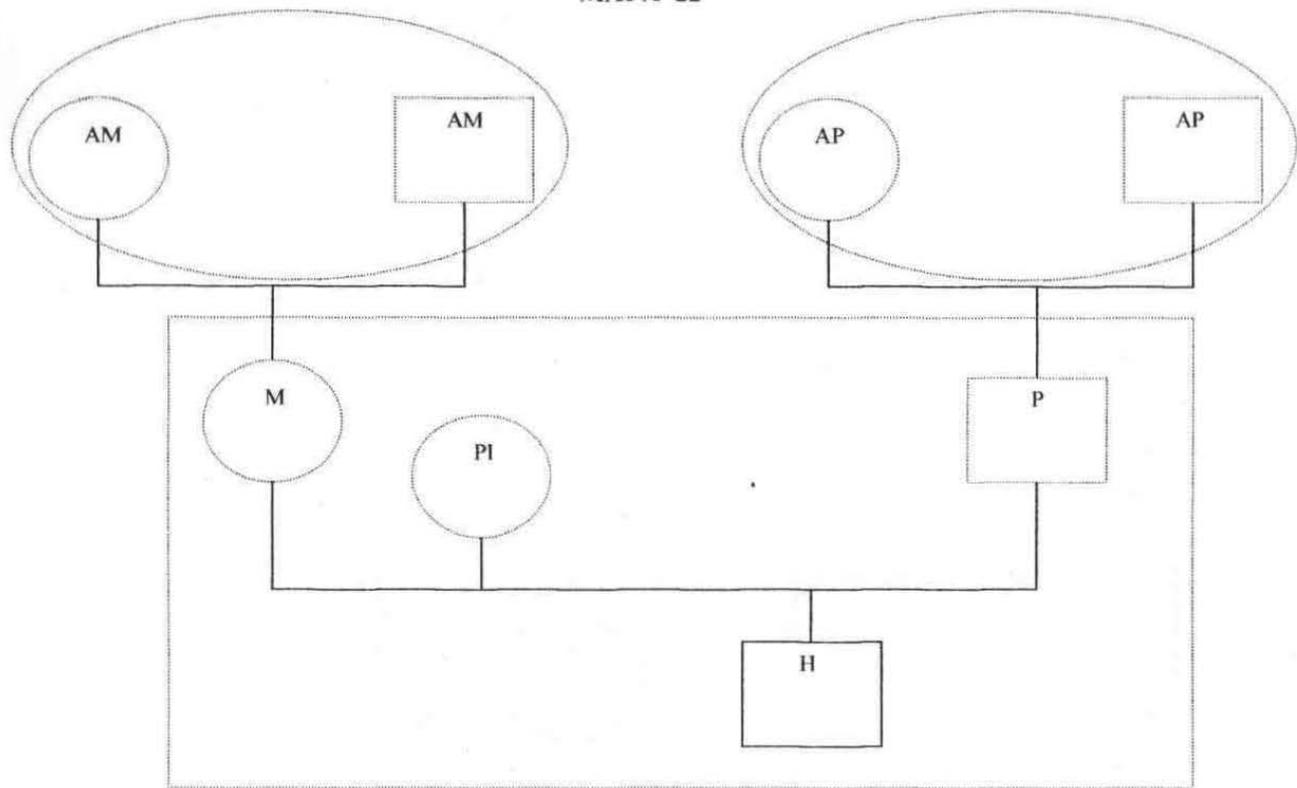
MAPA 20



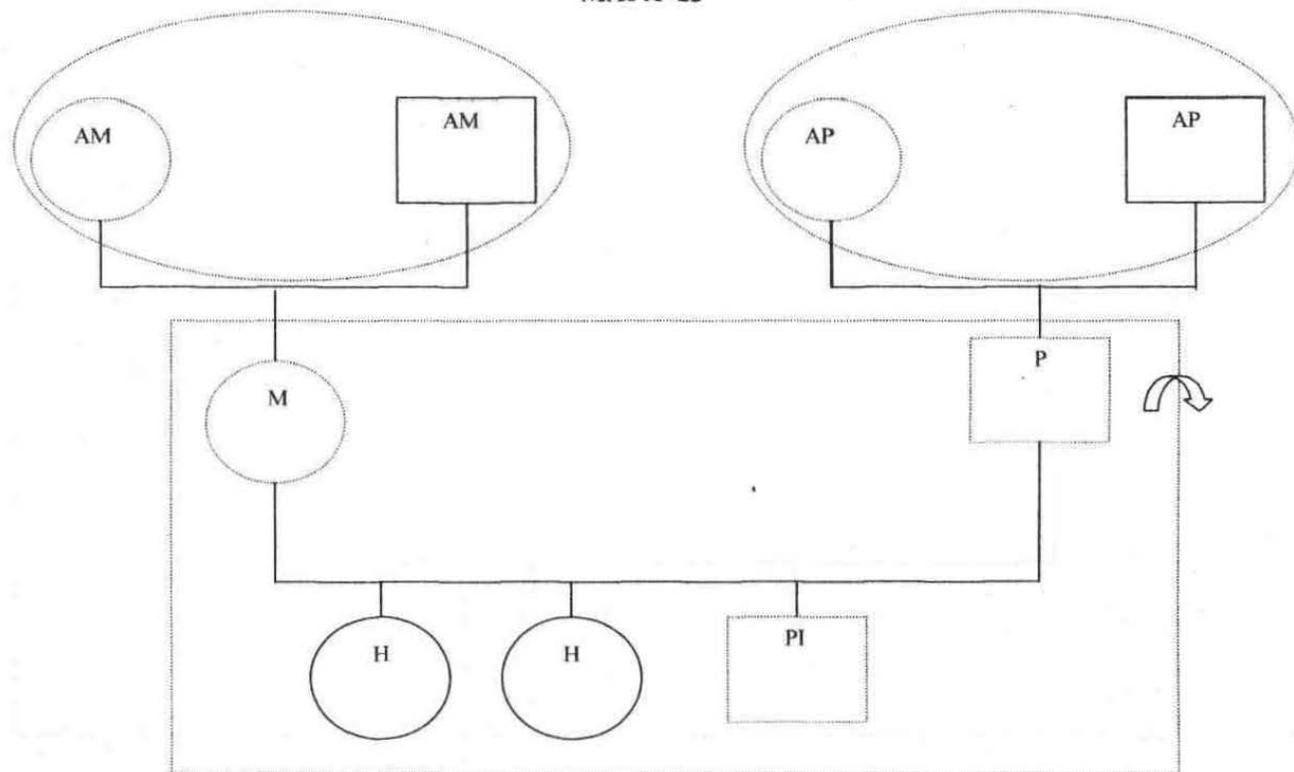
MAPA 21



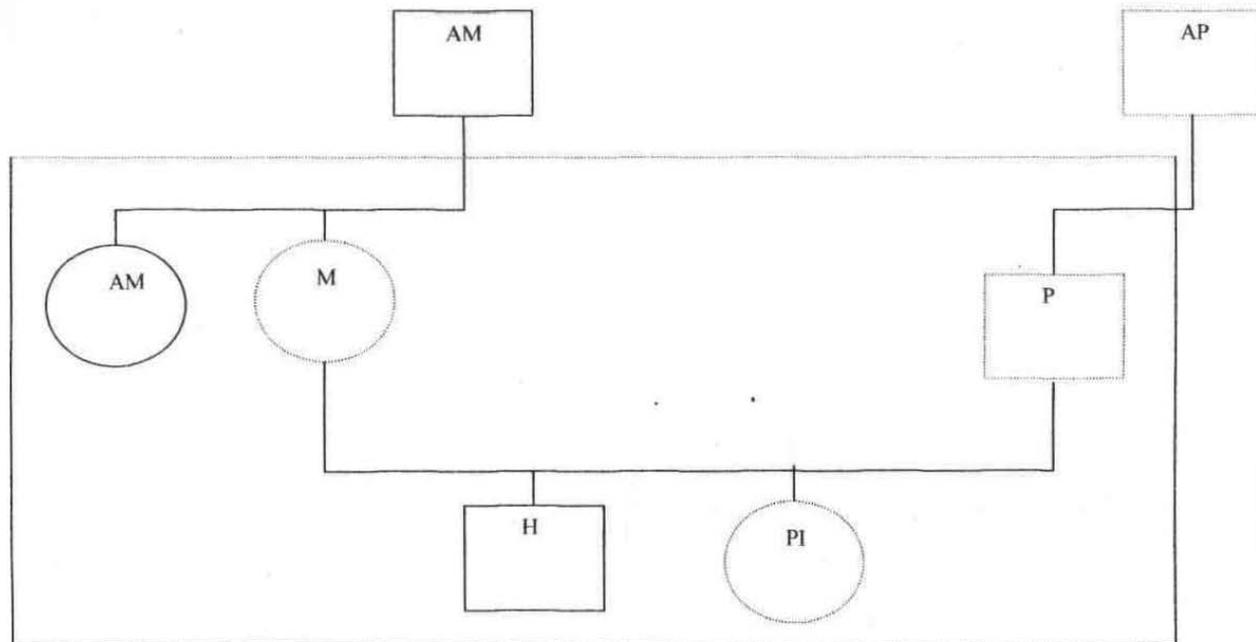
MAPA 22



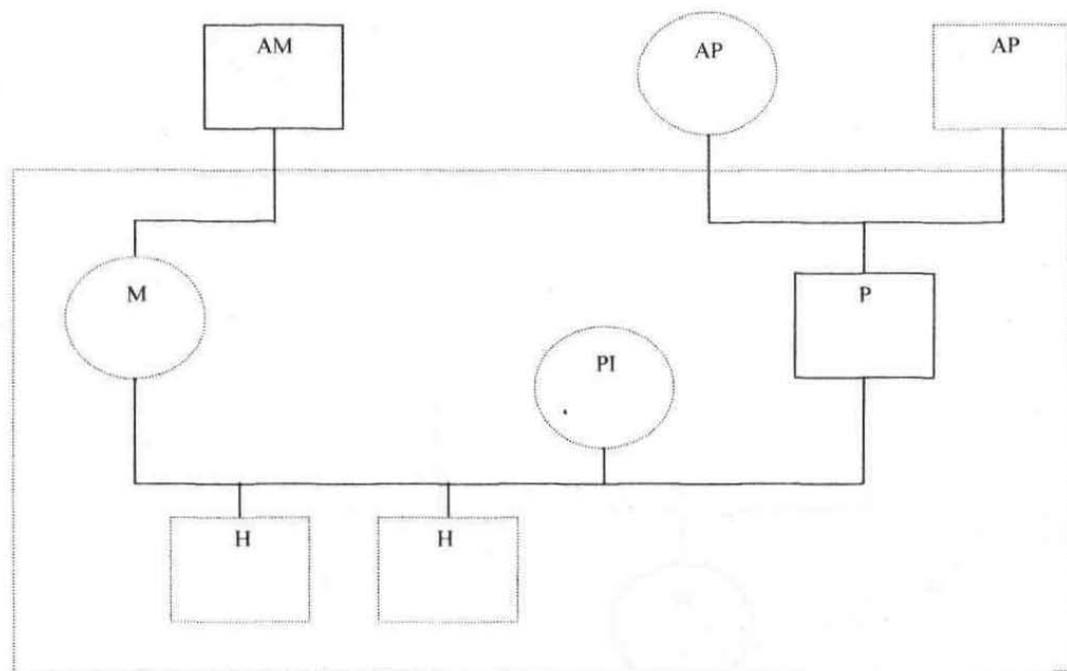
MAPA 23



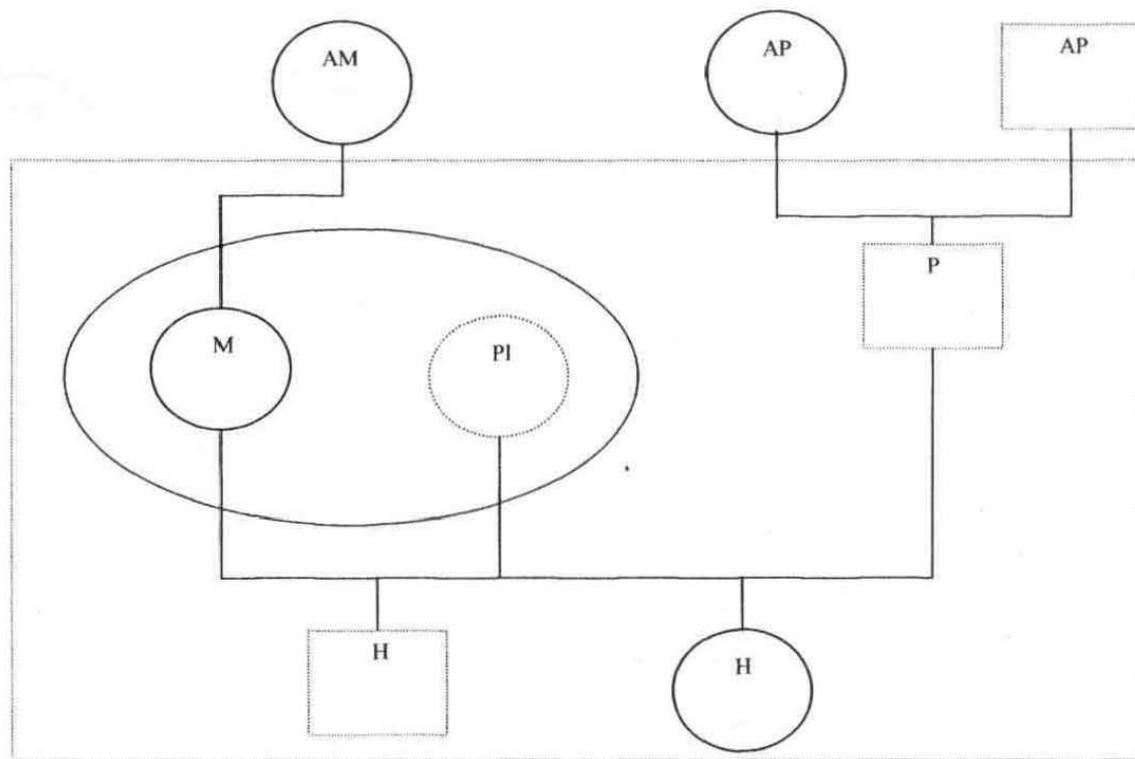
MAPA 24



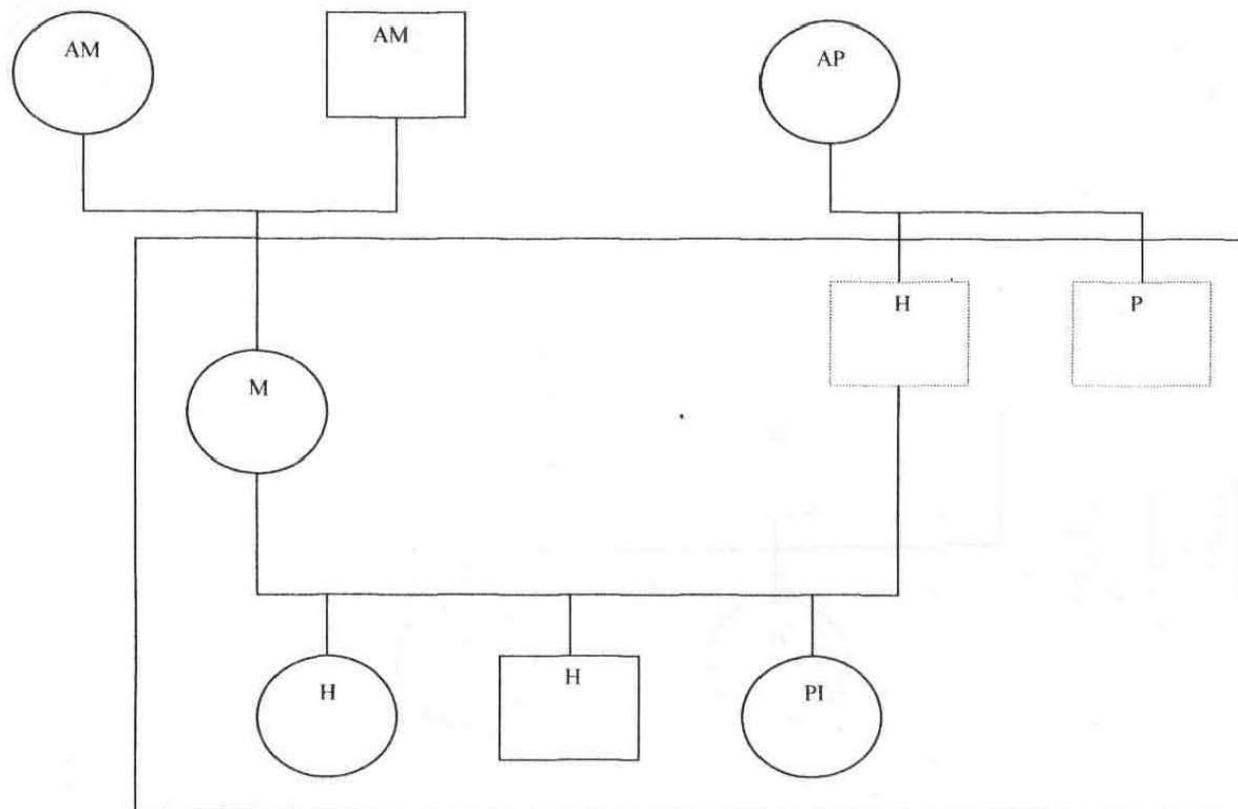
MAPA 25



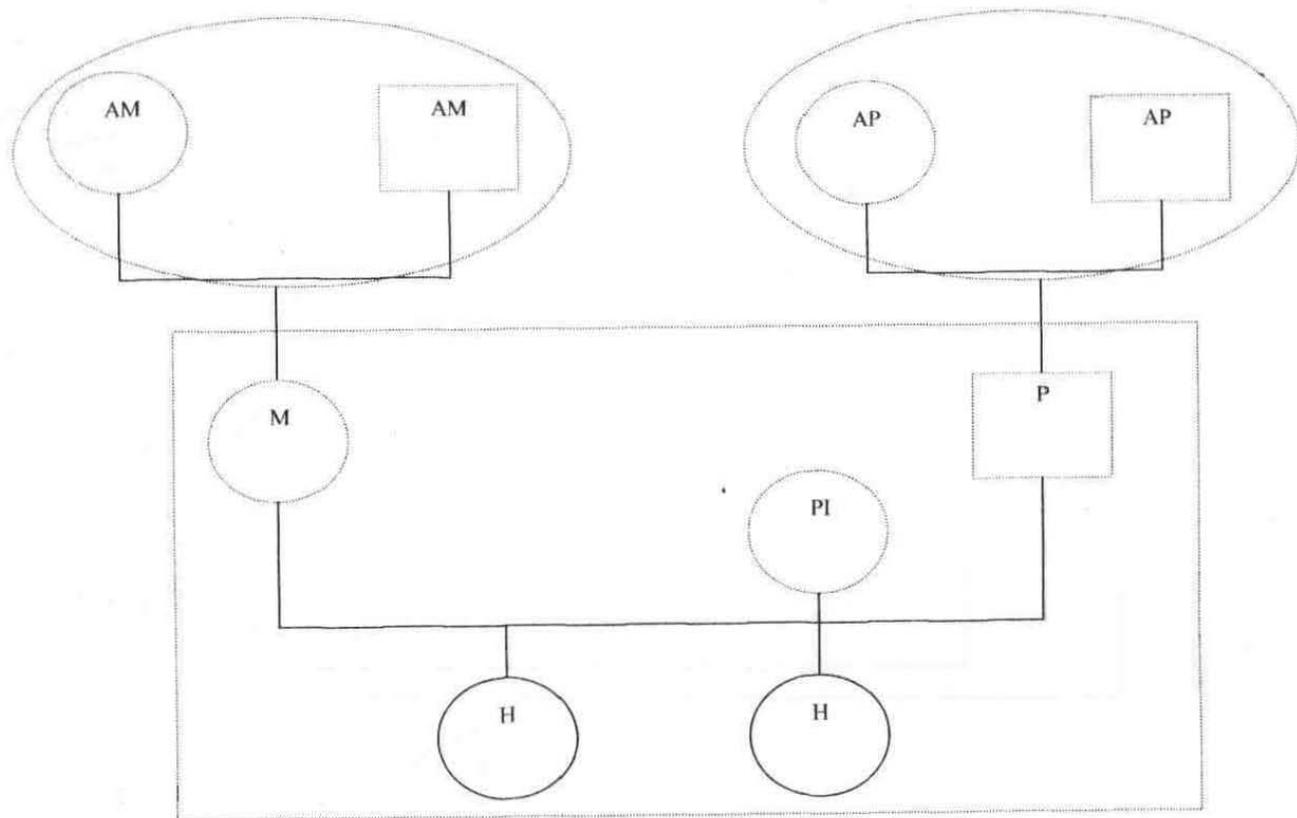
MAPA 26



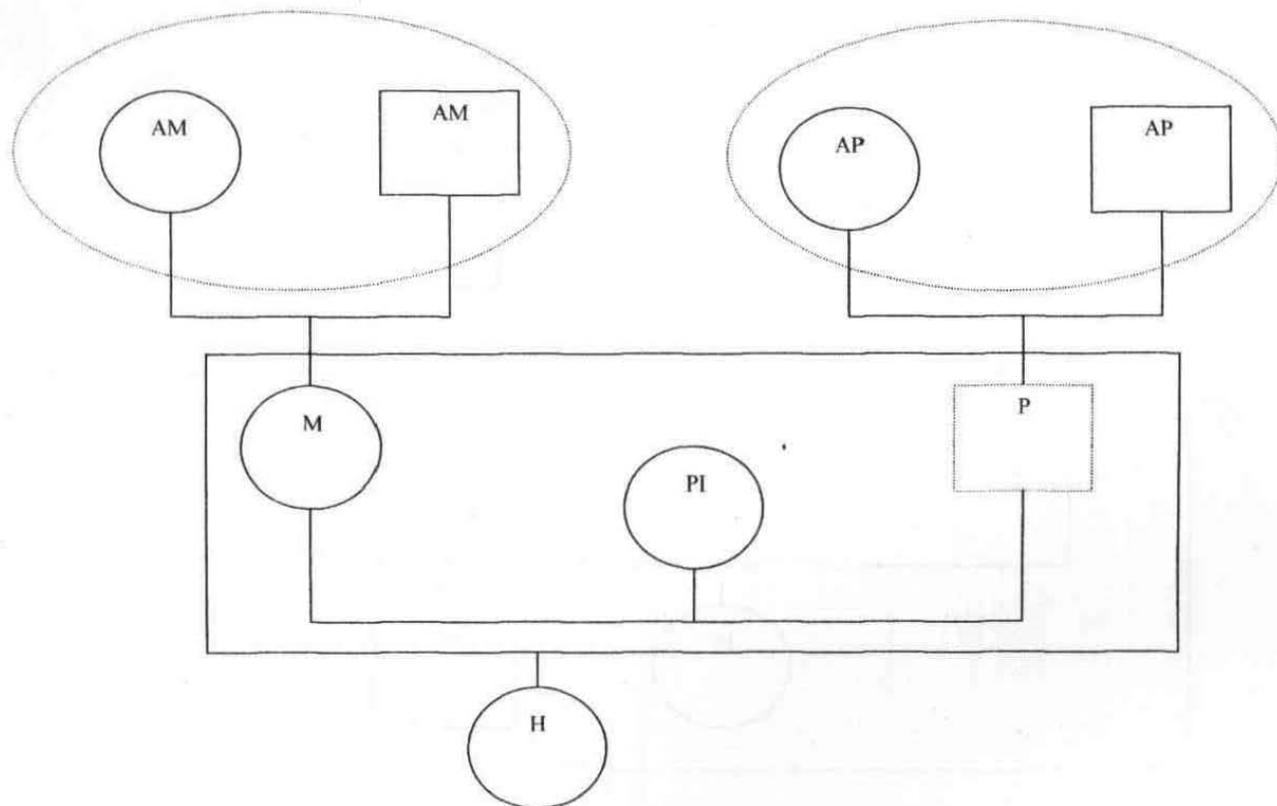
MAPA 27



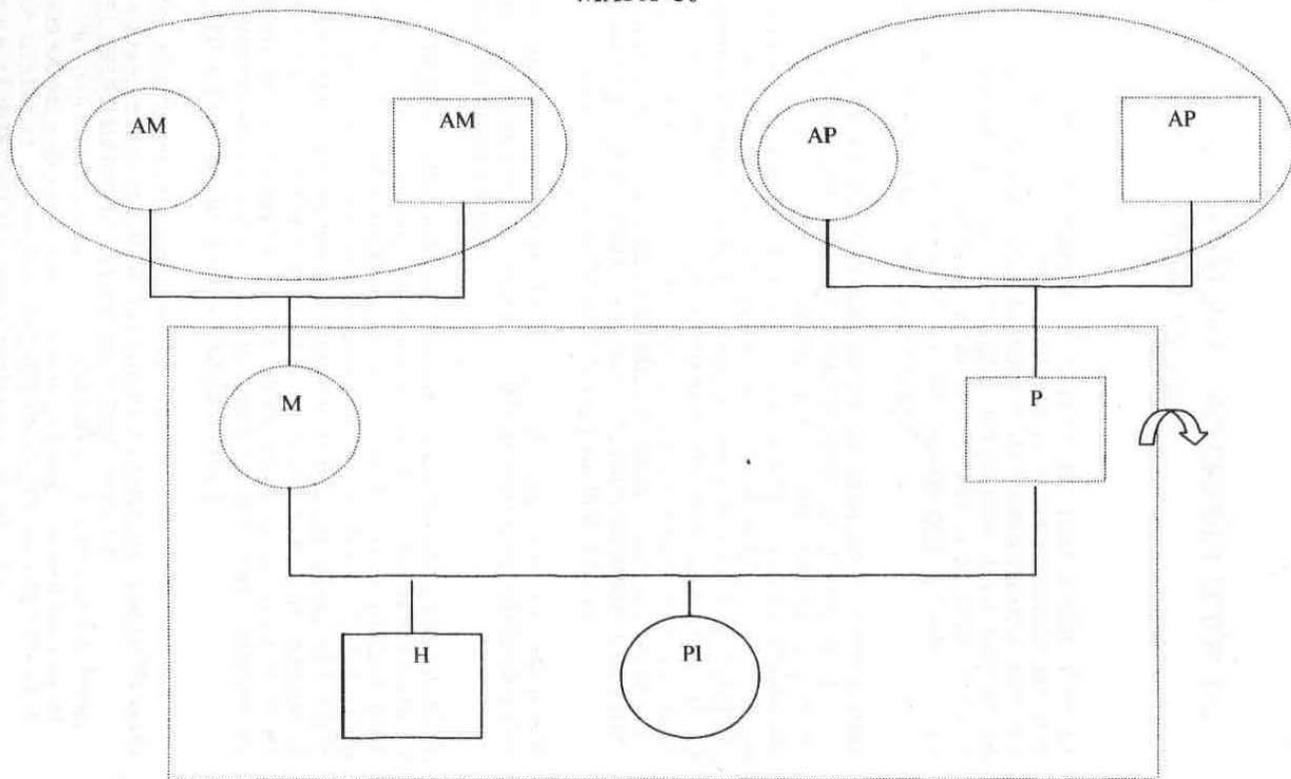
MAPA 28



MAPA 29



MAPA 30



## PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

SE ESTUDIARON 30 FAMILIAS CON HIJOS DE UNO A SEIS AÑOS DE EDAD, LOS CUALES SE FORMARON 2 GRUPOS, EL PRIMERO INTEGRADO POR 15 FAMILIAS CON HIJOS DIAGNOSTICADOS COMO INSUFICIENCIA MOTORA DE ORIGEN CEREBRAL (I. M. O. C), QUE ACUDIERON A LA UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION REGION NORTE, Y EL SEGUNDO POR 15 FAMILIAS CON HIJOS APARENTEMENTE SANOS QUE ACUDIRON A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 20 VALLEJO.

AL TOTAL DE FAMILIAS SE LES APLICO EL TEST DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE MC MASTER, DONDE PUDIMOS OBSERVAR UN 3.3% (N = 1) DE FAMILIAS FUNCIONALES, UN 93.4% (N = 28) MODERADAMENTE FUNCIONALES, Y UN 3.3% (N = 1). EN LO QUE RESPECTA A LAS FAMILIAS CON NIÑOS DE I. M. O. C. SE ENCONTRARON FAMILIAS FUNCIONALES EN UN 0% (N = 0), MODERADAMENTE DISFUNCIONALES 100% (N = 15) Y ALTAMENTE DISFUNCIONALES 0% (N = 0). EN COMPARACIÓN CON LAS FAMILIAS DE NIÑOS PARENTEMENTE SANOS, EN LAS QUE SE ENCONTRARON FAMILIAS FUNCIONALES 6.7% (N = 1), MODERADAMENTE DISFUNCIONALES 86.6% (N = 13) Y ALTAMENTE DISFUNCIONALES 6.7% (N = 1). OBTENIÉNDOSE UNA CHI 2 DE 2.14 CON UNA P = 0.34. (VER INFRA TABLA Y GRAFICO No 1).

POR MEDIO DEL TEST FACES III, SE OBTUVO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR, OBTENIÉNDOSE LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

LA COHESIÓN FAMILIAR NOS PERMITIO CLASIFICAR A LAS FAMILIAS COMO NO RELACIONADAS, SEMIRELACIONADAS, RELACIONADAS Y AGLUTINADAS; ENCONTRANDO QUE EN EL GRUPO DE FAMILIAS IMOC PREDOMINARON LAS NO RELACIONADAS CON UN 46.6% (N = 7), MIENTRAS QUE EN LAS FAMILIAS CON NIÑOS SANOS LAS SEMIRELACIONADAS FUERON LAS MÁS SIGNIFICATIVAS AL AGRUPAR AL 53.3% (N = 8) DE LAS FAMILIAS DE ESTE GRUPO, PRESENTÁNDOSE UN VALOR DE CHI 2 IGUAL A 2.13 CON P = 0.33, INTERPRETÁNDOSE COMO UNA DIFERENCIA ESTADÍSTICAMENTE NO SIGNIFICATIVA. ( VER INFRA TABLA Y GRAFICO No 2).

CON ADAPTABILIDAD FAMILIAR CLASIFICAMOS A LAS FAMILIAS COMO RIGIDAS, ESTRUCTURADAS, FLEXIBLES Y CAÓTICAS, ENCONTRANDO QUE EN EL GRUPO DE FAMILIAS IMOC PREDOMINARON LAS ESTRUCTURADAS, CON UN 46.6% (N = 7), MIENTRAS QUE EN LAS FAMILIAS CON NIÑOS SANOS, LAS FLEXIBLES FUERON LAS MÁS SIGNIFICATIVAS, AL AGRUPAR AL 53.3% (N = 8) PRESENTÁNDOSE UN VALOR DE CHI 2 IGUAL A 2.35, CON P = .37, INTERPRETÁNDOSE COMO UNA DIFERENCIA

ESTADÍSTICAMENTE NO SIGNIFICATIVA. ( **VER INFRA TABLA Y GRAFICO No 3).**

REALIZAMOS UN TEST PARA VALORAR ORGANIZACIÓN FAMILIAR MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE MAPAS FAMILIARES, DONDE SE OBTUVO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

LA JERARQUIA IDEAL PARA LAS FAMILIAS CON NIÑOS DE IMOC FUE DE UN 73.3% (N = 11), MIENTRAS QUE EN LAS FAMILIAS CON NIÑOS SANOS SE OBSERVO UN 80% (N = 12). ( **VER INFRA TABLA Y GRAFICO No 4).**

EN LOS LIMITES CON EL EXTERIOR SE ENCONTRO QUE EN EL GRUPO DE FAMILIAS CON NIÑOS DE IMOC, PREDOMINARON LAS FAMILIAS CON LIMITES EXTERNOS RIGIDOS CON UN 86.6% (N = 13), MIENTRAS QUE EN LAS FAMILIAS CON NIÑOS SANOS SE OBSERVO ESTE TIPO DE LIMITES EN EL 60% DE LAS FAMILIAS (N = 9). ( **VER INFRA TABLA Y GRAFICO No 5).**

AL SER CLASIFICADAS LAS FAMILIAS DE ACUERDO AL TIEMPO QUE PASAN EL PADRE Y LA MADRE FUERA DEL HOGAR, ENCONTRAMOS QUE EN LAS FAMILIAS CON NIÑOS DE IMOC, UN 80% DE ELLAS (N = 12), EL PADRE PASA MENOS DEL 50% FUERA DEL HOGAR, MIENTRAS QUE EL 73.4% (N = 11) DE LAS MADRES TIENEN LA MISMA CARACTERÍSTICA, Y EN LO QUE RESPECTA A LAS FAMILIAS CON NIÑOS SANOS, TAMBIEN PREDOMINARON LOS PADRES QUE PASAN MENOS DEL 50% DEL TIEMPO FUERA DEL HOGAR, CON UN 60% (N = 9) PARA EL PADRE Y UN 86.6% (N = 13) PARA LA MADRE. ( **VER INFRA TABLA Y GRAFICO No 6 Y 7).**

EN CUANTO A LA INTERVENCIÓN DEL SUBSISTEMA FRATERO, EN LAS DISCUSIONES DEL SUBSISTEMA PARENTAL, IDENTIFICAMOS QUE EN LAS FAMILIAS IMOC PREDOMINARON LAS FAMILIAS CUYOS SUBSISTEMA FRATERO INTERVIENE EN MENOS DEL 50%, ESTANDO REPRESENTADA ESTA CLASE CON 11 CASOS (73.4%), MIENTRAS QUE EN LAS FAMILIAS CON NIÑOS SANOS, EL PREDOMINIO FUE EN AQUELLAS EN LAS CUALES EL SUBSISTEMA FRATERO INTERVIENE EN MAS DEL 50% DE LAS DISCUSIONES DE LOS PADRES (N = 60). ( **VER INFRA TABLA Y GRAFICO No 8).**

LAS FAMILIAS TAMBIEN FUERON CLASIFICADAS DE ACUERDO A LA INTERVENCIÓN DE LOS PADRES EN LAS DISCUSIONES DE LOS HIJOS, ENCONTRANDO EN LAS FAMILIAS IMOC UN LIGERO PREDOMINIO EN LAS FAMILIAS CUYOS PADRES INTERVIENEN EN MAS DE UN 50% DE LAS DISCUSIONES ENTRE HIJOS (N = 8). HECHO SIMILAR A LO ENCONTRADO EN LAS FAMILIAS CON NIÑOS SANOS (N = 12). ( **VER INFRA TABLA Y GRAFICO No 9).**

AL SER CLASIFICADAS LAS FAMILIAS CONFORME A LA RESPONSABILIDAD PATERNA, ENCONTRAMOS QUE PREDOMINARON EN AMBOS GRUPOS LAS FAMILIAS CON RESPONSABILIDAD INADECUADA DEL

PADRE, AL ENCONTRARSE EL 73.4% (N = 11) DE LAS FAMILIAS IMOC Y EN 66.6% (N = 10) DE LAS FAMILIAS CON NIÑOS SANOS. **(VER INFRA TABLA Y GRAFICO No 10).**

MIENTRAS QUE AL CLASIFICAR LA RESPONSABILIDAD DE LA MADRE EN AMBOS GRUPOS PREDOMINO LA CLASE ADECUADA CON EL 73.4% (N = 11) PARA LAS FAMILIAS IMOC Y EL 66.6% (N = 10) PARA LAS FAMILIAS SANAS. **(VER INFRA TABLA Y GRAFICO No 11).**

ASI MISMO TAMBIEN PREDOMINO LA RESPONSABILIDAD ADECUADA POR PARTE DE LOS HIJOS, EN AMBOS GRUPOS AL ESTAR REPRESENTADOS CON UN 93.4% (N = 14) EN LAS FAMILIAS IMOC, Y CON UN 66.6% (N = 10) EN LAS FAMILIAS SANAS. **(VER INFRA TABLA Y GRAFICO No12).**

TAMBIEN LAS FAMILIAS DE AMBOS GRUPOS FUERON CLASIFICADAS DE ACUERDO A LA COMUNICACIÓN ADECUADA E INADECUADA (PADRE-FAMILIA, MADRE-FAMILIA, HIJOS-FAMILIA) ENCONTRANDO QUE EN LAS FAMILIAS PREDOMINO LA COMUNICACIÓN ADECUADA DEL PADRE CON LA FAMILIA Y LA COMUNICACIÓN INADECUADA CON LA FAMILIA 66.6% Y 60% RESPECTIVAMENTE, MIENTRAS QUE EN LAS FAMILIAS SANAS PREDOMINO LA COMUNICACIÓN ADECUADA TANTO DEL PADRE COMO DE LA MADRE CON LA FAMILIA (80 Y 66.6% RESPECTIVAMENTE). **(VER INFRA TABLA Y GRAFICO No 13 Y 14).**

A SI MISMO SE ELABORARON LOS MAPAS FAMILIARES CORRESPONDIENDO LOS PRIMEROS 15 A LASAS FAMILIAS IMOC Y DEL16 AL 30 A FAMILIAS SANAS.

ESTOS RESULTADOS NOS INDICAN QUE NO EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE AMBOS GRUPOS EN CUANTO A SU FUNCIONALIDAD FAMILIAR, AUNQUE ERA DE ESPERARSE QUE EN LAS FAMILIAS CON NIÑOS DE IMOC PRESENTARA MAYOR DISFUNCIÓN QUE EN LAS FAMILIAS CON NIÑOS SANOS, CONTRADICCIÓN QUE PUEDE EXPLICARSE EN BASE A QUE LOS NIÑOS CON IMOC PUEDEN LOGRAR UN GRADO DE INDEPENDENCIA CONSIDERABLE, TENIENDO EL FACTOR CLAVE QUE EN UNA FAMILIA QUE APOYA, LOGRANDO QUE LAS PERSONAS MAS LIMITADAS LOGREN SER MAS FUNCIONALES E INDEPENDIENTES; ENTRE MAS SABE LA FAMILIA SOBRE IMOC, Y MÁS PARTICIPA EN EL CUIDADO, EL PANORAMA FUTURO PARA EL NIÑO Y SU FAMILIA MEJORA CONSIDERABLEMENTE.

DE ACUERDO A LA LITERATURA LA MAYORIA DE LAS PERSONAS SUFRIERON MUCHO AL CONOCER EL DIAGNOSTICO DE SU HIJO, SIN EMBARGO UN 80% SE HA ADAPTADO A LAS NECESIDADES ESPECIALES DE ESTE, LOGRANDO ESTABILIZARSE.

EN CUANTO A LA JERARQUIA NO HUBO UNA DIFERENCIA ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA, LO CUAL ES DE ESPERARSE YA QUE

GENERALMENTE LOS PADRES SON QUIENES LA LLEVAN DENTRO DEL HOGAR. ASI MISMO SE OBSERVO UN MAYOR GRADO DE INTERACCION CON AMISTADES EN LAS FAMILIAS CON NIÑOS SANOS. LO CUAL SE VE REFLEJADO EN LA FUNCIONALIDAD DE LAS MISMAS; LAS MADRES DE NIÑOS CON IMOC PASAN MAS TIEMPO FUERA DEL HOGAR, EN COMPARACIÓN A LAS MADRES CON NIÑOS SANOS, PUDIENDO EXPLICARSE POR LA NECESIDAD DE OBTENER UN INGRESO ECONOMICO EXTRA PARA EL MEJOR CUIDADO DE ESTOS NIÑOS. EN LA INTERVENCIÓN DE DISCUSIONES ENTRE LOS SUBSISTEMAS FRATERNAL Y PARENTAL SE VEN MAS AFECTADAS EN LAS FAMILIAS CON NIÑOS SANOS, POSIBLEMENTE DEBIDO A QUE EN LAS FAMILIAS CON NIÑOS DE IMOC, TRATAN DE EVITAR ESTAS POR LA PRESENCIA DE ESTE NIÑO EN EL NÚCLEO FAMILIAR YA QUE REPRESENTA UN FOCO DE ATENCIÓN IMPORTANTE. LA RESPONSABILIDAD PATERNA Y MATERNA FUE MENOR EN LAS FAMILIAS CON NIÑOS DE IMOC EN COMPARACIÓN A LAS DE NIÑOS SANOS, PROBABLEMENTE SE DEBA A QUE ESTA SE COMPARTE ENTRE AMBOS EN LA MAYORIA DE LAS FAMILIAS QUE TIENEN ESTOS HIJOS. LA COMUNICACIÓN SE ENCONTRO MAS BENEFICIADA EN LAS FAMILIAS CON NIÑOS SANOS. LA COMUNICACIÓN ES UNO DE LOS PARÁMETROS MAS IMPORTANTES EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR, QUE AL VERSE ALTERADA IMPIDE QUE LA FAMILIA EXPRESE EMOCIONES IMPORTANTES QUE REPERCUTEN EN CADA INTEGRANTE DE LA FAMILIA. SE REALIZARON LOS MAPAS FAMILIARES DE CADA UNA DE NUESTRAS FAMILIAS, FORMULÁNDONOS UNA HIPÓTESIS DE LA ORGANIZACIÓN FAMILIAR DE ESTAS, ASI COMO DE LAS DISFUNCIONES QUE SE ENCONTRABAN EN EL NÚCLEO DE LAS MISMAS.

ESTOS RESULTADOS PUEDEN VARIAR DE UN LUGAR A OTRO DEPENDIENDO DEL TIPO DE CULTURA E IDEOLOGÍAS COMENZANDO POR LOS TEST, QUE FUERON REALIZADOS EN OTRO PAIS, VALIDADOS EN PERSONAS DE DIFERENTES GRUPOS Y NIVELES ECONOMICOS, NO SIENDO ESTRATIFICADOS DE UNA FORMA IGUALITARIA PARA TODA LA POBLACION. LA INFORMACIÓN QUE SE TIENE RESPECTO A IMOC, INFLUYE SIGNIFICATIVAMENTE EN LA FUNCIONALIDAD Y DINAMICAS FAMILIARES. LAS FAMILIAS TRATAN DE CONSERVAR SU INTEGRIDAD, SALUD FÍSICA, COHERENCIA Y AFECTO HACIENDO USO DE SUS RECURSO INTELECTUALES, MORALES, ECONOMICOS ETC. A FIN DE MANTENER EL NÚCLEO FAMILIAR EN UNA HOMEOSTASIS BIOLÓGICA Y PSICOAFECTIVA PARA CONTINUAR O GENERAR ACCIONES TENDIENTES A CUMPLIR LAS FUNCIONES BASICAS PARA UNA ADECUADA FUNCIONALIDAD FAMILIAR, QUE SE VE MODIFICADA EN ESTE CASO POR LA PRESENCIA DEL NIÑO CON IMOC QUE OCASIONO INICIALMENTE UNA CRISIS FAMILIAR, SIENDO SU RESOLUCIÓN DEPENDIENTE DE CUATRO FACTORES: PRODUCTIVIDAD Y EFICIENCIA FAMILIAR, PATRONES DE LIDERAZGO, EXPRESIÓN DE CONFLICTOS Y CLARIDAD EN LA COMUNICACIÓN, DEPENDIENDO DE LA FAMILIA EN CUESTION SERA EL MAYOR O MENOR GRADO DE DISFUNCIÓN QUE SE PRESENTE.

TODAS LAS FAMILIAS QUE TIENEN UN HIJO DISCAPACITADO NECESITAN INFORMACIÓN Y ORIENTACIONES PRACTICAS PARA COMPRENDER LAS NECESIDADES Y CONDUCTAS DEL HIJO (A) Y LAS SUYAS PROPIAS. MUCHAS NECESITAN AYUDA PSICOLÓGICA Y VITAL EN DIFERENTES MOMENTOS, Y TENER ACCESO A SERVICIOS EN DONDE PUEDAN ENCONTRAR AYUDA COMPETENTE. DE AHÍ LA IMPORTANCIA EN LA DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN RESPECTO A ESTE PADECIMIENTO (IMOC), ASI COMO LA CREACIÓN DE CENTROS DE REHABILITACIÓN PARA GENTE DE BAJOS RECURSOS, PUES ESTO SERIA UNA AYUDA INVALUABLE PARA ESTAS FAMILIAS, LO QUE REPERCUTIRIA EN SU DINAMICA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

## CONCLUSIONES

EN EL PRESENTE ESTUDIO SE OBTUVIERON LAS SIGUIENTES CONCLUSIONES:

- NO SE ENCONTRO DIFERENCIA ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA EN LAS FAMILIAS CON NIÑOS IMOC, EN CUANTO A SU DINAMICA, FUNCIONALIDAD Y TEST DE MAPAS FAMILIARES EN COMPARACIÓN CON LAS DE NIÑOS APARENTEMENTE SANOS.
- SE OBSERVO MAYOR DISFUNCION, AGLUTINACIÓN Y RIGIDEZ EN LAS FAMILIAS CON NIÑOS DE IMOC, EN COMPARACIÓN CON LAS DE NIÑOS APARENTEMENTE SANOS.
- LA ESTRUCTURA DE LAS FAMILIAS CON NIÑOS DE IMOC POR MEDIO DE LOS MAPAS FAMILIARES REFLEJO ALTERACIÓN IMPORTANTE EN LA JERARQUIA DE LAS FAMILIAS, PRINCIPALMENTE EN LAS FAMILIAS CON NIÑOS DE IMOC.

## RESUMEN

LA INCAPACIDAD MOTORA DE ORIGEN CEREBRAL (IMOC) ES UN PADECIMIENTO QUE ACTUALMENTE ESTA COBRANDO MAYOR IMPORTANCIA DEBIDO AL INCREMENTO DE ESTE PADECIMIENTO EN NUESTRA SOCIEDAD.

EL PRESENTE ESTUDIO TUVO COMO OBJETO CONOCER LA FUNCIONALIDAD DINAMICA Y MAPAS DE FAMILIAS CON NIÑOS DE IMOC COMPARADAS CON LAS DE NIÑOS SANOS. PARA LO CUAL SE ESTUDIARON 30 FAMILIAS CON NIÑOS DE 1 A 6 AÑOS DE EDAD, DE LOS CUALES 15 TENIAN HIJOS CON DIAGNOSTICO DE IMOC Y LAS 15 RESTANTES CON HIJOS APARENTEMENTE SANOS, A LAS CUALES SE LES REALIZARON TEST DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR, DINAMICA FAMILIAR Y MAPAS FAMILIARES.

EL TIPO DE ESTUDIO FUE PROSPECTIVO, TRANSVERSAL, DESCRIPTIVO Y OBSERVACIONAL.

LOS PRINCIPALES RESULTADOS FUERON LOS SIGUIENTES: EN LAS FAMILIAS CON NIÑOS DE IMOC SE ENCONTRARON ESTAS MODERADAMENTE VFUNCIONALES EN UN 100%, EN COMPARACIÓN CON LAS DE NIÑOS SANOS DONDE SE REPORTO UN 6.7% DE FAMILIAS FUNCIONALES, 86.6% MODERADAMENTE DISFUNCIONALES Y UN 6.7% ALTAMENTE DISFUNCIONALES. ASI MISMO AL VALORAR LA COHESIÓN FAMILIAR EN EL GRUPO FORMADO POR FAMILIAS CON NIÑOS DE IMOC PREDOMINARON LAS NO RELACIONADAS, EN COMPARACIÓN CON LAS DE NIÑOS SANOS DONDE FUERON LAS SEMIRELACIONADAS. RESPECTO A ADAPTABILIDAD FAMILIAR PREDOMINARON LAS ESTRUCTURADAS EN EL PRIMER GRUPO Y LAS FLEXIBLES EN EL SEGUNDO. MEDIANTE EL TEST DE MAPAS FAMILIARES PUDIMOS OBSERVAR QUE SE PRESENTA UNA JERARQUIA INADECUADA EN AMBOS GRUPOS, YA QUE EL SUBSISTEMA FRATERNAL EN OCASIONES SE EQUIPARA CON EL PARENTAL, PRINCIPALMENTE CON LAS FAMILIAS DE NIÑOS IMOC. EN CUANTO A LIMITES CON EL EXTERIOR, EN LAS FAMILIAS CON NIÑOS IMOC PREDOMINARON LOS RIGIDOS, CON UN 86.6%, A DIFERENCIA DE LAS FAMILIAS CON NIÑOS SANOS CON UN 60%.

EXISTE MAYOR GRADO DE INTERVENCIÓN EN LAS DISCUSIONES ENTRE PADRES EN LAS FAMILIAS CON NIÑOS SANOS, CON UN 60%, CONTRARIO A LAS DE NIÑOS IMOC, DONDE SE PRESENTA CON UN 26.6%. LA RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES VALORADA EN FORMA INDIVIDUAL, FUE MENOR EN EL GRUPO DE NIÑOS IMOC PRESENTANDO EN LAS FAMILIAS CON NIÑOS SANOS UN 33.4% PARA EL PADRE Y UN 93.3% PARA LA MADRE. EN EL SUBSISTEMA FRATERNAL NO SE PRESENTO NINGUNA DIFERENCIA REPORTÁNDOSE UN 93.3% EN AMBOS GRUPOS. EN CUANTO A LA

COMUNICACIÓN SE OBTUVO DE FORMA MAS ADECUADA EN LAS FAMILIAS CON NIÑOS SANOS, TENIENDO UN 80% EN LOS PADRES, 66.6% EN LAS MADRES Y UN 73.3% POR LOS HIJOS. AL REALIZAR LA PRUEBA ESTADÍSTICA DE CHI 2, NO SE ENCONTRO SIGNIFICANCIA EN NINGUNA DE LAS VARIABLES UTILIZADAS.

EN LA REPRESENTACIÓN ESTRUCTURAL DE LOS MAPAS FAMILIARES PUDIMOS OBSERVAR LA ORGANIZACIÓN DE NUESTROS GRUPOS DE ESTUDIO, COMPARÁNDOLOS ENTRE SI, SOBRESALIENDO LA JERARQUÍA INADECUADA PRINCIPALMENTE EN EL GRUPO DE FAMILIAS CON NIÑOS IMOC.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1. VALDES F. J. ENFOQUE INTEGRAL DE LA PARÁLISIS CEREBRAL PARA SU DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. ED. PRENSA MEDICA MEXICANA. 1997. P 50- 51
- 2. CRUICKSHANK W. M. EL NIÑO CON DAÑO CEREBRAL EN LA SOCIEDAD, EN EL HOGAR, EN LA COMUNIDAD. ED. TRILLAS. MÉXICO 1994. P 17-135, 206-207, 248-250.
- 3. ALVA M. E. CASTRO T. M. PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL EN UN HOSPITAL DE 3er NIVEL. REV. MEX. DE PEDIATRIA. VOL. 63, NUM 2. MAR'ABR. 1996. P75-77.
- 4. HERNÁNDEZ A. J. BALLESTEROS T. A. CORTES G. G. SEGUIMIENTO A UN AÑO DE RECIEN NACIDOS A TERMINO CON ASFIXIA PERINATAL GRAVE. EVALUACIÓN DE FACTORES PERINATALES POSIBLEMENTE RELACIONADOS CON SECUELAS NEUROLÓGICAS. BOL. MED. HOSP. INFANT MEX. VOL. 53. NUM. 1 ENERO, 1996.
- 5. BOBATH, B., BOBATHIK. DESARROLLO MOTOR EN DISTINTOS TIPOS DE PARALISIS CEREBRAL. BUENOS AIRES: PANAMERICANA. 1987. PAAS.: 5-26, 34-50, 73.
- 6. TOLEDO GONZALEZ M. LA REHABILITACIÓN DE LAS SECUELAS IRREVERSIBLES. REHABILITACIÓN (MADR). 1996; 30: 316-20.
- 7. ARNULFO IRIGOYEN ET AL. FUNCIONES DE LA FAMILIA. FUNDAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR. ED. MEDICINA FAMILIAR MEXICANA. 1998. P 35-40.
- 8. REVISTA MEXICANA DE PEDIATRIA. VOL. 63, NUM. 2. MAR.-ABR. 1996  
PP 75-77
- 9. NANCIE R. ATENCIÓN EN EL HOGAR DEL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL. LA PRENSA MEDICA MEXICANA. S. A. / MÉXICO P 82-95.
- 10. REHABILITACION (MADR) 1997; 31: 457-463.
- 11. J. A. CONEJERO. EL EQUIPO MEDICO MULTIDICPLINARIO EN REHABILITACIÓN INFANTIL. REHABILITACIÓN (MADR) 1997; 31: 415-422.

- 12. INTERNET. LA PARÁLISIS CEREBRAL;  
<http://www.nichcy.org/pubs/spanish/fs2stxt.htm> pag1.
- 13. VELAZCO O. R., CHAVEZ A. V. LA DISFUNCIÓN FAMILIAR. REV. MED. IMSS. 1994; 32: 571-275.
- 14. GOMEZ FERNANDEZ B. ATENCIÓN TEMPRANA Y REHABILITACIÓN INFANTIL. REHABILITACIÓN (MADR) 1997; 31: 492-494.
- 15. VAZQUEZ GARCIA G. ESTIMULACIÓN TEMPRANA PARA EL MANEJO DEL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL. REV MED. FÍSICA Y REHABILITACIÓN.
- 16. INTERNET. PARALISIS CEREBRAL;  
<http://ccr.dsi.vanl.mx/macorona/pci.htm> pag1-3
- 17. AMATRUDA C. DIAGNOSTICO DEL DESARROLLO NORMAL Y ANORMAL DEL NIÑO. ED. PAIDOS. P. 177-214.
- 18. GONZALEZ C. E. LA FAMILIA. MECANOGRAMA DE LA UMF No20. IMSS.
- 19. MINUCHIN S. UN MODELO FAMILIAR. EN FAMILIA Y TERAPIA FAMILIAR. GRANICA PSICOTECA MAYOR. 1ª ED. ESPAÑA. 1997. P 78-90.
- 20. REVILLA L. LA ATENCIÓN FAMILIAR. ATENCIÓN PRIMARIA. 1992. JULIO-AGOSTO.
- 21. REV. MED. IMSS. MEXICO. VOL 19.
- 22. REV. MED. IMSS. MEXICO. VOL 29. No 1.
- 23. VELAZCO M. MAPAS FAMILIARES. SU UTILIZACIÓN EN EL DIAGNOSTICO Y FORMULACION DE HIPÓTESIS TERAPEUTICAS. LA PSICOLOGÍA SOCIAL EN MÉXICO. VOL 7. P 234-242.
- 24. INTERNET. IMPACTO EN LAS FAMILIAS DE LA DISCAPACIDAD DE SUS HIJOS; <http://www.mas-servicio.com/maxivalidos/texto/conferet.htm> pag1-2
- 25. INTERNET. PARALISIS CEREBRAL INFANTIL;  
<http://www.prodigyweb.net.mx/Jovidio/pci.htm> pag2-4
- 26. INTERNET. ¿QUÉ ES LA PARÁLISIS CEREBRAL?  
<http://www.geocities.com/CollegePark/Grounds/7624/qpc.htm> pag1-2.

- 27. STRASSER. D. C. FALCONES. JA. MARTINO-SATAMAN D. THE REHABILITACION TEAM: STAFF PERCEPTIONS OF THE HOSPITAL ENVIROMENT, THE INTERDISCIPLINARY TEAM ENVIROMENT, AND INTERPROFESIONAL RELATIONS. ARCH. PHYS. MED REHABIL. 1994; 75: 177-82.
- 28. BERNSTEIN J. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS RELACIONES FAMILIARES. ED. BUENOSAIRES 1988 PAG; 428.
- 29. ITOH M. LEE. M4. EPIDEMIOLOGIA DE LA DISCAPACIDAD EN RELACION CON LA MEDICINA DE RAHABILITACION. EN: KATKE. F. J. LEHMAN. J. F. KRUSEN. MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. 49ED. MADRID : ED. PANAMERICANA, 1997.; 222-41.
- 30. SMITH WH. CHAOTIC FAMILY FYNAMICS. ARCH FAM. MED. 1994. MAR 3. P 231-238.

## ANEXOS

**INDICE DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR  
(MC MASTER)**

1.- NORMALMENTE TOMAMOS NUESTRAS DECISIONES CONSIDERANDO LOS PROBLEMAS DE LA FAMILIA

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

2.- CUANDO LA FAMILIA TRATA DE RESOLVER SUS PROBLEMAS PLATICAMOS SI PARTICIPAMOS O NO

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

3.- TRATAMOS DE RESOLVER LOS PROBLEMAS EMOCIONALES MAS GRAVES QUE SURGEN

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

4.- ENFRENTAMOS LOS PROBLEMAS TOMANDQ EN CUENTA NUESTROS SENTIMIENTOS

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

5.- BUSCAMOS DIFERENTES CAMINOS PARA SOLUCIONAR PROBLEMAS

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

6.- CUANDO ALGUIEN ESTA ALTERADO LOS OTROS SABEN PORQUE

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

7.- PUEDO SABER COMO SE SIENTE ALGUIEN DE LA FAMILIA POR LO QUE DICE

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

8.- LAS PERSONAS QUE NO SON DE LA FAMILIA DICEN LAS COSAS CLARAS EN LUGAR DE INSINUARLAS

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

9.- NOSOTROS SOMOS FRANCO CON LOS DEMAS

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

10.- CUANDO ESTAMOS ENOJADOS NO CONVERSAMOS CON LOS DEMAS

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

11.- CUANDO NO NOS GUSTA LO QUE DICE ALGUIEN SE LO DECIMOS

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

12.- CUANDO USTED PIDE QUE ALGUIEN HAGA ALGO TIENE QUE CORROBORAR QUE LO HIZO

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

13.- NOS ASEGURAMOS QUE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA SEPAN SUS RESPONSABILIDADES FAMILIARES

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

14.- LAS LABORES FAMILIARES NO HAN SIDO ADECUADAMENTE DISTRIBUIDAS

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

15.- SE NOS DIFICULTA ENCONTRAR UN OBJETIVO COMUN

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

16.- DEDICAMOS POCO TIEMPO PARA BUSCAR NUESTROS INTERESES PERSONALES

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

17.- DISCUTIMOS QUIEN HAGA LOS QUEHACERES DOMESTICOS

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

18.- SI ALGUIEN SE LE PIDE QUE HAGA ALGO NECESITA QUE SE LO RECUERDEN

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

19.- GENERALMENTE ESTAMOS INSATISFECHOS CON LOS DEBERES FAMILIARES ASIGNADOS

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

20.- SE NOS OBLIGA A MOSTRAR AFECTO A LOS DEMAS

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

21.- ALGUNOS DE NOSOTROS NO NOS AFECTA LAS EMOCIONES

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

22.- NO MOSTRAMOS NUESTRO CARIÑO A LOS DEMAS

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

23.- NOS INTERESA MAS OTRAS COSAS QUE EL CARIÑO DE LA FAMILIA

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

24.- NOSOTROS SI EXPRESAMOS CARIÑO

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

25.- NO NOS ESCONDEMOS PARA LLORAR

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

26.- SI ALGUIEN TIENE PROBLEMAS LOS OTROS SE PREOCUPAN DEMASIADO

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

27.- LOS DEMAS MIEMBROS DE LA FAMILIA SOLO VEN SU PROPIO INTERES CUANDO ALGO ES IMPORTANTE

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

28.- A NOSOTROS SOLO NOS INTERESA LO NUESTRO

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

29.- SOLAMENTE NOS RELACIONAMOS CON OTROS CUANDO ALGO NOS INTERESA

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

30.- MOSTRAMOS INTERES A OTROS CUANDO OBTIENEN ALGO DE NOSOTROS

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

31.- A PESAR DE QUE NO NOS ENTENDEMOS LA MAYORIA DE LAS VECES INTERVENIMOS DEMASIADO EN LA VIDA DE LOS DEMAS

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

32.- NO SABEMOS QUE HACER EN EL MOMENTO EN QUE SE PRESENTA UNA EMERGENCIA

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

33.- NO HAY PROBLEMA SI ROMPEMOS LAS REGLAS DE LA FAMILIA

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

34.- SABEMOS QUE HACER ANTES DE QUE SE PRESENTE UNA EMERGENCIA

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

35.- NO SOMOS MUY ORDENADOS EN NUESTROS HABITOS DE LIMPIEZA

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

36.- NO TENEMOS REGLAS SOBRE CUANDO GOLPEAR A LAS PERSONAS PARA QUE SE COMPORTEN

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

37.- NO RESPETAMOS NINGUNA REGLA

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

38.- SI SE ROMPEN LAS REGLAS NO SABEMOS QUE HACER

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

39.- EN NUESTRA FAMILIA SE PERMITE CUALQUIER COSA

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

40.- HAY REGLAS PARA LA SUTIACION DE PELIGRO

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

41.- ES DIFICIL PLANEAR LAS ACTIVIDADES DE LA FAMILIA PORQUE NO NOS COMPRENDEMOS

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

42.- EN SITUACIONES DIFICILES PODEMOS APOYARNOS EN LOS DEMAS

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

43.- NO PODEMOS HABLAR CON OTROS ACERCA DE LA TRISTEZA QUE SENTIMOS

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

44.- ACEPTAMOS A LAS PERSONAS

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

45.- EVITAMOS DISCUTIR NUESTROS TEMORES Y PREOCUPACIONES

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

46.- PODEMOS EXPRESAR NUESTROS SENTIMIENTOS A LOS DEMAS

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

47.- HAY MUCHOS SENTIMIENTOS MALOS EN LA FAMILIA

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

48.- CREEMOS QUE LOS DEMAS NO NOS ACEPTAN

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

49.- PARA NUESTRA FAMILIA ES UN PROBLEMA TOMAR DECISIONES

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

50.- SOMOS CAPACES DE TOMAR DECISIONES PARA RESOLVER PROBLEMAS

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

51.- NO NOS LLEVAMOS BIEN

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

52.- CONFIAMOS EN LOS DEMAS MIEMBROS DE LA FAMILIA

1( )                      2( )                      3( )                      4( )

## TEST DE MAPAS FAMILIARES

CONTESTE CON EL NUMERO SEGUN CORRESPONDA A CADA RESPUESTA

1=100%

3=50%

2=75%

4=25%

1.- EN QUE PORCENTAJE DEL TIEMPO DE LA SEMANA INTERACTUAN AUNQUE SEA SOLO PARA PELEAR LOS SIGUIENTES MIEMBROS DE LA FAMILIA?

- A) PADRE CON MADRE ( )
- B) HERMANOS CON HERMANAS ( )
- C) PADRE CON HIJOS ( )
- D) MADRE CON HIJOS ( )

2.- QUIEN TOMA LAS DESICIONES EN LA CASA?

- A) PADRE Y MADRE ( )
- B) SOLO EL PADRE ( )
- C) SOLO LA MADRE ( )
- D) HIJO (S) ( )
- E) ABUELOS ( )

3.- DE LOS FINES DE SEMANA DE UN MES, EN QUE PORCENTAJE LA FAMILIA ACOSTUMBRA VISITAR O SER VISITADO POR AMISTADES?

( )

4.- CUANTO TIEMPO DE LA SEMANA PASAN LOS PADRES FUERA DEL HOGAR?

- A) PADRE ( )
- B) MADRE ( )

5.- CUANDO LOS PAPAS DISCUTEN O SE PELEAN QUIENES Y EN QUE PORCENTAJE INTERVIENEN?

- A) HIJOS ( )
- B) ABUELOS ( )
- C) OTRAS PERSONAS ( )

6.- CUANDO LOS HIJOS DISCUTEN O SE PELEAN QUIENES Y EN QUE PORCENTAJE INTERVIENEN?

- A) AMBOS PADRES ( )
- B) SOLO EL PADRE ( )
- C) SOLO LA MADRE ( )
- D) ABUELOS ( )
- E) OTRAS PERSONAS ( )

7.- EN QUE PORCENTAJE EL PADRE ASUME SUS RESPONSABILIDADES O RESUELVE SUS PROBLEMAS?

( )

8.- EN QUE PORCENTAJE LA MADRE ASUME SUS RESPONSABILIDADES O RESUELVE SUS PROBLEMAS?

( )

9.- EN QUE PORCENTAJE LOS HIJOS ASUMEN SUS RESPONSABILIDADES O RESUELVEN SUS PROBLEMAS?

( )

10.- EN QUE PORCENTAJE EL PADRE CUANDO TIENE UN PROBLEMA LO COMUNICA A LOS DEMAS?

( )

11.- EN QUE PORCENTAJE LA MADRE CUANDO TIENE UN PROBLEMA LO COMUNICA A LOS DEMAS?

( )

12.- EN QUE PORCENTAJE LOS HIJOS CUANDO TIENEN UN PROBLEMA LO COMUNICAN A LOS DEMAS?

( )

### TEST DE FACES III

CONTESTE CON EL NUMERO SEGUN CORRESPONDA A CADA RESPUESTA.

1 = NUNCA                      3 = ALGUNAS VECES                      5 = SIEMPRE

2 = CASI NUNCA                      4 = CASI SIEMPRE

COLOQUE EL NUMERO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL PARÉNTESIS ( )  
QUE SE ENCUENTRA A L LADO DE CADA PREGUNTA.

1. LOSMIEMBROS DE NUESTRA 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 DEMAS 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 OTRS  
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 RELACION CON OTROS  
CASTIGOS.....( )
11. NOS SENTIMOS MUY UNIDOS.....( )
12. EN NUESTRA FAMILIA LOS HIJOS TOMAN LAS DESICIONES.....( )
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 DESICIONES.....( )
18. EN NUESTRA FAMILIA ES DIFÍCIL IDENTIFICAR QUIEN TIENE LA  
AUTORIDAD.....( )
19. LA UNION FAMILIAR EN MUY IMPORTANTE.....( )
20. ES DIFÍCIL DECIR QUIEN HACE LAS LABORES DEL HOGAR.....( )

CONTESTO LA FAMILIA.....

CALIFICACIÓN.....

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN  
PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA.**

MEXICO D. F. \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ 2000

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACION TITULADO FUNCIONALIDAD, DINAMICA Y MAPAS DE FAMILIAS CON NIÑOS DE INCAPACIDAD MOTORA DE ORIGEN CEREBRAL COMPARADOS CON NIÑOS SANOS.

REGISTRADO ANTE EL COMITE LOCAL DE INVESTIGACION MEDICA CON EL NUMERO \_\_\_\_\_ EL OBJETIVO DE ESTE ESTUDIO ES DEMOSTRAR QUE EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LAS FAMILIAS CON NIÑOS DE INCAPACIDAD MOTORA DE ORIGEN CEREBRAL EN CUANTO A SU DINAMICA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN COMPARACION CON LAS FAMILIAS CON HIJOS APARENTEMENTE SANOS.

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACION CONSISTIRA EN CONTESTAR CUESTIONARIOS DE OPCION MULTIPLE.

DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO AMPLIAMENTE SOBRE LOS POSIBLES RIESGOS, INCONVENIENTES, MOLESTIAS Y BENEFICIOS DERIVADOS DE MI PARTICIPACION EN EL ESTUDIO.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL SE HA COMPROMETIDO A DARMER INFORMACION OPORTUNA SOBRE CUALQUIER PROCEDIMIENTO ADECUADO QUE PUDIERA SER VENTAJOSO PARA MI TRATAMIENTO, ASI COMO A RESPONDER 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 INVESTIGACION O CON MI TRATAMIENTO.

ENTIENDO QUE CONSERVO EL DERECHO DE RETIRARME DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE CONVENIENTE, SIN QUE ELLO AFECTE LA ATENCION MEDICA QUE RECIBO DEL INSTITUTO.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL ME HA DADO SEGURIDADES DE QUE NO SE ME IDENTIFICARA EN LAS PRESTACIONES O PUBLICACIONES QUE DERIVEN DE ESTE ESTUDIO Y DE QUE LOS DATOS RELACIONADOS CON MI PRIVACIDAD SERAN MANEJADOS EN FORMA CONFIDENCIAL. TAMBIEN SE HA COMPROMETIDO A PROPORCIONARME LA INFORMACION ACTUALIZADA QUE SE OBTENGA DURANTE EL ESTUDIO, AUNQUE ESTA PUDIERA HACERME CAMBIAR DE PARECER RESPECTO A MI PERMANENCIA EN EL MISMO.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, MATRICULA DEL INVESTIGADOR