

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

4



INVALIDEZ POR ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA Y REPERCUSION SOBRE LA DINAMICA FAMILIAR.

TESIS PROFESIONAL

DE POSTGRADO EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTADO POR:

FRANCISCO AGUILAR HERNANDEZ  
ROBERTO CARRILLO MARTINEZ

2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

A mis padres:

Los seres más queridos, que con su cariño y comprensión, me han brindado apoyo y estímulo constante para realizar los grandes anhelos de mi vida.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A mi esposa:

Tu que eres el amor de mi vida  
y que siempre me impulsas en --  
mis exitos y alientas en mis --  
fracasos.

A mis hijos:

Con todo el amor de mi vida.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A mis hermanos :

Con quienes he compartido las penas y alegrías que la vida nos impone, y que siempre son fuente de cariño.

A mi novia :

Con amor y cariño para Geneveva, la mujer que es toda mi vida y que me alienta para su perarme cada día más, y lograr las metas fijadas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

"Enseñar es el arte de comprender y  
dirigir, es aprendizaje y estímulo  
es libertad y superación."

CON RESPETO Y ADMIRACION

AL C. DOCTOR:

EDGAR ARVEA ROJAS

Jefe Delegacional de Enseñanza e  
Investigación

Delegación Puebla-Tlaxcala

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

NUESTRO SINCERO AGRADECIMIENTO

AL DOCTOR:

FROYLAN ARIOSTO NINO AGUILAR

Quien dirigió esta tesis.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# I N D I C E

	PAGS.
1.- INTRODUCCION.	1
2.- ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA.	7
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	14
4.- MATERIAL Y METODO.	17
5.- CASOS CLINICOS.	20
6.- RESULTADOS.	40
7.- CONCLUSIONES.	49
8.- RESUMEN.	51
9.- BIBLIOGRAFIA.	52

## INTRODUCCION

Los padecimientos reumáticos han afectado a la humanidad desde los tiempos más remotos, actualmente son las enfermedades más frecuentes y las que mayor incapacidad causan, la especialidad que las estudia, la reumatología, es una de las más jóvenes y empiezan apenas a incluirse en los programas de algunas escuelas de medicina.

Hay constancia de su existencia en animales, desde épocas prehistóricas; posteriormente, se encuentran datos relativos a ellos, en documentos de las antiguas civilizaciones egipcia, griega y romana (un ejemplo es el papiro de Edwin Smith - en la cultura egipcia, 1,500 A.C., el cual menciona enfermedades identificadas como reumáticas) Así, en el curso de la historia, se observan múltiples referencias a estas enfermedades y se describen muy diversos remedios para tratar sus síntomas.

Las enfermedades reumáticas siempre han constituido un problema por su frecuencia, por el origen obscuro de muchas de ellas y por las dificultades que implica su tratamiento. Aún más, debido a la etiopatogenia de la mayor parte de ellas (procesos degenerativos o de hipersensibilidad), debido al aumento en la longevidad y al uso más difundido de diferentes sustancias tera-

péuticas, es de esperarse que, en el futuro, aumente su frecuencia.

Sólo en épocas recientes se han hecho estudios epidemiológicos de las enfermedades reumáticas. Debe hacerse notar que la problemática de estos estudios es diferente cuando se aplican a padecimientos agudos, infecciosos o nutricionales, que cuando se estudian enfermedades de naturaleza crónica.

La epidemiología científica se inició a mediados del siglo XIX (estudios de Holmes y Semmelweis sobre la propagación de la fiebre puerperal, en 1843) y hasta últimamente, se demostró que el mismo criterio podía aplicarse a enfermedades no epidémicas. Su empleo se ha enriquecido al incluir padecimientos de naturaleza no infecciosa como neoplasias, diabetes y, en nuestro caso, padecimientos reumáticos, lo cual ha dado como consecuencia tener que modificar, de acuerdo con Gordon, la definición de epidemiología ("ecología médica relativa a la salud y a las enfermedades, en lo que concierne a los grupos y a las comunidades humanas").

Esta disciplina, recién abierta, ha sido ya aprovechada por muchos estudios epidemiológicos sobre problemas reumáticos en general y con problemas específicos de determinadas enfermedades.

Debe subrayarse que, en México este campo está, prácticamente virgen; los estudios realizados son muy escasos y hasta recientemente, existe un interés organizado por analizar datos que permitan conocer la morbilidad y el aumento en la cantidad de casos (prevalencia e incidencia).

Actualmente, sólo se dispone de cifras de otros países y cuando se obtengan datos de nuestra población, seguramente habrá sorpresa en cuanto a su significado y a su trascendencia, especialmente para aquellas personas que hayan permanecido al margen del problema.

Para corroborar lo anterior, baste citar a Comroe de la Universidad de Pennsylvania, quien, en sus estudios, afirma que los padecimientos reumáticos son más frecuentes que la tuberculosis, la diabetes, los tumores malignos y las enfermedades del corazón juntos.

En 1961-1963, The United States National Health Interview Survey comunicó que 13 millones de norteamericanos tuvieron alguna forma de "artritis o reumatismo", cifra que en 1969, había aumentado a 20 millones.

Otros datos establecen que de ellos 380,000 serían inválidos totales y 2.286,000 inválidos parciales con capacidad de trabajo de cinco meses al año.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Un dato importante es que el 50 por ciento de los casos de invalidez ocurre en individuos de menos de 45 años.

Según las estadísticas de las compañías de seguros francesas, la morbilidad por reumatismo varía entre el seis y el 22 por ciento de la morbilidad total. En México en la clínica T-1 de Morelia, del Instituto Mexicano del Seguro Social, se encontró que de 2,445 consultas, las enfermedades reumáticas ocuparon el tercer lugar en cuanto a -motivo de la solicitud de atención, en pacientes -mayores de 16 años.

Al conocer cifras de prevalencia, incidencia y distribución geográfica, la pregunta lógica que viene a la mente es: ¿qué consecuencias tienen estos datos en el conglomerado humano y cómo afecta la existencia de este problema, las áreas afectiva, familiar, laboral, económica, de producción, etc.? ¿Es válido un esfuerzo tan considerable para conocer la problemática de las enfermedades reumáticas, en los terrenos mencionados y además, en el campo de la investigación?

Para quienes conocen y viven constantemente - el problema (reumatólogos e internistas), la respuesta es obviamente afirmativa y para el médico-general (familiar) deberá serlo conforme su experiencia lo interese, no sólo en los problemas de-

diagnostico y terapéutica, sino también en el área económica, de productividad, del ingreso familiar, de los riesgos profesionales y de la esfera emocional.

En el I.M.S.S., la principal causa de pensiones parciales permanentes son alteraciones del sistema músculo-esquelético, básicamente ocupado por los traumatismos y enfermedades reumáticas.

En 1967, en la población asegurada de Inglaterra, los problemas reumáticos generaron un millón de periodos de incapacidad, que a su vez ocasionaron 35 millones de días perdidos en el trabajo. Estas enfermedades ocuparon el segundo lugar entre las causas de ausentismo, sólo superadas por la bronquitis.

En E.U.A., la United States National Health Interview Survey indica que cada año, las enfermedades reumáticas causan 14 millones de días perdidos para el trabajo con un incremento anual de 17% (de 1961 a 1963); Una de las repercusiones más importantes es que el costo para la economía del país, sólo de la artritis, fué 3.5 billones en 1966 (en ésta cifra se incluyen pérdidas económicas, gastos médicos directos, costo de programas en beneficio de los artríticos y pago de beneficios a los pacientes.

En Francia, las enfermedades reumáticas ocasionan el 30 por ciento de la pérdida total de

trabajo por enfermedades y causan del 9 al 16 -- por ciento del total de casos de invalidez.

En Suecia, se estimó que, en 1948, las pérdidas ocasionadas por enfermedades reumáticas fueron de 14 millones de días de trabajo.

Para el médico que se enfrenta diariamente a éstos problemas, los datos citados pueden parecer insuficientes para transmitir, con apego a la verdad, la magnitud epidemiológica, social y económica de las enfermedades reumáticas. Para el interesado en salud pública, el juicio sincero lo llevará a considerar la urgencia de contar con programas que hagan conocer, con exactitud la prevalencia y la incidencia de los padecimientos reumáticos en el país.

También será importante tomar en conciencia de que la atención adecuada disminuirá la tragedia del enfermo reumático, paciente que, en la práctica diaria actual, se subestima. Estos pacientes tienen derecho, por lo menos, al adecuado tratamiento medicamentoso, quirúrgico y de rehabilitación.

Cuando esto sucede, según se ha demostrado en otros países (Suiza), el paciente reumático a siste más días y durante más tiempo a su trabajo, el cual realiza con más eficiencia disminuyendo las pérdidas de las empresas por concepto de incapacidades y pensiones tempranas.

## ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA

Definición.- Es una enfermedad degenerativa (no inflamatoria) de las articulaciones, que se caracteriza por deterioro y erosión del cartilago articular, aumento de la densidad ósea en los sitios de presión y formación de hueso nuevo en las márgenes articulares.

También se le denomina osteoartritis, artrosis y osteoartritis, artritis senil y artritis hipertrófica. La enfermedad articular degenerativa se presenta con igual frecuencia en todo el mundo sin distinción de razas. Su prevalencia, a juzgar por los cambios anatómicos y radiológicos aumenta paulatinamente con la edad a partir de los 30 años, hasta universalizarse en los ancianos. Sin embargo, desde el punto de vista clínico sólo el 5% de los individuos de 50 a 60 años de edad y del 15% (hombres) al 25% (mujeres) de los que la rebasan, muestran sintomatología.

En el servicio de Reumatología de un hospital general, ésta enfermedad ocupa el primer lugar en orden de frecuencia, ya que se le diagnostica en el 61.2% de los enfermos de primera consulta (Servicio de Reumatología, Centro Hospitalario 20 de Noviembre, Ciudad de México).

Las alteraciones son más frecuentes en las -



mujeres, lo que puede deberse a diversos factores. La edad promedio de los pacientes que buscan atención médica es de 60 años (mínima 40, máxima 80); con un tiempo promedio de evolución del padecimiento de 6.5 años (mínimo 2 meses, máximo 30 años). En la mitad de los casos se encuentra obesidad concomitante. Es una principal patología causante de invalidez permanente.

Cuadro clínico.- La sintomatología se inicia después de los 40 años, con artralgias de comienzo insidioso de leves a moderadas, localizadas en las articulaciones grandes y pequeñas, principalmente en las de "sostén" o "carga"; con o sin distribución simétrica y sin migración. Generalmente se presenta en el día, al inicio del ejercicio, mejora transitoriamente con el desarrollo del mismo para reaparecer al continuarse la actividad y finalmente desaparece durante el reposo nocturno. Los enfermos presentan rigidez articular fugaz (menos de 30 minutos) al iniciar cualquier movimiento después del descanso. El dolor articular cursa sin inflamación, salvo en aquellos casos que presentan sinovitis secundaria.

La evolución del padecimiento es crónica con lesión articular lentamente progresiva e irreversible, caracterizada por deformación y aumento de volumen de las articulaciones afectadas, pudiendo perturbar su función, aunque solo excepcionalm

cionalmente produce invalidez o anquilosis con atrofía muscular generalizada.

La ausencia de síntomas generales es característica de ésta enfermedad.

La exploración física mostrará datos tales - como hipertrofia articular, osteofitos, dolor y crepitación a la movilización activa y pasiva, limitación parcial de los arcos de movimiento, inestabilidad con desviaciones en los ejes de los segmentos y movilidad anormal; también pueden encontrarse esporádicamente, contractura de los músculos vecinos a las articulaciones.

Aún cuando cualquier articulación puede presentar manifestaciones clínicas y anatómicas de la enfermedad, las más frecuentemente afectadas son: Articulaciones interfalángicas distales 66% y proximales 43% de las manos, dando lugar respectivamente a los nódulos de Heberden y de Bouchard (proliferaciones óseas y cartilaginosas que deforman e hipertrofian los márgenes articulares). Estos nódulos son mucho más frecuentes en el sexo femenino (10:1) durante la etapa postmenopáusicas y muestran tendencia familiar. Pueden cursar sin dolor, pero más frecuentemente hay episodios dolorosos transitorios, en ocasiones con flogosis poco intensa que son favorecidos por actividades manuales o traumatismos.

Articulaciones trapeciometacarpiana (36%) y primera metacarpofalángica (11%). Primera articulación metatarsfalángica (49%); articulación de la rodilla (46%); articulación coxofemoral (36%) articulación escapulohumeral (35%); articulación de la columna vertebral y articulación temporo--maxilar (9%).

Las radiografías de las articulaciones afectadas muestran en grado variable:

- 1.- Disminución del espacio articular.
- 2.- Esclerosis ósea subcondral.
- 3.- Proliferaciones óseas marginales.
- 4.- Imágenes pseudoquísticas periarticulares.
- 5.- Descalcificación y osteoporosis senil.
- 6.- Subluxaciones o desviaciones de los segmentos óseos.

Tratamiento.-- No se dispone aún de tratamiento curativo para la osteoartrosis. Sin embargo, se obtienen resultados satisfactorios mediante la aplicación de un programa de manejo como el siguiente:

- 1.- Tranquilizar al paciente haciéndole una explicación sencilla del padecimiento, en la cual se haga énfasis en lo benigno de su evolución a largo plazo. Se le hace comprender que el ejercicio excesivo acelera la progresión de los cambios degenerativos y aceptará limitar su acti

vidad física cuando sea necesario.

2.- Evitar presiones anormales sobre las regiones afectadas por el proceso degenerativo mediante la adopción de una postura adecuada al estar de pie o sentado y el empleo de un colchón - que proporcione apoyo durante las horas de descanso.

3.- Hacerle saber que la alimentación no tiene influencia sobre la osteoartritis, excepto - cuando hay obesidad. El sobrepeso añade una carga extra a las articulaciones de sosten. En éstas circunstancias, la dieta de reducción llevada hasta alcanzar el peso ideal, ayuda a evitar la progresión de la lesión articular y a menudo mejoran los síntomas.

4.- Disminuir el dolor y la contractura muscular mediante calor local (húmedo o seco), para las rodillas o columna vertebral, el calor se - proporciona mejor con una lámpara de rayos infrarrojos.

5.- Conservar la movilidad articular y la fuerza muscular mediante ejercicio cotidiano. Para lo primero deben practicarse ejercicios de arco de movimiento y para lo segundo, ejercicios isométricos.

6.- Controlar los síntomas con ayuda de medicamentos, los cuales, como es sabido, modifican-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

poco el curso de la enfermedad:

- a).- Los salicilatos siguen siendo agentes terapéuticos de elección, tanto por su eficacia como por su bajo costo y su toxicidad reducida. Deben prescribirse dosis suficientes, (aproximadamente 3 gr. diarios) para obtener resultados satisfactorios.
- b).- La fenilbutazona es un antireumático potente, pero produce más efectos indeseables, algunos de ellos importantes (agranulocitosis, trombocitopenia), que deben tomarse en cuenta sobre todo si se usa durante periodos - prolongados.
- c).- La indometacina es eficaz, particularmente cuando hay dolor en la articulación coxofemoral. Por desgracia sus efectos colaterales (cefalea, mareo, irritación gástrica) - pueden limitar su uso.
- d).- Los antiinflamatorios de más reciente aparición (ácido flufenámico, ácido nulfúmico, - ibuprofén y ketoprofén), también pueden emplearse.
- e).- No se ha demostrado que la administración - parenteral de extracto de cartílago y médula ósea, ni la oral de análogos de prolina, modifiquen el curso de la enfermedad.
- f).- Los corticoesteroides NO están indicados en

la osteoartrosis, excepto en aplicación intraarticular. Sin embargo, ésta no debe repetirse frecuentemente debido al riesgo de infección ó destrucción articular.

7.- En los últimos años, los avances de la cirugía ortopédica cambiaron radicalmente el pronóstico de las lesiones degenerativas avanzadas que no responden al tratamiento médico.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El motivo para la realización del presente -- trabajo de investigación es con la finalidad de -- demostrar que la invalidez provocada por la enfer-- medad articular degenerativa, es capaz de condi-- cionar alteraciones en la dinámica familiar. + Ya que la mayoría de los autores se han limitado a -- investigar ésta entidad patológica, pero únicamen-- te desde el punto de vista de alteraciones orgáni-- cas y a nivel individual.

Por lo que éste estudio se realizará en 10 fa-- milias tomadas al azar, que contengan un miembro-- inválido por la enfermedad articular degenerativa. Con una edad límite superior a 60 años y límite -- inferior a 40 años, del sexo masculino, casados , integrantes de una familia nuclear o extensa y -- con un número de miembros entre 3 y 10 por fami-- lia, en un periodo de 6 meses.

A dichas familias se les realizará un estudio médico integral y estudio de dinámica familiar y se investigarán las soluciones intentadas por la familia.

+Presuponiendo que las alteraciones que se van a encontrar en la dinámica familiar, creemos po-- der vislumbrar las siguientes funciones alteradas.

**Funciones Familiares:**

Como sabemos se encuentran en éste capítulo --

la socialización, afecto, cuidado, status y sexualidad.

En relación a esto vamos a encontrar principalmente amenazas afectivas, tales como conflictos frecuentes, ansiedad y depresión crónica, no comunicación, sentimiento de soledad por falta de apoyo emocional, desatención y rechazo. También vamos a observar que éstas amenazas afectivas van a estar íntimamente relacionadas con las amenazas instrumentales, dentro de éstas se encuentra básicamente el ingreso económico bajo y la enfermedad crónica del jefe de familia. Y por esta serie de acontecimientos vamos a encontrar también alteraciones de la sexualidad, donde el paciente se va a sentir incapacitado para realizar dicha función, y esto debido a sus malformaciones o rigidez de las articulaciones afectadas, aunado al rechazo por parte de la cónyuge.

#### Roles familiares:

En cuanto a éstos roles familiares, la principal alteración que se cree encontrar es la invasión de los límites, ya que el padre que ocupaba el rol de trabajador, se va a ver incapacitado para ejercer dicha función. Por lo que el hijo mayor o en su defecto la esposa, tienen que asumir ese cargo. A su vez tales familias pueden destruirse por divorcio o deserción, o pueden desinte--

grarse porque son económicamente insolventes.

**Subsistemas familiares:**

Dentro de éstos subsistemas familiares lo que presuponemos encontrar son principalmente alteraciones del subsistema conyugal, donde vamos a observar amenazas afectivas (conflictos frecuentes, sentimiento de soledad, etc.), relacionadas claro a las amenazas instrumentales (ingreso económico-bajo) que es la principal alteración en éstas familias.

En cuanto a los subsistemas parental y fraternal también van a estar completamente distorcionados, ya que es una familia socialmente desviada y no integradas a la comunidad, son cuna de disconformidad entre padres e hijos, y frecuentemente -- los hijos se vuelven delincuentes. Además son -- fuente de neurosis para los integrantes de la familia.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MATERIAL Y METODO

Se hace un estudio sobre la invalidez por enfermedad articular degenerativa y las repercusiones de éste padecimiento en la dinámica familiar, en la U.M.F. # 2 y el H.R.E.. Para ésto se tomó una muestra seleccionada de 50 familias, con la presencia de un miembro invalido por el padecimiento crónico referido; De éste grupo de 50 familias se tomaron 10, cuya problemática familiar resultaba evidente y se siguieron por un periodo de tiempo de 6 meses.

## M E T O D O

La metodología se basó en la entrevista clínica directa al paciente y a su familia, utilizando como instrumentos: La historia clínica, la tarjeta de registro familiar y el estudio sobre dinámica familiar.

Las visitas domiciliarias fueron espontaneas, en número de 3 a 4 visitas por familia, todas fueron llevadas a cabo de Junio a Noviembre de 1980.

Dentro de la historia clínica y la tarjeta de registro familiar se hizo énfasis en los siguientes puntos:

- a). Edad, entre 40 y 60 años.
- b). Sexo masculino.
- c). Ocupación anterior obrero.

- d). Estado civil casados.
- e). Escolaridad.
- f). Integrantes de una familia nuclear o extensa.
- g). Tipo de vivienda.
- h). Número de miembros por familia entre 3-10.
- i). Con ingreso familiar mensual de \$3000-5000.
- j). Cuadro clínico y.
- k). Localización de la E.A.D.

Por último dentro de los estudios de dinámica familiar se tomaron en cuenta principalmente los siguientes parámetros:

- a). Amenazas afectivas.
- b). Amenazas instrumentales.
- c). Patrones de comunicación. y
- d). Medidas de solución intentadas por la familia

Entendiéndose como Amenazas Afectivas a aquellas que involucran y amenazan los aspectos emocionales de la vida familiar. Ejemplos de amenazas afectivas son: El niño está trastornado o perturbado; Una interacción en marcha está perturbada o distorsionada.

Las amenazas instrumentales: Son aquellas -- que surgen en los aspectos "mecánicos" de la vida, tales como económico, físicos, de salud, etc.. - Ejemplos de amenazas instrumentales son: El padre está fuera, sin trabajo o el niño está crónicamente enfermo.

Comunicación.- Es el medio a través del cual se relacionan las personas. A través de investigación de patrones y procesos de las interacciones comunicativas de los miembros de la familia, esperamos ser capaces de descubrir más hechos acerca de la forma en que se relacionan uno con el otro.

Comunicación Afectiva.- Es aquella en la cual el mensaje transmitido es de naturaleza principalmente afectiva.

Comunicación Instrumental.- Es aquella en la cual el mensaje transmitido es de naturaleza primariamente instrumental. Este tipo de mensaje está relacionado a la mecánica de obtener cosas hechas, tales como las tareas corrientes regulares de la vida familiar.

El patrón de comunicación de cada una de éstas es además dividido en las siguientes variables dicotomizadas.

Clara vs enmascarada.

Directa vs desplazada.

El mensaje claro.- Es uno que es obvio y sin disfras.

El mensaje enmascarado.- Es uno disfrazado y confuso.

Otra variable es la Directa - Desplazada y se refiere al individuo hacia quien es dirigido el mensaje.

FAMILIA PEREZ ARAGON.

CASO # 1.

Se trata de masculino de 56 años de edad, integrante de una familia nuclear en fase de independencia, compuesta por nueve miembros, con predominio del rol esposa-madre, con un ingreso familiar mensual de \$4,800.00 y per capita de \$533.33. El jefe de familia trabajaba como obrero en una fábrica textil, actualmente pensionado. Casado por lo civil e iglesia y con escolaridad de primaria incompleta.

La vivienda es propia y consta de una recámara, cocina y baño, en malas condiciones de higiene y ventilación, hacinamiento de 9 x 1. Alimentación inadecuada en cantidad, calidad y manejo higiénico, principalmente a base de carbohidratos.

El paciente refiere un cuadro de varios años de evolución, caracterizado por dolor en región dorsolumbar, que disminuía con el ejercicio o al realizar sus labores, y que ha evolucionado en forma progresiva hasta llegar a su estado actual, en el cual ya no es posible laborar por su incapacidad funcional.

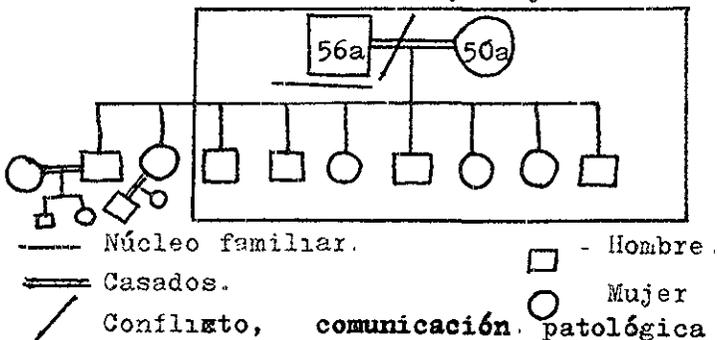
En la dinámica familiar, encontramos alterados los subsistemas familiares, dentro de éstos principalmente el subsistema conyugal, donde se observan amenazas afectivas (conflictos frecuentes, ansiedad y depresión crónica, sentimiento de sole-

dad por falta de apoyo emocional, desatención y rechazo); Basicamente están relacionadas con las amenazas instrumentales (principalmente el ingreso económico bajo y la enfermedad crónica del jefe de familia); Así tambien alteración de la comunicación afectiva que es principalmente del tipo clara y directa por parte de la esposa hacia el paciente.

En el subsistema parental tambien encontramos amenazas afectivas, especificamente por pérdida del respeto de los hijos mayores hacia el padre.

Otro factor importante son los roles familiares, en éste caso encontramos basicamente transposición de roles; ya que el hijo mayor toma el roll de trabajador y de jefe de familia.

En cuanto a las medidas de solución intentadas -- por el núcleo familiar, están orientadas principalmente a solucionar las amenazas instrumentales (ingreso económico bajo), apoyandose fundamentalmente en el accionar del hijo mayor.



FAMILIA RODRIGUEZ MENDEZ

CASO # 2

Se trata de masculino de 50 años de edad, integrante de una familia nuclear en fase de expansión, compuesta de 4 miembros, desintegrada por insuficiencia en socialización, afecto y status, con predominio de roll esposa colaboradora, con un ingreso familiar mensual de \$ 4,500.00 y un per cápita de \$ 1,125.00. El jefe de familia es pensionado por invalidez que le provocó la E.A.D. la esposa trabaja como obrera en una fábrica textil. La escolaridad en los cónyuges no rebasa la primaria, en los hijos también no rebasa la primaria.

La vivienda es alquilada, tipo vecindad, cuenta con dos cuartos, 2x2, escusado público. La patología más frecuente que se encuentra en esta familia es la del sistema músculo-esquelético; ya que el jefe de familia sufre desde hace 4-5 años de dolor en las articulaciones de las rodillas, que ha significado un sin-número de consultas con su médico familiar y medicina del trabajo, hasta que le dieron su pensión por invalidez.

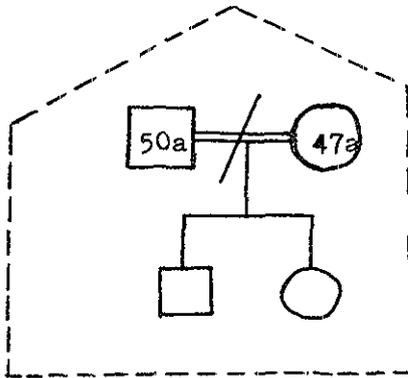
En cuanto a la dinámica familiar, las principales alteraciones que encontramos mediante el interrogatorio y visitas domiciliarias en el seno familiar son amenazas afectivas (aislamiento del paciente inválido, tanto de la familia, como de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

la sociedad, así como también problemas en las relaciones sexuales, consistiendo en el rechazo por parte de la esposa.

Siendo la principal alteración las amenazas instrumentales (en el ingreso económico, el cual se encuentra disminuído y no se solventan las necesidades familiares.

Las medidas de solución tomadas por la familia es la de solucionar las amenazas instrumentales, tomando el cargo de jefe de familia la esposa.



----- Núcleo familiar.

□ Hombre.

○ Mujer.

== Casados.

/ Conflicto, comunicación. patológica

FAMILIA ALARCON AGUIRRE

CASO # 3

Se trata de paciente masculino de 45 años de edad, integrante de una familia extensa en fase de dispersión, compuesta por 8 miembros, con predominio de rol esposa colaboradora, con un ingreso familiar mensual de \$ 5,000.00 y per cápita de \$ 625.00. Casados por lo civil y la iglesia, con escolaridad primaria incompleta en los cónyuges.

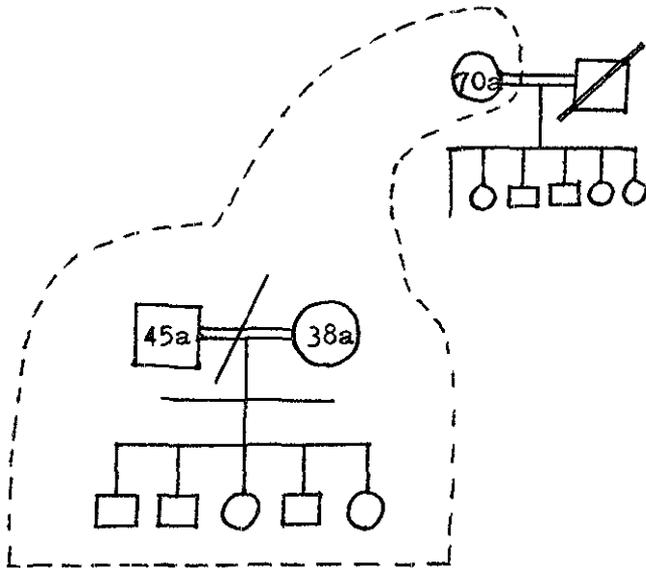
La vivienda es alquilada, que consta de 2 recámaras, baño y cocina, con hacinamiento de 4xl, con deficientes hábitos de higiene y ventilación-inadecuada de la habitación. Alimentación deficiente en calidad y cantidad.

El paciente cursa con enfermedad articular de generativa sintomática desde hace 3 años, que ha sido tratada a base de analgésicos y fisioterapia - sin mejoría del cuadro de dolor lumbar que se ha exacerbado actualmente hasta la invalidez.

En relación a la dinámica familiar las alteraciones que se encuentran principalmente son las amenazas afectivas (en la que observamos aislamiento del paciente, falta de arreglo tanto físico-como de vestimenta en el paciente, rechazo por parte de la esposa para efectuar las relaciones sexuales); en las amenazas instrumentales se encuentran disminución del aporte económico.

Las medidas de solución tomadas por los inte-

grantes de la familia es la de solventar las amenazas afectivas, trabajando la esposa, lavando ropa ajena y el hijo mayor de 17 años trabaja como ayudante de mecánico en un taller automotriz, para satisfacer parcialmente las necesidades básicas.



----- Núcleo familiar.

□ Hombre.

○ Mujer.

| Conflicto, comunicación. patológica

/// Muerte.

FAMILIA RUIZ ALVAREZ

CASO # 4

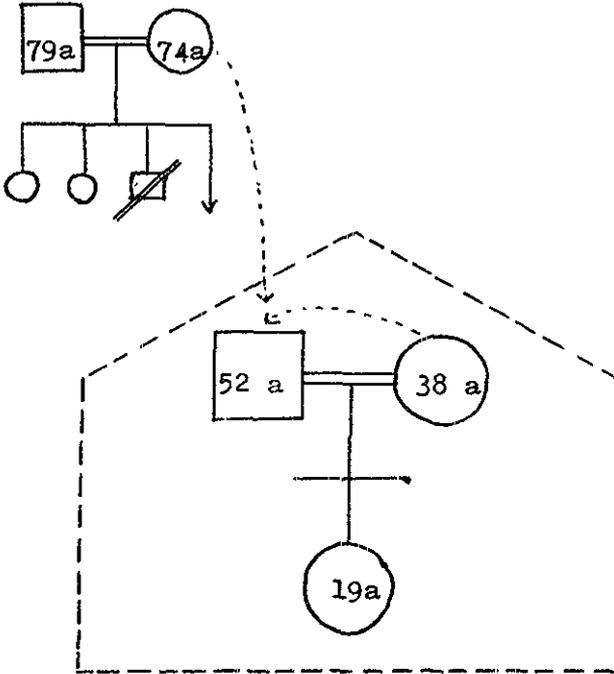
Se trata de masculino de 52 años de edad, integrante de una familia nuclear en fase de independencia, compuesta por 3 miembros, con predominio de rol esposa colaboradora, con un ingreso familiar mensual de \$ 5,000.00 y per cápita de \$ 1,666.66. Laboraba como estibador en una fábrica de pinturas, casado por ~~lo~~ civil y la iglesia, con escolaridad primaria incompleta en ambos cónyuges.

La vivienda es propia, tipo departamento, con dos recámaras, sala, cocina y baño, donde habitan 2x1, en buenas condiciones de higiene. Alimentación regular en cantidad y calidad.

Paciente que cursa con enfermedad articular degenerativa de varios años de evolución, que lo han llevado a la invalidez.

Y en relación a la dinámica familiar únicamente encontramos alteradas las amenazas afectivas (traducidas en sobreprotección del paciente, así como la transposición de roles). Las soluciones intentadas en la familia es únicamente para solventar las amenazas instrumentales (economía) que no se encuentra fuertemente alterada; mediante un pequeño negocio de abarrotes.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



----- Núcleo familiar.

□ Hombre.

○ Mujer.

| Conflicto, comunicación. patológica

----- Sobreprotección.

/// Muerte.

## FAMILIA GUTIERREZ HERNANDEZ CASO # 5

Se trata de masculino de 58 años de edad, integrante de una familia extensa, en fase de independencia, compuesta por 7 miembros, con predominio de rol esposa madre, con un ingreso familiar mensual de \$ 4,600.00 y per cápita de \$ 657.14. - El jefe de familia trabajaba anteriormente como obrero en una fábrica de hilados y tejidos, casado por la iglesia y lo civil, con escolaridad secundaria incompleta en el jefe de familia y primaria incompleta en la cónyugue.

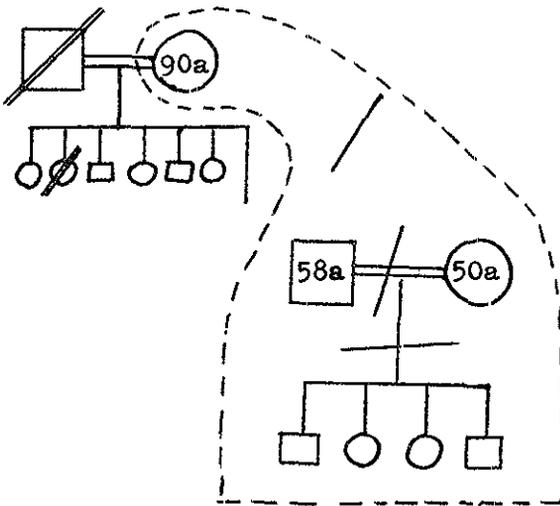
La vivienda es alquilada, tipo vecindad, con dos recámaras, cocina y baño, en la cual habitan 3.5xl, en malas condiciones de ventilación e higiene.

El paciente se queja desde hace 5 años de dolor en las articulaciones de las rodillas y en la región lumbar, motivo por el cual ocasionó múltiples consultas en el servicio de Medicina del Trabajo, donde posteriormente lo pensionaron por invalidez.

En relación a la dinámica familiar encontramos alteraciones en las amenazas afectivas (rechazo del paciente por parte de la cónyugue y los hijos, ya que lo consideran una carga para la familia y por lo mismo tratan de aislarlo, se encu-

entra desaliñado al paciente, en el subsistema pa-  
rental hay invasión de roles.

Principalmente va a estar alteradas las amena-  
zas instrumentales (por disminución del aporte e-  
económico) Dicho problema lo soluciona la familia  
tomando el roll de trabajador el hijo mayor, que-  
trabaja como obrero en una fábrica de plásticos.



-----Núcleo familiar.

□ Hombre.

○ Mujer.

/ Conflicto, comunicación.

// Muerte.

FAMILIA RODRIGUEZ LARA CASO # 6

Se trata de masculino de 57 años de edad, integrante de una familia extensa, en fase de independencia, compuesta por 10 miembros, con predominio de roll esposa madre, con un ingreso familiar mensual de \$ 3,600.00 y per cápita de \$ 360.00 - El jefe de familia trabajaba como mecánico en una fábrica de laminación, pero debido a sus dolores articulares, por el tipo de trabajo realizado, ya que se arrodilla con frecuencia, es incapaz para doblar las rodillas por el intenso dolor, motivo por el cual se le dió pensión por invalidez.

Casado por lo civil y la iglesia, con escolaridad primaria incompleta. La vivienda es alquilada, tipo vecindad, cuenta con dos cuartos, cocina el baño es colectivo; se encuentra hacinamiento - de 5xl, en deficientes condiciones de higiene y ventilación. Alimentación pobre en aporte protéico y calórico, así como su manejo higiénico.

El paciente refiere que por su tipo de trabajo se arrodillaba con frecuencia, presentando como consecuencia dolor en ambas rodillas, de 7 años de evolución, causando múltiples consultas a nivel de Medicina Familiar.

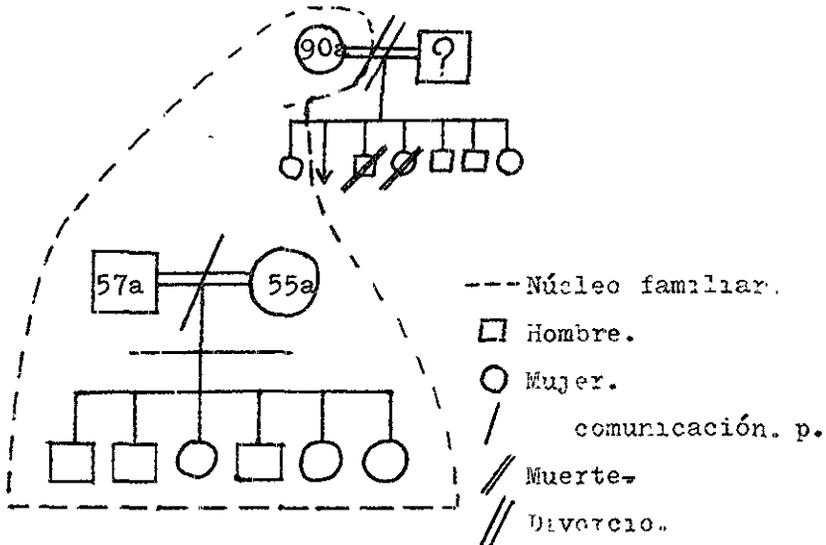
En relación a la dinámica familiar la principal alteración en cuanto a las amenazas instrumentales ( es el status, por lo extenso de la fami -

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

lia, ya que no alcanza el ingreso mensual, siguiéndo de la transposición de roles, ocupando el rol de trabajador dos de los hijos mayores, en un trabajo no muy remunerado debido a su escolaridad que no rebasa la primaria.

En cuanto a las amenazas afectivas en el subsistema conyugal (múltiples discusiones entre los cónyuges, las relaciones sexuales no son llevadas a cabo en forma satisfactoria por la incapacidad del paciente). En los patrones de comunicación (no hay comunicación adecuada en el subsistema conyugal).

Las medidas de solución tomadas por la familia, están encaminadas fundamentalmente a resolver sus problemas económicos.



## FAMILIA LOPEZ SALDANA CASO # 7

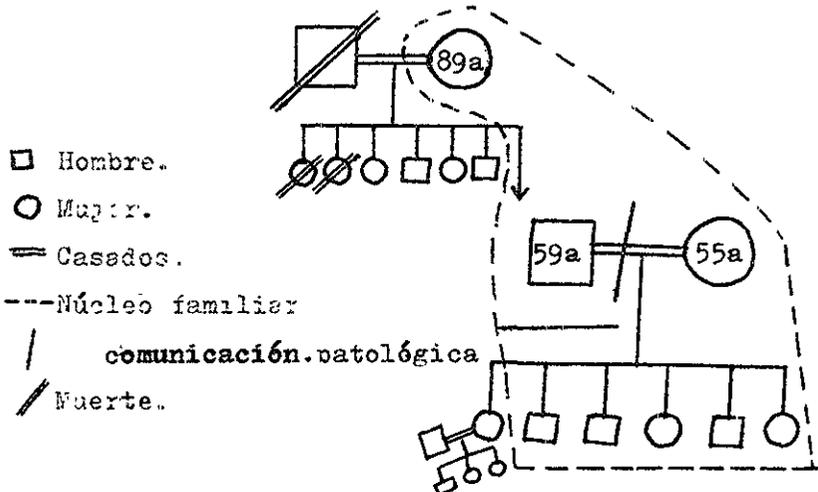
Se trata de masculino de 59 años de edad, integrante de una familia extensa en fase de independencia, compuesta por 8 miembros, con predominio de roll esposa madre y con un ingreso familiar mensual de \$ 5,000.00 y per cápita de \$ 625.00. El jefe de familia trabajaba como obrero en la Volkswagen de México, donde se encargaba de gargar las piezas de las unidades.

Casados por lo civil y la iglesia, con escolaridad primaria incompleta. La vivienda es propia, sola, con un sólo cuarto para dormir, o sea hacinamiento de 8xl, y otro cuarto que lo ocupan para la cocina, fecalismo al aire libre. Alimentación-deficiente en calidad y cantidad, con patología de hipoalimentación y mal manejo de los alimentos. El paciente refiere que al efectuar su trabajo, que consiste en cargar piezas de los coches, sufrió una caída, golpéandose en la región dorsolumbar, presentando posteriormente dolor intenso en dicho lugar, acudiendo con su médico familiar, el cual le indicó una Rx de columna, en la cual se encontró cambios degenerativos en la columna lumbar. Dándole tratamiento específico, sin mejoría del dolor; el cual se fué intensificando en forma severa, hasta hacerse insoportable y al mismo tiempo incapacitante para realizar su trabajo coti-

diano. Provocando a nivel de la consulta del médico familiar y medicina del trabajo, un sin fin de consultas e incapacidades.

Por lo que fué valorado en forma conjunta médicos y fisiatras, llegando a la conclusión de - darle su pensión por invalidez.

Por lo que respecta a la dinámica familiar, - los aspectos más afectados son las amenazas afectivas (ya que el paciente no es bien atendido por parte de la esposa, en cuanto a la higiene de su ropa, aislamiento del paciente). Y las amenazas - instrumentales (básicamente disminución del ingreso económico). Invasión de límites, por asumir el roll de jefe de familia por los hijos. Las medidas de solución tomadas por la familia, están muy mal llevadas por las discusiones entre los hijos, por asumir el cargo de jefe de familia.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

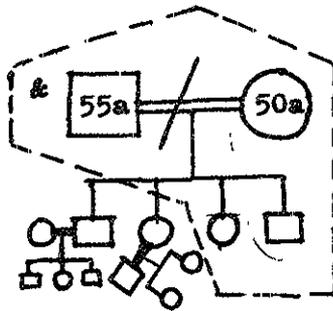
## FAMILIA COLOMBRÉS GARCIA CASO # 8

Se trata de masculino de 55 años de edad, integrante de una familia nuclear, en fase de independencia, compuesta por 4 miembros, con predominio de rol esposa colaboradora, con un ingreso familiar mensual de \$ 4,800.00 y per cápita de \$ 1,200.00. El jefe de familia trabajaba como obrero en IBISA, hace 8 años se le realizó el diagnóstico de artropatía degenerativa; en su inicio presentaba artralgiás de rodillas y región lumbar, que ha evolucionado hasta la deformación de las extremidades pélvicas, lo que motivó su invalidez.

Casado por lo civil y la iglesia, con escolaridad nula, la vivienda es alquilada, tipo vecindad, con una recámara, cocina y baño colectivo, se encuentra hacinamiento de 4xl y en pésimas condiciones de higiene. Alimentación insuficiente en calidad y cantidad. Alcoholismo ++ en el jefe de familia.

Refiere el paciente que su trabajo consistía en cargar objetos pesados, motivo por el cual inicia su padecimiento con artralgiás de ambas rodillas y lumbalgia de evolución progresiva y aunado a su obesidad, lo cual lo llevaron a la deformidad de las extremidades pélvicas y posteriormente a su invalidez.

En relación a la dinámica familiar, la principal alteración es el cambio de roles, de los cuales la madre ha adquirido el rol de jefe de familia y la hija de rol de madre, ya que se encarga de las labores del hogar. Por otra parte hay alteraciones en las amenazas afectivas (el paciente se siente inútil para el grupo familiar, y ha optado por ingerir bebidas alcohólicas, por lo hay rechazo por parte de la esposa y riñas frecuentes. Las medidas de solución intentadas por la familia es de llevar mejor las amenazas afectivas, para que el paciente no se sienta inútil, darle comprensión, además de tratar de solventar su situación económica, la cual es baja.



----- Núcleo familiar.

□ Hombre.

○ Mujer.

— Matrimonio.

& Alcohólico

/ Conflicto, comunicación. patológica

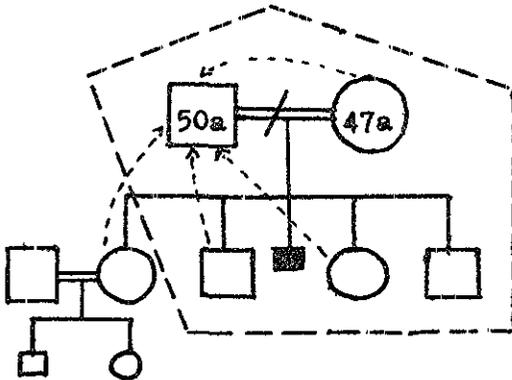
## FAMILIA CHAVEZ ORTEGA CASO # 9

Se trata de masculino de 50 años de edad, integrante de una familia nuclear, en fase de independencia, compuesta por 5 miembros, con predominio de rol esposa colaboradora, con un ingreso familiar mensual de \$ 5,000.00 y per cápita de \$ 1,250.00. El jefe de familia trabajaba como obrero en la Volkswagen de México, donde su trabajo consistía en ensamblar varias piezas de la unidad, en el cual presentó varios traumatismos, siendo el último una caída, golpeándose en la articulación de la cadera del lado derecho, a partir de entonces ha presentado dolor de mediana intensidad, que ha ido aumentando en forma progresiva, motivo por el cual ha recibido múltiples tratamientos a base de analgésicos y antiinflamatorios, sin mejoría de sus síntomas, posteriormente valorado por Ortopedia, el cual realizó el diagnóstico de Artropatía Degenerativa. Al final fué valorado por Medicina del Trabajo, el cual dictaminó su pensión por invalidez. Casados por lo civil y la iglesia, con escolaridad de secundaria incompleta. La vivienda es alquilada, tipo departamento, que cuenta con 2 recámaras, cocina, sala y baño. Donde habitan 2 personas por cuarto. En regulares condiciones de higiene y ventilación. Alimentación suficiente en cantidad y deficiente en-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

calidad. En relación a la dinámica familiar, aquí encontramos una familia aglutinada, ya que sobreprotegen al padre. En las amenazas instrumentales el aporte económico va a estar estable, ya que la esposa trabaja y aporta lo suficiente para el sustento de la familia.

En cuanto a las medidas de solución intentadas han sido encaminadas a la sobreprotección del paciente, así como también a no descuidar su ingreso familiar, trabajando en éste caso la esposa



-----Núcleo familiar.

□ Hombre.

○ Mujer.

====Matrimonio.

-----Sobreprotección.

/ Conflicto, comunicación. patológica

■ Aborto.

## FAMILIA SANCHEZ HERNANDEZ CASO # 10

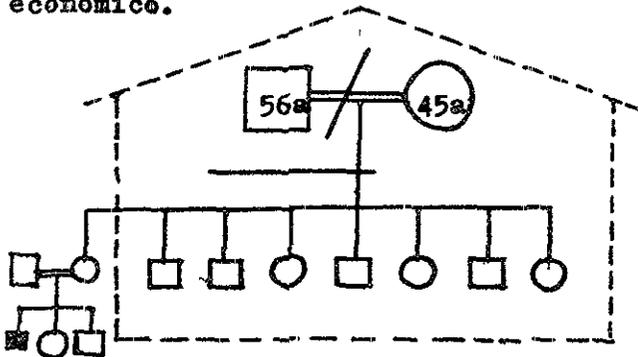
Se trata de masculino de 56 años de edad, integrante de una familia nuclear, en fase de independencia, compuesta por 9 miembros, con predominio del rol esposa colaboradora, con un ingreso familiar mensual de \$ 4,500.00 y per cápita de \$ 500.00. El jefe de familia trabajaba como obrero textil. Casado por lo civil y la iglesia y con escolaridad de primaria incompleta. La vivienda es alquilada, tipo vecindad, y cuenta con 2 recámaras, cocina y baño colectivo, se encuentra hacinamiento de 4.5x1 y en deficientes condiciones de higiene y ventilación. Alimentación suficiente en cantidad y deficiente en calidad.

Al jefe de familia se le hizo el diagnóstico de enfermedad articular degenerativa desde los 48 años de edad. Refiere que el trabajaba en una fábrica textil, donde su trabajo consistía en traer y cambiar madejas de hilo y por lo tanto había que estar en constante movimiento; comenzó a presentar dolor principalmente en región lumbar y ocasionalmente de ambas rodillas, el dolor fué aumentando en forma progresiva hasta llegar al estado de invalidez por limitación de su función física, motivo por el cual fué pensionado.

En cuanto a la dinámica familiar la principal alteración son las amenazas instrumentales (por -

disminución en el aporte económico y por lo numerosa de la familia). En las amenazas afectivas al paciente lo señalan como un ser inútil, como una carga, discusiones frecuentes y provocando en la esposa estados de neuresis. Así como también los hijos le pierden el respeto al padre, donde le hacen ver como la causa de la limitación de su educación.

En relación a las medidas de solución intentadas por la familia, son básicamente a solventar las amenazas instrumentales en cuanto al aporte económico.



-----Núcleo familiar.

□ Hombre.

○ Mujer.

— Matrimonio.

/ Conflicto, comunicación patológica

■ Aborto.

## RESULTADOS

Después de haber analizado éstos 10 casos de familia, los resultados que obtuvimos fueron los siguientes:

En primer lugar la edad en la que con mayor frecuencia encontramos invalidez por Enfermedad Articular Degenerativa y que también es reportada por varios autores, se encontró posterior a la 5a década de la vida, tal como se resumen en la figura # 1.

En relación a los síntomas y signos más frecuentemente observados en los pacientes, fueron principalmente el dolor en un 100%, incapacidad funcional en un 100%, deformidad de la articulación afectada 50%, e hipotrofia muscular en un 30%, como se observa en la figura # 2.

En cuanto a la localización de la Enfermedad Articular Degenerativa, nos encontramos con la siguiente frecuencia: Columna vertebral (región lumbar) 7 casos (70%); articulación de la rodilla 2-casos (20%); y articulación de la cadera 1 caso (10%); sin embargo en éste estudio, encontramos 3 casos con afectación de columna vertebral y articulación de las rodillas; cifras que concuerdan con otros autores, figura # 3.

Otro factor de igual importancia es el tipo -

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

de familia en los cuales predominó la familia nuclear en un 60%; el ingreso mensual familiar el cual se encontró entre \$ 4,000.00 y \$ 5,000.00 en un 90%; el tipo de vivienda más frecuentemente encontrado en nuestros pacientes, fué el tipo vecindad en un 50%.

El grado de escolaridad encontrado como predominante, fué la primaria incompleta en un 80%, figuras 4,5, 6.

Ahora bien, en cuanto a la dinámica familiar, pudimos comprobar que la invalidez ocasionada por la Enfermedad Articular Degenerativa, es capaz de condicionar alteraciones en la Dinámica Familiar, y los resultados observados fueron los siguientes:

Dentro de las amenazas afectivas, en relación a los subsistemas, encontramos básicamente alterado el subsistema conyugal, donde lo más frecuentemente observado fueron discusiones o conflictos, ansiedad y depresión crónica, sentimiento de soledad por falta de apoyo emocional, desatención y rechazo por parte de la esposa, aislamiento del paciente. En el subsistema parental observamos desatención, ignorancia y rechazo por parte de los hijos.

Sólo en dos casos observamos familias aglutinadas, donde hay sobreprotección para el paciente

En las amenazas instrumentales se encontraron en todos los casos, en mayor o menor cuantía, ingreso económico familiar bajo, ya que en todas - fué insuficiente para satisfacer sus necesidades fundamentales.

Los patrones de comunicación que se pudieron observar, sobre todo en el subsistema conyugal, - fué predominantemente comunicación cerrada (acusando).

Dentro del subsistema parental se encuentra rechazo de los hijos hacia el padre, así como falta de respeto.

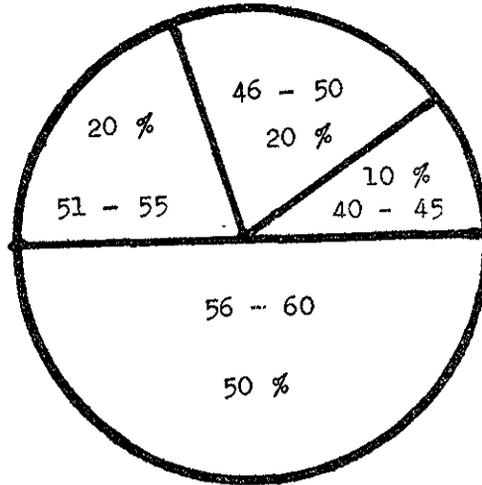
En cuanto a las relaciones sexuales, como pudimos observar, son inadecuadas e insatisfechas, pero éste quizá, sea debido a varios factores tales como: La edad de los cónyuges, la limitación de su función física, así también a los múltiples problemas familiares provocados por el padecimiento. Aunque en un 20% de éste estudio, encontramos que la esposa tiene conciencia del padecimiento, y por lo mismo comprende la situación, haciendo más grata su convivencia.

Por lo que respecta a los roles familiares, sólo encontramos transposiciones de los mismos, - que como es lógico suponer debido a que el jefe de familia se encuentra inválido, por lo tanto el rol de jefe de familia, es tomado muy comúnmente

por la esposa, aunque en algunos casos es tomado por el hijo mayor.

Y en ocasiones el roll de madre es llevado a cabo por una de las hijas.

Por último, también pudimos observar que donde se presentaron el mayor número de problemas, ó que éstos eran más importantes, así también donde era más difícil encontrar solución a ellos, fué - en familias numerosas, donde su escolaridad es baja y el ingreso familiar es insuficiente.



G.de Edad	Casos	%
40 - 45 años	1	10
46 - 50 años	2	20
51 - 55 años	2	20
56 - 60 años	5	50
T O T A L	10	100%

Distribución de porcentajes invalidos por E.A.D., según grupo de edad y porcentaje observado.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

SIGNOS Y SINTOMAS	No. de CASOS	%
DOLOR	10	100%
INCAPACIDAD FUNCIONAL	10	100%
DEFORMIDAD DE LA ARTICU LACION AFECTADA	5	50%
HIPOTROFIA MUSCULAR	3	30%

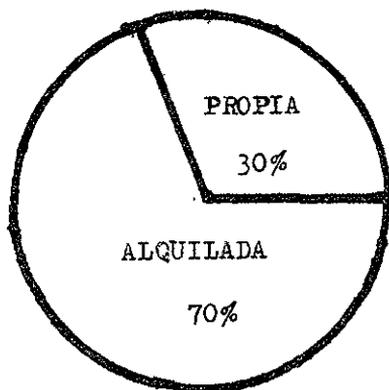
Este cuadro nos muestra los signos y síntomas más frecuentemente observados en los 10-pacientes estudiados.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ARTICULACIONES AFECTADAS	No. de CASOS	%
COLUMNA VERTEBRAL.	7	70%
RODILLAS	2	20%
CADERA	1	10%
M I X T A S	3	30%

Este cuadro nos muestra la localización de la enfermedad articular degenerativa por orden de frecuencia, que fueron observadas en los pacientes del presente estudio.

47



TIPO DE VIVIENDA	No. de casos	%
DEPARTAMENTO	3	30%
CASA SOLA	2	20%
VECINDAD	5	50%
T O T A L	10	100%

Estas dos figuras nos muestran el tipo de vivienda más común que utilizan nuestros pacientes; Así como su distribución en relación a su propiedad o renta.

GRADO DE ESCOLARIDAD                      CASOS                      %

ANALFABETA	1	10%
PRIMARIA INCOMPLETA	8	80%
PRIMARIA COMPLETA		
SECUNDARIA INCOMPLETA	1	10%
SECUNDARIA COMPLETA		
TOTAL	10	100%

Este cuadro nos muestra la escolaridad que presentaban los pacientes estudiados.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Al término del presente estudio efectuado en 10 familias tomadas, tanto de la consulta externa de Reumatología, así como de la U.M.F. No. 2, nosotros concluimos lo siguiente:

Que la invalidez provocada por la Enfermedad Articular Degenerativa, es capaz de ocasionar alteraciones en la Dinámica Familiar, hecho que se logró comprobar mediante las visitas domiciliarias y estudios sobre dinámica familiar.

Así, podemos mencionar que la Enfermedad Articular Degenerativa se encuentra con mayor frecuencia en la 5a. década de la vida, predominando en los signos y síntomas el dolor en un 100%, incapacidad funcional en un 100%, deformidad de la articulación afectada en un 50%, e hipotrofia muscular en un 30%.

En cuanto al sitio de la localización de dicha patología, nos encontramos que predominó la columna vertebral (región lumbar) en 7 casos (70%).

Dentro de los patrones de inclusión, las amenazas afectivas, en relación a los subsistemas, se encontró básicamente alterado el subsistema conyugal, donde lo más frecuentemente observado fueron discusiones o conflictos, ansiedad y depre

ES LA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

sión crónica, sentimiento de soledad por falta de apoyo emocional, desatención y rechazo por parte de la esposa, aislamiento del paciente. En el subsistema parental observamos desatención, ignorancia y rechazo por parte de los hijos.

Sólo en dos casos observamos familias aglutinadas, donde hay sobreprotección para el paciente

En las amenazas instrumentales se encontraron en todos los casos, en mayor o menor cuantía, ingreso económico familiar bajo, ya que en todas - fué insuficiente para satisfacer sus necesidades fundamentales.

Los patrones de comunicación que se pudieron observar, sobre todo en el subsistema conyugal, - fué predominantemente comunicación cerrada (acusando).

Dentro del subsistema parental se encuentra - rechazo de los hijos hacia el padre, así como falta de respeto.

En cuanto a las relaciones sexuales, como pudimos observar, son inadecuadas e insatisfechas, - pero éste quizá, sea debido a varios factores tales como: La edad de los conyugues, la limitación de su función física, así también a los múltiples problemas familiares provocados por el padecimiento. Aunque en un 20% de éste estudio, encontramos que la esposa tiene conciencia del padecimiento, - y por lo mismo comprende la situación, haciendo - más grata su convivencia.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Por lo que respecta a los rolles familiares, sólo encontramos transposiciones de los mismos, - que como es lógico suponer debido a que el jefe - de familia se encuentra inválido, por lo tanto el roll de jefe de familia, es tomado muy comúnmente por la esposa, aunque en algunos casos es tomado por el hijo mayor.

Y en ocasiones el roll de madre es llevado a cabo por una de las hijas.

Por último, también pudimos observar que donde se presentaron el mayor número de problemas, 6 que éstos eran más importantes, así también donde era más difícil encontrar solución a ellos, fué - en familias numerosas, donde su escolaridad es baja y el ingreso familiar es insuficiente.

#### R E S U M E N

Se hace un estudio retrospectivo de 10 familias, conteniendo un miembro invalido por E.A.D., para observar si existen alteraciones en la dinámica familiar; En un periodo de 6 meses. Encontrando alterados principalmente: Las funciones familiares, los subsistemas familiares (conyugal y parental) y los roles familiares. Dichas alteraciones se clasificaron como: Amenazas afectivas, amenazas instrumentales y patrones de comunicación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Por lo que respecta a los rolles familiares, - sólo encontramos transposiciones de los mismos, - que como es lógico suponer debido a que el jefe - de familia se encuentra inválido, por lo tanto el roll de jefe de familia, es tomado muy comúnmente por la esposa, aunque en algunos casos es tomado por el hijo mayor.

Y en ocasiones el roll de madre es llevado a cabo por una de las hijas.

Por último, también pudimos observar que donde se presentaron el mayor número de problemas, 6 que éstos eran más importantes, así también donde era más difícil encontrar solución a ellos, fué - en familias numerosas, donde su escolaridad es ba ja y el ingreso familiar es insuficiente.

#### R E S U M E N

Se hace un estudio retrospectivo de 10 fami-- lias, conteniendo un miembro invalido por E.A.D., para observar si existen alteraciones en la diná-- mica familiar; En un periodo de 6 meses. Encuan-- do alterados principalmente: Las funciones fami-- liares, los subsistemas familiares (conyugal y pa-- rental) y los roles familiares. Dichas alteracio-- nes se clasificaron como: Amenazas afectivas, ame-- nazas instrumentales y patrones de comunicación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## B I B L I O G R A F I A

- 1.- Mc. Anne Chamberlain. Jean Buchanan. The arthritis in an urban enviroment. Annals of - the Rheumatic Diseases. Pags. 51-56. 1979.
- 2.- Elizabeth M.Badley & Phillip H.N.Wood. Attitudes of the public to arthritis. Annals of the Rheumatic Diseases. 38: 97-100, 1979.
- 3.- P.R. Sendar. Líquido sinovial, cobre y variables relacionadas en artritis reumatoidey degenerativa. Annals of the Rheumatic diseases. 37: 71-72, 1978.
- 4.- Lowell W.Gerson and James K.Skipper. La influencia de los factores sociales en las expectativas del dolor asociado a osteoartritis. Scandinavian Journal of Rheumatology. - 4 : 139 - 143, 1975.
- 5.- James O.Carpenter. Changing roles and disagreement in families with disabled husbands. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 55 : 272 - 274, 1974.
- 6.- V.L.Roberts, A.J.Kelly. Osteoarthritis. Revista de investigación clínica. 14 : 23 1977.
- 7.- Bravo P.Chicharro E. Osteotomía metafisiaria tibial en el tratamiento de la enfermedad articular de rodilla de tipo degenerativo. Revista del Hospital General. 38: 315, 1975.
- 8.- Badia Jorge. Osteoarthritis. Actualidades Médicas. 8 : 2, Pags. 43 - 49, 1976.
- 9.- Satterwhite B.B. Impact of chronic illness - on child and family. Rev. Int. J. Rehabilitation. 1 : 7 - 17, 1978.
- 10.-Greenfield S; Solomon NE., Davies-Avery a. - Development of outcome criteria and standars to assess the quality of care for patients - with osteoarthritis. J.Chronic Dis. 31 : 6-7 1978.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 11.-Boyd R.V., Woodman JA. The jekyll and hyde - syndrome. Lancet. Septiembre. 1978.
- 12.-Joseph J. Biundo and Weiss E.Thomas. Enfermedades reumáticas I. Diagnostico diferencial. Reumatologia y Ortopedia. Año 1, No. 8.
- 13.-Joseph J. Biundo and Weiss E.Thomas. Enfermedades reumáticas II. Aspectos terapéuticos.- Reumatologia y Ortopedia. Año 1, No. 8.
- 14.-Enfermedad Articular Degenerativa. Anuario - de Actualización en Medicina. Reumatologia.- Pags. 207 - 210, 1978.
- 15.-Robles Gil Javier. Enfermedad Articular Degenerativa. Monografía Médica Merrell. 1977.
- 16.-Mintz Gregorio. Estudio clínico y diagnostico diferencial del paciente reumático. Revis ta Facultad de Medicina Méx., 30 : 1979.
- 17.-Pancheri, Teodori, Aparo. Pscyological as---pects of rheumatoid arthritis vis a vis os- teoarthrosis. Scand. J. Rheumatology. Vol. 7 Pags. 42 - 48, 1978.
- 18.-Soren Anderson. The epidemiology of primary-osteoarthrosis of the knee in greenland. -- Scand J. Rheumatology. 7 : 109-112, 1978.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN