

11226

149

2 ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE  
POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARIA DE SALUD  
UNIDAD ACADÉMICA

C.S. "José Castro Villagrana"

COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON  
SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina general familiar  
presenta:

DR. SEBASTIAN PATRICIO PETRIZ HERRERA

MÉXICO, D.F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

256577

1998



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

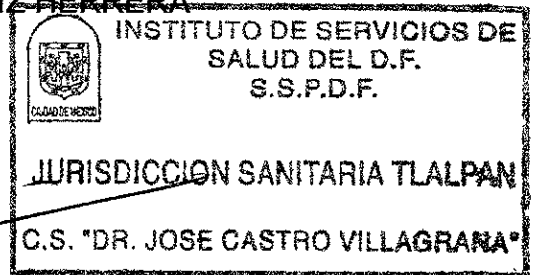
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

Trabajo para obtener el diploma de especialista en Medicina General Familiar

Presenta:

DR. SEBASTIAN PATRICIO PETRIZ HERRERA



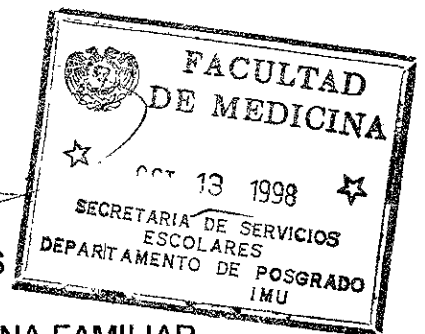
DR. EDUARDO GONZÁLEZ QUINTANILLA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
C.S. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA

A large, stylized handwritten signature in black ink.

DR. PEDRO DORANTES BARRIOS

PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
UNAM,  
ASESOR DE TESIS



COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON  
SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA


EN

MEDICINA GENERAL FAMILIAR

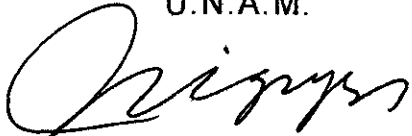
PRESENTA:

DR. SEBASTIAN PATRICIO PETRIZ HERRERA

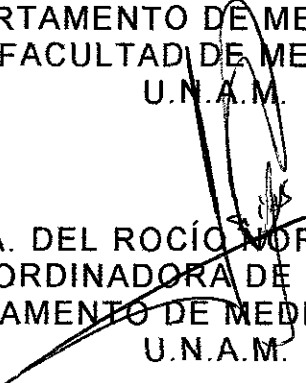
AUTORIZACIONES



~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA~~  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



DRA. MA. DEL ROCÍO NORIEGA GARIBAY  
COORDINADORA DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.

# INDICE

	Pág.
MARCO TEÓRICO.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	29
JUSTIFICACIÓN .....	30
OBJETIVOS .....	34
METODOLOGÍA.....	35
RESULTADOS .....	38
DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS .....	51
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .....	54
CONCLUSIONES .....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	59
ANEXOS	

## MARCO TEÓRICO

Se conoce como enfermedad vascular cerebral a todos los trastornos que dañan un área del cerebro en forma permanente o transitoria a causa de isquemia cerebral o hemorragia (cerebral o subaracnoidea) y en los cuales uno o más vasos sanguíneos cerebrales presentan una alteración primaria por algún proceso patológico. <sup>(1)</sup>

La enfermedad vascular cerebral se puede presentar como isquemia o hemorragia. La isquemia proviene de una disminución total del aporte sanguíneo cerebral (isquemia global o difusa, o parcial, isquemia focal). El daño puede ser funcional, en el que sólo se altera el metabolismo neuronal sin llegar a la destrucción, como en el caso de accidentes isquémicos transitorios, aunque lo más frecuente es que la lesión tisular llegue al infarto cerebral.

La hemorragia es la presencia de sangre en el parénquima cerebral (hemorragia cerebral) o en el espacio subaracnoideo (hemorragia subaracnoidea); existe la posibilidad de que se presenten juntas o con hemorragia hacia el sistema ventricular. Del total de accidentes cerebrovasculares, del 80 al 90% son infartos cerebrales y del 10 al 15% son casos de hemorragia cerebral subaracnoidea.

Para el estudio de la enfermedad cerebrovascular es necesario definir varios conceptos, de acuerdo con la OMS. <sup>(2) (3)</sup>

**Evento vascular cerebral:** es un síndrome clínico focal de instalación rápida provocado por un infarto o hemorragia cerebral. Hay alteración funcional cerebral de 24 horas, por lo menos, y el origen es vascular.

**Ataque isquémico transitorio:** son episodios breves caracterizados por una alteración focal de la función cerebral a causa de isquemia. Sus características son las siguientes: la localización es acorde con el territorio vascular afectado, su duración es menor de 24 horas, casi siempre entre 2 y 15 minutos. El inicio de la sintomatología es rápido y se puede presentar en forma repetida.

**Infarto cerebral (isquémico):** Es provocado por el cierre súbito de una arteria cerebral y con menor frecuencia, por la disminución del flujo sanguíneo distal secundaria a una estenosis arterial importante. El origen la estenosis u oclusión es una enfermedad de grandes vasos, enfermedad cardioembólica o alteraciones hematológicas.

El infarto isquémico se divide en infarto pálido provocado por la presencia de un trombo o alguna oclusión persistente que impide la perfusión en la zona del infarto. En el infarto rojo (hemorrágico) se concentran eritrocitos a nivel del tejido necrótico y en algunos casos es suficiente para obtener una imagen en la tomografía o por resonancia magnética.

Los subtipos de los diferentes acontecimientos vasculares cerebrales, sean isquémicos o hemorrágicos, se determinan según las características clínicas, el territorio vascular, el tamaño y etiología del daño. Con base en estas características se establecen los diversos tipos de infarto cerebral. Los grupos aceptados son los siguientes: <sup>(2)</sup>

1. Enfermedad de grandes vasos (aterosclerosis)
2. Cardioembolia
3. Enfermedad de vasos pequeños (lagunas)
4. Otra etiología
5. Causa indeterminada

Para identificar el tipo de infarto es necesario realizar una serie de estudios, a saber: una exploración clínica neurológica, tomografía computarizada o imagen por resonancia magnética, un ecocardiograma, Doppler transcraneal, arteriografía (en los casos necesarios), pruebas múltiples de coagulación, además de analizar los diversos factores de riesgo que pudieran estar relacionados con la enfermedad cerebrovascular.

**Enfermedad de los grandes vasos:** La aterosclerosis es una enfermedad de las arterias de mediano calibre, se caracteriza por una combinación variable de cambios en la capa íntima vascular. Estos cambios consisten en la acumulación localizada de lípidos complejos de carbohidratos, productos sanguíneos, tejido fibroso y depósito de calcio.

Las estrías lipídicas, a nivel de la íntima, evolucionan y desarrollan placas ateromatosas. Estas se caracterizan por un estrechamiento de la íntima y forman un centro cubierto por una placa fibrosa caracterizada por células inflamatorias y células musculares alteradas. Con el tiempo, la placa ateromatosa puede calcificarse a nivel de la parte fibrosa, ante lo cual, la pared arterial pierde elasticidad. Pueden sobrevenir complicaciones, tales como la formación de un trombo y origen de un émbolo, ulceración de la placa, hemorragia y oclusión del vaso. <sup>(4)</sup>

Las lesiones ateroscleróticas se encuentran en la bifurcación y curvatura de las arterias de mediano calibre, son la causa principal de infarto isquémico y se presentan con más frecuencia en la arterias extracraneales. En general, existen diversos factores de riesgo que influyen en la patogenia de la aterosclerosis. Estos factores son la edad, la hipertensión, la diabetes, la hipercolesterolemia, el tabaquismo, la obesidad, la enfermedad coronaria y la presencia de infarto del miocardio <sup>(5)</sup>. La aterosclerosis y sus diversas lesiones a nivel de las arterias intracraneales y extracraneales se puede identificar por medio de estudios como Doppler del cuello y Doppler transcraneal.

**Cardioembolia.** El infarto de origen cardioembólico se debe a la oclusión de una arteria intracraneal por un émbolo secundario a un trastorno cardíaco específico, tal como la presencia de un trombo o tumor intracardíaco, estenosis mitral reumática, protesis de la válvula mitral o aórtica, endocarditis, fibrilación auricular, síndrome del seno enfermo, aneurisma del ventrículo izquierdo o acinesia después de un infarto al miocardio, infarto agudo del miocardio, hipocinesia cardíaca global o discinesia, siempre en ausencia de otras causas. Del 25 al 30% de todos los infartos isquémicos son secundarios a la fibrilación auricular, en los jóvenes es del 23 al 36%. En la fibrilación auricular crónica no reumática, se deben tomar en cuenta múltiples factores de riesgo, como la edad, el sexo y la hipertensión.

El material embólico de origen cardíaco es muy diverso e incluye trombos rojos con plaquetas y fibrina, u otros con eritrocitos y glóbulos blancos, fragmentos de vegetaciones valvulares, partículas calcificadas, material fibromixomatoso y células de tumores cardíacos (mixomas). <sup>(1)</sup>



El diagnóstico de un infarto cerebral de origen cardioembólico está caracterizado por: <sup>(2)</sup>

1. Episodio súbito
2. Ausencia de ataques isquémicos transitorios en el mismo territorio vascular
3. Características neurológicas de infarto, tanto superficiales como profundas
4. Evidencia de infartos previos en otros territorios arteriales
5. Examen neurológico anormal
6. Ausencia de una fuente arterial de embolia u otra causa de infarto

Los hallazgos de laboratorio incluyen:

1. La presencia de un infarto cerebral o hemorrágico en el territorio arterial cortical en la tomografía o imagen por resonancia magnética.
2. La presencia de una causa de embolia en estudios específicos cardíacos.
3. Oclusión de ramas arteriales, el Doppler transcraneal, la resonancia magnética o la angiografía descartan el origen embólico proximal en la arteria extracraneal.

**Enfermedad en los vasos pequeños:** Un infarto en el territorio de las arterias perforantes profundas suele ocurrir en pacientes con hipertensión y diabetes, sin la presencia de otro factor etiológico. <sup>(6)</sup>

Los infartos lacunares son profundos (subcorticales) y afectan ganglios basales, cápsula interna, tálamo y tallo encefálico. Su diámetro máximo es de 15 mm y su volumen de 0.2 a 15 mm<sup>3</sup>, cuando el diámetro del infarto es de más de 15 mm, se conocen infartos lacunares grandes. Estas lesiones se presentan más frecuentemente en el territorio de las arterias perforantes, sobre todo las ramas lenticuloestriadas de la arteria cerebral media. Otros territorios afectados son el sistema carotídeo, las arterias estriadas anteriores, la coroidea anterior, las perforantes directas del sífon carotídeo y las ramas talamogenuculadas y talamoperforantes. <sup>(3)</sup>

**Otras causas:** Los vasos sanguíneos cerebrales pueden dañarse por enfermedades sistémicas inflamatorias, traumatismos o

radiación. Estas causas pueden presentarse a cualquier edad. Su incidencia es de 6 a 15%. Entre las afecciones más comunes se encuentran: <sup>(2)</sup>

**Dissección arterial:** Se diagnostica en 10 a 20% de los pacientes con infarto cerebral sin otra causa identificable; en la mayoría de las ocasiones, el factor desencadenante es un traumatismo, en especial la lesión cervical; otras no presentan explicación, la dissección carotídea representa el 2.5% y causa dolor del mismo lado ocular, facial, cervical, síndrome de Horner y en ocasiones, parálisis de nervios craneales, sobre todo del hipogloso.

**Displasia fibromuscular:** Es una enfermedad rara que afecta arterias de pequeño y mediano calibre, se presenta a cualquier edad y es más frecuente en el sexo femenino; se desconoce la causa. La arteria que se ve afectada con más frecuencia es la carótida interna en su porción cervical, y en raras ocasiones las arterias vertebrales.

**Trombosis venosa cerebral:** Las técnicas actuales de imagen como la tomografía computarizada y la resonancia magnética hacen posible su detección sin recurrir a medios invasivos. El cuadro clínico es muy variable, pero existe una combinación de síndrome no focal e hipertensión intracraneal; cuando existen signos focales, es por las consecuencias patológicas en el parénquima cerebral. Los pacientes con trombosis venosa cerebral tienden a presentar trombosis intravascular generalizada, de tal manera que la manifestación inicial es una trombosis arterial o venosa. La incidencia es del 9% en pacientes jóvenes. <sup>(3)</sup>

**Enfermedad vascular inflamatoria:** Se trata de una alteración inflamatoria en la pared de las arterias o venas que se manifiesta en forma aguda o subaguda. La inflamación produce proliferación celular, necrosis y fibrosis, lo que ocasiona estenosis de la luz vascular y trombosis; luego se desarrollan émbolos o aneurismas, dissección y al final el vaso sanguíneo se rompe. Su principal complicación es el infarto cerebral, aunque también hay que mencionar la hemorragia y la trombosis venosa. Muchos procesos patológicos originan la inflamación vascular, como la arteritis de células gigantes, la enfermedad de Takayasu, el lupus eritematoso sistémico, la vasculitis sistémica, la enfermedad reumatoide, el Síndrome de Sjögren, la enfermedad de Behcet, la sarcoidosis o angitis aislada del sistema nervioso central. <sup>(2)</sup>

**Enfermedades hematológicas:** Se presentan con relativa frecuencia, aunque son muy pocas las que ocasionan infarto, ya que sólo el 5% de los infartos isquémicos se deben a estas causas. Entre las que deben considerarse se encuentran las policitemias, las trombocitemias, las leucemias, la hipercoagulabilidad, como en la deficiencia de proteínas S, C y antitrobina III, la anemia, la paraproteinemia y, en la coagulación intravascular diseminada.

Otras causas diversas son: el embarazo, la migraña (antecedentes de migraña y presencia de infarto durante uno de los ataques). El abuso de drogas (cocaína, LSD, heroína) produce tanto hemorragias como infartos de tipo isquémico, sobre todo en pacientes jóvenes. Entre los medicamentos que originan enfermedad cerebrovascular se encuentran los simpatomiméticos como la efedrina y la finilpropanolamina, los cuales se acompañan más a menudo de hemorragias. (7)

**Causa indeterminada:** El diagnóstico de infarto cerebral de causa desconocida (infarto criptogénico) se establece después de realizar el estudio del paciente, en el cual no fue posible identificar algunas de las causas ya mencionadas. Este problema se presenta en el 10 al 30% de los pacientes jóvenes (menores de 40 años) con infarto cerebral.

**Diagnóstico.** El estudio de un paciente que presenta un accidente vascular cerebral puede dividirse en dos partes: primero, la investigación clínica y los diversos métodos diagnósticos que ayudan a identificar la causa, en segundo lugar están los estudios de imagen cerebral, que son la clave para detectar el infarto. El estudio más importante hoy en día es la tomografía cerebral por computadora, la cual se complementa con la imagen por resonancia magnética. Las investigaciones para establecer la causa del accidente vascular cerebral también incluyen estudios capaces de definir la anatomía y patología vasculares, de evaluar el corazón como una fuente embolígena, de detectar los diversos factores de riesgo y de revisar los diversos parámetros de coagulación. La identificación de la causa más probable del infarto es la clave para un mejor análisis y la aplicación del mejor tratamiento.

Las investigaciones deben considerarse según el paciente del que se trate; cuando la causa no es muy frecuente, el estudio se vuelve más extenso. En el grupo de adultos jóvenes y niños la

valoración debe realizarse con más detalle. En ocasiones, cuando la evaluación se vuelve más extensa, la causa del infarto se hace más oscura.

Se utilizan tanto los estudios invasivos como la angiografía convencional y la sustracción digital para identificar la presencia de patología arterial a nivel extracraneal o intracraneal. También los estudios no invasivos como el Doppler intra o extracraneal son una parte importante del estudio del paciente. En los pacientes menores de 40 años es importante la investigación básica y estudios adicionales como el ecocardiograma torácico y transesofágico. <sup>(7)(3)(1)</sup>

**Hemorragia cerebral.** La hemorragia cerebral proviene de una rotura de los vasos sanguíneos dentro de la cavidad craneal. La hemorragia cerebral se clasifica de acuerdo con su localización (extradural, subdural, subaracnoidea, intracerebral e intraventricular) la cual depende de la naturaleza del vaso sanguíneo que se dañó (arterial, capilar, venoso), además de que es necesario identificar el origen primario o secundario. <sup>(1)</sup>

**Hemorragia intracerebral.** Representa el 10 al 15% de todos los accidentes vasculares cerebrales y se caracteriza por la presencia de sangre en el parénquima proveniente de la rotura de las arterias profundas. La hipertensión es el factor de riesgo más importante (60%), porque produce una lesión a nivel de la pared vascular (arteriolas) y por consiguiente el desarrollo de microaneurismas, además de lipohialinosis. Los factores que contribuyen a lo anterior son la edad, la cronicidad y la gravedad de la hipertensión. En los pacientes no hipertensos que presentan una hemorragia lobar se observa la presencia de una angiopatía amiloide, la cual muestra un incremento importante con la edad. <sup>(6)</sup>

Las malformaciones vasculares son lesiones congénitas que provienen de una anomalía en el desarrollo fetal. Cada una tiene diferentes características clínicas y anatómicas. Las malformaciones arteriovenosas, son las fuentes hemorrágicas más frecuentes, las cuales pueden localizarse en cualquier región del sistema nervioso central, sin predilección alguna por un sitio especial. El 80% de estas malformaciones se encuentran en regiones supratentoriales y el 20% de ellas se localizan en zonas más profundas. Otra malformación vascular son los hemangiomas cavernosos, los angiomas venosos y la telangiectasia capilar, la cual es la formación más benigna suelen

ser hallazgos de las necropsias. Todas estas malformaciones se asocian con la hemorragia intracerebral y la subaracnoidea, pero con diferente frecuencia.

Los aneurismas saculares se encuentran a nivel de la bifurcación en el polígono de Willis, sin embargo, el sitio más frecuente de hemorragia por esta causa es el espacio subaracnoideo. Aun así, entre el 30 y 40% de las hemorragias secundarias a aneurismas son intracerebrales. La rotura del aneurisma se relaciona con el incremento de la presión sanguínea, provocada casi siempre por un esfuerzo físico. Existen otros tipos de aneurismas relacionados con la hemorragia intracerebral, se trata de los aneurismas micóticos, asociados tanto a infecciones bacterianas como a hongos; entre los más frecuentes se encuentran los que dependen de endocarditis bacteriana.<sup>(7)</sup> <sup>(3)</sup> Los hematomas suelen presentarse en las regiones superficiales y son de gran tamaño y la lesión que producen es siempre única.

Otras causas menos frecuentes son los tumores que se reconocen en 2 a 10% de los casos. Este tipo de diagnóstico es muy importante, ya que de él depende la evolución y tratamiento del paciente. El abuso de drogas también está relacionado con hemorragia, en ausencia de otro factor de riesgo. Entre estas sustancias están las anfetaminas y la cocaína, que producen vasculitis y aumento de la presión sanguínea, otra causa de hemorragia intracerebral es el consumo de alcohol que ocasiona coagulopatía e hipertensión.<sup>(1)</sup>

La localización más frecuente de la hemorragia intracerebral es a nivel de los ganglios basales, los lóbulos, el cerebelo y el tálamo. Estos sitios están rodeados por pequeñas arterias perforantes, en las cuales se observa la gravedad de una arteriopatía hipertensiva más a menudo que en los vasos corticales de tamaño similar. Es frecuente que las hemorragias en los ganglios basales se extiendan a nivel de la cápsula interna y en ocasiones existe una hemorragia intraventricular y subaracnoidea parcial en el 13% de los pacientes; la extensión intraventricular puede ser fatal. Las manifestaciones clínicas son acordes con la localización del hematoma y se caracterizan por vómito y un déficit sensoriomotriz focal que se desarrolla en un lapso de minutos a horas. El diagnóstico y la localización se confirman de inmediato con la tomografía por computadora.<sup>(3)</sup>

**Hemorragia subaracnoidea.** Ocurre cuando la sangre se localiza al nivel de las membranas aracnoideas y el líquido cefalorraquídeo. La causa más frecuente es la rotura de un aneurisma, en ocasiones es secundaria a malformaciones vasculares, aunque en casi el 50% de los casos no se identifica la causa. Representa el 3 al 8% de las hemorragias cerebrales. El 15 al 20% de las hemorragias subaracnoideas espontáneas no tienen un origen claro. La incidencia se incrementa con la edad, en las mujeres es más frecuente, siendo el origen más común la presencia de un aneurisma sacular; en otros casos el origen es secundario a una malformación arteriovenosa. La distribución principal de los aneurismas es a nivel de las bifurcaciones de las arterias del polígono de Willis. Los sitios más frecuentes son las uniones de la arteria comunicante posterior con la carótida interna, de la comunicante anterior con la cerebral anterior y, sobre todo, en el nacimiento de la arteria cerebral media a partir de la carótida interna.  
(2)

Los síntomas y signos pueden incluir cefalea de inicio súbito, vómito, alteraciones de la conciencia y coma; además es frecuente que no se presenten signos de focalización.

**Secuelas.** Los pacientes presentan diversas deformidades, casi siempre producidas por contracturas generadas por los desequilibrios musculares. Según la gravedad del daño neurológico, las secuelas que pueden presentarse son:

1. Pérdida del control voluntario de los músculos de un hemicuerpo (derecho o izquierdo) que afecta las extremidades inferiores y superiores, con parálisis espástica.
2. Dolor en la articulación del hombro y en la mano de lado afectado a consecuencia de la inmovilidad
3. Contracturas musculares en el lado afectado
4. Limitación de la movilidad articular de las extremidades del lado afectado
5. Deformidades en los pies, rodillas, codos y manos, ocasionadas principalmente por la espasticidad muscular.
6. Déficit o imposibilidad para el desarrollo de actividades de cuidado personal o de deambulación
7. Cuando el accidente cerebral afecta el lado dominante, pueden haber alteraciones del lenguaje (afasia) <sup>(8)</sup>

Durante un examen clínico, se debe valorar la movilidad articular, el control voluntario de las extremidades afectadas, así como la presencia de espasticidad, dolor, alteraciones del lenguaje y deformidades.

### Manejo de secuelas

SECUELA	TRATAMIENTO
Pérdida del control voluntario	Reeducación muscular
Dolor en articulaciones	Aplicación de calor y administración de antiinflamatorios no esteroideos
Contracturas	Estiramientos
Limitación de la movilidad articular	Movilización articular
Deformidades	Remisión a un nivel superior para su valoración y tratamiento
Déficit en las actividades de cuidado personal	Entrenamiento en actividades cotidianas
Problemas de lenguaje	Referencia a un nivel superior para su valoración y manejo

La causa de la incapacidad motora de los pacientes que presentan lesiones del sistema nervioso central, obedece principalmente a la liberación de la inhibición normal ejercida por los centros superiores del sistema nervioso central. El sistema nervioso central es el órgano coordinador de los estímulos sensoriales que llegan por las vías aferentes y que producen respuestas motoras acordes con los requerimientos del ambiente. Los músculos están agrupados en patrones de acción coordinados, en los que algunos se contraen, otros se mantienen fijos en su posición y otros se relajan.

La mayoría de los movimientos voluntarios son automáticos y ocurren al margen de la conciencia, que rige el ajuste postural de las diversas partes del cuerpo que acompañan a esos movimientos. Para el mantenimiento de la postura y del equilibrio, el sistema nervioso

central utiliza los centros de integración inferiores, en los que se localizan los patrones de coordinación filogenética y ontogenéticamente más antiguos. Estos centros se encuentran en el tallo cerebral, en el cerebelo, en el mesencéfalo y en los ganglios basales. <sup>(9)</sup>

La liberación de respuestas motoras integradas en estos centros motores, al desaparecer la inhibición de los centros superiores, en especial la de la corteza, conduce a una actividad refleja postural anormal, la que en los pacientes que sufren daño del SNC conduce a una coordinación anormal de la acción muscular, y no a parálisis de los músculos. Las modalidades liberadas anormales de la postura son típicas y estereotipadas e implican a todos los músculos de las partes afectadas. Estas modalidades son las principales responsables del cuadro típico de las posturas y movimiento del paciente. <sup>(10)</sup>

## **TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS Y LA FAMILIA**

La Medicina Familiar es una disciplina que capacita al médico para brindar atención médica primaria, continua e integral al individuo y a la familia de éste.

El Médico de Familia es aquel que:

1. Sirve como médico de primer contacto para el paciente y le proporciona a éste un medio de entrada al sistema de cuidado de la salud.
2. Evalúa las necesidades de salud total del paciente, presta cuidados médicos personales en uno o más campos de la medicina y refiere al paciente, cuando se requiere, a los recursos apropiados de cuidado de la salud, al mismo tiempo que preserva para sí la continuidad de dichos cuidados.
3. Asume la responsabilidad de la atención continua e integral del paciente y actúa como coordinador del equipo que proporciona a éste servicios de salud.
4. Acepta la responsabilidad del cuidado total del paciente dentro de su contexto ambiental, incluidas la comunidad y la familia o unidad social similar. <sup>(11)</sup>



La continuidad del cuidado ha sido identificada desde el principio como un elemento crucial en la práctica de la Medicina Familiar. No sólo es una cuestión de duración, sino de continuidad. La continuidad en la práctica es una responsabilidad inquebrantable de estar disponible para cualquier problema de salud, hasta el final, sin importar el curso que pudiera seguir.

**Atención integral.** Una vez que el médico familiar está disponible para atender cualquier problema de salud, el cuidado provisto debe ser integral. Éste comprende también la aplicación de medidas preventivas, curativas y rehabilitadoras, según del problema el paciente.

**Estudio de la familia.** Como el médico familiar atiende a pacientes de ambos sexos y de cualquier edad, de hecho, atiende a sistemas familiares, lo que constituye una ventaja en el diagnóstico y manejo de los casos. La familia es una unidad de atención.<sup>(12)</sup>

Habilidades que pueden ser consideradas como específicas de la Medicina Familiar: <sup>(13)</sup>

1. Manejo de problemas indeferenciados en el contexto de una relación continua y personal con los individuos y las familias
2. Identificación de riesgos y de las precoces desviaciones de la normalidad en pacientes conocidos del médico.
3. Uso de la relación médico-paciente como uno de los recursos terapéuticos más importantes para maximizar la efectividad de todos los tipos de terapia.
4. Manejo de recursos de la comunidad y el sistema de salud para beneficio de los pacientes, el cual incluye las habilidades para el manejo de la consulta y la referencia.
5. Manejo de la historia clínica orientado a problemas individuales, familiares y sociales.

**Teoría general de los sistemas y la medicina familiar.** En el siglo pasado el método científico consistía en manejar los problemas, separarlos de los elementos circundantes y reducirlos hasta donde fuera posible a cadenas simples. La teoría de los sistemas busca lo opuesto: ensanchar los problemas hasta incluir todas sus partes y relaciones significativas. Los conceptos fundamentales de la teoría, incluye el orden jerárquico, la homeostasis, el estado de equilibrio, la

regulación y la acción del sistema. Conforme a la teoría general, el universo está compuesto por una jerarquía de sistemas y estos a su vez, son un todo en sí mismos y parte de un todo mayor, en dos fases: una dirigida hacia el sistema de mayor orden y la otra hacia el subsistema de menor orden. Los sistemas de elementos vivos son abiertos, porque intercambian energía e información con su medio ambiente a través de las interfaces o fronteras de los sistemas. Las relaciones entre los sistemas varían conforme a la fuerza de interacción entre cada uno de ellos que constituye el medio interior. Por consiguiente, la falla de un sistema puede llevar a la muerte del organismo entero. El sistema de la familia, por otra parte, puede soportar la pérdida de un subsistema importante (el padre o la madre, por ejemplo) aun cuando ello produzca una profunda perturbación.

Los sistemas existen en un estado de equilibrio u homeostasis. Si éste es perturbado por la interacción con el ambiente, entran en juego fuerzas correctivas que pueden restaurar el equilibrio anterior o que hacen que el sistema vuelva a un nuevo estado de equilibrio. Un ejemplo de ello se encuentra en los seres humanos, tanto en lo que respecta a los sistemas fisiológicos del medio interno como a la familia y a otros sistemas sociales.

Todos los sistemas vivos tienen un patrón que establece las normas dentro de las cuales funcionan. Como ejemplos se pueden citar: en los sistemas fisiológicos, el código genético y las normas que rigen el funcionamiento de los sistemas del medio interno, y en los sociales, las normas de una cultura y la constitución de un gobierno. A medida que se asciende en la escala evolutiva, se encuentra que el organismo se haya dominado por un sistema predominante, tal como sucede con el hombre, cuya conducta es controlada y unificada por ese subsistema regulador. <sup>(14)</sup>

La interdependencia de las partes de un sistema es un concepto básico de la teoría de los sistemas. Cualquier cambio en una de sus partes produce cambios en todo el sistema. Estos cambios no se pueden descomponer en cadenas causales simples sin simplificar demasiado todo el proceso.

Un ser humano puede considerarse como un subsistema dominante y regulador (los sistemas nervioso y endocrino). El sistema hombre se compone de una jerarquía descendente de subsistemas que forman el medio interno, los cuales se mantienen en estado de

equilibrio por medio de numerosos mecanismos internos de regulación, dirigidos por los sistemas nervioso y endocrino. Cada individuo también forma parte de una jerarquía ascendente de sistemas sociales de orden superior: familia, comunidad, cultura, sociedad, cada uno con sus propios mecanismos reguladores, esto es, códigos morales, leyes, sistemas de gobierno y métodos de coerción.

En el sistema globalizador, el médico no sólo puede identificar todas las dimensiones de un problema de la vida. Es innegable que los problemas se presentan ante el médico en forma de síntomas. Sin embargo, muchos de ellos tienen su origen en problemas de la vida y la forma en que se manifiestan al médico es en gran parte una cuestión convencional. Los pacientes muestran síntomas porque piensan que eso es lo que se espera de ellos. El que una condición se clasifique o no como enfermedad depende de las culturas. Lo importante para la medicina familiar consiste en tratar los problemas humanos, sean o no enfermedades. <sup>(15)</sup>

Si se sigue el razonamiento del método globalizador (Holístico), el término de salud familiar se relaciona con el funcionamiento de la familia como agente social primario, por lo que su buen o mal funcionamiento es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad. Cuando la familia enferma, es decir, se vuelve ineficaz y no puede ejercer sus funciones, se utiliza el término de familia disfuncional.

Una familia es normofuncional cuando es capaz de cumplir las tareas que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentra y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo.

Las funciones de la familia se pueden resumir en los siguientes puntos: Debe satisfacer las necesidades físicas, satisfacer las necesidades afectivas, fortalecer la personalidad, formar los roles sexuales, preparar para el mejor desempeño de los papeles sociales y estimular las actitudes de aprendizaje y apoyo de la creatividad de la iniciativa individual. <sup>(16)(17)</sup>

En la génesis de la disfunción familiar intervienen dos fuerzas, una negativa, que desajusta la función familiar, que la incapacita para

realizar sus tareas y que modifica los roles de sus miembros, y que está relacionada con los cambios del ciclo vital y los acontecimientos estresantes; la otra positiva, constituida por los recursos que cada grupo familiar posee o busca en su entorno. Del predominio de una u otra dependerá el equilibrio o desequilibrio del funcionamiento familiar.

El conocimiento de una disfunción familiar obliga al médico familiar a poner en marcha medidas de intervención delineadas en cinco niveles de desarrollo y participación en la asistencia familiar, que proporcionan un modelo con el que se puede comparar el grado de atención de la familia en la práctica médica. <sup>(13)</sup>

**Nivel uno; énfasis mínimo en la familia.** En este nivel, el médico trata con la familia sólo en los casos en que la conversación con los familiares del enfermo es una parte necesaria de la práctica médica.

**Nivel dos; información continua y consejos médicos.** Requiere que el médico comprenda la importancia de la familia en la asistencia sanitaria del individuo y que se comuniquen de manera efectiva con ella, con el fin de obtener y compartir información, además de implicar a sus miembros en el tratamiento dado a un enfermo.

**Nivel tres; sentimiento y apoyo.** Éste implica el conocimiento del desarrollo normal y del funcionamiento de una familia, así como de su forma de reaccionar ante una situación de tensión. Este nivel requiere habilidad y experiencia para evaluar la estructura y las funciones de una familia, así como para identificar sus disfunciones.

**Nivel cuatro: Evaluación sistemática e intervención planificada.** Requiere un conocimiento profundo de la teoría de los sistemas familiares. El médico en este nivel es capaz de evaluar la familia, identificar niveles de disfunción familiar y familias cuyas disfunciones se encuentren más allá de la eficacia de un tratamiento de asistencia primaria. En este nivel el médico emite orientaciones a corto plazo y organiza reuniones con el fin de asesorar sobre los problemas familiares menores.

**Nivel cinco: Terapia familiar.** En este nivel, el médico es capaz de definir una disfunción familiar grave y de planear y organizar un acercamiento terapéutico con el fin de conseguir un cambio importante en el sistema familiar. <sup>(13)(19)</sup>

## **MODELO CIRCUNFLEJO DE LOS SISTEMAS FAMILIARES Y CONYUGALES DESARROLLADO POR OLSON**

Este modelo es un marco de referencia que permite entender y clasificar a las familias de acuerdo con su manera de relacionarse bajo un enfoque sistémico. Está orientado a tipos de sistemas de familia a través de las etapas del ciclo vital de la vida en que se encuentre, así como de la presencia de algún factor de estrés. <sup>(12)</sup>

Cohesión, adaptabilidad y comunicación son las tres dimensiones en el sistema circunflejo, desarrolladas por investigaciones que observan los problemas familiares desde una perspectiva general de sistemas. Su valor e importancia de estas tres dimensiones radica en el hecho de que estos estudios han concluido, que tales dimensiones fueron críticas para entender y tratar los sistemas familiares y conyugales.

La cohesión familiar se define como la unión emocional que los miembros de la familiar tienen entre sí. Los conceptos específicos utilizados para diagnosticar y medir la dimensión de cohesión son: vínculos emocionales, límites, coalición, tiempo, espacio, amigos, decisiones, intereses y recreación. <sup>(20)</sup>

Existen 4 niveles de cohesión, los cuales oscilan en un rango de muy bajo a muy alto: NO RELACIONADA (muy bajo), SEMIRRELACIONADA (bajo a moderado), RELACIONADA (moderado a alto) y AGLUTINADA (muy alto) (20). Los niveles centrales de cohesión (semirrelacionada y relacionada) pertenecen a familias balanceadas o funcionales y los niveles extremos (no relacionada y aglutinada) pertenecen a familias no balanceadas o disfuncionales.

El nivel AGLUTINADO se caracteriza por presentar un consenso exagerado dentro de la familia y poca independencia, cercanía emocional y lealtad extrema, dependencia y reactividad del uno hacia el otro, falta general de separación personal y poco espacio privado y la existencia de muy pocos intereses y amigos externos, además de que la energía de los individuos está concentrada en el matrimonio o la familia.

El nivel NO RELACIONADO se caracteriza por una separación emocional extrema, poco compromiso entre los miembros de la familia, una marcada separación personal e independencia, sus miembros realizan sus intereses con muy poca dedicación a la familia, el tiempo y espacio separados predominan y los integrantes no son capaces de hablar el uno con el otro para apoyarse y solucionar los problemas.

El nivel RELACIONADO presenta cercanía emocional y lealtad a la relación, el tiempo compartido es más importante que el separado, se pone énfasis en la unión, hay amigos personales y mutuos y los intereses compartidos son comunes con actividades separadas.

El nivel SEMIRRELACIONADO se caracteriza por tener algo de separación emocional, el tiempo aparte es más importante que el compartido, las actividades e intereses en general son individuales y muy pocas veces se comparten. La intimidad es limitada, la lealtad familiar es ocasional y presenta algo de sensibilidad afectiva a la familia.

La ADAPTABILIDAD conyugal y familiar es el valor del cambio en el liderazgo, las relaciones entre los roles y las normas en la relación. Para describir, medir y diagnosticar a las parejas y a las familias en esta dimensión, se ha tomado un sinnúmero de conceptos de varias disciplinas sociales, los cuales son: Liderazgo, control, disciplina, negociación, estilos de negociación, roles y reglas en la relación. Los cuatro niveles de adaptabilidad varían en un rango de muy bajo a muy alto: RÍGIDA (muy bajo), ESTRUCTURADA (bajo a moderado), FLEXIBLE (de moderado a alto) y CAÓTICA (muy alto) (20).

En teoría, los niveles centrales de adaptabilidad (estructurada y flexible) son más adecuados para el funcionamiento conyugal y familiar que los niveles extremos, éstos (rígida y caótica) son inadecuados para el funcionamiento familiar dentro del ciclo vital. Básicamente la adaptabilidad se enfoca en el cambio del líder de la familia (roles y reglas). Las familias necesitan estabilidad y cambio, y lo que las hace que sean funcionales es su capacidad para propiciar el cambio. Los niveles centrales (flexible y estructurada) son los que poseen esta habilidad (12).

El NIVEL ESTRUCTURADO se caracteriza por tener un líder democrático con algunas negociaciones en las que se incluye a los niños. Los roles son estables, aunque en algunas ocasiones se comparten y las reglas presentan pocos cambios y tienden a ser respetadas.

El NIVEL FLEXIBLE tiene un líder igualitario, con un acercamiento democrático para tomar decisiones. Las negociaciones son abiertas e incluyen a los niños, los roles se comparten y cuando es necesario, el cambio es fluido. Las reglas pueden cambiar de acuerdo con la edad.

El NIVEL RÍGIDO presenta un líder autoritario, las negociaciones tienden a ser limitadas y el líder impone las decisiones, las reglas son inflexibles y no cambian.

El NIVEL CAÓTICO se caracteriza por tener un liderazgo limitado o errático, las decisiones son impulsivas y no muy bien pensadas, los roles no están claros y a menudo cambian de un individuo a otro.

La COMUNICACIÓN CONYUGAL Y FAMILIAR debe ser considerada como una dimensión facilitadora (por lo tanto, no se incluye en el modelo circunflejo) la cual es posible evaluar si se considera a la familiar como un grupo con respecto a su capacidad para escuchar y conversar con sinceridad, claridad, continuidad, rastreo, respecto y consideración. Los estudios realizados con base en el modelo circunflejo han demostrado que mientras mayor es la comunicación mayor es la funcionalidad. La funcionalidad de una familia está dada por su capacidad para moverse como un sistema y para enfrentar los factores de estrés que se presentan en las etapas del ciclo vital de la familia.

Las familias balanceadas tienden a poseer esa capacidad; las familias extremas difícilmente pueden modificar su funcionalidad porque permanecen a un mismo esquema que genera más estrés. Este círculo vicioso se denomina disfunción familiar.

## **MODELO CIRCUNFLEJO TRIDIMENSIONAL: CAMBIO DE PRIMER Y SEGUNDO ÓRDENES**

Recientemente se desarrolló una versión tridimensional del modelo circunflejo con la finalidad de mejorar su medición y utilidad. El modelo incorpora de una manera rápida y sencilla los cambios de primer y segundo órdenes que ocurren en los sistemas familiares.

El cambio de primer orden es un cambio de grado y mientras el sistema familiar básico no cambia, está representado por la dimensión de adaptabilidad y su representación gráfica es circunlineal en el sentido de que poco o mucho cambio es problemático.

El cambio de segundo orden representa el cambio de un tipo de sistema a otro, es un cambio del mismo sistema y sólo se puede valorar con el tiempo, y también en situaciones de estrés, ya sea normativo o no normativo.

El cambio de segundo orden es gráficamente lineal con el cambio más alto en el sistema balanceado y el más bajo en el sistema no balanceado. En situaciones de estrés, los sistemas balanceados tienden a cambiar a otro tipo de sistema para adaptarse, mientras que los sistemas no balanceados tienden a permanecer en su patrón extremo, el que a menudo puede generar más estrés.

El modelo tridimensional ilustra que los cuatro tipos de niveles balanceados son más dinámicamente similares entre sí en cuanto a cambio de 2º orden (cambio de un sistema a otro) que los cuatro tipos extremos caracterizados por la poca capacidad de realizar estos cambios.

Metodológicamente, la escala de valoración llamada FASES III mide el modelo de tercer dimensión de una manera más efectiva que el modelo plano tradicional, 4 x 4. Las altas calificaciones miden los tipos de familias balanceadas y las bajas los tipos de familias extremas. Más específicamente, las altas calificaciones localizadas en la dimensión de cohesión son medidas "muy conectadas" (familias balanceadas), y las altas calificaciones localizadas en la dimensión de adaptabilidad son medidas "muy flexibles" (familias balanceadas) (21).



## **HIPÓTESIS DERIVADAS DEL SISTEMA CIRCUNFLEJO**

Una de las propiedades del modelo teórico, es que sus hipótesis pueden ser deducidas y probadas para evaluar y desarrollar el modelo.

Las siguientes son hipótesis derivadas del modelo circunflejo:

1. Las parejas y familias son tipos balanceados en cuanto a cohesión y adaptabilidad y en general, funcionan más adecuadamente a través del ciclo de la vida familiar que los niveles no balanceados.
2. Las habilidades de comunicación positiva presentes en los niveles balanceados posibilitan cambios en los niveles de cohesión y adaptabilidad más fácilmente que los no balanceados.
3. Para manejar el estrés y los cambios de desarrollo a través del ciclo de la vida, las familias tienen que modificar su cohesión y adaptabilidad para adaptarse al estrés.

### **Cambio en los sistemas familiares:**

Existen muy pocas generalizaciones sobre cambios exitosos con el paso del tiempo.

1. Una relación íntima es capaz de balancear entre mucho cambio (caótica) y muy poco cambio (rígida).
2. Mucho cambio conduce a la falta de predicción y caos, mientras que muy poco cambio conduce a predicción y rigidez.
3. Una relación íntima es capaz de cambiar su sistema cuando es apropiado (cambio de segundo orden).
4. Permanecer sin balance (tipo de sistema extremo) por mucho tiempo, puede acarrear problemas en una relación íntima <sup>(20)</sup>.

## **EVALUACIÓN DEL MODELO CIRCUNFLEJO DE LOS SISTEMAS FAMILIARES Y CONYUGALES**

Para lograr la evaluación de este sistema, se utiliza el (CAP) Paquete de Evaluación Circunfleja (Circumplex Assessment Package)

que valora las dimensiones de cohesión, adaptabilidad, comunicación y satisfacción. Los instrumentos del CAP que se utilizan son: FACES III es la escala para la evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar, MACES III evalúa la adaptabilidad y cohesión marital. La subescala ENRICH se utiliza para evaluar la comunicación conyugal, la escala de comunicación Padres-Adolescentes se utiliza a nivel de comunicación familiar. Por último, la dimensión de satisfacción conyugal se valora con otra subescala de ENRICH, y a nivel familiar con la escala de Satisfacción Familiar (20).

La confiabilidad y consistencia interna de todos estos instrumentos se muestra en la siguiente tabla:

<b>Instrumento</b>	<b>Consistencia interna</b>	<b>Confiabilidad Test-retest</b>
<b>FACES III (family)</b>		
Cohesión	.84	.83
Adaptabilidad	.79	.80
<b>MACES III (conyugal)</b>		
Cohesión	.82	.83
Adaptabilidad	.78	.80
<b>Comunicación</b>		
Pareja (ENRICH)	.82	.90
Padres-adolescentes	.88	.88
<b>Satisfacción</b>		
Pareja ENRICH	.86	.86
Family (FSS)	.92	.81
Promedio	.84	.83

Escalas tomadas de *The Family Inventories*, Olson, Portner y Lavee (1985)

La Escala de Rango clínico (CRS) o Escala de Medición Clínica fue desarrollada por Olson (1990), con la finalidad de valorar clínicamente las dimensiones de cohesión, adaptabilidad y comunicación. Describe, además, variables específicas para cada nivel de estas dimensiones. Esta escala es un método útil de capacitación

para entender y diagnosticar mediante el modelo circunflejo la disfuncionalidad familiar.

Tanto el CAP como el CRS deben ser aplicados por personal entrenado en discriminar entre funcionalidad y disfuncionalidad familiar y técnicas de tratamiento, puesto que algunos de los instrumentos deben ser aplicados por el observador. Esta circunstancia obligó a la creación de un instrumento de autoaplicación y de fácil interpretación por parte del médico familiar. FACES III cumple con estos requisitos, sin embargo, es indispensable probar su confiabilidad para la discriminación de familias funcionales de las no funcionales a consecuencia de la traducción y de los elementos socioculturales. <sup>(13)</sup>

	BAJO	COHESION		ALTO	NIVELES DE ADAPTABILIDAD	
A D A P T A B I L I D A D	ALTO	Caótica no relacionada	Caótica semi-relacionada	Caótica Relacionada	Caótica aglutinada	CAOTICA - Carencia de mando - Cambios dramáticos en los roles - Disciplina irregular - Demasiados cambios
		Flexibilidad no relacionada	Flexible semi-relacionada	Flexible relacionada	Flexible aglutinada	FLEXIBLE - Mandos compartidos - Roles compartidos - Disciplina democrática - Cambios cuando son necesarios
		Estructurada no relacionada	Estructurada semirrelacionada	Estructurada relacionada	Estructurada aglutinada	ESTRUCTURADA - Mandos algunas veces compartidos - Roles estables - Disciplina algo democrática - Cambio cuando es demandado
	BAJO	Rígida no relacionada	Rígida semi-relacionada	Rígida relacionada	Rígida aglutinada	RIGIDA - Mando autoritario - Raro cambio de roles - Disciplina estricta - Escasos cambios
	NO RELACIONADA	SEMI-RELACIONADA	RELACIONADA	AGLUTINADA	NIVELES DE COHESION	
	YO	YO - NOS	YO - NOS	NOSOTROS	BALANCE YO-NOSOTROS	
	POCA	POCA - MODERADA	MODERADA-ALTA	MUY ALTA	INTIMIDAD	
	FALTA	POCA	ALGO	ALTA	LEALTAD	
	ALTA INDEPENDENCIA	INTERDEPENDENCIA	INTERDEPENDENCIA	ALTA DEPENDENCIA	INDEPENDENCIA	
		MAS INDEPENDENCIA QUE DEPENDENCIA	MAS DEPENDENCIA QUE INDEPENDENCIA		DEPENDENCIA	

MAPA CONYUGAL Y FAMILIAR DEL MODELO CIRCUNFLEJO (20)(21)

		1	2	3	4	5	
		-	COHESION			+	
ADAPTABILIDAD	+	5					CAOTICA
		4					FLEXIBLE
		3					ESTRUCTURADA
		2					RIGIDA
		1					
	-	NO RELACIONADA	SEMI RELACIONADA	RELACIONADA	AGLUTINADA		

ADAPTABILIDAD							
	RIGIDA	ESTRUCTURADA	FLEXIBLE	CAOTICA			
Conyugal/ Familiar							
	1	2	3	4	5	6	7
MANDO (control)	- Mando autoritario -Padres altamente controladores	-Principalmente autoritarios pero algo de mando por igual	-Mando equilibrado con cambios fluidos	-Mando errático -Padres fracasan en el control -Rechazado			
DISCIPLINA (para la familia solamente)	-Dictador de leyes y orden estricto -Consecuencias rígidas -No hay tolerancia	-Algo de democracia -Consecuencias predecibles -Rara vez tolerancia	-Usualmente democrática -Consecuencias negociables -Algo de tolerancia	-Inefectiva doctrina de no intervenir -Consecuencias inconsistentes -Mucha tolerancia			
NEGOCIACIÓN	-Negociación limitada -Decisiones impuestas por los padres	-Negociaciones estructuradas (organizadas) -Decisiones tomadas por los padres	-Negociación flexible -Decisiones sobreentendidas	-Negociaciones interminables -Decisiones impulsivas			
PAPELES (roles)	-Repertorio limitado -Papeles estrictamente definidos -Rutinas invariables	-Papeles estables aunque pueden cambiar	-Papeles cambiantes -Cambios fluidos	-Falta de claridad en los papeles -Papeles intercambiables -Focas rutinas			
REGLAS	-Reglas invariables -Reglas impuestas y estrictamente respetadas	-Pocos cambios -Reglas firmemente respetadas	-Algunos cambios de reglas -Reglas flexiblemente respetadas	-Cambio frecuente de reglas -Reglas inconsistentemente respetadas			
Calificación Global	muy bajo	bajo-moderado	moderado-alto	muy alto			

**COHESIÓN**

	1	2	3	4	5	6	7	8
	NO RELACIONADA	SEMIRRELACIONADA	RELACIONADA	AGLUTINADA				
Conyugal/ matrimonial								
VÍNCULOS EMOCIONALES	-Extremadamente separados -Falta de lealtad	-Separados -Intimidad limitada -Lealtad familiar ocasional	-Participación familiar aceptable -Distanciamiento personal preferido -Algo de sensibilidad afectiva	-Cercanos o próximos -Lealtad familiar esperada	-Extremadamente cercanos -Lealtad familiar demandada/exigida			
PARTICIPACIÓN FAMILIAR	-Muy baja participación o interacción familiar -Nula sensibilidad afectiva	-Participación familiar aceptable -Distanciamiento personal preferido -Algo de sensibilidad afectiva	-Enfasis en la participación familiar -Permitir cierto distanciamiento personal -Preferir la interacción afectiva	-Muy alta participación, fusión, sobredependencia -Alta sensibilidad afectiva y control				
VÍNCULO O RELACIÓN CONYUGAL	-Alta separación emocional -Intimidad limitada	-Separación emocional -Algo de intimidad	-Intimidad emocional -Algo de separación	-Intimidad extrema -Separación limitada				
VÍNCULO O RELACIÓN O PADRES/HIJOS	-Enlace generacional fíjido -Poca cercanía o intimidad padres/hijos	-Enlace generacional claro -Algo de cercanía padres/hijos	-Enlace generacional claro -Alta cercanía padres/hijos	-Falta de enlace generacional -Excesiva cercanía padres/hijos				
LÍMITES INTERNOS	-Predominio de la separación	-Más separación que unión o solidaridad	-Más acercamiento que separación	-Predominio del acercamiento y solidaridad				
TIEMPO (físico y emocional)	-Predominan momentos y tiempo aparte -Raro tiempo y momentos de convivencia juntos	-Los momentos aparte son importantes -Algunos momentos juntos	-El tiempo juntos es más importante -Algo de tiempo de separación permitido	-Predominan momentos y tiempo juntos -Poco tiempo de separación permitido				
ESPACIO (físico y emocional)	-Necesidad de espacio a solas (preferido)	-Preferir estas a solas -Partes iguales de espacio para la familia	-Por igual, estar a solas o juntos -Espacio privado respetado	-Poco espacio privado permitido				

TOMA DE DECISIONES	-Toma de decisiones individual (resistencia, oposición)	-Decisiones individuales con posibilidad de tomarse juntos	- Se prefiere tomar las decisiones juntos	-Decisiones tomadas en grupo familiar
LÍMITES EXTERNOS	-Principalmente enfocados fuera de la familia	-Más enfocados fuera que dentro de la familia	-Más enfados dentro que fuera de la familia	-Principalmente enfocado dentro de la familia
AMIGOS	-Amigos individuales	-Rara vez los amigos individuales son compartidos con la familia	-Amistades individuales compartidas por igual con la familia	-Mayor número de amigos familiares que individuales
INTERESES	-Intereses muy diferentes	-Intereses separados.	-Algunos intereses compartidos	-Intereses compartidos ordenados
ACTIVIDADES	-Principalmente separadas	-Más separadas que compartidas	-Más compartidas que separadas	-Actividades separadas vistas como desleales
Calificación global	muy bajo	bajo-moderado	moderado-alto	muy alto



# C O M U N I C A C I O N

		FACILITACIÓN				ALTA		
		BAJA	1	2	3	4	5	6
Calificación conyugal y familiar			1	2	3	4	5	6
EXPERIENCIA EN ESCUCHAR (Identificación)	-Escuchar con atención	-Rara vez es evidente	-Rara vez es evidente	-Rara vez es evidente	-Algunas veces es evidente	-Algunas veces es evidente	-Frecuentemente es evidente	-Frecuentemente es evidente
HABILIDAD PARA HABLAR	-Hablado por uno mismo	-Rara vez es evidente	-Rara vez es evidente	-Rara vez es evidente	-Algunas veces es evidente	-Algunas veces es evidente	-Frecuentemente es evidente	-Frecuentemente es evidente
SINCERIDAD (compartir los sentimientos de uno mismo y de la relación)	-Hablado por otros	-Frecuentemente es evidente	-Frecuentemente es evidente	-Frecuentemente es evidente	-Algunas veces es evidente	-Algunas veces es evidente	-Rara vez es evidente	-Rara vez es evidente
CLARIDAD	*nota marcador inverso	-Infrecuente abierto a compartir los sentimientos y vínculos	-Infrecuente abierto a compartir los sentimientos y vínculos	-Infrecuente abierto a compartir los sentimientos y vínculos	-Algunas veces abierto a compartir los sentimientos y vínculos	-Algunas veces abierto a compartir los sentimientos y vínculos	-Abierto a compartir los sentimientos y vínculos	-Abierto a compartir los sentimientos y vínculos
CONTINUIDAD/RASTRO (permanecer en el tema)	-Hablado por uno mismo	-Mensajes verbales no claros e inconsistentemente	-Mensajes verbales no claros e inconsistentemente	-Mensajes verbales no claros e inconsistentemente	-Algunos mensajes incongruentes	-Algunos mensajes incongruentes	-Mensajes verbales muy claros	-Mensajes verbales muy claros
RESPECTO Y RELACIÓN (a los aspectos afectivos de la comunicación)	-Hablado por otros	-Poca continuidad del contenido	-Poca continuidad del contenido	-Poca continuidad del contenido	-Algo de continuidad, aunque no consistente a través del tiempo o de los miembros	-Algo de continuidad, aunque no consistente a través del tiempo o de los miembros	-Generalmente mensajes congruentes	-Generalmente mensajes congruentes
		-Frecuentemente desligarse con distracciones irrelevantes no verbales	-Frecuentemente desligarse con distracciones irrelevantes no verbales	-Frecuentemente desligarse con distracciones irrelevantes no verbales	-Cambios de tema no consistentemente apropiados	-Cambios de tema no consistentemente apropiados	-Los miembros de la familia consistentemente permanecen en el tema	-Los miembros de la familia consistentemente permanecen en el tema
		-Cambios frecuentes e inapropiados de temas	-Cambios frecuentes e inapropiados de temas	-Cambios frecuentes e inapropiados de temas	-Cambios de tema no consistentemente apropiados	-Cambios de tema no consistentemente apropiados	-Cambios apropiados de tema	-Cambios apropiados de tema

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La enfermedad vascular cerebral es un problema de salud en los países industrializados. En México, los problemas de salud han estado tradicionalmente constituidos por infecciones, diarreas, deshidratación y otros, aunque la enfermedad cardiovascular y otras formas de aterosclerosis son ya una causa importante de muerte o si evolucionan bien, limita a las personas, en la mayoría de los casos, en forma permanente para su función laboral y, a quien mejor les va, pierden semanas o meses laborales y consumen recursos económicos importantes, en la atención médica especializada y en su rehabilitación.

Es pues evidente que estos factores, sumado al estrés familiar y a la fase del ciclo vital en la que se presenta, influyen de manera directa, tanto en lo social como en el funcionamiento familiar, lo que da pie al planteamiento de la siguiente interrogante:

¿Las secuelas, cronicidad y discapacidad que deja la enfermedad vásculocerebral en los pacientes, influye o altera la adaptabilidad y cohesión familiar?

## JUSTIFICACION

Basado en el total de consultas del Centro de Rehabilitación e Integración Social (CRIS). Las enfermedades cerebrovasculares representaron la quinta causa de discapacidad en el año de 1996 (73 pacientes representaron el 6.6%).<sup>(22)</sup>

En el año de 1997 se realizaron 965 consultas y se encontraron 64 pacientes con secuelas de enfermedades cerebrovasculares que representaron el 6.6%.<sup>(23)</sup>

Las causas en 1996 fueron:

- Enfermedad vascular cerebral; 49 pacientes, 26 varones y 23 mujeres
- Traumatismos craneoencefálicos; 13 pacientes, 10 varones y 3 mujeres
- Tumorales; 4 pacientes, 2 varones y 2 mujeres
- Neuroinfecciones; 5 pacientes, 2 varones y 3 mujeres
- Otros; 1 varón por atrofia cerebral y 1 varón por crisis convulsivas

Debido al aumento de la esperanza de vida y al mayor número de enfermedades crónicas, tales como hipertensión arterial, diabetes sacarina, dislipidemias, así como la presencia de factores de riesgo, tales como tabaquismo, obesidad, alcoholismo crónico, sedentarismo, se ha notado un incremento de la frecuencia de hemiparesias consecutivas a enfermedades cerebrovasculares.

Las estadísticas de mortalidad informan alrededor de 10,000 defunciones al año por enfermedades cerebrovasculares; se estima que de cada 10 personas que la sufren, 9 sobreviven, por lo que puede estimarse una incidencia anual de 90,000 hemiparéticos.

La Encuesta Nacional de Inválidos de junio de 1982, señala una tasa de 91 por cada 100, 000 habitantes; el Registro Nacional de Inválidos (1975-1982), la sitúa en el quinto lugar con 1669 (41.1%) de los 40936 casos registrados; el 39.4% corresponde a sujetos afectados entre 45 y 64 años de edad; y el 24.6% a sujetos mayores de 65 años. El sexo femenino se vio afectado en un 43.8% y el

masculino, en un 36.2%. En cuanto a la gravedad de las secuelas, éstas fueron leves en el 14.2%, moderadas en el 55.2% y graves en el 30.6%.<sup>(8)</sup>

Por ser una entidad frecuente e incapacitante por las secuelas que deja y por presentarse en sujetos económicamente activos, las repercusiones sociales y del núcleo familiar son de gran trascendencia.

El Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), por medio del Centro de Rehabilitación e Integración Social (CRIS), pretende integrar socialmente al paciente; sin embargo, es indispensable conocer las repercusiones en el funcionamiento familiar antes de reintegrarlos a la sociedad.

Este trabajo pretende llamar la atención sobre la funcionalidad familiar de estos pacientes, ya que proporciona un método útil para diagnosticar y tratar las disfunciones que pudieran presentarse, así como para ayudarlos a superar este evento y posteriormente, lograr la reintegración social de manera más eficaz.

En el estado de Aguascalientes en el año de 1993, la mortalidad cardio y cerebrovascular (708 sujetos), implicó 1,839 años potenciales de vida perdidos y la tasa de mortalidad por cada 100,000 habitantes fue la más grande registrada en su historia (88.8).<sup>(24)</sup>

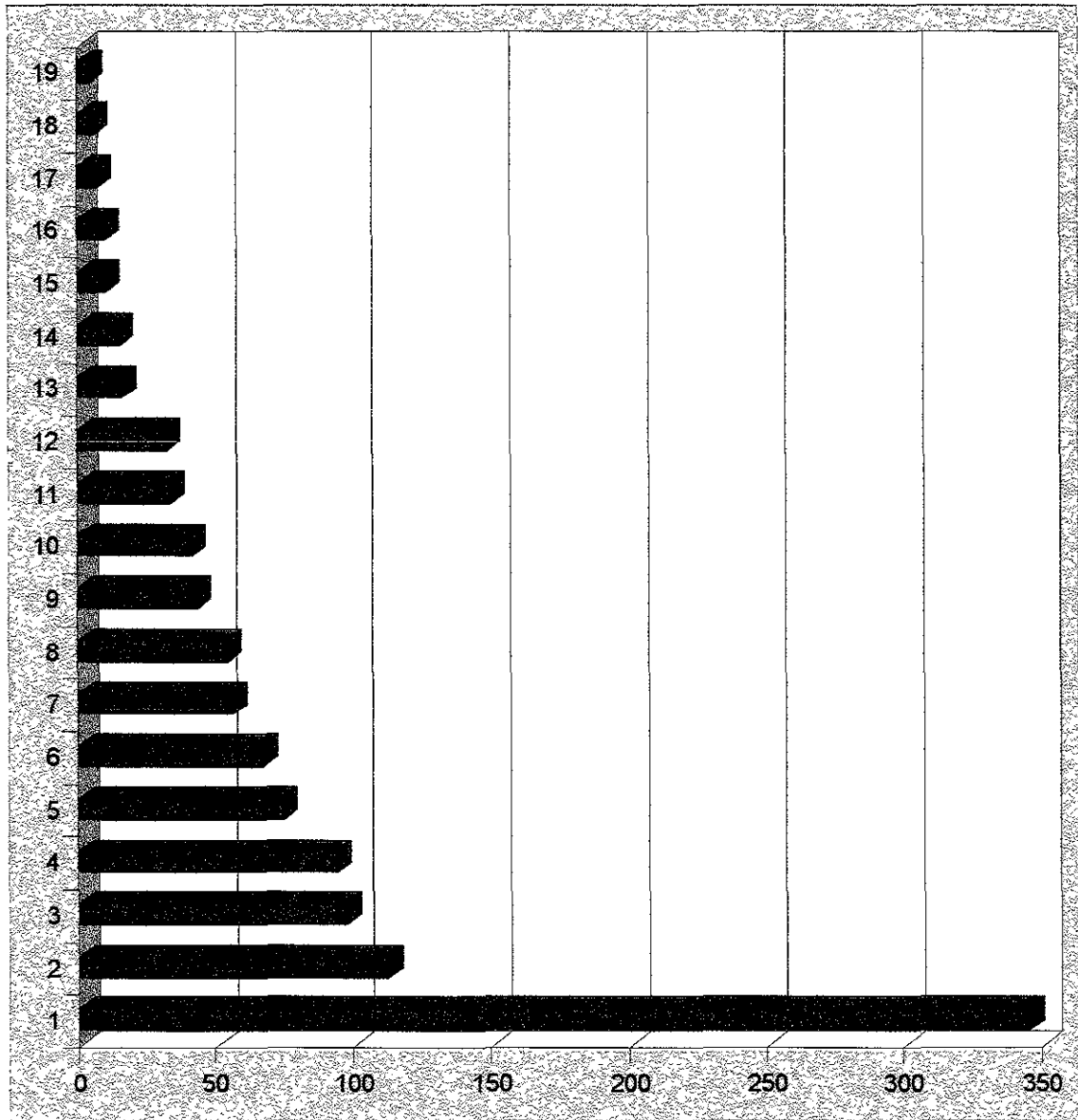
La mayoría de las personas cuenta con algún familiar, amigo o conocido que ha sufrido un infarto, angina de pecho, isquemia cerebral transitorio o accidente vascular cerebral, todos ellos a consecuencia de aterosclerosis. Con base al estudio "Declaración de Aguascalientes contra la Aterosclerosis", el 24% de los sujetos mayores de 25 años en Aguascalientes, tiene niveles elevados de colesterol, y el 25% de estos últimos, sufren, además, de hipertensión arterial.

## CENTRO DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL

Secuelas de enfermedades invalidantes prioritarias en el año de 1996, encontradas en 1102 pacientes:

1. Secuelas de síndromes dolorosos	344	31.2%
2. Secuelas de parálisis cerebral infantil	111	10.0%
3. Secuelas por traumatismos músculo-esqueléticos	96	8.7%
4. Secuelas de padecimientos congénitos y hereditarios del sistema músculo-esquelético	93	8.4%
5. Secuelas de enfermedades cerebrovasculares	73	6.6%
6. Pacientes no consultados	66	5.9%
7. Secuelas de hemiparesia facial periférica	55	4.9%
8. Secuelas de enfermedades articulares degenerativas	53	4.8%
9. Expedientes extraviados	42	3.8%
10. Secuelas de retardo en el desarrollo psicomotor	40	3.6%
11. Secuelas de alteraciones del lenguaje	32	2.9%
12. Secuelas de amputaciones	31	2.8%
13. Secuelas de poliomielitis anterior aguda	15	1.3%
14. Secuelas de enfermedad articular autoinmune	14	1.2%
15. Secuelas de lesiones medulares	9	0.8%
16. Pacientes sanos	9	0.8%
17. Cegueras	6	0.5%
18. Secuelas de deficiencias mentales	5	0.4%
19. Hipoacusias	3	0.2%

## Diagnóstico de 1102 pacientes valorados en el CRIS



## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- **CONOCER LA COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL**

### **OBJETIVOS SECUNDARIOS:**

- **CONOCER EL GRADO DE ESTRÉS FAMILIAR ACTUAL.**
- **CONOCER LA FASE DEL CICLO VITAL EN LA QUE SE ENCUENTRA LA FAMILIA.**

## **METODOLOGIA**

TIPO DE ESTUDIO: prospectivo, descriptivo, observacional y transversal

### POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO

Estará constituido por sujetos con secuelas de enfermedad vascular cerebral valorados por médicos especialistas en Medicina Física y de Rehabilitación y que además recibieron tratamiento rehabilitatorio en el Centro de Rehabilitación e Integración Social perteneciente al Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) del estado de Aguascalientes. El tiempo del estudio abarcará los meses de enero a septiembre de 1998.

### TIPO DE LA MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MISMA

Estará representada por 80 familias, en las cuales existe un familiar con secuelas de EVC, que fueron atendidos con expediente clínico en los tres consultorios de Medicina Física del Centro de Rehabilitación e Integración Social durante los años de 1996 a 1998.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Sujetos con secuelas de enfermedad vasculocerebral
2. Pacientes que cuenten con expediente clínico
3. Enfermos que han sido valorados por especialista en Medicina Física
4. Pacientes que hayan recibido tratamiento o manejo rehabilitatorio
5. Sujetos mayores de 18 años
6. Pacientes cuyas familias acepten participar en el estudio



## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Sujetos con secuelas neurológicas por enfermedad distinta de la cerebrovascular
2. Pacientes que no tengan expediente clínico
3. Enfermos que no han sido valorados por especialista en medicina física
4. Pacientes que no han recibido tratamiento o manejo de rehabilitatorio
5. Pacientes menores de 18 años
6. Pacientes cuyas familias no acepten participar en el estudio

## CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Pacientes que hayan cambiado de residencia
2. Pacientes que hayan fallecido

## INFORMACIÓN A RECOLECTAR, VARIABLES A RECOLECTAR

La información de la variable de adaptabilidad se recolectará con base en la información de 5 conceptos específicos que son: Mando (control), Disciplina (para la familia exclusivamente), Negociación, Papeles (roles) y Reglas.

Con respecto a la variable de Cohesión, la información a recolectar se basa en 5 conceptos específicos que son: Vínculos emocionales, Participación familiar, Vínculo o relación conyugal, Vínculos o relación padres/hijos (la cual incluye límites internos, tiempo y espacio físico y emocional) y Toma de decisiones (el cual incluye los límites externos, los amigos, los intereses y las actividades).

La variable de estrés familiar normativo y no normativo se recolectará con base en la aplicación del Test de Holmes, el cual se clasificará con base en el siguiente puntaje: De 0 a 150 UH (no se aprecian problemas de importancia), de 151 a 190 UH (crisis leve), de 200 a 299 UH (crisis moderada) y más de 300 UH (crisis severa).

La última variable a recolectar se basa en la integración del Familiograma para evaluar las fases del ciclo vital de las familias en estudio según la clasificación de J. Geyman: 1. Fase del matrimonio, 2. Fase de expansión, 3. Fase de dispersión, 4. Fase de independencia y 5. Fase de retiro-muerte.

## MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

El procedimiento para captar la información se hará con base en la entrevista a domicilio, en la que se aplicarán cuestionarios que midan las variables estudiadas a los pacientes en estudio. Los cuestionarios aplicados son: la escala para la evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar (FACES III), el test de Holmes, para evaluar situaciones de estrés familiar y finalmente se realizará el familiograma para conocer el ciclo vital familiar.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con la declaración de Helsinki y la ley general de salud en materia de investigación, este trabajo no representa riesgos ni eventualidades que atenten contra la integridad física ni moral, ya que antes de proceder a la investigación, se les invitó a participar explicándoles las características y el motivo de la misma, siendo respetada su decisión final.

## RESULTADOS

**TABLA 1. TOTAL DE INDIVIDUOS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO**

GRUPO DE EDAD	SEXO					
	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
15-19			1	2.4	1	1.25
20-24	1	2.5			1	1.25
25-29	2	5.1	3	7.3	5	6.25
30-34	3	7.6	2	4.8	5	6.25
35-39	2	5.1	2	4.8	4	5
40-44	3	7.6	2	4.8	5	6.25
45-49	4	10.2	6	14.6	10	12.5
50-54	10	25.6	3	7.3	13	16.25
55-59	6	15.3	1	2.4	7	8.75
60-64	3	7.6	7	17.0	10	12.5
65-69	2	5.1	5	12.1	7	8.75
70-74	3	7.6	4	9.7	7	8.75
75-79			2	4.8	2	2.5
80-84			2	4.8	2	2.5
85-89			1	2.4	1	1.25
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>99.3</b>	<b>41</b>	<b>99.2</b>	<b>80</b>	<b>100.0</b>

*Nota:* EL grupo etario más afectado fue el de los 50 a 54 años de edad.

**TABLA 2. TOTAL DE INDIVIDUOS DE ACUERDO A LA OCUPACION**

OCUPACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
ESTUDIANTE	1	1	2
LABORES DEL HOGAR		20	20
CAMPESINO	3		3
ARTESANO	7	6	13
OBRERO	5	3	8
EMPLEADO	9	4	13
COMERCIANTE	13	7	20
PROFESIONAL	1		1
TOTAL	39	41	80

Nota: El 72.5% trabajan fuera del hogar

**TABLA 3. TOTAL DE INDIVIDUOS POR GRUPOS DE ACUERDO AL GRADO DE ESCOLARIDAD**

ESCOLARIDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
ANALFABETA	4	11	15
LEE Y ESCRIBE		3	3
PRIMARIA INCOMPLETA	7	12	19
PRIMARIA COMPLETA	12	6	18
SECUNDARIA	6	1	7
PREPARATORIA O EQUIVALENTE	4	3	7
TÉCNICA	2	5	7
PROFESIONAL	4		4
TOTAL	39	41	80

Nota: El 18.75% resultó ser analfabeta

**TABLA 4. TOTAL DE INDIVIDUOS DE ACUERDO A SU ESTADO CIVIL**

ESTADO CIVIL	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
CASADO	29	74.3	17	41.4	46	57.5
SOLTERO	4	10.5	5	12.1	9	11.2
VIUDO	2	5.1	13	31.7	15	18.7
DIVORCIADO	1	2.5			1	1.2
UNIÓN LIBRE	1	2.5	3	7.3	4	5.0
SEPARADO	2	5.12	2	4.8	4	5.0
MADRE SOLTERA			1	2.4	1	1.2
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>99.9</b>	<b>41</b>	<b>99.9</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

*Nota:* El 26.25% resultó divorciado, viudo, separado o madre soltera

**TABLA 5. TIEMPO DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO**

EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO		
MENOS DE 1 AÑO	21	26.25%
DE 1 A 4 AÑOS	46	57.5%
DE 5 A 9 AÑOS	6	7.5%
DE 10 O MÁS AÑOS	7	8.75%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100.00%</b>

*Nota:* El 26.25% tenía menos de un año de evolución de su padecimiento

**TABLA 6. TOTAL DE INDIVIDUOS Y SU CREENCIA RELIGIOSA**

RELIGIÓN	
CATÓLICA	78
CRISTIANA	1
TESTIGO DE JEHOVA	1

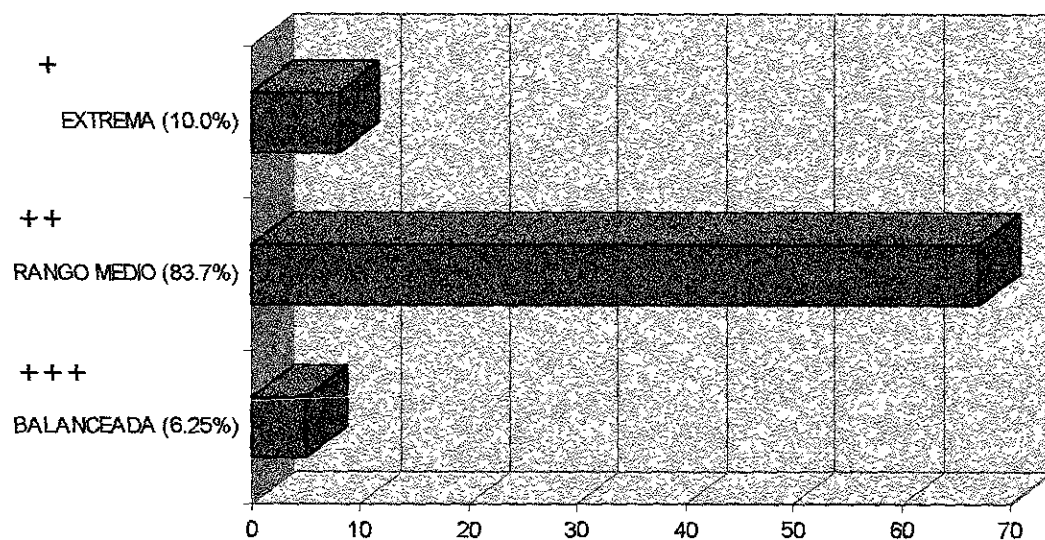
*Nota:* El 97.5% de los pacientes profesan la religión católica

**TABLA 7. CLASIFICACION DE LA FAMILIA POR NIVELES BASADO EN EL MODELO CIRCUNFLEJO**

NIVEL FAMILIAR DEL MODELO CIRCUNFLEJO			
CAÓTICAMENTE NO RELACIONADA	+	1	1.5%
CAÓTICAMENTE SEMIRRELACIONADA	++		
CAÓTICAMENTE RELACIONADA	++		
CAÓTICAMENTE AGLUTINADA	+		
FLEXIBLEMENTE NO RELACIONADA	++		
FLEXIBLEMENTE SEMIRREALCIONADA	+++		
FLEXIBLEMENTE RELACIONADA	+++	2	2.5%
FLEXIBLEMENTE AGLUTINADA	++	6	7.5%
ESTRUCTURALMENTE NO RELACIONADA	++	1	1.5%
ESTRUCTURALMENTE SEMIRRELACIONADA	+++	1	1.5%
ESTRUCTURALMENTE RELACIONADA	+++	2	2.5%
ESTRUCTURALMENTE AGLUTINADA	++	44	55.0%
RÍGIDAMENTE NO RELACIONADA	+	2	2.5%
RÍGIDAMENTE SEMIRRELACIONADA	++	3	3.7%
RÍGIDAMENTE RELACIONADA	++	13	16.2%
RÍGIDAMENTE AGLUTINADA	+	5	6.2%

*Nota:* El 55% de las familias resultaron estructuralmente aglutinadas

### Tipos de familia según el modelo circunflejo.



Gráfica 1

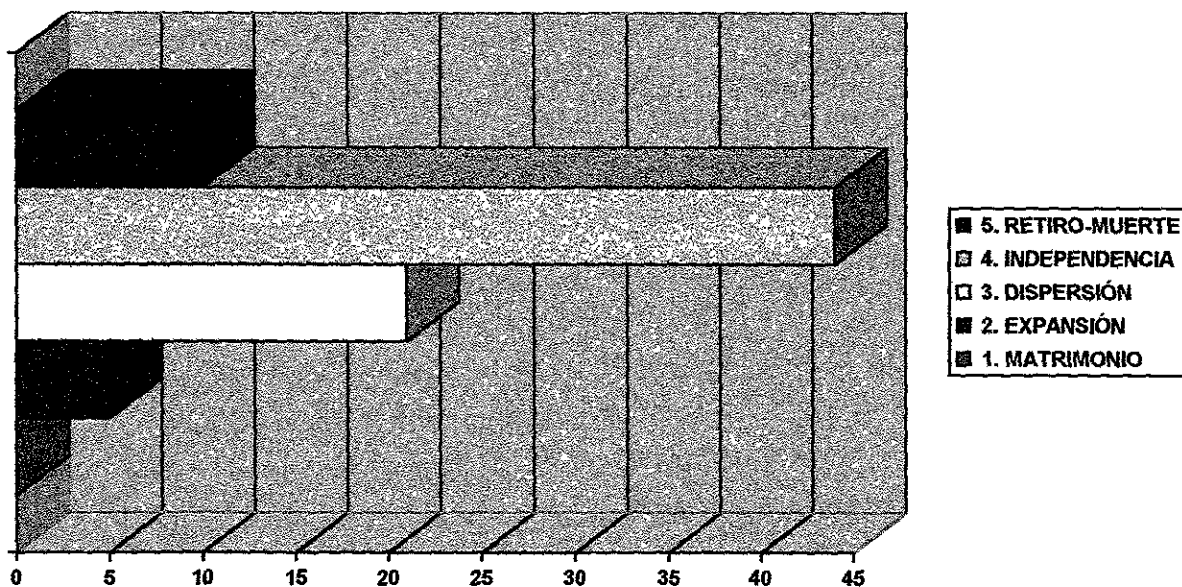
**Nota: El 83.7% de las familias resultó dentro del tipo de rango medio**

**TABLA 8**

<b>FASES DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA</b> (J. GEYMAN, 1980)		
1. MATRIMONIO	0	0%
2. EXPANSIÓN	5	6.25%
3. DISPERSIÓN	21	26.25%
4. INDEPENDENCIA	44	55.0%
5. RETIRO-MUERTE	10	12.5%

Nota: La fase de independencia predominó con el 55%

**TOTAL DE FAMILIAS Y FASES DEL CICLO VITAL**



**Gráfica 2**

Nota: 44 familias estuvieron en fase de independencia

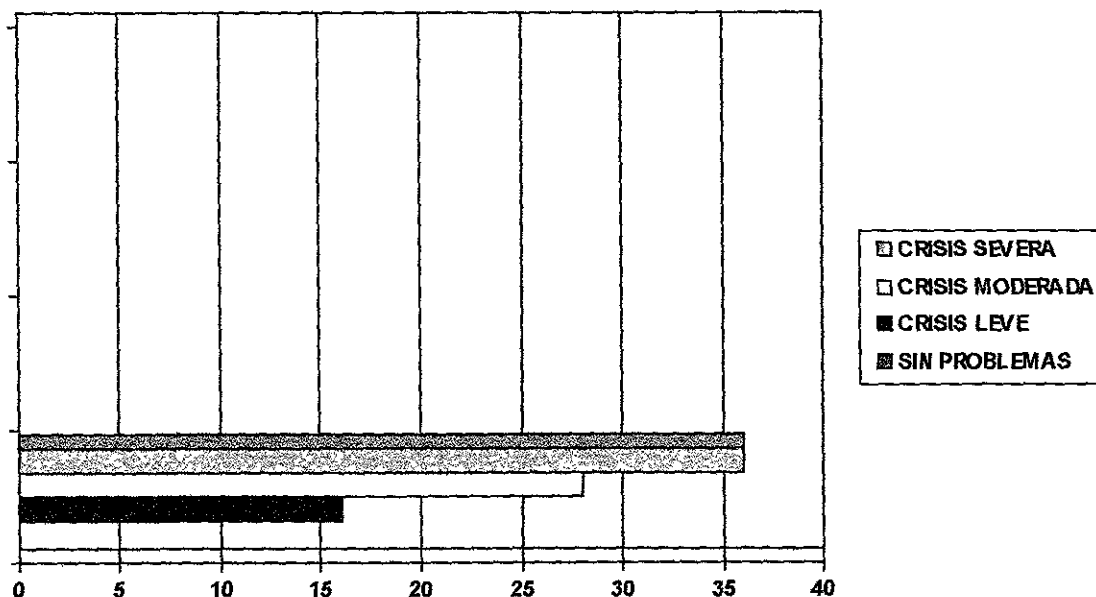


**TABLA 9**

<b>CLASIFICACIÓN DEL GRADO DE ESTRÉS FAMILIAR CON BASE EN EL SIGUIENTE PUNTAJE (TEST DE HOLMES)</b>			
DE 0A 150 U.H.	0	0%	SIN PROBLEMAS
DE 151 A 190 U.H.	16	20%	CRISIS LEVE
DE 200 A 299 U.H.	28	35%	CRISIS MODERADA
DE MÁS DE 300 U.H.	36	45%	CRISIS SEVERA
	80	100%	

*Nota:* El 45% correspondió a crisis severa y no hubo familias sin problemas

**TOTAL DE FAMILIAS Y GRADO DE ESTRÉS**



**Gráfica 3**

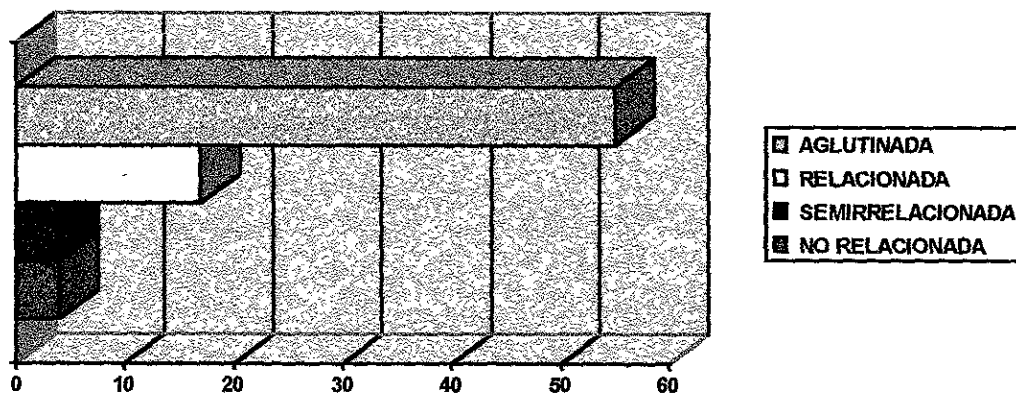
*Nota:* 36 familias estuvieron en crisis severa

**TABLA 10. NIVELES DE COHESIÓN FAMILIAR**

COHESIÓN	#	%
NO RELACIONADA	4	5%
SEMIRRELACIONADA	4	5%
RELACIONADA	17	21.25%
AGLUTINADA	55	68.75%

Nota: En la dimensión de cohesión, al nivel aglutinado le correspondió al 68.75%

**NIVELES DE COHESION**



**Gráfica 4**

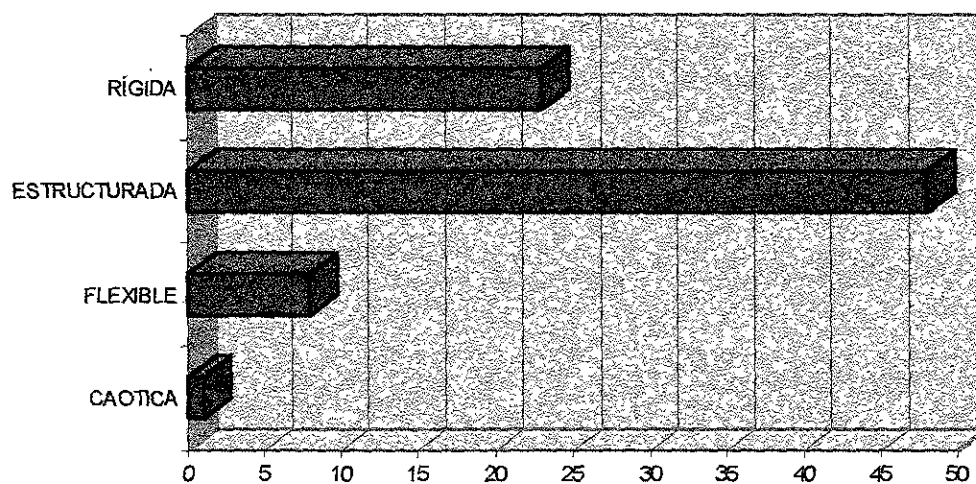
Nota: 55 familias se ubicaron dentro del nivel Aglutinada

**TABLA 11. NIVELES DE ADAPTABILIDAD FAMILIAR**

ADAPTABILIDAD	#	%
CAÓTICA	1	1.25%
FLEXIBLE	8	10.00%
ESTRUCTURADA	48	60.0%
RIGIDA	23	28.75%

*Nota:* El nivel estructurado representó más de la mitad de la dimensión de adaptabilidad

**NIVELES DE ADAPTABILIDAD**



**Gráfica 5**

*Nota:* 48 familias se ubicaron dentro del nivel Estructurada

**TABLA 12. FAMILIAS BALANCEADAS Y NIVELES DE ESTRÉS FAMILIAR**

NIVELES DE FAMILIA BALANCEADA	ADAPTABILIDAD	COHESIÓN	U.H. ESTRÉS UNIDAD HOLMES
FLEXIBLEMENTE RELACIONADA	3.2	3.7	190 U.H.
ESTRUCTURALMENTE SEMIRRELACIONADA	2.3	2.8	190 U.H.
FLEXIBLEMENTE RELACIONADA	3.0	3.6	189 U.H.
ESTRUCTURALMENTE RELACIONADA	3.0	3.7	190 U.H.
ESTRUCTURALMENTE RELACIONADA	2.8	3.5	136 U.H.

*Nota:* Las crisis leves familiares estuvieron presentes en las familias balanceadas.

**TABLA 13. FAMILIAS EXTREMAS Y NIVELES DE ESTRÉS FAMILIAR**

NIVEL DE FAMILIA EXTREMA	ADAPTABILIDAD	COHESIÓN	NIVEL DE ESTRÉS (UNIDAD HOLMES)
CAÓTICAMENTE NO RELACIONADA	4.2	1.4	362 U.H.
RÍGIDAMENTE NO RELACIONADA	1.5	1.5	347 U.H.
RÍGIDAMENTE NO RELACIONADA	1.5	1.3	393 U.H.
RÍGIDAMENTE AGLUTINADA	2.0	4.7	300 U.H.
RÍGIDAMENTE AGLUTINADA	2.2	4.8	301 U.H.
RÍGIDAMENTE AGLUTINADA	1.5	4.5	307 U.H.
RÍGIDAMENTE AGLUTINADA	2.1	4.7	309 U.H.
RÍGIDAMENTE AGLUTINADA	2.3	4.8	403 U.H.

*Nota:* En las familias extremas recayeron los niveles de estrés más altos (crisis severa)

**TABLA 14. FAMILIAS BALANCEADAS Y FASES DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA**

NIVELES DE FAMILIA BALANCEADA	CICLO VITAL DE LA FAMILIA (J. GEYMAN, 1980)
FLEXIBLEMENTE RELACIONADA	FASE DE INDEPENDENCIA (4)
ESTRUCTURALMENTE SEMIRRELACIONADA	FASE DE RETIRO Y MUERTE (5)
FLEXIBLEMENTE RELACIONADA	FASE DE RETIRO Y MUERTE (5)
ESTRUCTURALMENTE RELACIONADA	FASE DE INDEPENDENCIA (4)
ESTRUCTURALMENTE RELACIONADA	FASE DE INDEPENDENCIA (4)

Nota: Fase de independencia, los hijos han formado nuevas familias

**TABLA 15. FAMILIAS EXTREMAS Y FASES DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA**

NIVELES DE FAMILIA EXTREMA	CICLO VITAL DE LA FAMILIA (J. GEYMAN, 1980)
CAÓTICAMENTE NO RELACIONADA	FASE DE DISPERSIÓN (3)
RÍGIDAMENTE NO RELACIONADA	FASE DE DISPERSIÓN (3)
RÍGIDAMENTE NO RELACIONADA	FASE DE DISPERSIÓN (3)
RÍGIDAMENTE AGLUTINADA	FASE DE DISPERSIÓN (3)
RÍGIDAMENTE AGLUTINADA	FASE DE INDEPENDENCIA (4)
RÍGIDAMENTE AGLUTINADA	FASE DE INDEPENDENCIA (4)
RÍGIDAMENTE AGLUTINADA	FASE DE INDEPENDENCIA (4)
RÍGIDAMENTE AGLUTINADA	FASE DE INDEPENDENCIA (4)

Nota: Fase de dispersión. Los hijos se encuentran en plena adolescencia

**TABLA 16. PROMEDIO DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD OBTENIDO DE LAS 80 FAMILIAS ESTUDIADAS**

COHESIÓN	3.95
ADAPTABILIDAD	2.44

*Nota:* La dimensión de cohesión presentó rangos muy altos

**TABLA 17. FAMILIAS BALANCEADAS Y AÑO EN QUE SE PRESENTO LA ENFERMEDAD.**

NIVELES DE FAMILIA BALANCEADA	AÑO EN QUE SE PRESENTO LA EVC
FLEXIBLEMENTE RELACIONADA	1978
ESTRUCTURALMENTE SEMIRRELACIONADA	1993
FLEXIBLEMENTE RELACIONADA	1995
ESTRUCTURALMENTE RELACIONADA	1997
ESTRUCTURALMENTE RELACIONADA	1998

*Nota:* No hubo relación entre familias balanceadas y tiempo de evolución de la enfermedad

**TABLA 18. FAMILIAS EXTREMAS Y AÑO EN QUE SE PRESENTO LA ENFERMEDAD**

NIVELES DE FAMILIA EXTREMA	AÑO EN QUE SE PRESENTO LA EVC
CAOTICAMENTE NO RELACIONADA	1977
RIGIDAMENTE NO RELACIONADA	1997
RIGIDAMENTE NO RELACIONADA	1995
RIGIDAMENTE AGLUTINADA	1998
RIGIDAMENTE AGLUTINADA	1978
RIGIDAMENTE AGLUTINADA	1996
RIGIDAMENTE AGLUTINADA	1990
RIGIDAMENTE AGLUTINADA	1997

Nota: No hubo relación entre familias extremas y tiempo de evolución de la enfermedad.

## DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

Durante los meses de junio y julio de 1998, se llevó a cabo en la ciudad de Aguascalientes, un estudio que permitió analizar 101 pacientes con secuelas de enfermedad cerebrovascular. Del total, 13 de ellos cambiaron de domicilio y 8 habían fallecido, y al final se logró estudiar a 80 pacientes y sus familias a quienes se sometió a un cuestionario de 63 reactivos, se analizó a la vez su estructura familiar y ciclo vital.

Las edades de estos pacientes oscilaron entre los 19 y 85 años con una media de 50 años para el sexo masculino y de 55 años para el femenino; 39 (48.7%) varones y 41 (51.2%) mujeres. Los tres grupos etarios más afectados fueron los de 45 a 49, 50 a 54 y 60 a 64 años, que representaron el 41.25% (33 pacientes). La distribución por grupo de edades y sexo se encuentran representados en la Tabla 1.

Cincuenta y ocho pacientes (72.5%) realizaban labores económicas fuera del hogar; de éstos veinte (25%) fueron del sexo femenino y treinta y ocho (47.5%) del masculino (Tabla 2).

Se presentaron quince analfabetas (18.75%), de los cuales once pertenecen al sexo femenino y cuatro al masculino. Treinta y siete pacientes (46.25%) cursaron la primaria y dieciocho de ellos la terminaron (22.5%); siete cursaron la secundaria y cuatro realizaron estudios profesionales (Tabla 3).

El 57.5% eran casados; veintinueve varones y diecisiete mujeres lo que dio un total de cuarenta y seis pacientes, el 11.2% resultaron ser solteros; cuatro varones y cinco mujeres, se presentaron cuatro uniones libre y el resto, 21 pacientes (26.2%) eran divorciados, viudos, separados o madres solteras (Tabla 4).

En cuanto a la evolución del padecimiento, más del 50% (46 pacientes) tenían entre 1 y 4 años de evolución y el 26.5% (21 pacientes) tenían menos de un año (Tabla 5).



Con respecto a las actividades religiosas, setenta y ocho sujetos (97.5%) profesaban la religión católica, uno, la cristiana y uno, testigo de Jehova (Tabla 6).

Dentro del mapa conyugal y familiar del modelo circunflejo, sesenta y siete (83.7%) familias quedaron comprendidas dentro del rango medio, ocho, (10%) del total fueron familias extremas y cinco (6.25%) fueron familias balanceadas (Gráfica 1).

Dentro de las familias de rango medio, seis (7.5%) fueron Flexiblemente Aglutinadas, una (1.25%) Estructuralmente no Relacionada, cuarenta y cuatro (55%), Estructuralmente Aglutinada, tres (3.75%) Rígidamente Semirrelacionada y trece quedaron comprendidas dentro de las Rígidamente Relacionadas. Con respecto a los tipos extremos; una (1.25%) era Caóticamente no Relacionada, dos (2.5%) Rígidamente no Relacionada y cinco (6.25%) fueron Rígidamente Aglutinadas. En los tipos Balanceados; 2 (2.5%) fueron Flexiblemente Relacionadas, una (1.25%) Estructuralmente semirrelacionada y dos (2.25%) resultaron Estructuralmente relacionadas (Tabla 7).

Con respecto al ciclo vital familiar predominó la fase de independencia con cuarenta y cuatro familias que representaron el 55%, en segundo lugar se ubicó la fase de dispersión con 21 (26.25%), en tercer lugar, la fase de retiro-muerte con 10 familias (12.5%) y en cuarto lugar, la fase de expansión con 5 familias (6.25%) (Tabla 8 y Gráfica 2).

De las familias estudiadas, 36 (45%) presentaron altos niveles de estrés familiar por lo que se les clasificó como familias en crisis severas, a 28 (35%) como familias en crisis moderada, por último, a 16 (20%) como familias en crisis leve. Como se puede observar, las familias sin problemas no estuvieron representadas en la muestra (Tabla 9 y Gráfica 3).

Por lo que se refiere a la dimensión de cohesión familiar, ésta obtuvo puntuaciones de muy alto rango, ya que en el nivel de aglutinación se clasificaron 55 familias lo que representó el 68.75%, el nivel de relacionada obtuvo el segundo lugar con 17 (21.25%), y los niveles de no relacionada y semirrelacionada compartieron el tercer lugar con 4 familias, es decir el 5% (Tabla 10 y Gráfica 4).

Con respecto a la dimensión de Adaptabilidad; 48 (60%) se ubicaron en el nivel de estructurada, 23 (28.75%) en el nivel de Rígida, 8 (10%) en el nivel Flexible y 1 (1.25%) en el nivel de Caótica (Tabla 11 y Gráfica 5). Dentro de las familias balanceadas se encontraron niveles de estrés familiar que no sobrepasaron las 190 U.H (Tabla 12).

Las familias extremas se caracterizaron por presentar niveles de estrés de más de 300 U.H. (Tabla 13). En cuanto a las fases del ciclo vital de la familia, en el presente estudio se encontró que en las familias balanceadas; 3 se encontraban en la fase de independencia y 2 en la fase de retiro y muerte (Tabla 14).

De las 8 familias catalogadas como extremas, 4 se encontraban en la fase de dispersión, 4 en la de independencia (Tabla 15). En relación al promedio de cohesión de las 80 familias fue de 3.95, y con respecto a la dimensión de adaptabilidad fue de 2.44 (Tabla 16).

Por último, no se observó una relación entre familias balanceadas o extremas y el tiempo de evolución de la enfermedad (Tabla 17 y 18).

## DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados obtenidos en este estudio transversal y observacional, en la ciudad de Aguascalientes en el año de 1998, se encontró que las familias de los 80 pacientes estudiados, presentaron, en el nivel balanceado, una relación entre bajos niveles de estrés y el ciclo vital familiar (familias sin adolescentes). Asimismo, en las familias extremas se observó la relación de altos niveles de estrés en familias con adolescentes (fase de dispersión y de independencia).

La cohesión en términos generales fue la dimensión del sistema circunflejo más afectada, por lo que se obtuvo un rango muy alto (nivel de aglutinación) que se caracterizó por la presencia de un exagerado consenso dentro de la familia y poca independencia.

Con respecto a la dimensión de adaptabilidad se encontraron rangos de bajo a moderado (nivel estructurado), caracterizado por mandos algunas veces compartidos, papeles estables, disciplina algo democrática y cambio cuando es necesario.

Estos resultados se asemejan a los encontrados en los estudios reportados en la encuesta nacional de familias no clínicas descritas en el libro, *Familias, ¿Qué las hace funcionar?*, Olson, McCubbin, et al., 1989, cuya muestra incluyó a 1251 familias con más de 100 familias en diversas fases del ciclo de la familia y más de 200 con adolescentes. En este estudio se concluye que los niveles de estrés son menores en la primera, cuarta y quinta fase del ciclo familiar (familias sin adolescentes), y los niveles de estrés son mayores en las familias con adolescentes (segunda y tercera fase del ciclo familiar).<sup>(20)</sup>

En el artículo de Ingrid Dundas, *The Family Adaptability and Cohesion Scale III in a Norwegian Sample*, la muestra se integró con 177 estudiantes de varias disciplinas; Psicología (46.3%), parteras (8.5%), enfermeras psiquiátricas (16.4%), niñeras (4%), Bioingeniería (14.1%), militares (6.8%) y otros servicios de la salud (4%). El 75% de la muestra estuvo constituido por mujeres y el 25% por hombres; la edad promedio fue de 26 años (rango, entre 19 y 64 años) y se les

interrogó sobre el estatus familiar de sus familias de origen o de procreación, según el caso, y se encontraron niveles altos de cohesión y niveles moderados de adaptabilidad, resultados semejantes a los encontrados en el presente estudio <sup>(25)</sup>.

## CONCLUSIONES

Con base en el análisis de los resultados obtenidos en el presente estudio se derivan las siguientes conclusiones:

1. Las familias ante la presencia de niveles de estrés familiar, se inclinan hacia los altos rangos de Cohesión (nivel de aglutinación).
2. Por lo que se refiere a la dimensión de Adaptabilidad, las familias se mantuvieron en los niveles centrales de balanceo (niveles, relacionado y semirrelacionado), ante la presencia de estrés familiar.
3. Se observó una relación entre niveles más altos de estrés familiar y la presencia de familias clasificadas como extremas.
4. De igual manera, los niveles bajos de estrés se relacionan con familias clasificadas como balanceadas.
5. En relación con las familias sin adolescentes se observaron bajos niveles de estrés familiar.
6. En las familias con adolescentes, los niveles de estrés resultaron más altos.

## **SUGERENCIAS**

En este momento no existen herramientas de evaluación familiar objetivas que tengan una fuerte implantación en la práctica clínica, aunque se ha comprobado, que algunas de ellas, son instrumentos de investigación realmente útiles para valorar las disfunciones familiares, estos utilizados como instrumento único, resultarían poco ventajosos pero si es manejado en conjunto con otras herramientas de evaluación, pueden facilitar un acercamiento objetivo sobre la funcionalidad familiar.

Se considera que los resultados obtenidos en este trabajo, brindan las bases suficientes para apoyar los programas del Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), encaminados no solo a la readaptación social, sino también a la integración y funcionamiento familiar de los pacientes afectados con secuelas de enfermedades neuromusculoesqueléticas y así alcanzar el objetivo fundamental de DIF – Aguascalientes: Desarrollar integralmente a la familia.

## **LIMITACIONES**

Las limitaciones del presente estudio se deben: al carácter dinámico de las familias, en las que su cohesión y adaptabilidad se deben valorar a través del tiempo, para poder determinar la disfuncionalidad de la misma.

Este trabajo, también, se vio limitado porque tan sólo se tuvo en cuenta el punto de vista del individuo que respondió al cuestionario, sin que se considerará la comparación de los resultados de los diferentes miembros de la familia.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## BIBLIOGRAFIA

1. Joseph G. Chusid, *Neuroanatomía correlativa y Neuroanatomía funcional*, 5a. edición, Editorial Manual Moderno, 1980, págs. 335-351.
2. F. Barranagarrementería, C. Cantú, *Enfermedad Vasculat Cerebral*, 1a. Edición, Editorial McGraw-Hill Interamericana, 1998, México.
3. Kurt J. Isselbacher, *Harrison Principios de Medicina Interna*, McGraw-Hill, Inc., 13a. Edición, 1994, Tomo II, págs. 2348-2385.
4. Llamas-Esperón G., Trujillo-Santacruz J.L. y colaboradores, *Prevalencia de factores de riesgo ateroscлерoso en la ciudad de Aguascalientes*. Resultados de la encuesta "Declaración de Aguascalientes Contra la Aterosclerosis", DACA, Arch. Instituto de Cardiología, México. 67; 323-334. 1997
5. William P. Castelli, *Lípidos y enfermedad coronaria*. La campaña del colesterol 1997 *¿Es posible revertir la aterosclerosis*, Revista Médica de Aguascalientes, Vol. 4, Núm. 4, octubre-diciembre, 1977.
6. William N. Kelley y colaboradores, *Medicina Interna*, Editorial Panamericana, 1990, Tomo II, págs. 2557-2560.
7. J.B. Wyngarden, LI. H. Smith, 17a. Edición, Editorial Interamericana, 1986, Tomo II, págs. 2145-2162.
8. Secretaria de Salud, Secretaria de Servicios de Salud, Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, Dirección de Normas de Salud Mental, Rehabilitación y Asistencia Social, Subdirección de Normas de Rehabilitación y



- Asistencia Social, *Manual de contenidos Múltiples para la Rehabilitación en los Sistemas locales de Salud*, enero 1991, México, D.F.
9. B. Bobath, *Actividad postural refleja anormal causada por lesiones cerebrales*, 3a. edición, Editorial Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 1977, págs. 13-16.
  10. B. Bobath, *Hemiplejía del Adulto, Evaluación y Tratamiento*, 3a. edición, Editorial Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 1993, págs. 15-31.
  11. Ceitlin J., *¿Qué es la Medicina Familiar?* Capítulo primero, FEPAFEN/KELLOG, 1982.
  12. A. Irigoyen, C. Hernández, C. González, F. Gómez, G. Farfán y M. Fernández, *Diagnóstico Familiar*, México 1996, 5a. edición, Editorial Medicina Familiar Mexicana.
  13. A. Irigoyen C., *Fundamentos de Medicina Familiar*, 5a. edición, Editorial Medicina Familiar Mexicana. México 1998.
  14. McWhinney I.R., *Bases Científicas de la Medicina Familiar*, op. cit., Cap. 3.
  15. Taylor Robert B., *Medicina Familiar, Principios y Práctica*, Ed. Doyma, Barcelona, España, 1991.
  16. Froma Walsh, *Conceptualization of Normal Family Processes*, Overview, 3-69.
  17. Smilkstein G., "Assessment of Family Function", Rosen G.M., "Behavioral Science in Family Practice", Appleton Century, Crofts, 1980.

18. John W. Saultz, *La Atención de Salud Centrada en la Familia*, Medicina de Familia: Principios, págs. 31-37.
19. Chávez A. V., *Instrumentos de Abordaje para el Estudio Integral de la Salud Familiar*, Revista Mexicana de Medicina Familiar, 1989; 3: 47-67.
20. David H. Olson, *Circumplex Model of Marital and Family Systems Assessing Family Functioning. Research on Normal Family Processes*, págs. 104-137.
21. R.B. Cluff, M.W. Hicks, C.H. Madsen, *Beyond the Circumplex Model I: A moratorium on Curvilinearity*, Fam. Proc., Vol. 33, diciembre 1994, Núm. 4, págs. 455-470.
22. Centro de Rehabilitación e Integración Social, Sistema de Desarrollo Integral de la Familia: Archivo clínico, Aguascalientes, Ags., 1996.
23. Centro de Rehabilitación e Integración Social, Sistema de Desarrollo Integral de la Familia: Archivo clínico, Aguascalientes, Ags., 1997.
24. Secretaria de Salud. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, Secretaria de Salud, Mortalidad 1993, México 1994.
25. Ingrid Dundas, *The Family Adaptability and Cohesion Scale III in a Norwegian Sample*, Family Proces., Vol. 33, junio 1994, págs. 191-202.

## IDENTIFICACIÓN FAMILIAR (ANEXO 1)

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_

SEXO \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_

RELIGIÓN \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN ANTES DE LA ENFERMEDAD \_\_\_\_\_

DOMICILIO COMPLETO

CALLE \_\_\_\_\_ COLONIA \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_

DERECHOHABIENCIA

IMSS

ISSTE

ISEA

OTRA

FECHA DEL EVENTO AGUDO DE LA ENFERMEDAD VASCULAR  
CEREBRAL

\_\_\_\_\_

## TEST DE HOLMES (ANEXO 2)

### UNIDADES HOLMES PARA EVALUAR SITUACIONES DE ESTRÉS FAMILIAR

<u>ORDEN</u>	<u>EVENTOS EN LA VIDA</u>	<u>VALOR</u>
1	Muerte del cónyuge	100
2	Divorcio	73
3	Separación matrimonial	63
4	Causas penales	63
5	Muerte de un familiar cercano	63
6	Lesión o enfermedad personal	63
7	Matrimonio	53
8	Ser despedido del trabajo	50
9	Reconciliación matrimonial	47
10	Jubilación	45
11	Cambios en la salud de un miembro de la familia	45
12	Embarazo	44
13	Problemas sexuales	40
14	Aparición de un nuevo miembro de la familia	39
15	Reajuste en los negocios	39
16	Cambios en el estado financiero	39
17	Muerte de un amigo muy querido	38
18	Cambio a una línea diferente de trabajo	37
19	Cambio del número de discusiones con la esposa (o)	36
20	Hipoteca superior a los 25 mil pesos	35

<u>ORDEN</u>	<u>EVENTOS EN LA VIDA</u>	<u>VALOR</u>
21	Juicio por una hipoteca o préstamo	31
22	Cambio de responsabilidad en el trabajo	30
23	Un hijo o una hija abandona el hogar	29
24	Problemas con parientes políticos	29
25	Logro personal notable	29
26	La esposa comienza o deja de trabajar	26
27	Comienza o termina la escuela	26
28	Cambio en las condiciones de vida	25
29	Revisión de los hábitos personales	24
30	Problemas con el jefe	23
31	Cambio en el horario o condiciones de trabajo	20
32	Cambio de residencia	20
33	Cambio de escuela	20
34	Cambio de recreación	19
35	Cambio en las actividades religiosas	19
36	Cambio en las actividades sociales	18
37	Hipoteca o préstamo menor de 25 mil pesos	17
38	Cambio en los hábitos de sueño	16
39	Cambio en el número de reuniones familiares	15
40	Cambio en los hábitos alimenticios	15
41	Vacaciones	13
42	Navidades	12
43	Violaciones menores de la ley	11

**FACES III (ANEXO 3) VERSION EN ESPAÑOL: GOMEZ C. IRIGOYEN C.**

ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DE LA ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR				
1	2	3	4	5
NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

**DESCRIBA A SU FAMILIA**

- \_\_\_\_\_1      Los miembros de nuestra familia se apoyan entre sí
- \_\_\_\_\_2      En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
- \_\_\_\_\_3      Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- \_\_\_\_\_4      Los hijos pueden opinar en cuanto a disciplina
- \_\_\_\_\_5      Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
- \_\_\_\_\_6      Cualquier miembro de la familia puede ejercer la autoridad
- \_\_\_\_\_7      Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
- \_\_\_\_\_8      Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
- \_\_\_\_\_9      Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- \_\_\_\_\_10      Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
- \_\_\_\_\_11      Nos sentimos muy unidos
- \_\_\_\_\_12      En nuestra familia los hijos toman las decisiones

- \_\_\_\_\_13 Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente
- \_\_\_\_\_14 En nuestra familia las reglas cambian
- \_\_\_\_\_15 Con facilidad podemos planear actividades en familia
- \_\_\_\_\_16 Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
- \_\_\_\_\_17 Consultamos unos con otros para tomar decisiones
- \_\_\_\_\_18 En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
- \_\_\_\_\_19 La unión familiar es muy importante
- \_\_\_\_\_20 Es difícil decir quien hace las labores del hogar