



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA.
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 24
NUEVA ROSITA COAHUILA**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON SECUELAS DE
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL.**

Trabajo para obtener el Diploma de Especialista en Medicina Familiar

Presenta:

Dr. ANTONIO MARTINEZ ARANDA

NUEVA ROSITA, COAHUILA 2009



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.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON SECUELAS DE
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL.**

Trabajo para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar

Presenta:

Dr. ANTONIO MARTINEZ ARANDA

Autorizaciones.

Dra. MARICELA ESCOBEDO SUQUET

**Profesor Titular del Curso de Especialización en
Medicina Familiar Semipresencial para Médicos Generales del IMSS
Hospital General de Zona con Medicina Familiar Número 24
Nueva Rosita Coahuila**

Dr. CARLOS SÁNCHEZ ARENAS

**Coordinador de Educación en Investigación en Salud
Hospital General De Zona Con Medicina Familiar Número 24
Nueva Rosita Coahuila**

Dra. MARICELA ESCOBEDO SUQUET

**Asesor de Metodología de Tesis.
Profesor Titular del Curso de Especialización en
Medicina Familiar Semipresencial para Médicos Generales del IMSS
Hospital General de Zona con Medicina Familiar Número 24
Nueva Rosita Coahuila**

Dr. CARLOS SÁNCHEZ ARENAS

**Asesor de Tema de Tesis
Coordinador de Educación en Investigación en Salud
Hospital General De Zona Con Medicina Familiar Número 24
Nueva Rosita Coahuila**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON SECUELAS DE
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL.**

Trabajo para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar

Presenta:

Dr. ANTONIO MARTINEZ ARANDA

Autorizaciones.

Dr. FRANCISCO JAVIER FLUVIO GOMEZ CLAVELINA

Jefe del Departamento de Medicina Familiar,

Facultad de Medicina

Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROSA.

Coordinador de investigación del Departamento de Medicina Familiar

Facultad de Medicina

Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES

Coordinador De Docencia Del Departamento De Medicina Familiar

Facultad De Medicina

Universidad Nacional Autónoma de México

AGRADECIMIENTOS

Primeramente a Dios.

A Dios por ser paciente conmigo a pesar de las injurias, blasfemos nunca me abandono y siempre esta aquí a mi lado.

Gracias Dios.

A mí Esposa

.

Nelvita.

Como siempre en las buenas y en las malas, siempre apoyando, sufriendo a la par, mí estrés, soportando mi mal carácter.

Gracias...

A mis Hijos

Abigail.

A pesar de que no estás conmigo, te siento a mi lado, y siento alegría de poder compartir contigo este logro. Te quiero..hija.

Gracias.

A Debanhi

Por estar ahí siempre con una sonrisa, escuchando mis malos ratos sin decir nada, sin reprochar...

A Diego, Por soportar mis regaños por mi mal humor.

Gracias.

A mi Dra. Profesora y Amiga....

Dra. Maricela... por tomarnos en cuenta desde un inicio, porque gracias a su amor a la docencia estamos aquí.

Gracias.

Al buen amigo y queridísimo...

Dr. Sánchez Arenas...por estimular nuestro sentido de investigación...gracias por ese amor a su profesión... La docencia e investigación...

INDICE

Resumen	7
Marco teórico	8
Planteamiento del problema	16
Justificación	17
Objetivos	18
Hipótesis	18
Metodología	19
Variables	20
a) Independiente	21
b) Dependientes.	21
Instrumento de medición	23
Aspectos éticos	24
Resultados	27
Modelo circunflejo de Olson	31
Análisis de resultados	31
Discusión	33
Conclusión	34
Bibliografía	35
Anexos	35

RESUMEN

OBJETIVO.- Identificar si la familia se puede adaptar a un paciente con secuelas de una enfermedad vascular cerebral.

MÉTODOS.- Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo tipo encuesta. Se aplicó el cuestionario faces III que es un instrumento que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos. De la versión en español de Gómez-Clavelina Francisco Javier, Irigoyen-Coria A. (Universidad Nacional Autónoma de México). A las familias adscritas al consultorio número 9 del turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar número 23 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de Sabinas Coahuila. El tamaño de la muestra fue por conveniencia, comprendiendo todas las familias identificadas previamente con un paciente con secuelas de enfermedad vascular cerebral (AVC, EVC) y que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos, solo se excluyeron aquellos que eran pacientes de asilos o de casas de asistencias, así mismo familiares que no contestaron el cuestionario de manera completa. Se eliminaron a todas aquellas familias que no desearon participar o de otra adscripción médica.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.- Se utilizaron medidas de frecuencia simple y de dispersión

DISCUSION. De 170 familias que se estudiaron (11.5 % de la población total), se encontró que las tres dimensiones (Adaptabilidad, Cohesión, Comunicación), estaban alterados en mayor o menor y grado, siendo la más frecuente de ellos el de adaptabilidad. Teniendo una relación similar a la de la literatura La mayor parte de los acompañantes fueron las esposas, quienes son parte aguas y pilar de la familia.

CONCLUSION. De acuerdo al trabajo realizado, y analizando los resultados, existe la necesidad de insistir en los programas ya existentes en la unidad.- grupo SODHI. (sobrepeso, diabetes, hipertensión). Así como involucrar a uno o más familiares en pláticas, planeación de ejercicios, dietas. etc. Como medidas preventivas.

Palabras clave: identificar, adaptar, familias, secuelas de AVC.

SUMMARY

Objective. - Identify if the family can adapt to a patient with sequelae of an illness vascular cerebral.

Method.- Retrospective study, transversal, descriptive type polls. It applied the questionnaire faces III that is an instrument that evaluates the two main functions through 20 reagents. Of the version in Spanish of Gómez-Clavelina, Francisco Javier, Irigoyen-Coria To. (Autonomous National University of Mexico). To the families assigned to the consulting room number 9 of the turn vespertine of the Unity of Familiar Medicine number 23 of the Mexican Institute of the Social Insurance of the City of Sabinas Coahuila. The volume of the sample was by suitability, comprising all the families identified previously with a patient with sequelae of illness vascular cerebral (AVC, EVC) and that fulfilled with the criteria of inclusion established, only excluded those that were patient of asylums or of houses of assistances, likewise familiar that they did not answer the questionnaire of complete way. They deleted to all those families that did not wish to take part or of another adscription medical.

Statistical Analysis. They used measures of simple frequency and of dispersion.

Conclusion.

Of agreement to the work realized, in which contemplate that the adaptation has very little margin, this to his time obeys to problems in the communication Mainly in the couple, already that as it mentioned previously, is manacles it the one who in the majority of the cases . Takes the responsibility of the care and sustention of the home and analyzing the results, exists the need to insist in the programs already existent in the unity. - Group SODHI. (excess of weight, diabetes, hypertension). So like involucres to one or more familiar in to talk, planning of exercises, diets, etc. Like preventive measures.

Key words: identify, adapt, patient sequelae illness vascular.

MARCO TEORICO.

La Enfermedad Vascul ar Cerebral (AVC) es la instauración rápida de síntomas clínicos de disfunción cerebral focal o global con una duración mayor de 24 hrs., o que conduce a la muerte sin otra causa que el origen vascular. Es uno de los principales problemas de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud representa la tercera causa de muerte y la primera de invalidez en los adultos. La incidencia y prevalencia hacen un costo humano y económico ^(1, 2,3).

Tiene gran impacto socioeconómico tanto por la atención que requiere en fase aguda como en sus secuelas ⁽⁴⁾.

Los pacientes que sufren un accidente cerebrovascular (AVC) o ictus tienen riesgo de desarrollar un importante número de complicaciones, que pueden retrasar o disminuir su recuperación funcional. Davenport evalúa a un grupo de 613 de pacientes hospitalizados, de los cuales un 59% presentaron complicación, siendo las úlceras por decúbito, infección de vías urinarias, caídas al suelo. La depresión contribuye a una menor recuperación funcional tras el AVC, y afecta al 30-40% de los pacientes durante el primer año. El diagnóstico de depresión se hace difícil en muchos pacientes, bien por la presencia de afasia grave, trastornos cognoscitivos asociados, etc. Y se tienden a subestimar, a pesar de su buena respuesta al tratamiento farmacológico ^(5,6).

La rehabilitación de la persona con AVC. Pretende desarrollarle al máximo las capacidades físicas, psicológicas, sociales y vocacionales. Se requiere de un equipo interdisciplinario, o grupo de profesionales de salud de diferentes disciplinas. Realiza una evaluación buscando la mayor independencia funcional de la persona, se le previene complicaciones, mejorar su calidad de vida y lograr su reintegro familiar social y laboral. ⁽⁷⁾

Los cambios sociales y familiares, en especial la transición en la tipología familiar de tipo extenso al nuclear en la actualidad, pueden producir mayor soledad y

aparición de problemas emocionales. la depresión interfiere con los sentimientos de bienestar o felicidad, produce discapacidad y complica otras enfermedades.⁽⁸⁾

La adaptabilidad es La habilidad del sistema familiar para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional y evolutivo ⁽⁹⁾

En el análisis relacional de la familia, y según diferentes autores, posible centrarse en variables como el estilo y la competencia familiar (Beavers y Hampson, 1995); en el afecto, la comunicación, las barreras, las alianzas, la adaptabilidad y la competencia familiar (Kinston, Loader y Miller, 1987), o, como hacen Olson y sus colaboradores. ^(9,10)

Diversas escuelas de terapia familiar han planteado reiteradamente la necesidad de instrumentos adecuados que permitan estudiar y valorar el funcionamiento familiar. Han transcurrido más de tres décadas desde que empezaran a surgir a finales de los años setenta. Uno de los modelos con mayor relevancia actualmente en la comprensión de los sistemas familiares. Es el modelo circunflejo, desarrollado por Olson, Sprenkle y Russell (1979) los conceptos específicos vinculados con la adaptabilidad son: liderazgo, disciplina, negociación, roles y reglas. Inicialmente, en las primeras versiones del modelo (Olson, Russell y Sprenkle, 1980) también se incluyeron en esta dimensión la asertividad, el control o el feedback. ⁽¹⁰⁾

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Para adaptarse a su nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares, favorece que el paciente sea etiquetado como “diferente”. Los cambios que se producen en las familias en relación con la enfermedad no siguen un patrón específico mas bien están dados por las propias características familiares, tales como su etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la

función que cubra la enfermedad para ese grupo en específico, la historia familiar.⁽¹¹⁾

Para poder comprender la disfunción familiar es importante hacer un enfoque de la familia partiendo de la funcionalidad de esta, al considerar el hecho de que una familia con un funcionamiento adecuado o familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados favorables en estas. Este criterio es reafirmado por la definición que da la Organización Mundial de la Salud (OMS) a la salud, donde concibe esta no solo como ausencia de síntomas sino también el disfrute de un bienestar psicológico y social.

Así como también que una familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado debe ser considerada como un factor de riesgo al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros.

La familia se vuelve disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional cuando se invierte la jerarquía y cuando la jerarquía se convierte en autoritarismo.⁽¹²⁾

Haley en 1990 hace referencia que para entender a las familias se hablara de funcionabilidad y disfuncionabilidad pues son términos que se adaptan a la familia como sistema y que permiten entender la patología.⁽¹³⁾

Las funciones familiares se pueden señalar que desde un punto de vista psicosocial se clasifican en externa e internas. Las primeras tienen como fin el transmitir al individuo una serie de valores culturales para que sea aceptado socialmente perpetuando dichos valores a través del tiempo. En cambio la función interna de la familia se refiere a la protección biológica, psicológica, y social del individuo.⁽¹⁴⁾

Se estudio la relación entre el funcionalismo familiar (medido por el APGAR familiar) el estrés medido por la escala de Holmes y Rahe y la ansiedad

medida por la escala de Hamilton; y la relación particular del funcionalismo familiar con la edad, el sexo, el estado civil, profesión, las enfermedades psicosomáticas, algunos riesgos de salud y el estrato socioeconómico laboral. Los resultados demuestran que;

1. los sujetos con mayores niveles de eventos estresantes, ansiedad, enfermedades psicosomáticas, estrato socio-económico laboral obrero, sedentarios, alcohólicos, los de profesión obrera y los adolescentes tienen una significativa tendencia a producir disfunción familiar y severa.
2. El funcionalismo familiar no es influenciado significativamente por el sexo, el estado civil, algunas profesiones y algunos riesgos de salud.
3. El reajuste social según eventos estresantes y la ansiedad, estuvieron en correlación negativa altamente significativa con el funcionalismo familiar.

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas de sus integrantes por eje. Conflicto estimado no resuelto entre la pareja o entre padres e hijos, se puede presentar al medico familiar como una depresión en un adulto, como una lesión física en la esposa, como síntomas somáticos en los adulto o niños, como problemas de conducta o como trastorno de simulación en los adolescentes. Gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar. Pueden ser incongruentes entre el sufrimiento de su padecimiento y la naturaleza relativamente menor de sus síntomas. El medico que brinda atención a sus pacientes en el contexto de la familia debe comprender el impacto que las crisis ocasionan en el estado funcional de la misma. Su conocimiento facilitara el diagnostico y el manejo de la disfunción familiar. ⁽¹⁵⁾

En cambio en las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas. ⁽¹⁶⁾

De igual manera , debería evaluarse la presencia de una enfermedad crónica, la existencia de conflictos familiares y otras situaciones que modifican la dinámica

familiar, ya que la cooperación y la participación de todos los miembros de la familia es necesaria para alcanzar de nuevo el equilibrio de la salud familiar. ⁽¹⁷⁾

Identificar los factores de riesgo de la disfunción familiar implica la exploración de los posibles signos y síntomas de enfermedad, que presente uno o más integrantes de una familia y que se relacionan con ella o reflejan una alteración en la dinámica de la misma. el indicador de indagación alude a la capacidad del medico para sondear, mediante la elaboración de hipótesis diagnosticas, los factores que intervienen en la disfunción familiar, el indicador de interpretación trata del uso pertinente de recurso de diagnósticos, del manejo de pruebas clínicas, del uso de instrumentos de diagnósticos de funcionalidad familiar y de la guía para elaborar estudios integrales de salud. ⁽¹⁸⁾

Así entonces nosotros los médicos familiares debemos fomentar la idea en la familia de la autorresponsabilidad, y si no hacemos esto, no estaremos haciendo bien nuestras funciones. ⁽¹⁹⁾

El apoyo del área familiar y en el área de las reacciones sociales también influye positivamente sobre el sueño y el aislamiento social. y es aquí donde el circulo de amigos, los compañeros de trabajo y especialmente la familia se convierten en la principal fuente de apoyo social, que funcionara como amortiguadora del estrés que sufre el paciente , como estimuladora del autoestima del mismo y como soporte psicológico, emocional, material. etc. ⁽²⁰⁾

Estudios realizados proporcionan claras evidencias de que el apoyo social facilita la recuperación de los problemas de salud. estos resultados reflejan el papel que desempeñan factores psicosociales sobre la calidad de vida percibida por los pacientes con AVC., y en conclusión ponen de manifiesto que el componente subjetivo tiene un peso probablemente superior al de de los propios factores objetivos de la enfermedad. ⁽²¹⁾

En el hospital clínico quirúrgico santiago de cuba , se realizo un estudio descriptivo y retrospectivo, con el objetivo de caracterizar psicológica y

sociodemográfica a todos los pacientes portadores de déficit motor por enfermedad cerebro vascular en años comprendidos entre 1997 y el primer semestre del 2001 que requirieron tratamiento rehabilitador ,se revisaron 104 historias clínicas de hemipléjicos con un criterio de selección: episodio de AVC de primera vez.

En el estudio se constato que el sexo masculino representando el 58.6% fue el mas observado, con predominio de las edades entre 51 a 70% (58.6 %) junto a la toma motora derecha. los sujetos con secuelas de enfermedad de tipo isquémico fueron 95 mientras los hemorrágicos fueron 9.

Se evidencio que el 68.2 % de los hemipléjicos presento 1 con morbilidad asociada y el 23 % mas de 2, siendo la hipertensión arterial con 89 casos la mas frecuente. La depresión y ansiedad ocuparon con un 56.7% y 11.5% respectivamente los primeros lugares como manifestaciones psicológicas. ⁽²²⁾

En un estudio transversal analítico que incluyo pacientes mayores de 18^a con un diagnostico clínico de enfermedad cerebrovascular isquémico en una población colombiana, concluyeron que el estrato socioeconómico bajo, afiliado al régimen subsidiado por el estado y que no completaron la escuela primaria aumentan los casos de Beck. Este estudio sugiere que se debe implementar una educación para la comunidad, orientada a la identificación temprana de los signos y síntomas de la entidad, la discapacidad que genera, y a su vez desarrollar mejores y efectivos sistemas de atención pre-hospitalaria, de igual manera se debe fomentar el entrenamiento de los médicos de la salud primaria .con el objetivo de disminuir el tiempo para la consulta e instaurar una terapia temprana ⁽²³⁾

Para valorar la participación de la familia en la dinámica familiar se ha utilizado el instrumento Faces III el cual consta de 20 reactivos que miden la adaptabilidad y la cohesión familiar. Para ello destina las preguntas nones para la cohesión y las preguntas pares para la adaptabilidad

Los niveles de adaptabilidad son: rígido, estructurado, flexible y caótico. Los de la cohesión son: no relacionada, semirrelacionada, relacionada, aglutinada. ⁽²⁴⁾

La funcionalidad se relaciona con los niveles intermedios de ambas dimensiones y la disfuncionalidad familiar con los niveles extremos de ambas dimensiones. La cohesión ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad así como la adaptabilidad es un elemento fundamental particularmente de las enfermedades progresivas, recurrentes o que presentan crisis medicas agudas. ⁽²⁵⁾

En definitiva, las características del Faces III lo convierten en un instrumento atractivo, tanto para se uso en investigación psicosocial como para su aplicación en terapia familiar. ⁽¹⁵⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En nuestra población de pacientes adscritos al consultorio número 9. De la Unidad de Medicina Familiar número 23 en Sabinas Coahuila. De los 1475 derechohabientes. Aproximadamente el 70% corresponde a enfermedades crónico degenerativas como la hipertensión arterial y diabetes mellitus con sus complicaciones propiamente dichas. Dentro de las complicaciones se encuentra las secuelas de un Enfermedad Vasculal Cerebral (EVC) Que pueden ser de recuperación total, hasta ser dependientes de la familia.

en la consulta es muy frecuentemente encontrar a miembros de la familia que se vuelven multiconsultantes y que de trasfondo hay un paciente con complicaciones de un evento cerebral vascular. Lo cual se traduce en alteraciones de su vida cotidiana y/ o en su área laboral.

Estas alteraciones se ven reflejados dentro de su función como familia, y como consecuencia trastornos en su estructura, su comunicación es nula, tienen poca visión para enfrentar sus crisis, por lo tanto pierde su autonomía. No tiene individualidad. No hay crecimiento manteniendo una disfuncionalidad que inclusive puede terminar en separación de cada uno de los miembros o disgregación del vínculo familiar.

¿Es posible identificar cual es el grado de funcionalidad familiar en pacientes con accidente cerebrovascular?

JUSTIFICACIÓN

La investigación es factible, por que en nuestro consultorio existe la población necesaria que cuenta con los requerimientos necesarios para la investigación, y lograr los objetivos señalados.

la intención de este estudio es la de encontrar algún método de ayuda para una mejor o una rápida adaptación de la familia o alguno de sus miembros, mediante los resultados que se recaben.

Este estudio considero que justifica su aplicación por la cantidad de pacientes que ingresan a las estadísticas o son parte de las mismas y a más temprana edad, tal vez por la falta de información, por ignorancia debido a su bajo nivel educativo que es mas común ver estas enfermedades y sus complicaciones en familias con nivel socioeconómico bajo y que apenas alcanzan la primaria y/o inclusiva hay familias que solo saben leer y escribir.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Identificar el grado de funcionalidad familiar en pacientes con secuelas de enfermedad vascular cerebral.

Objetivo específico.

- Describir el tipo de familia en pacientes con EVC.
- Conocer el nivel adaptativo de las familias de pacientes con EVC.
- Conocer el nivel de cohesión en familias de pacientes con un EVC

HIPÓTESIS;

- No necesaria en este tipo de estudio.

METODOLOGÍA.

- Diseño del estudio.- retrospectivo, transversal, descriptivo

Periodo de estudio

Mayo de 2008 a octubre 2008

Criterios de inclusión.

- Familiares que deseen participar de manera voluntaria y previo consentimiento. informado.
- Pacientes con secuela o deterioro neurológico.

Criterios de exclusión.

- Pacientes que sean llevados de asilos o casas de asistencia.
- Familiares que no contesten el cuestionario de manera completa.

- Pacientes de otras unidades de adscripción.

Criterios de eliminación.

- los que se pierden

Variables.

Variable independiente:

- secuelas de un evento cerebral vascular.

Definición conceptual.-

la instauración rápida de síntomas clínicos de disfunción cerebral focal o global con una duración mayor de 24 hrs., o que conduce a la muerte sin otra causa que el origen vascular.

Definición operacional

La instauración rápida de síntomas clínicos de disfunción cerebral focal o global con una duración mayor de 24 hrs., o que conduce a la muerte sin otra causa que el origen vascular.

Escala de medición. - nominal

Variable dependiente.

- Adaptación familiar.

Definición conceptual

Habilidad del sistema familiar para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional y evolutivo.

Definición operacional

Habilidad del sistema familiar para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional y evolutivo

Escala de medición.- Nominal.

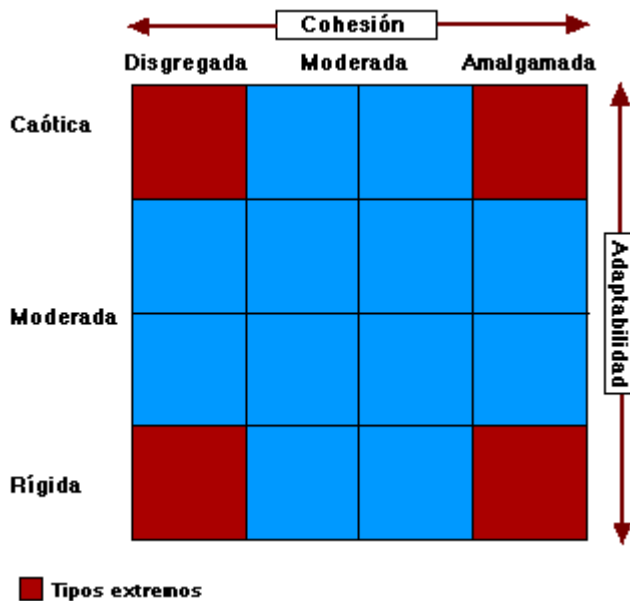
Fuente de información. Cuestionario faces III.

INSTRUMENTO.

Se aplicara el cuestionario Faces III familias o en su defecto a algún miembro de la familia que tenga un paciente con secuelas de enfermedad vascular cerebral y que sea derechohabiente del consultorio numero 9 de la Unidad de Medicina Familiar numero 23 de Sabinas Coahuila..

El cuestionario consta de 20 ítems: las preguntas nones evalúan la cohesión y las pares la adaptabilidad. la clasificación de las familias según su cohesión es de acuerdo al puntaje obtenido: de 10 a 34 no relacionada, de 35 a 40 semirrelacionada, de 41 a 45 puntos relacionada, de 46 a 50 puntos aglutinada. De acuerdo a adaptabilidad se clasifica en rígida con un valor de 10 a 19 puntos, estructurada entre 20 y 24 puntos, flexible entre 25 y 28 puntos y caótica entre 29 y 50 puntos.

De esta combinación resultan 16 tipos de familias al conjuntar al tipo de familia según su cohesión y según su adaptabilidad a manera de coordenadas. Así se clasifica a las familias en balanceadas o funcionales, de rango medio o moderadamente disfuncionales y extremas o severamente disfuncionales.



Modelo circunflejo del sistema marital y familiar. Adaptado de Olson et al.

Plan de análisis estadísticos.

Se utilizarán medidas de frecuencia simple y de dispersión.

Aspectos éticos.

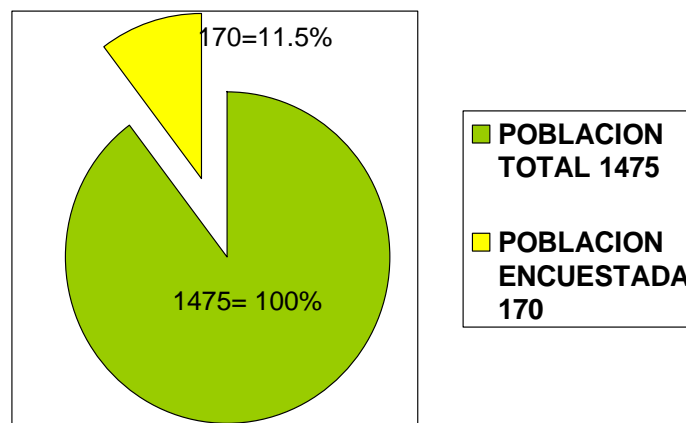
Este protocolo será sometido al comité local de investigación numero 506 Se obtuvo de cada participante el consentimiento informado conforme a la Declaración de Helsinki en sus principios básicos del 6 al 9 y de la Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 vigente en los artículos 13,15,16,17,18,19,20,21,22. A las familias participantes se les dio una explicación clara y completa, de tal forma que pudiera comprenderla en la justificación y objetiva de la investigación, sus beneficios y riesgos o molestias que pudiera ocasionar, el destino final (educativo) de los resultados que se obtendrían. Libertad para otorgar su consentimiento por escrito con por dos testigos y del cual ellos tendrían una copia, manteniendo su identificación en confidencialidad. Prevalció el criterio de respeto y dignidad, protección de derechos y bienestar de cada participante.

RESULTADOS.

El presente estudio fue realizado en el consultorio de medicina familiar en la unidad de medicina familiar numero 23 de la c. de Sabinas Coahuila. Tomando como muestra a familiares de pacientes derechohabientes que se prestaron de manera voluntaria, a petición del medico familiar, siendo un total de 170 familias, 11.5% de los 1475 familias que actualmente conforman el consultorio numero 9 de dicha unidad, a la que se les aplico el cuestionario.

(Grafica 1)

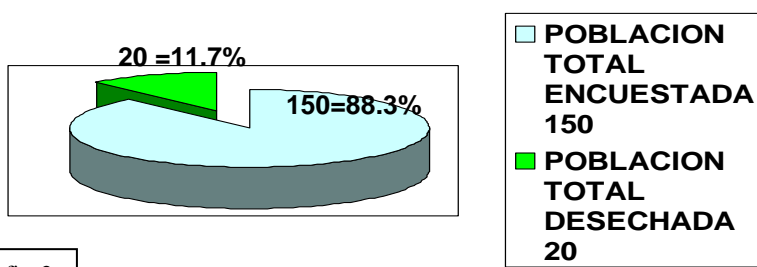
POBLACION DERECHOHABIENTE DEL CONSULTORIO No.9
DEL UMF No. 23 SABINAS COAHUILA.



Grafica 1

De los 170 cuestionarios se excluyeron 20 , que equivale al 11.7 % del total de las encuestas .En los que predominaron encuestas con respuestas incompletas. No fueron entregadas a tiempo. (Dos o tres días después...), con rayones, o con doble respuesta, Y las que en definitiva no acepto u otorgo su consentimiento, por sentir que se le estaba entrometiendo en su vida y la de su familia.

POBLACION TOTAL 170



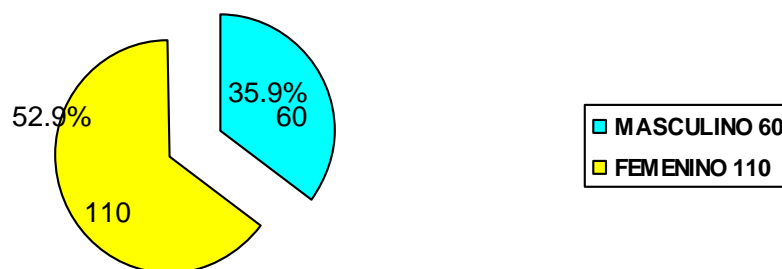
Grafica2

De las encuestas realizadas se pudo observar que hubo una predilección del sexo femenino.

Lo que nos hace pensar que es la mujer quien en situaciones difíciles es la que asume el papel de autoridad. Por lo tanto;

En cuanto a la prevalencia del sexo, en las encuestas se encontró que el 52.94% corresponde al sexo femenino, mas el 11.76% de las encuestas desechadas también eran del sexo femenino. Que corresponde a un total de 110 encuestadas. El resto que es el 35.29% correspondió al sexo masculino siendo un total de 60 encuestados.

PREDILECCION POR SEXO.

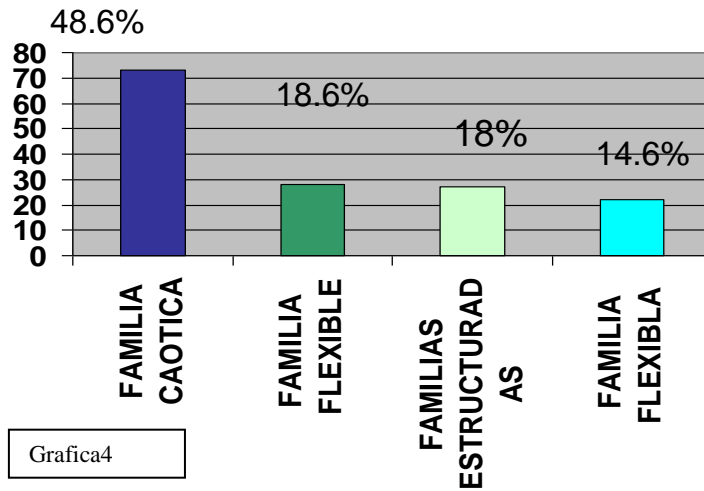


Grgrafica3

En cuanto a los resultados encontramos que en **adaptabilidad** hubo un predominio de las familias caóticas en 48.66 % que equivale a 73 familias. Seguidos de familias flexibles en un 18.66% siendo un total de 28 familias. El 18% son familias estructuradas que es el total de 27 familias. Y por ultimo

familias con adaptabilidad flexible fueron un total de 22 familias que corresponde al 14.66%.

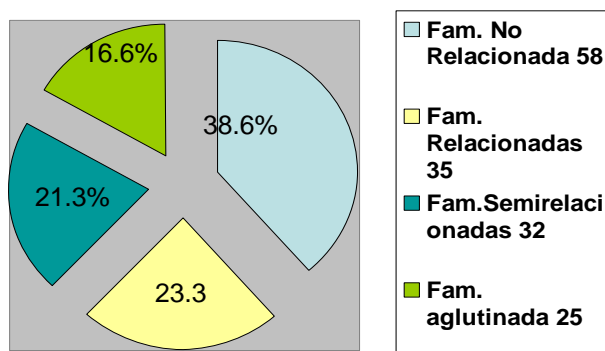
ADAPTABILIDAD



Fuente. ' Encuesta realizada mediante cuestionario Faces III. De Olson.
Versión en español de Gómez 'Clavelina. Consultorio # 9 de la UMF # 23

En lo que se refiere a la **cohesión** encontramos que de las 150 familias encuestadas el 38.66% corresponde a familias no relacionadas siendo un total de 58 familias. El 23.33% corresponde a familias relacionadas. De un total de 35 familias encuestadas. El 21.33 % corresponde al total de 32 familias semirelacionadas. El 16.66% corresponde a 25 familias caóticas.

COHESION.



Grafica5

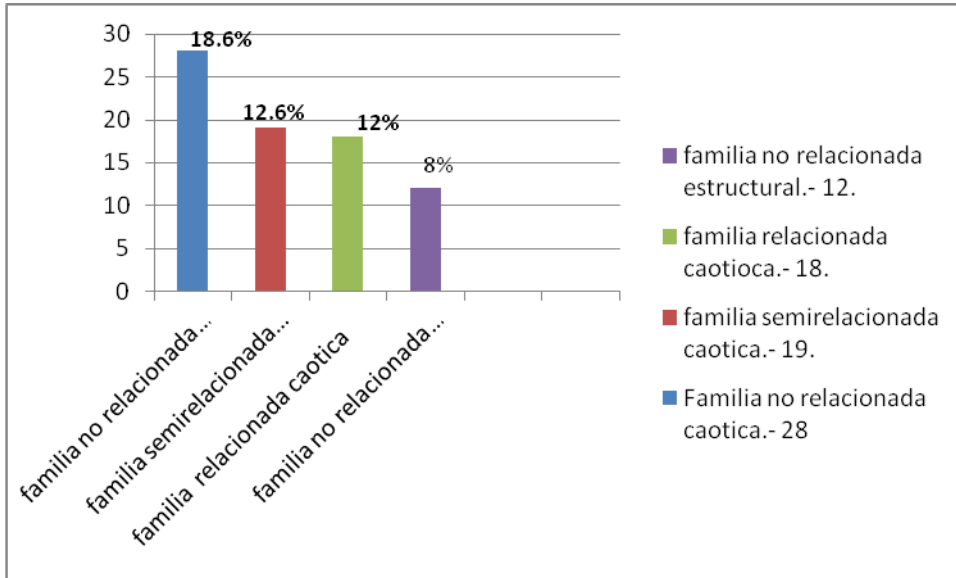
Fuente. Encuesta realizada mediante cuestionario Faces III De Olson... versión en español de Gómez 'Clavelina

En cuanto a la prevalencia del sexo, en las encuestas se encontró que el 6.10% corresponde al sexo femenino, más el 1.35% de las encuestas desechadas también eran del sexo femenino. Que corresponde a un total de 110 encuestadas. El resto que es el 4.06% correspondió al sexo masculino siendo un total de 60 encuestados.

Modelo circunflejo de olson

De acuerdo a la tipificación de la familia encontramos que 28 de ellas, equivalen a el 18.66% familias No relacionada-caóticas. Seguidas de familias semirelacionadas-caóticas en 12.66 % que equivalen a 19 familias. Seguidos del 12. % de familias relacionadas-caóticas que equivale al total de 18 familias.

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS

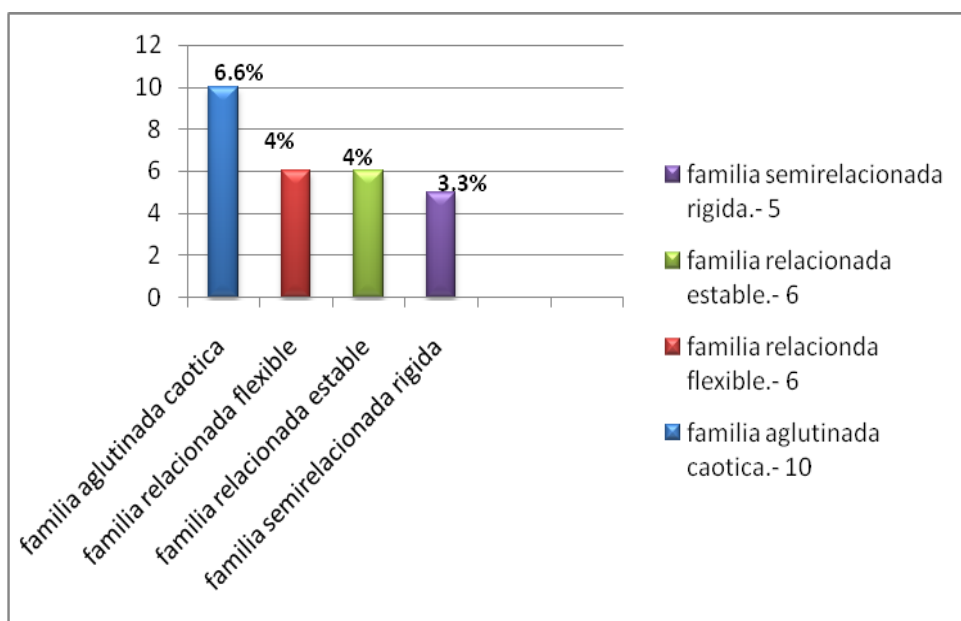


Grafica 6.

Fuente. Encuesta realizada mediante cuestionario faces III. De Olson. Versión en español de Gómez Clavelina. Consultorio · 9 de la UMF · 23 sabinas Coahuila.

El 8% del total de 12 familias corresponde a No relacionada-estructurada. El 6.66% corresponde a 10 familias tipificadas como aglutinada-caótica.

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS

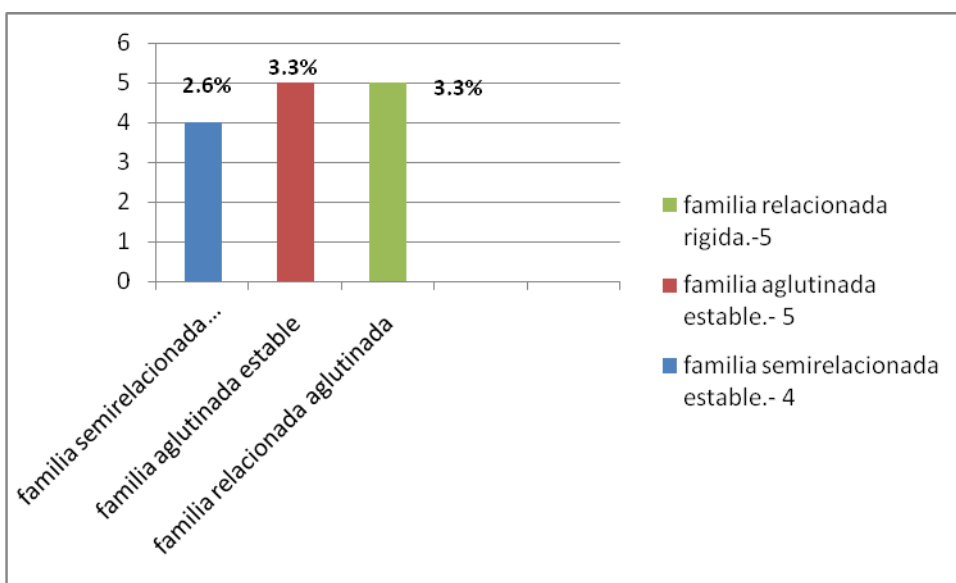


Grafica 7

Fuente. Encuesta realizada mediante cuestionario faces III. De Olson versión en español de Gómez Clavelina. UMF · 23 sabinas coah. Consultorio · 9.

El 4% (6 familias) corresponde a familias relacionada-flexible. Al igual que 4% (6 familias) corresponde a familias relacionada-estructural. El 3.33% (5 familias) corresponde a familias semirelacionada-rígida. Habiendo similitud con familias relacionada-rígida en 3.33%(5 familias).

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS

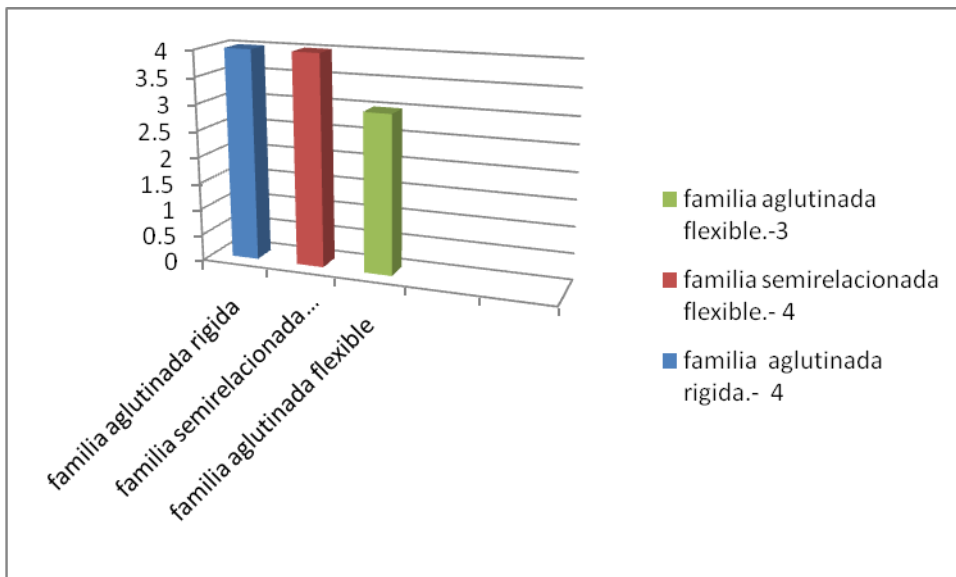


Grafica 8

Fuente. Encuesta realizada mediante cuestionario faces III. De Olson versión en español de Gómez Clavelina. Consultorio UMF · 23 sabinas coah.

Al igual que a familias aglutinada-estructural equivalente al 3.33% (5 familias.). El 2.66% (4 familias) corresponde semirelacionada-estructural. El 2.66% también de 4 familias corresponde a familias aglutinada-rígida. El otro 2.66% corresponde a familias semirelacionada-flexible (4 familias).Y por ultimo 3 familias correspondientes al 2 % son tipificadas como aglutinada-flexible.

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS



Grafica 9

Fuente. Encuesta realizada mediante cuestionario Faces III Olson . versión en español de gomez clavelina. Consultorio · 9 dela UMF. · 23 sabinas coah.

ANALISIS DE RESULTADOS

De acuerdo a los resultados, el grado de funcionalidad familiar se encuentra alterado, ya que no se cumplen los criterios. La comunicación es caótica en la mayor parte de las familias encuestadas, no es clara. Tampoco es directa, específica. Ni congruente. El 48.6% de las familias encuestadas tiene limitaciones para el crecimiento individual, y del grupo familiar, en cuanto a su estructura también se ve afectada, haciéndola vulnerable a los cambios haciendo difícil su respuesta a las crisis y no lo pueden superar. Se ve además que tampoco hay flexibilidad, por lo tanto esto favorece la aparición de patología cuando las crisis amenazan con romper el equilibrio. El grado de vinculación emocional se encuentra alterado entre la familia así también su grado de autonomía y se ve representado en 58 familias encuestadas correspondiendo a un 38.6%.

En cuanto a quien es más responsable o se hace cargo de la familia haciendo el papel de jefe es la mujer como se ve reflejado en las encuestas. Un porcentaje elevado de las mujeres adoptan el papel de jerarca. La ignorancia toda vía se hace presente ya en muy pocas familias, así lo demostraron las encuestas que se desecharon.

DISCUSION. De 170 familias que se estudiaron (11.5 % de la población total), se encontró que las tres dimensiones (Adaptabilidad, Cohesión, Comunicación), estaban alterados en mayor o menor y grado, siendo la más frecuente de ellos el de adaptabilidad. Teniendo una relación similar a la de la literatura La mayor parte de los acompañantes fueron las esposas, quienes son parte aguas y pilar de la familia. Como lo refiere Nigenda⁽²⁶⁾ que un 63 % la mujer realiza un trabajo extra domestico, inclusive llega hacer hasta del 80%.llegando a repercutir de manera relevante en su estado físico, psicológico, y evolutivo. Pedrosa en el mismo artículo refiere que a excepción de las reparaciones y actividades de mantenimiento donde los hombres superan en un 70 y 30% respectivamente no hay otra actividad que a la que los hombres le dediquen mayor tiempo. Según Méndez, no es la familia si no la mujer la encargada de asumir las actividades referentes a la salud-enfermedad-atención
(27)

CONCLUSION. De acuerdo al trabajo realizado, y analizando los resultados de esta investigación se contempla que la adaptación y la cohesión tienen muy poca margen, ésta a su vez obedece a problemas en la comunicación principalmente en la pareja, y de acuerdo al modelo circunflejo de Olson las familias están en los extremos, en la mayor parte de las familias como se puede observar en las familias no relacionadas caóticas(extremo alto),y familia aglutinada rígida , y a las familias aglutinadas flexible(extremo bajo). La esposa toma la responsabilidad y sustento del hogar, cumpliéndose el rol familiar, como lo describe Huerta González (respuesta ante un evento crítico).las familias más disfuncionales se sitúan dentro de los extremos de esta dimensión. Este tipo de familias suelen tener más problemas a lo largo de su ciclo vital, Olson establece que un sistema adaptativo y equilibrado requiere del balance entre dos procesos morfogénesis (cambio) y morfostasis (estabilidad).

Si hacemos medicina preventiva, al participar en la comunidad, en la identificación y jerarquización de sus propios factores de riesgo individual y colectivo, se obtendrá un mayor conocimiento de sus problemas. Y por ende una tendencia a evitarlos. Permitiendo al médico familiar identificar y seleccionar a la población de alto riesgo con el fin de poder intervenir oportunamente, y poder brindar una atención prioritaria a aquellos que así lo ameriten. Hagamos hasta lo imposible para involucrar a paciente y familiares de pacientes para disminuir los factores de riesgo.se pondrá más énfasis en los programas ya existentes en la unidad, como lo es el grupo SODHI (sobrepeso, diabetes e hipertensión),así como promover estudios donde se identifique a la comunicación como generadora de funcionalidad o disfuncionalidad familiar.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Sanclemente Ansó C., Alfonso Valdés, F., Rovira Pujol E., Vígil Martín D., J. Vilaró Pujals J., Accidentes vasculares cerebrales en la comarca de Osona. Factores de riesgo cardiovascular. An.Med. Interna (Madrid)[periódico en la internet] Abr 2004;21(4):19-17.
2. Robert Berkow,MD., Andrew j. Fletcher, M. B.Chir. . Enfermedad vascular cerebral. Manual de Merck 9ª. Edición. Madrid España: Harcourt;1998 Págs.2769- 2796.
3. Dr. Miguel Ángel Delgado. Dr. Jorge Manzarbeitia. Medical Practice Group. Revista Economía de salud. v.5.no 3 2004 Págs. 164-167.
4. P.E.Jimenez caballero. J.A. Garrido Robres. Accidente vascular agudo. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias para Residentes. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Barcelona España .Cáp. 44. 2005. Págs. 293-300. 2005.
5. Hermenegildo Alvarado, Freddy Wilmer. Escala de Glasgow y su relación con mortalidad en paciente con Stroke hemorrágico en la unidad de Shock- trauma. Hospital dos de mayo (2001-2002) tesis digitales UNSM
6. Dr. José Turrent, Leandro Talledo, Dr. Ángel González. dr. José Gudian, Dra. Carmen Remuñan. Comportamiento y Manejo de la enfermedad cerebrovascular en una unidad de cuidados intensivos. rev. Cúb. Med. Int. .Emerg. 2004; 3 (2) 32-43.
7. José Mauricio Ocampo, MD., Dinhora Romero, MD. Héctor A. Saa, MD., Julián A, Herrera, MD., Carlos A Reyes Ortiz, MD., PH.D. Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores, Cali Colombia. Colombia medica. Vol. 37 no.2 (Supl 1) ,2006 (abril-junio).
8. Dr. Abraham. Arana Chacon, Dr. Carlos Santiago Uribe U. Dr. Alfredo Muñoz Berro. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Enfermedad cerebro vascular, Ascofame. Pág.41
9. Silvia López Larrosa. Facultad de ciencias de la educación. Universidad de A. Coruña. Psicothema. 2002; 14, (1):159.-166.

10. Martínez- Pampliega. et.al. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale .int.j. Clin health.psychol, 2004 ;(6) (2).
11. Miguel A. Fernández Ortega. El impacto de la enfermedad en la familia. Atención Primaria. Departamento de medicina familiar. Facultad de Medicina UNAM. 2002; 3:273-274.
12. Patricia m. herrera. Familia funcional y disfuncional un indicador de salud- Rev. Cubana Med. Gen. Integr 1997; 13(6):591-5
13. Conserjería telefónica consejo psicológico e intervención en crisis capitulo 5 área de trabajo 2002. España.2002;(3):104-109
14. Dr. Anselmo Herrera Ávila- Memf. La familia unidad de análisis. Rev. Med. IMSS 1983. (6) 28-32
15. J.Luís Huerta UASLP Medicina Familiar 1.Dinámica Familiar. 2005: 36-38
16. Dulce M. Méndez et al. Disfunción familiar y el paciente Diabético. Rev. Med. IMSS 2004.42. (4).
17. J.A Bellon S, A, Ameño. A. Delgado Sánchez. Atención primaria sociedad española de medicina de familia y comunitaria .validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. 1996; 18(6):289-296
18. Carlos Enrique Cabrera Pivaral, Imma Rodríguez Pérez, Guillermo González Pérez Patricia Ocampo b. Carlos Amaya. Aptitud clínica de los Médicos familiares en la identificación de la disfunción familiar de Guadalajara, Méx. Salud Mental. Julio- agosto, INP. DF. Mex. 2006; 29 (04):40-46.
19. Alvelay O A. Vidal F, AT. Pagola O, MF. funcionamiento familiar, su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. Rev. Cubana Med. Gen.Integr. 2003; 19(4).
20. O. Fernández-Concepción, m .c. Fiallo-Sánchez, M. A. Álvarez – González M. A Roca, M. Concepción- Rojas, I. Chávez. la calidad de vida del paciente con accidente cerebrovascular; una visión desde sus posibles factores determinantes. rev. neurol.2001; 32 (8):725-731
21. Wortman BC. Conway It. The Roles of Social Support in Adaption and Recovery from Physical Illness. In Cohen s. Syme eds. Social Support and Health London: Academic Press; 1985:53-67.

22. Dra. Marlenis Bringuez Martínez, Dra. Marcia S Hernández S. caracterización sociodemográfica y psicológica de hemipléjicos por enfermedad cerebrovascular. Medicina de rehabilitación física cubana. Feb. 2007:20-23.
23. F. Silva-Sieger, Arenas borda, J.G. Zarruk-serrano, Restrepo, o. Bernal-Pacheco, S. Ramírez, P, López-Jaramillo. Factores asociados al tiempo de consulta en pacientes con enfermedad cerebrovascular isquémica. Rev. Neurol. 2007; 44 (5): 259-264.
24. ER Ponce Rosas et al validez de constructo del cuestionario faces III en español (México) atención primaria sem SYD Domingo 15 de Diciembre 2002; 30 (10): 224 - 230.
25. MA de la Cerda Salazar, et al Tipos de Familias de Niños y Adolescentes que acuden al Instituto Nuevo Amanecer A. B. P. Departamento de Medicina Familiar del Hospital universitario Dr. José E. González.
26. Nigenda G; Lopez-Ortega M, Matarrazo C, Juarez-Ramirez C. La atención de los enfermos y discapacitados en el hogar: Retos para el sistema de salud mexicano. Salud Pública Mex. [on line]. 2007, vol. 49, no. 4 [citado 2007-02-18], pp. 286-294.
27. Silva LR. El cuidado en el hogar del enfermo crónico. Cad. Saude. Río de Janeiro, 20(2):618-625.mar-abr. 2004.

ANEXOS

Anexo 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha---octubre 2008 -----

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL...-----

Registrado ante el comité local de investigación o la cnic con el número-----506--
-----el objetivo del estudio es: FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL en el primer nivel de atención.

se me ha explicado que mi participación consistirá en:-----Contestar una encuesta referente Ala adaptación de la familia que tiene un paciente con secuelas de una enfermedad vascular cerebral (embolia)-----

-----declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes;----- sin ningún inconveniente para mi solo lo que significa llenar la encuesta.----- -El

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

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención medica que recibo de El investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer al respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Dr. ANTONIO MARTINEZ ARANDA MATRICULA 10541608

Nombre, firma y matricula del investigador Responsable

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio. TELEFONO; 861 61 79316

Testigos;

Clave: 2810-009-013

Anexo 2

FACES III ES UN INSTRUMENTO DE AUTOAPLICACION QUE EVALÚA LAS DOS PRINCIPALES FUNCIONES A TRAVÉS DE 20 REACTIVOS. .

La versión de Gómez Clavelina es fácil aplicación e interpretación...

1.- NUNCA 2.- CASI NUNCA. 3.-ALGUNAS VECES. 4.-CASI SIEMPRE 5.-SIEMPRE.

1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo 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 su disciplina.

().

5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares mas cercanos..

().

6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.

().

7.- Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia. ().

8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas..

().

9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.

().

10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.

().

11.- Nos sentimos muy unidos.

().

12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones.

().

13.- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente.

().

14.- En nuestra familia las reglas cambian.

().

15.- Con facilidad podemos planear actividades en la 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.

()

Olson DH. Portner J, Lavee Y (Minnesota University). Versión en español: Gómez-Clavelina Fj, Irigoyen-Coria A. (Universidad Nacional Autónoma De México.)

Tipos familiares del «modelo circumplejo» del Olson y cols. (1985)

