



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR UMF N° 81

CD. ACUÑA COAHUILA

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN FAMILIARES DE
PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 87 DE CD. ACUÑA
COAHUILA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MA. GUADALUPE HERNANDEZ RAMIREZ

CD. ACUÑA COAHUILA

2012.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN FAMILIARES CON PACIENTES CON
PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR N° 87 DE CD. ACUÑA COAHUILA**

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MA. GUADALUPE HERNANDEZ RAMIREZ

AUTORIZACIONES

**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTA DE MEDICINA DE LA UNAM**

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM**

**DR. ISAÍAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN FAMILIARES DE PACIENTES CON
PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR N° 87 DE CD. ACUÑA COAHUILA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. MA. GUADALUPE HERNANDEZ RAMIREZ

AUTORIZACIONES

DR. ZACARÍAS SANTOS GÓMEZ

**TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES
UMF N° 81 IMSS
CIUDAD ACUÑA COAHUILA**

DRA. ANGELICA MARÍA IBARRA HERNÁNDEZ

**COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN EN SALUD
UMF N° 81 IMSS
CIUDAD ACUÑA COAHUILA**

**DRA. MARÍA DE LA LUZ GUADALUPE ROSALES VELAZQUEZ
DIRECTOR MEDICO UMF N° 87 IMSS
CIUDAD ACUÑA COAHUILA**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 506
H GRAL ZONA -MF- NUM 24, COAHUILA

FECHA 28/02/2012

DRA. MA GUADALUPE HERNANDEZ RAMIREZ

P R E S E N T E

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

COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL EN EL PERIODO DE ENERO DEL 2001 A ENERO DEL 2011 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 87 EN CIUDAD ACUÑA COAHUILA.

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-506-2

ATENTAMENTE


DR.(A). RAFAEL TOMÁS PÉREZ PÉREZ
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 506

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INDICE

Dictamen de autorización.....	4
Índice.....	5
Resumen.....	6
Título.....	7
Marco teórico.....	8
Planteamiento del problema.....	25
Justificación.....	26
Objetivo General.....	27
Objetivos específicos.....	27
Hipótesis.....	27
Metodología.....	28
Criterio de inclusión.....	28
Criterio de exclusión.....	28
Variable conceptual.....	28
Variable operacional.....	28
Operacionalización de variables.....	30
Método o procedimiento de captar información.....	31
Consideraciones éticas.....	31
Instrumentos de evaluación.....	32
Aplicación del instrumento.....	33
Resultados.....	34
Gráficas.....	36
Discusión.....	42
Conclusión.....	44
Recomendaciones.....	44
Bibliografía.....	46
Anexos.....	50
Cronograma.....	53
Consentimiento informado.....	54
Hoja de recolección de datos.....	57
Escala de evaluación FACES III.....	58

RESUMEN

De las mayores fortalezas que un niño con Parálisis Cerebral posee para alcanzar su máximo nivel de independencia es la familia. Para que una familia se considere “sana” la funcionalidad debe ser equilibrada, dicha característica influye en una adecuada interacción de los subsistemas familiares y su funcionalidad.

Debido a que la parálisis cerebral es una enfermedad crónica puede ser causa de estrés familiar, por lo que estas familias son susceptibles de sufrir crisis que pudieran modificar su funcionalidad.

OBJETIVOS: Conocer la funcionalidad familiar en padres de pacientes con parálisis cerebral infantil por medio del faces III.

METODOLOGIA. Se realizó un estudio transversal, observacional, descriptivo de tipo encuesta en familiares de pacientes con parálisis cerebral infantil en la unidad de Medicina familiar N° 87 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Ciudad Acuña Coahuila, para saber si existe disfunción familiar en los miembros de la familia, aplicando la escala de evaluación FACES III.

RESULTADOS: Se aplicó la encuesta a un total de 58 familiares de 29 pacientes se encontró que 36 (62.06%) son funcionales y 22 (37.93%) son disfuncionales; de los 22 disfuncionales 7 (12.06% del total) con disfunción grave y 15 (25.86%) con disfunción leve.

CONCLUSIÓN: El 62.06% de las familias tiene capacidad de adaptación y adaptabilidad a las circunstancias como en este caso de tener un hijo con parálisis cerebral manteniendo la funcionalidad a pesar de tener un constante estresor familiar. Con la baja probabilidad de desarrollar trastornos funcionales en el seno de la familia.

PALABRAS CLAVE: Parálisis cerebral, funcionalidad familiar.

TITULO

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN FAMILIARES DE
PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 87 DE CD. ACUÑA
COAHUILA**

MARCO TEORICO

La Parálisis Cerebral (PC) es un trastorno global de la persona consistente en un desorden permanente y no inmutable del tono muscular, la postura y el movimiento, debido a una lesión no progresiva en el cerebro antes de que su desarrollo y crecimiento sean completos. Esta lesión puede generar la alteración de otras funciones superiores e interferir en el desarrollo del Sistema Nervioso Central.¹

Su historia comienza a mediados del siglo XIX, pero su definición continúa siendo un tema de debate. A partir de una serie de conferencias publicadas desde 1843, el ortopedista inglés William Little fue el primero en relacionar la asfixia intraparto con la aparición de una lesión permanente del sistema nervioso central (SNC).²

Pocos años después, Burgess utilizó de forma innovadora el término “parálisis cerebral de nacimiento”, pero la aportación de Little había sido tan importante que a finales del siglo XIX la Parálisis cerebral era habitualmente conocida como ‘enfermedad de Little’. Con el cambio de siglo, Freud sentó las bases de la clasificación etiológica y topográfica de Parálisis cerebral que se usa hoy día. A partir de 1950 resurgió el interés por la Parálisis cerebral: asociaciones de Estados Unidos (American Academy for Cerebral Palsy) e Inglaterra (Little Club) hicieron un intento por definir los límites de este trastorno, lo que propició el nacimiento de los estudios epidemiológicos sobre Parálisis cerebral. Del Little Club surgió en 1958 la primera definición consensuada, que fue publicada por Mac- Keith y Polani como carta en la revista *Lancet*: ‘la parálisis cerebral es un trastorno motor persistente que aparece antes de los 3 años, debido a una interferencia no progresiva en el desarrollo del cerebro que tiene lugar antes de que el crecimiento del SNC se complete.

La más extendida fue publicada por Mutch et al en 1992, y define Parálisis cerebral como un término sombrilla que engloba a un grupo de síndromes motores no progresivos, pero que cambian con la evolución, y son secundarios a lesiones o anomalías del cerebro que suceden en las primeras etapas del desarrollo la definición y clasificación de la Parálisis cerebral que tuvo lugar en Bethesda en el

2004: limitación funcional, recogiendo el espíritu de la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud de la OMS.³

Un grupo de expertos del *Little Club* de Oxford da una definición de parálisis cerebral que se recoge en el *Cerebral Palsy Bulletin* en 1959 y que dice así:

“Es un desorden persistente pero no invariable del tono, la postura y el movimiento, aparecido antes de los tres años, debido a una lesión neurológica no progresiva que interfiere en el desarrollo del cerebro”.

Bax (1964) recurre a una definición más sencilla: “alteración del movimiento y de la postura de carácter permanente pero no invariable, debida a una lesión no progresiva del cerebro inmaduro”.⁴

Parálisis cerebral: Se considera un grupo de síndromes y no una enfermedad como tal, se manifiestan Como problemas motores no evolutivos, aunque frecuentemente cambiantes, son secundarios a lesiones o a malformaciones cerebrales originarios en las primeras etapas de desarrollo que incluye los 3 a 5 primeros años de vida cuando el cerebro esta inmaduro.⁵

Es considerada como un conjunto de trastornos que afecta la postura y el movimiento debido a un daño cerebral que tuvo lugar en la etapa más crítica del desarrollo cerebral que abarca todos los meses del embarazo y los primeros tres años de vida. Es condición de carácter permanente y no hereditaria, cuyas manifestaciones clínicas varían dependiendo del grado de lesión. Una parte importante de estos pacientes presentan motor, convulsiones, daño cognitivo, sensorial, visual y auditivo dando como consecuencia una discapacidad a largo plazo.

La incidencia de las enfermedades crónicas en niños se estima entre el 5% y 10% de población por debajo de los 16 años de edad. Una de estas enfermedades crónicas es parálisis cerebral infantil, presentándose en Estados Unidos en 2 a 4 por cada 1,000 niños en edad escolar.⁶

La parálisis cerebral común, la incidencia a nivel mundial se ha calculado de 2 a 2.5% por mil recién nacidos vivos.

En los países desarrollados, la tasa de parálisis cerebral es de 2 a 2.5 por 1000 nacidos vivos. El United Cerebral Palsy (UCP) Fundación estima que cerca de 800.000 niños y adultos en los estados unidos viven con parálisis cerebral.⁷

En Atlanta desde 1975 hasta 1991. Encontraron un aumento moderado 1.7 – 2.0 por cada 1000 bebés.

En Argentina afecta de 2 a 2.5 por mil niños nacidos vivos por año. A los cinco años, la mitad de ellos padecerán un grado moderado o severo de la misma lo que representa alrededor de 1.500 nuevos casos por año.⁸

En USA, cada año hay cerca de 10 000 casos nuevos de parálisis cerebral es muy frecuente en niños muy prematuros o de término. los tipos y la gravedad son clínicamente bien establecidos.

En México, la parálisis cerebral es la discapacidad física más común en la infancia, con una frecuencia de 2 a 2. 2.5-3 por cada 1000 nacidos vivos.⁹

La clasificación de un grupo de individuos tan heterogéneo como la Parálisis cerebral es difícil y puede enfocarse desde distintos puntos de vista, todos ellos relevantes:

En la práctica clínica resulta a veces difícil determinar el momento en que ocurrió el daño Neurológico causante de la Parálisis cerebral ante un paciente, y aún más difícil resulta encontrar una causa única, especialmente en las parálisis cerebrales congénitas, puesto que en la mayoría de los casos no parece haber un evento causal único, sino más bien una secuencia de eventos causales interdependientes que han recibido el nombre de patrones causales.¹⁰

Los estudios epidemiológicos han permitido determinar asociaciones de variables prenatales, perinatales y neonatales con Parálisis cerebral congénita, pero es importante diferenciar las causas conocidas de los factores de riesgo.

Las investigaciones etiológicas sobre Parálisis cerebral han tenido dos vertientes en los últimos 20 años. Una de ellas tiene que ver con la determinación de la relación causal entre asfixia intraparto y Parálisis cerebral, y la otra está relacionada con la contribución que pueda haber tenido a la prevalencia de Parálisis cerebral el

aumento de la sobrevivencia de niños extremadamente prematuros o de muy bajo peso al nacer en las tres últimas décadas del pasado siglo y en los años que han cursado del presente, hecho favorecido por el desarrollo de los cuidados intensivos neonatales.

Prenatal:

- Infección bacteriana
- Infección por TORCH (Citomegalovirus)
- Crecimiento intrauterino retardado (CIUR)
- Hipertensión arterial materna aislada o asociada a otras condiciones
- Otras: Malformaciones, microcefalia de causa indeterminada
- Desconocida

Perinatal-neonatal:

- Asfixia perinatal
- Sepsis o infección neonatal
- Asfixia perinatal + sepsis neonatal
- Depresión al nacer de causa no especificada
- Sepsis neonatal + ictericia no fisiológica
- Asfixia y/o sepsis neonatal + hipertensión pulmonar + hiperventilación
- Meningoencefalitis bacteriana neonatal
- Trauma al nacer
- Trabajo de parto prolongado

Mixta:

- Asfixia anteparto + intraparto con o sin sepsis neonatal
- Hipertensión materna + CIUR + otras condiciones perinatales
- Hipertensión materna + prematuridad + sepsis neonatal
- Hipertensión materna + asfixia perinatal
- Malformaciones + depresión al nacer
- Trauma al nacer + otras condiciones prenatales

- Embarazo gemelar + otras condiciones pre y perinatales
- CIUR + meningoencefalitis bacteriana neonatal

Inclasificable:

Postneonatal o adquirida:

- Enfermedad cerebro vascular
- Traumatismo craneoencefálico
- Infección del sistema nervioso central.¹¹

La PC se clasifica en congénita o adquirida de acuerdo al momento de ocurrencia del daño cerebral. La congénita es aquella en la que la lesión ocurre en el período antenatal, natal o neonatal; mientras que la adquirida o postneonatal es la que se origina por afecciones que dañan el cerebro inmaduro después del primer mes y durante los primeros años de edad postnatal.

Prenatal. Causas infecciones intrauterinas, procesos vasculares, malformaciones cerebrales de etiología diversas, causas genéticas, etc.

Perinatal. Causas: hemorragia cerebral, asociada a prematuridad y bajo peso, encefalopatía hipóxico-isquémica, trastornos circulatorios, infecciones y trastornos metabólicos.

Postnatal. Causas: meningitis o sepsis graves, encefalitis, accidentes vasculares, traumatismos, casi-ahogamiento, etc.

Tipo de trastorno motor predominante.

PC espástica.

PC disquinética

PC atáxica

Formas mixtas.

Extensión de la afectación.

Unilateral. Hemiparesia o raramente monoparesia

Bilateral. Diplejía, tripareisia, tetraparesia.

Gravedad de la afectación.

Se puede evaluar correlación clínica

Imagen,

Efectos de tratamiento.

Trastornos asociados.

Déficit de funciones cognitivas

Epilepsia, trastornos psiquiátricos

Déficit sensorial

Otros trastornos: de alimentación, retraso en el crecimiento, osteopenia, reflujo esófago gástrico, trastornos respiratorios, trastornos del sueño.

La neuroimagen.

Afectación de sustancia blanca periventricular

Lesiones corticales y de ganglios basales

Malformaciones cerebrales.¹²

Diagnóstico:

El diagnóstico de la PC es básicamente clínico, aunque su confiabilidad es baja, debido a la ausencia de una prueba definitiva para PC, al desacuerdo inter-examinadores acerca de los hallazgos clínicos de los pacientes y a los cambios que se producen en los hallazgos clínicos en un mismo paciente a través del tiempo, condicionados por el proceso de maduración del sistema nervioso durante la infancia. Esto hace que la extensión de la disfunción no pueda ser evaluada completamente hasta los 6 o 7 años de edad, o en ocasiones aún después. El diagnóstico positivo se basa en primer lugar en la historia del paciente. Se debe hacer una anamnesis detallada de los antecedentes patológicos familiares tratando de buscar antecedentes de enfermedades neurológicas, genéticas, malformativas y heredometabólicas, lo cual ayuda en el diagnóstico diferencial de la PC con los trastornos neurológicos progresivos, además de que existen algunas enfermedades familiares que pueden asociarse con la ocurrencia de PC. El examen físico del paciente es quizás el elemento que más aporta en el establecimiento del diagnóstico

de PC. El examen neuromotor clásico muestra por lo general una anomalía definida en cualquiera de las siguientes áreas:

Tono muscular: hipertonia o hipotonia, o una combinación de ambas, a nivel de eje o de miembros.

Movimiento y postura: puede haber espasticidad o movimientos extrapiramidales (discinéticos) del tipo coreotetósico o distónico.

- Coordinación: pueden presentarse signos de ataxia.
- Reflejos osteotendinosos: por lo general hay hiperreflexia con clono sostenido o persistente, particularmente en la forma espástica.
- Reflejos del desarrollo (primitivos y de protección): puede haber ausencia, persistencia anormal u otras aberraciones de estos.

Es necesario valorar la función motora, para lo cual debe observarse al niño en posición supina, prona, sentado, de pie, caminando y corriendo.¹³

En todas ellas se manifiesta una debilidad o problema en la utilización de los músculos, cuyos síntomas principales son: alteraciones en el control del movimiento, el tono muscular y la postura. Un porcentaje importante de las personas con Parálisis cerebral se encuentra en situación de dependencia como consecuencia de las discapacidades que origina este trastorno neuromotor, con el coste socio familiar que conlleva dispensarles unos cuidados adecuados y ofrecerles una calidad de vida óptima. Cuando uno de los integrantes de la familia tiene necesidades especiales, todos los miembros de la familia son afectados.¹⁴

La familia es un sistema abierto en la que las interacciones de sus miembros tienden a mantener patrones estables, y que, sin embargo, pueden variar de manera gradual para adaptarse a los cambios que se generan en los diferentes momentos de la vida del individuo y de la familia, propiciados por situaciones internas del propio grupo familiar o bien por influencia del ambiente social.

La familia se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene

características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la composición (nuclear, extensa o compuesta), el desarrollo (tradicional o moderna), la demografía (urbana, suburbana o rural), la ocupación (campesina, empleado o profesionista), la integración (integrada, semiintegrada o desintegrada), estas características son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar.

La funcionalidad familiar se alcanza cuando los objetivos familiares o funciones básicas se cumplen plenamente y cuando se obtiene la finalidad en una homeostasis sin tensión, mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares.

Las funciones de la familia según la primera reunión de consenso académico en medicina familiar de organismos e instituciones educativas y de salud son: socialización, afecto, cuidado, estatus, reproducción y desarrollo y ejercicio de la sexualidad.

Las familias funcionales ante las enfermedades crónicas apoyan al enfermo, brindándole apoyo en cuanto a su tratamiento, además que crecen como familia, mientras que las familias disfuncionales, la enfermedad de un miembro de la familia afecta de inmediato a los otros.

Una de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar apoyo (que se engloba en cuidado y afecto) a los miembros que la integran. En el caso de aparición de una enfermedad crónica esta función adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista físico como emocional y gracias a ella se pueden resolver situaciones conflictivas que influirán a su vez en el correcto control de la enfermedad.¹⁵

La salud familiar es una parte importante de la salud en general, es clave en el desarrollo y en el equilibrio biopsicosocial del ser humano.¹⁶ La familia es la institución por excelencia, y constituye la unidad primaria de salud, provee el bienestar básico del individuo, y constituye la unidad primaria de salud, satisfaciendo necesidades como la reproducción, el cuidado, el afecto y la socialización. La familia es la de mayor influencia en afecta o interviene en el desarrollo y el crecimiento de

los niños. Es un organismo vivo, caracterizada por la fluctuación y el cambio, que tiende al mismo tiempo a la conservación y a la evolución. y aun que solo puede fluctuar dentro de ciertos límites, posee una capacidad asombrosa para adaptarse y cambiar (minuchin, s. 1998).¹⁷

La familia ofrece al ser humano que nace el ambiente adecuado para crecer y desarrollarse, Es un sistema dinámico en donde el bienestar de uno de los miembros repercute en el otro, y donde a la vez la familia se comporta como si fuera una unidad (Satir, 1989).¹⁸

La teoría estructural del funcionamiento familiar considera a la familia como un sistema, el cual también tiene subsistemas que permiten la interacción de sus miembros para lograr un funcionamiento adecuado o inadecuado.

Minuchin (1977 – 1995) define a la teoría estructural como “un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que se interactúan los miembros de la familia”, estableciendo pautas o límites que deciden como, cuando y con quien, cada miembro de la familia se relaciona con los demás, regulando la conducta de cada uno de ellos, aspectos que también menciona Pérez C y Saucedo.

De acuerdo con minuchin (1977) esta teoría presenta las siguientes características:

- a. Es relativamente fija y estable.
- b. Presenta un sentido de pertenencia a sus miembros.
- c. Acepta cierto grado de flexibilidad.
- d. Facilita el desarrollo individual, así como los procesos de individualización.

Además, la familia presenta las siguientes propiedades en su estructura:

- Una distribución del poder: a través de las normas y los roles que definen las reglas del sistema familiar.
- El poder y la naturaleza de los límites y las alianzas: para que el funcionamiento familiar sea adecuado los límites de los subsistemas deben ser claros.

Esta teoría menciona que “ la funcionalidad familiar se alcanza cuando los objetivos familiares o funcionales básicas se cumplen adecuadamente y a plenitud (seguridad económica, afectiva, social y de los modelos sexuales existentes en el grupo social) y cuando se obtiene la finalidad del grupo familiar, al generar una homeostasis sin tensión, mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares, para lo cual utiliza los siguientes elementos como fundamentales para su desarrollo.

- Cohesión.
- Armonía.
- Comunicación.
- Permeabilidad.
- Afectividad.
- Roles.
- Adaptabilidad.

En cualquier interacción dentro del sistema familiar, esta se define entre quien o quienes son los miembros que participan de dicha interacción (límites), con o contra quien (alianzas y coaliciones), es la interacción además de considerar la energía que motiva y activa al sistema para llevar a cabo la acción (poder).¹⁹

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para superar y hacer frente a cada una de las etapas del ciclo vital, y se caracteriza por diez aspectos primordiales como son: un fuerte sentido de pertenencia, afecto maduro y sólido, una actitud positiva para resolver los retos que debe superar la familia, tener una clara definición de los aspectos jerárquicos, con límites precisos, alianzas productivas, flexibilidad para el desarrollo y la autonomía preocupado por brindar un continuo apoyo y adaptabilidad a las demandas afectivas y sociales de los miembros de la familia, tanto en las demandas internas como externas (Velazco y Chávez, 1994).²⁰

En una familia funcional las reglas de interacción entre los diferentes subsistemas deberían de ser lo suficientemente claras para propiciar el óptimo desarrollo individual y grupal, la autoridad compartida y adaptable a cada uno de las fases del ciclo vital. Sería conveniente la flexibilización de los roles formales, una

comunicación clara, directa y asertiva, con una adaptabilidad tal, que le permitiera superar las crisis familiares además de las presiones externas que como sistema abierto enfrenta. Estos aspectos interesan a la medicina contemporánea llamándola funcionalidad familiar y corresponde a uno de los parámetros principales que se evalúa en el estudio de la salud familiar. La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de alguna(s) de estas funciones por alteración en algunos de los subsistemas familiares. Por otra parte, analizando a la familia como sistema, ésta es disfuncional cuando alguno(s) de sus subsistemas se alteran por cambio en los roles de sus integrantes.

La estabilidad, y unidad familiar se ve amenazada cuándo esta tiene que hacer frente a los mayores desafíos de la vida como son la enfermedad, la discapacidad o la muerte. La discapacidad que causa la parálisis cerebral infantil en el niño es el comienzo de una intensa y prolongada alteración del funcionamiento de la familia (ziolko, 1991).²¹

Conforme el niño con discapacidad crece, su repertorio y sus necesidades se vuelven cada vez más complejas. Padres y niños deben poner en juego diversos mecanismos para balancear las necesidades y exigencias de su complejo sistema de interacción. Se ha reportado que el grado de estrés que se genera en los padres esta en relación con la severidad de la discapacidad del hijo afectado por parálisis cerebral infantil (mullen, 1998).²²

Con la discapacidad surgen alteraciones importantes en la organización familiar como por ejemplo: tensión en las relaciones familiares, abandono parcial de los otros hijos, centralidad en el paciente y sobreprotección. El impacto sobre la familia es: elevado coste para la atención integral de rehabilitación y educación, la familia debe invertir mucho tiempo en el cuidado del niño/a y joven, alteración en la dinámica familiar, imposición de funciones y obligaciones con otros miembros de la familia, preocupación, lástima, incertidumbre a causa del futuro del discapacitado. La tensión familiar aumenta cuando habiendo conflictos previos en la pareja, la atención a estos es desplazada para atender al hijo afectado, aumentando así la disfunción familiar.²³

La adaptabilidad es un elemento fundamental particularmente en las enfermedades progresivas, recurrentes o que presentan crisis médicas agudas. Garza Elizondo (1997) nos dice que la familia se encuentra sometida a presión interna originada por la evolución de sus miembros y subsistemas- desarrollo individual y familiar- y a presión externa originada en los requerimientos para acomodarse a instituciones sociales que influyen sobre los miembros de la familia – crisis accidentales.

Cuando una familia sufre una crisis familiar accidental, como por ejemplo una crónica, una característica importante es la temporalidad pudiendo ser transitorias o continuas. Las familias con un enfermo crónico, por su carácter de permanente provocan mayores dificultades en la respuesta adaptativa de la familia. Una familia con un enfermo crónico, presenta un evento tensionante que afecta no sólo al enfermo, sino a cada uno sus integrantes y a la familia como un todo.²⁴

La enfermedad, la discapacidad y la muerte son experiencias universales que ponen a familias frente a uno de los mayores desafíos de la vida. Algunas familias sufren un deterioro en su calidad de vida mientras otros tienen capacidad de adaptación y superan con éxito la crisis.

Sánchez ortega (2000) dice que, el actual concepto de “persona con discapacidad” indisolublemente unido al de “entorno”, incluido el familiar, con demandas funcionamiento. Dichas personas se caracterizan por limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, auto cuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo.

La familia siempre ha sido, y es, no sólo el entorno más próximo a la persona con discapacidad, que dichas personas tienen necesidades especiales, en las que se han centrado a todo ser humano: fisiológicas, seguridad, pertenencia, estima y autorrealización. La dinámica familiar de una persona con discapacidad está marcada por situaciones críticas que se añaden a las habituales en la relación

familiar y la forma de resolverlas condicionará los apoyos que se le ofrezcan a la persona.²⁵

La PC no se puede curar, pero a menudo el tratamiento mejora las capacidades del niño. Muchos progresan para disfrutar vidas casi normales como adultos si sus incapacidades son controladas adecuadamente.

Inicialmente, los padres de niños con PC pueden sentirse decepcionados, deprimidos e incluso enojados. Algunos padres se culpan de la discapacidad de sus hijos, mientras que algunas familias encuentran consuelo en la espiritualidad. Hay momentos específicos de mayor estrés en las vidas de las familias que deben de hacer frente a la PC. El primero el momento del diagnóstico, cuando los padres se enteran de que su hijo padece la enfermedad. Otro cuando comienza la escuela y los padres comienzan a trabajar en planes de educación especializada. Los años de adolescencia y los desafíos de socialización de la adolescencia puede ser problemático, al igual que la culminación de los años de escuela, alrededor de los 21 años. Después de esta edad, algunos de los servicios de apoyo ya no están a su disposición. Por último, a medida que los padres envejecen, deben considerar y preparar los futuros cuidados y el alojamiento de su hijo.

Impacto sobre la familia.

Elevado costo para la atención integral de rehabilitación y educación. La familia debe invertir mucho tiempo en el cuidado del niño/a y joven. Alteración en la dinámica familiar. Imposición de funciones y obligaciones con otros miembros de la familia. Preocupación, lástima, incertidumbre a causa del futuro del discapacitado.

Repercusiones en el entorno familiar.

La presencia de un niño/a con PC, altera en mayor o menor medida, la vida familiar dependiendo del grado de dependencia (Mackie et al, 1998). Además la presencia de un hijo/a con discapacidad, como ocurre con estos niños, supone una quiebra en el proyecto vital compartido por la familia no sólo por el desgaste físico originado por el cuidado, sino también por las repercusiones psicológicas y sociales

que implican enfrentarse a una realidad que desmiente las expectativas iniciales (Gómez González y Alonso Torres, 1999).²⁶

Dado que el futuro del niño depende, en gran medida, de la manera en que la familia más cercana percibe y afronta la discapacidad, es preciso que los padres reciban una información clara y completa sobre la parálisis cerebral, que les oriente sobre lo que pueden o no esperar, la forma en que deben actuar y los servicios y tratamientos que se adecuan más a las necesidades del niño y, por extensión, de su familia. Una buena información evitará tanto el desánimo, como la aparición de falsas expectativas o la búsqueda de soluciones alternativas sin ninguna evidencia científica. Brindar a los padres el apoyo y la información que permitan un mejor equilibrio emocional, constituye un aspecto primario para lograr el tratamiento integral del niño con parálisis cerebral.²⁷

Estudios encontrados sobre la funcionalidad familiar en pacientes con parálisis cerebral infantil en México encontramos en el instituto nuevo amanecer, A. B. R. en Monterrey Nuevo León. Aplicando el instrumento de evaluación Faces III se encontró que el 86% resultaron ser familias funcionales y el 14 % disfuncionales. De las familias funcionales, el 56% se encontraron en rango medio, y el 44% balanceadas. El tipo de familia funcional más frecuente fue en rango medio.

La estructura y la funcionalidad con base en la cohesión y la adaptabilidad de las familias de las que provienen estos niños y adolescentes no está descrita en la literatura, y el conocimiento de la estructura familiar y su funcionalidad pudiera optimizar el manejo de estos pacientes y de sus familias.

Aproximadamente la mitad de las familias funcionales en este estudio se encuentran en “rango medio”, por lo que son propensas a disfunción ante eventos críticos o crisis familiares. Estas familias, así como las identificadas como disfuncionales, deben ser incluidas en programas de consejería familiar o, en algunos casos seleccionados, en terapia familiar. Esto con el fin de mejorar su respuesta ante eventos críticos propias de las familias con algún miembro con discapacidad y, a su vez, fomentar la integración del paciente en el seno familiar.⁹

En otro estudio realizado en el Instituto Nuevo amanecer. Se considera que en las familias con niños pequeños existe una necesidad relativamente mayor de trabajo en equipo y cohesión, creemos que hubo un equilibrio pues el miembro con Parálisis Cerebral en un buen número de familias era hijo único o solo contaba con un hermano, esto en relación de que algunos autores han encontrado relación en la disfunción familiar con el incremento en el número de hijos y/o el número de convivientes en más de 6. Al correlacionar el grado de discapacidad con la funcionalidad, lo más relevante lo encontramos en la cohesión de nuestras familias en donde es importante destacar que fue mayor el número de familias disfuncionales en los grados de normal, sospecha y discapacidad leve que en los pacientes que presentaban una discapacidad moderada y severa los cuales son más dependientes de las actividades de la vida diaria y se requiere que la familia se una más para cubrir sus necesidades.²⁸

Un estudio realizado en el Centro de Rehabilitación Integral, Guadalajara, Jal., “CRI Guadalajara”. Sobre la funcionalidad familiar en pacientes con parálisis cerebral infantil en México, se ha encontrado. Las familias funcionales fueron 11(23,4%) y las familias disfuncionales 36(76,6%).²⁹

En otros estudios también en México pero usando la escala de valuación familiar por la Dra. Ema Espejel reporta funcionalidad familiar de 82.5% y argumenta que esto puede ser debido a mecanismos de ajuste que permiten mantener la homeostasis familiar dentro de los límites funcionales.³⁰

En Otro Estudio en Cuba en el hospital “Julio Díaz de la ciudad de la Habana Cuba. Se encontró que un 57% por ciento de las familias fueron funcionales, un 34% moderadamente funcionales y con un 9 % disfunciones.³¹

El estudio de la funcionalidad familiar incluye algunos modelos teóricos mediante los cuales se han estudiado y tratado a las familias:

El FACES forma parte del modelo circunflejo marital y sistémico de la familia en el cual se presentan como principales características la adaptabilidad y cohesión. El FACES III es una herramienta de asesoría familiar (percibida e ideal) que es útil, empírica y clínica.

Las dos variables principales, la cohesión y adaptabilidad, que en gran parte explican la conducta familiar. El FACES III, es la tercer versión de The Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales desarrollado por (David H. Olson, Portner y Lavee, 1985).

Sus siglas en español significan Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, instrumento traducido al español en el 2001, validado y aplicado en el 2003 en México por el Dr. Gómez Clavelina e Irigoyen. Cuenta con el respaldo de 25 años de investigación y más de 700 publicaciones científicas que han permitido afinarlo tanto al modelo que lo sustenta, como a los 11 instrumentos que forman el Circumplex Assessment Package del que forma parte también FACES III.³²

La Escala FACES III Se compone de 20 ítems, 10 de los cuales evalúan la cohesión y otros 10 la adaptabilidad mediante una escala tipo Likert de cinco puntuaciones. Las mismas veinte afirmaciones que sirven para evaluar como la familia es percibida en ese momento (“Familia Real”), sirven para evaluar como le gustaría que la misma fuese (“Familia Ideal”) alterándose para ello la consigna inicial.

*Cohesión: hace referencia al grado de unión emocional percibida por el sujeto respecto a su familia, considerando entre otros aspectos la “unión emocional”, las relaciones padre-hijo, y las fronteras internas y externas de la familia.

*Adaptabilidad: hace referencia al grado de plasticidad que el sujeto considera que posee su familia para adecuarse a estresores tanto internos como externos, manifestándose en aspectos como el liderazgo, la disciplina, los roles, reglas y las decisiones.

Los niveles de adaptabilidad son: Rígido, Estructurado, Flexible y Caótico.

Los niveles de cohesión son: Desligada, semirelacionada, relacionada, aglutinada.

La funcionalidad se relaciona con los niveles intermedios de ambas dimensiones y la disfuncionalidad familiar con los niveles extremos de ambas dimensiones³³.

FACES III no mide directamente la funcionalidad de las familias, sino solamente el grado de dos de las dimensiones señaladas en el modelo (cohesión y adaptabilidad). Los puntajes obtenidos mediante FACES III han propiciado la clasificación de las familias al considerar tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas. Los sistemas maritales o familiares balanceados tienden a ser más funcionales y facilitadores del funcionamiento, siendo los extremos más problemáticos mientras la familia atraviesa el ciclo vital.^{34, 35.}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La familia provee el bienestar básico del individuo, y constituye la unidad primaria de salud, satisfaciendo necesidades como la reproducción, el cuidado, el afecto y la socialización. Aparentemente, la familia es la mayor influencia en el desarrollo y el crecimiento de los niños. Cuando uno de los integrantes de la familia tiene necesidades especiales, todos los miembros de la familia son afectados. La parálisis cerebral es una condición compleja y a largo plazo que afecta a los niños y a sus familias. La enfermedad física de un miembro de la familia puede provocar disfunción familiar y en un momento dado disfunción familiar.

En estudios sobre la funcionalidad familiar en pacientes con parálisis cerebral infantil en México Guadalajara se ha encontrado datos de funcionalidad de 23.4% y otros de una alta funcionalidad de 82.5%.

En este trabajo nos proponemos a determinar la funcionalidad familiar en este grupo de pacientes con el empleo del cuestionario FACES III instrumento debidamente acreditado y validado al español.

Lo cual es factible pues solo es con el uso de una encuesta sin implicar gastos a la institución, ni mayor problema para los pacientes.

¿Cuál es la funcionalidad familiar en pacientes con PCI, Utilizando el FACES III?

JUSTIFICACIÓN.

La parálisis cerebral es la forma más frecuente y costosa de discapacidad crónica motora de inicio en la infancia, con una prevalencia de 2/1000. El collaborative project, en el que se controlaron regularmente unos 45 000 desde el periodo intrauterino hasta los 7 años de edad, encontró que la mayoría de los niños con parálisis cerebral había nacido a término de partos no complicados. En el 80% de los casos, se identificaron características que apuntaban a factores prenatales como causa de la alteración del desarrollo cerebral. La prevalencia estimada para países en desarrollo es de 1.3/1000 niños de 3 años y sobre esta base Nelson calcula 5000 nuevos casos por año en USA. (Magnitud)

Mi inquietud nace desde el momento en que he visto que acuden a esta Unidad de Medicina Familiar, padres que traen a consultar a sus hijos con parálisis cerebral y he visto que en algunos padres se observa angustias y estrés por no poder ver cambios en estos pacientes (vulnerabilidad) y a su vez en quién de los integrantes de la familia recae más el cuidado de este tipo de pacientes con enfermedad crónica, ya que en algunos casos ambos padres tienen que trabajar, sabiendo que la parálisis cerebral es un conjunto de signos y síntomas incapacitantes, donde el paciente depende por completo de sus padres, de por vida.(trascendencia) Y durante este proceso la familia es de suma importancia.

Por lo que para que esta familia cumpla sus funciones requiere de un proceso de adaptabilidad para poder ejercer sus funciones adecuadamente (vulnerabilidad), se pretende conocer en este estudio como es la funcionalidad familiar en los padres de pacientes con parálisis cerebral para poder valorar si existe disfuncionalidad familiar en la cohesión y adaptabilidad y ofrecer orientación a estos padres y en caso de requerirlo poder canalizarlos oportunamente con los servicios de redes de apoyo necesarios. (Alternativa de solución).

OBJETIVOS:

Objetivo general:

Conocer la funcionalidad familiar de los pacientes con parálisis cerebral infantil por medio del FACES III.

Objetivos específicos.

1. Determinar el número de familias con PCI derechohabientes de la UMF de CD. Acuña Coahuila.
2. Identificar la tipología familiar de acuerdo a su desarrollo, su composición y su demografía.
3. Conocer la etapa del ciclo vital Familiar en que se encuentran los pacientes, utilizando la clasificación de la OMS y de GEYMAN.
4. Valorar la percepción de la funcionalidad familiar percibida por cada uno de los cónyuges.

HIPÓTESIS.

No amerita por ser un estudio de corte transversal.

METODOLOGÍA

A). TIPO DE ESTUDIO.

Se realiza un estudio transversal, observacional descriptivo.

B). POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.

Se estudiaron a la totalidad de pacientes con diagnóstico de PCI adscritos a la UMF No. 87 de ciudad Acuña Coahuila, estudiados de enero de 2011 a Enero de 2012.

C. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se estudiaron a 29 familias a placando que son el 100% de los pacientes detectados con PCI adscritos en la UMF 87 de CD Acuña Coahuila.

D). CRITERIOS DE INCLUSION, EXLCUSIÓN, ELIMINACIÓN.

- Inclusión: a todo paciente con diagnóstico de PCI indistintamente de su edad y sexo.
- Exclusión: a pacientes con PCI que no fueron derechohabientes de esta institución.
- Eliminación: familiares que no aceptaran participar en el estudio.

E). INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES A RECOLECTAR).

Se recabaron datos personales como edad, sexo, estado civil, ocupación, y Número de integrantes de la familia, y los propios obtenidos por las faces III para identificar la funcionalidad familiar.

Variable Independiente: Parálisis Cerebral infantil.

Definición conceptual: Se define como un término diagnóstico que se utiliza para describir un grupo de síndromes motores secundarios a alteraciones precoces del desarrollo cerebral. La parálisis cerebral puede tener un origen malformativo,

genético, metabólico, isquémico, infeccioso u otras causas adquirida que producen un fenotipo neurológico común.

Definición operacional: “Es una deficiencia neuromuscular causada por lesiones en los centros motores del cerebro, ya sea antes de nacer, al nacer o en la primera y en la segunda infancia”.

Variable dependiente: funcionalidad familiar

Definición conceptual capacidad del sistema familiar para adaptarse a los cambios y a la resolución de problemas.

Definición operacional en este caso grado de cohesión y adaptabilidad según el complejo circunflejo del FACES III, que finalmente nos dirá familias funcionales y familias con riesgo para disfunción.

Otro tipo de Variables: Variables socio demográficas. Edad, Genero, Nombre de los tutores para poder facilitar el seguimiento del estudio, etc.

Operacionalización de Variables:

Variables	Tipo de variable	Definición conceptual.	Definición operacional	Escala de medición	Indicadores
Sexo	Cualitativa	Dos grupos del genero humano hombre ò mujer	El que se consigne en la encuesta	Nominal	Hombre Mujer
Edad	Cualitativa	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta el momento del estudio del sujeto, expresado en años.	Será la que el sujeto plasme en la encuesta.	De razón	Número de años cumplidos
Estado civil	Cualitativa	El asignado por la sociedad legal	El que refiera el paciente	Politómica	Soltero, casado, viudo, divorciado Unión libre
Ocupación	Cualitativa	Actividad laboral	La que refiera el encuestado	politómica	Obrero, campesino, técnico, profesionalista
Funcionalidad Familiar	cualitativa	Funcional o disfuncional	Cohesión y adaptabilidad	FACES III	Funcional y Disfuncional

F). MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

Se identificaron los pacientes con diagnóstico de parálisis cerebral infantil en la base de datos del archivo clínico de la institución, se procedió a aplicar un cuestionario de datos generales y **la Escala FACES III** que mide la funcionalidad familiar (**Anexo 2**). Se compone de 20 ítems, 10 de los cuales evalúan la cohesión y otros 10 la adaptabilidad mediante una escala tipo Likert de cinco puntuaciones. Las mismas veinte afirmaciones que sirven para evaluar como la familia es percibida en ese momento (“Familia Real”), sirven para evaluar cómo le gustaría que la misma fuese (“Familia Ideal”) alterándose para ello la consigna inicial.

G). ASPECTOS ÉTICOS.

Se obtuvo de cada participante el consentimiento informado conforme a la Declaración de Helsinki en sus principios básicos del 6 al 9 y del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación 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. La selección de la muestra fue en las bases de datos en el archivo clínico y para obtener la información entrevista directa dando a cada participante una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla en la justificación y objetivos de la investigación, sus beneficios y riesgos o molestias que pudiera ocasionar, el destino final (educativo) de los resultados que se obtendrán. Libertad para otorgar su consentimiento por escrito con por dos testigos y del cual ellos tendrían una copia, manteniendo su identificación en confidencialidad bajo el criterio de respeto y dignidad, protección de derechos y bienestar de cada participante. Se anexa carta de consentimiento informado.

H). INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar III (FACES III) es la tercer versión de The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, instrumento desarrollado por David H. Olson y col. en 1985 y basado conceptualmente en el Modelo circunflejo de subtemas maritales y familiares, concebido por los mismos autores. Fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias. Integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar.

- 1- **Adaptabilidad:** habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo. La adaptabilidad es un elemento fundamental particularmente en las enfermedades progresivas, recurrentes o que presentan crisis médicas agudas
- 2- **Cohesión:** grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia. La cohesión ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad.

Los fundamentos, el desarrollo y la evolución, la fiabilidad y la validez de FACES III en los países de habla inglesa han sido extensamente expuestos, analizados y discutidos. No se encontraron antecedentes publicados de FACES III en el idioma español usado en México ni en otros países latinoamericanos.

APLICACION

El FACES III un instrumento de auto aplicación que evalúa las dos principales funciones a través de **20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión)**. Fue traducida al español por Gómez-Clavelina y col. Cuenta con una escala que incluye **cinco opciones** (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre) con valores de 1 a 5.

El cuestionario se aplica a personas mayores de 10 años, que sean miembros de familias con hijos y que sepan leer y escribir. Se pide al entrevistado que responda las preguntas de acuerdo con la escala de calificación que aparece en la parte superior del cuestionario (de 1 a 5), considerando cada aseveración con relación a su familia. Se debe contestar el cuestionario en cuanto a la forma en que el entrevistado considera que su familia reacciona en forma habitual, no de la manera en que piensa que debería reaccionar. El encuestados se abstendrá de dar lectura al cuestionario, permitiendo que la persona entrevistada lo haga por sí misma. No obstante, podrá aclarar las dudas que surjan con relación al significado de palabras o aseveraciones, evitando sugerir respuestas.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En la UMF No. 87 de Cd. Acuña Coahuila se Realizó un estudio descriptivo de corte transversal en donde se estudiaron 29 familias con integrante con PCI., con el fin de conocer su funcionalidad familiar.

Las edades de los pacientes fueron de 4 años a 32 años, los sexos 14 hombres y 15 mujeres. **Tabla 1.**

La tipología familiar, en cuanto a su desarrollo encontramos 18 modernas y 11 tradicionales. **Grafica 1.**

En cuanto a su composición 15 nucleares, 9 compuestas, 3 reconstituidas y 2 extensas. **Grafica 2.**

De acuerdo a su Demografía 22 resultaron urbanas, 4 provienen suburbana, y 3 rural. **Grafica 3.**

De acuerdo ciclo vital familiar Según la OMSS: se encontraron familias en fase. Formación 0, Extensión 11, Extensión Completa 12, Contracción 4, Contracción Completa 2, disolución 0. **Grafica 4.**

De acuerdo ciclo vital familiar Según GEYMAN: se encontraron familias en fase de dispersión 4, en Fase de expansión 19 y en fase de independencia 6. **Grafica 5.**

Al estudiar la funcionalidad familiar se aplicó el cuestionario faces III a ambos padres del paciente con PCI con el fin de comparar la percepción de la funcionalidad familiar de cada 1 de ellos.

Se separaron las preguntas pares de las nones para medir la cohesión y la adaptabilidad, después de darles la puntuación se acomodaron en la casilla correspondiente en donde se ubicaron en familias con rangos extremos 7, con rangos medios 15, y con rangos balanceados 36. De los que nos resultan familias disfuncionales 22 y 36 familias funcionales. **Grafica 6.**

Desde el punto de vista de la madre encontramos 18 familias funcionales y 11 disfuncionales. **Grafica 7.**

Desde el punto de vista del padre se encontraron 18 familias funcionales y 11 familias disfuncionales. **Grafica 8.**

La funcionalidad global desde el punto de vista de ambos padres resulto 36 familias funcionales y 22 familias disfuncionales. **Grafica 9**

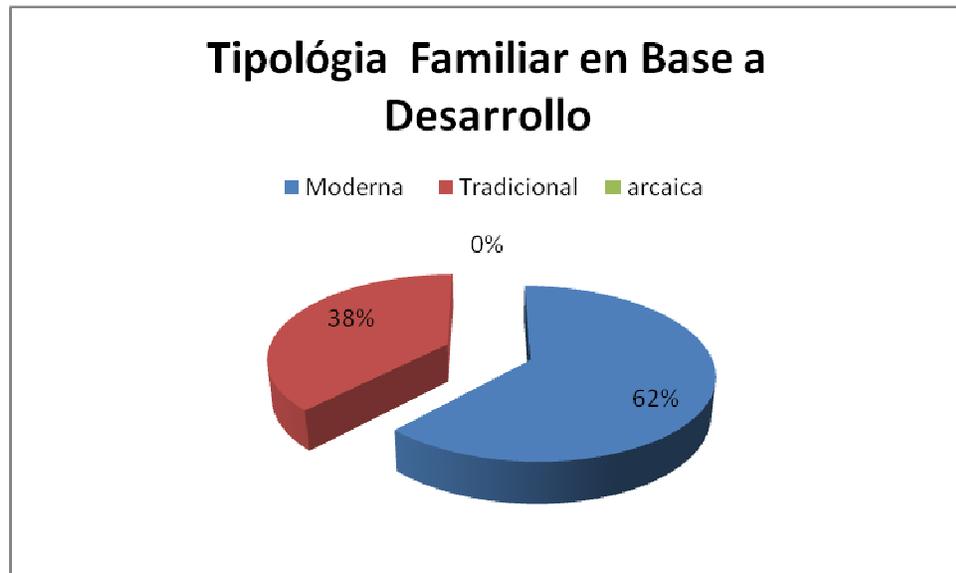
TABLAS Y GRAFICAS

Tabla 1. Edad y sexo de los pacientes con PCI de la clínica 89 de CD Acuña Coahuila.

Edad	Hombres	Mujeres	Total
4	0	1	1
6	2	1	3
7	1	1	2
8	3	2	5
11	1	0	1
12	0	1	1
14	0	2	2
15	0	1	1
16	1	0	1
17	1	1	2
18	2	1	3
19	0	1	1
20	1	0	1
22	0	1	1
24	1	1	2
28	0	1	1
32	1	0	1
Total	14	15	29

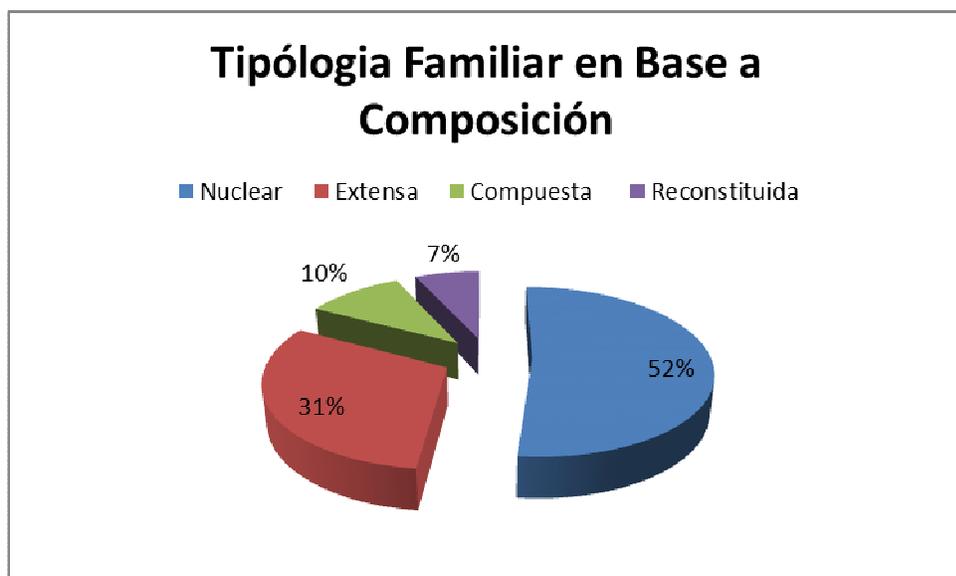
Fuente. Base de datos archivo clínico CI 87 CD. Acuña Coahuila.

Grafica 1. Tipología de la familia en cuanto a su desarrollo.



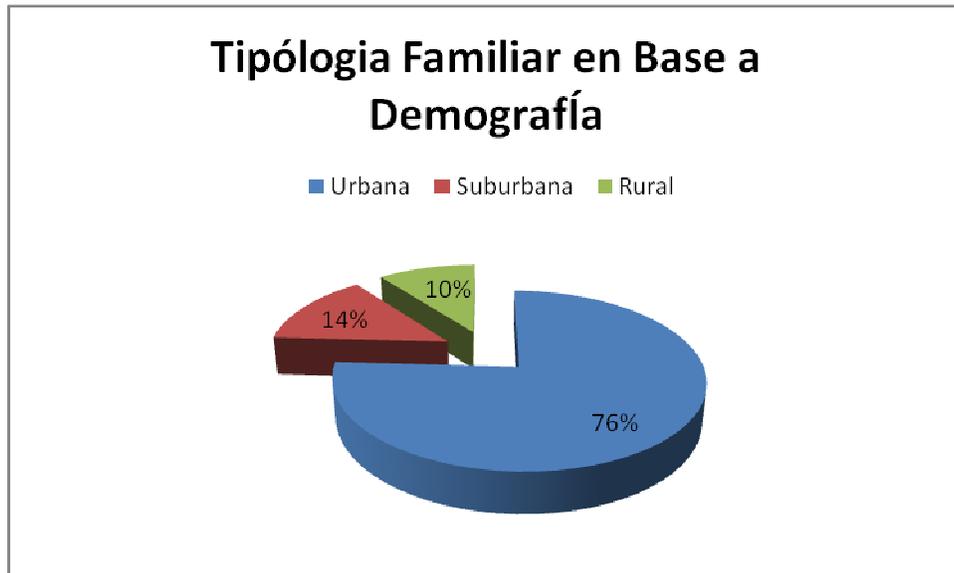
Fuente. Encuesta de tesis

Grafica 2. Tipología de la familia en cuanto a su composición.



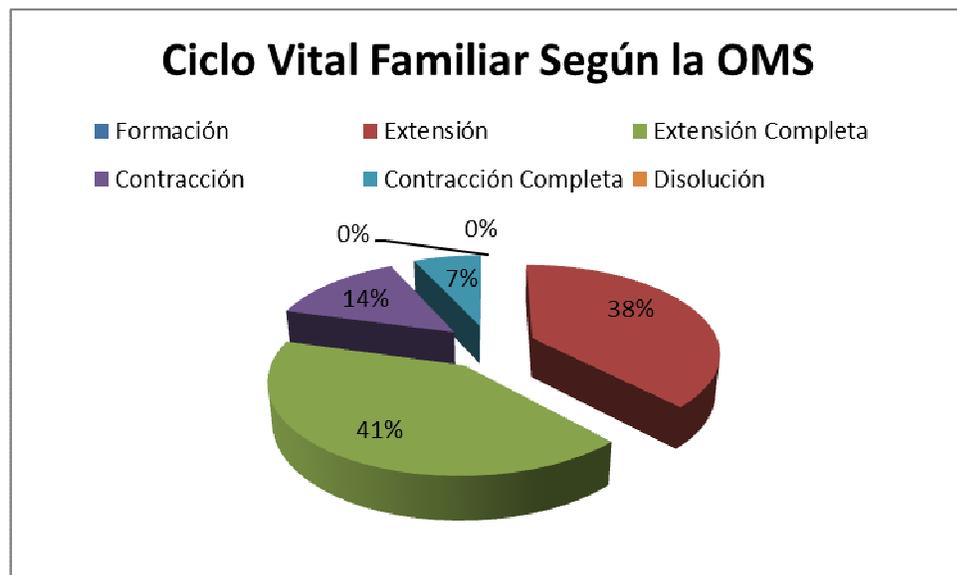
Fuente. Encuesta de tesis.

Grafica 3. Tipología de la familia en cuanto a su Demografía.



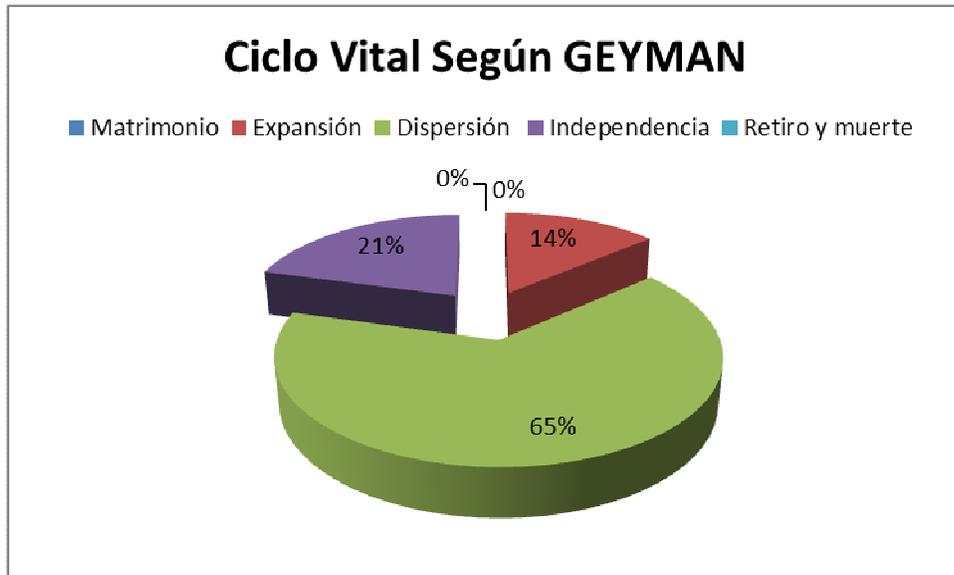
Fuente. Encuesta de tesis.

Grafica 4. Ciclo vital familiar Según la Organización Mundial de la Salud:



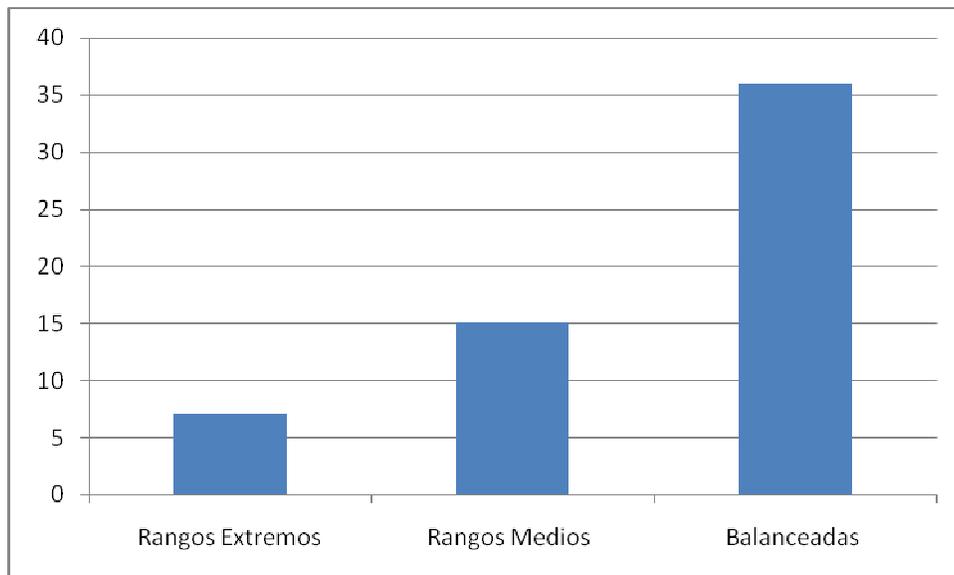
Fuente. Encuesta de tesis.

Grafica 5. De acuerdo ciclo vital familiar Según GEYMAN:



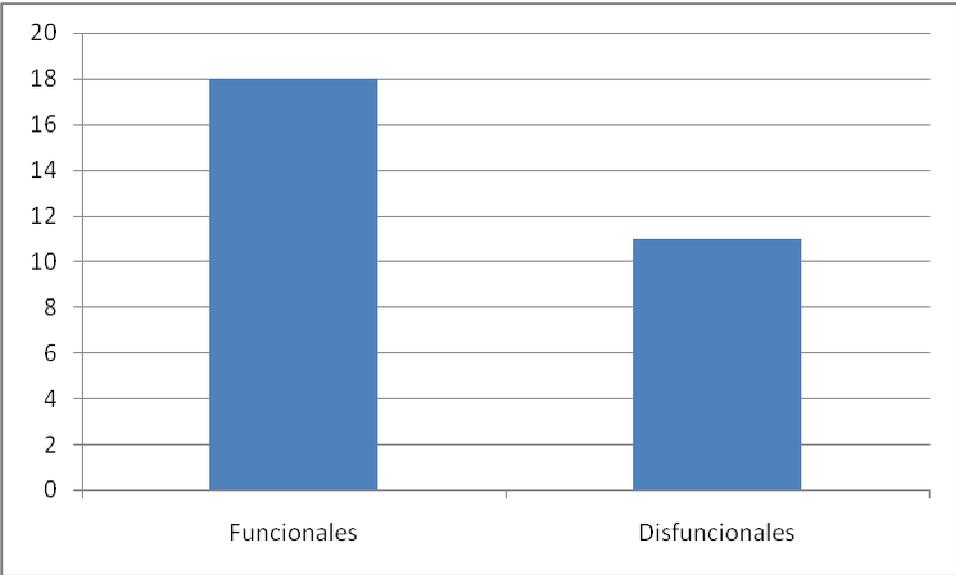
Fuente. Encuesta de tesis.

Grafica 6. Encasillado de familias de acuerdo al complejo circunflejo del FACES III.



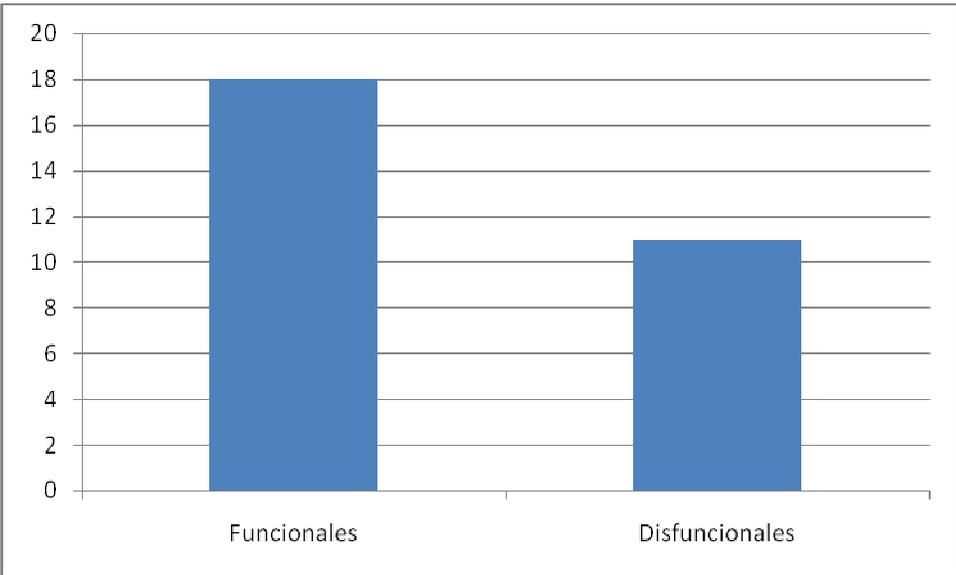
Fuente. Análisis de Faces III.

Grafica 7. Funcionalidad familiar desde el punto de vista de la madre.



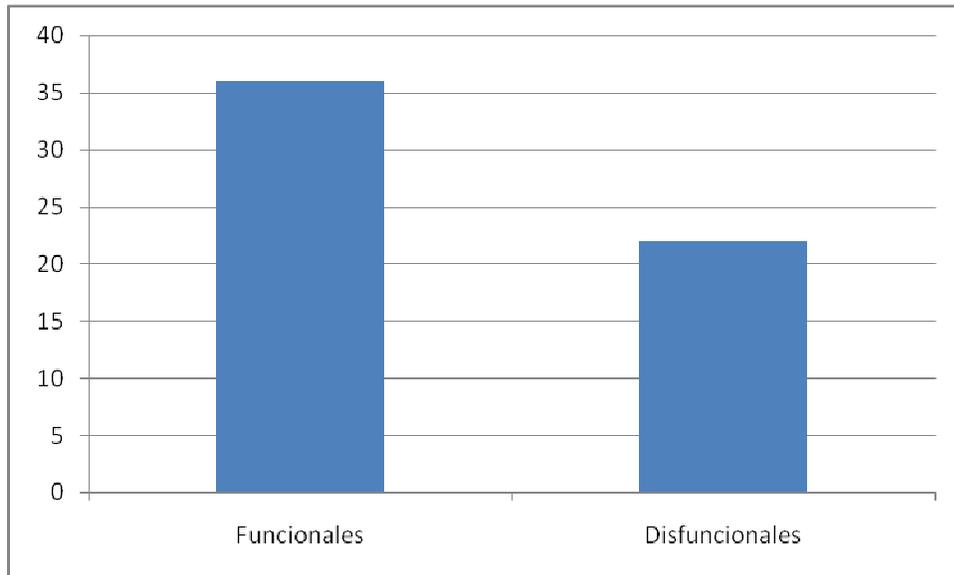
Fuente. Análisis de Faces III

Grafica 8. Funcionalidad familiar desde el punto de vista del padre.



Fuente. Análisis de Faces III.

Grafica 9. Funcionalidad familiar desde el punto de ambos padres.



Fuente. Análisis de Faces III

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la Unidad de Medicina Familiar núm. 87 de Cd. Acuña Coahuila que tiene una derechohabiencia de 44 003 asegurados. Detectando en esta población 29 casos de pacientes con Parálisis cerebral infantil, Encontrando una prevalencia de 6.59%. Estudios de la literatura nos refieren en población general una tasa de 2 a 4 casos por cada mil habitantes. En este estudio encontramos una tasa de 0.6 por mil habitantes. Esto nos refiere así al ser población cautiva no dispersa.

En lo que se refiere a la tipología familiar en este estado de la frontera las familias de los pacientes con parálisis cerebral infantil se encontraron en base a su desarrollo: No tenemos familias arcaicas, el mayor porcentaje de familias son modernas 62%, y tradicionales 38%. Dado que el mayor porcentaje son familias modernas es porque la mayoría de la población trabaja en empresas maquiladoras donde ambos padres tienen que trabajar para el sustento familiar.

En base a su composición el mayor número de familias son nucleares 52%. Con una buena proporción por familia extensa con un 31%, obteniendo familias compuestas en un 10%, y reconstituida 7%.

En base a su demografía. Se tomaron como urbanas las pertenecientes a Cd acuña 76%, suburbanas las de los ejidos periféricos 14%, debido a la creciente de la ciudad, y rurales las provenientes de rancherías que fueron un 10%.

De acuerdo al ciclo vital en que se encuentran estas familias tenemos:

De acuerdo al ciclo vital de la OMSS se detectaron en Formación 0% Extensión el 38%, en extensión completa el 41%, Contracción 14%, contracción completa 7% y disolución 0%.

Y de acuerdo a otro de los ciclos vitales más utilizados el de GEYMAN: Se encontraron familias en fase de expansión 21%, fase de dispersión 65%, y en fase de independencia 6%.

De acuerdo al ciclo vital encontramos que la mayoría de las familias se encuentran en etapa de dispersión y extensión completa según la clasificación del

ciclo vital. Son familias jóvenes con pocos hijos y además pequeños con mayor necesidad de atención por los padres. Haciendo familias más vulnerables para disfunción.

Los resultados de la funcionalidad familiar se encontraron 62% de familias con buena funcionalidad familiar y 37% de familias disfunción. Lo cual es un grupo en donde se encuentra menor funcionalidad familiar, que el reportado en otras literaturas como en el Hospital Nuevo Amanecer que se reporta un 86% de familias funcionales y un 14% como familias disfuncional. esto puede ser por la variedad de población. Y lugar de residencia. Estamos hablando de población cautiva de clase obrera donde ambos padres trabajan y la necesidad de apoyo para el cuidado del paciente con parálisis cerebral infantil.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De las mayores fortalezas que un niño con parálisis cerebral posee para alcanzar su máximo nivel de independencia es la familia.

El hecho de que en la familia se presente un hijo con PCI no implica que ello provoque disfunción en la estructura familiar. A pesar de que en este estudio encontramos un mayor porcentaje de familias balanceadas, nos sugiere que deben existir mecanismos de ajuste que permiten mantener la homeostasis familiar dentro de límites funcionales, ya que los miembros de la familia cuidan al niño con las mejores acomodándose a la situación familiar. No olvidemos que tenemos muchos factores que pueden ser desencadenantes a una crisis familiar que van desde: madures de los padres, grado de educación y cultura de los padres, situación económica, información acerca de la enfermedad, costumbres etc. Por lo que no podemos olvidar a las familias disfuncionales ya que es un porcentaje menor pero no deja de ser importante, ante la presencia de un niño con parálisis cerebral, son familias propensas a disfunción ante eventos críticos a crisis familiar.

Considero que falta mucho por saber en cuanto a la dinámica familiar de los pacientes con parálisis cerebral. El conocer cuáles son las áreas significativamente disfuncionales nos permitirá diseñar estrategias terapéuticas más de acuerdo a las necesidades de nuestras familias.

Recomendaciones:

1. Se recomienda a la población general la educación para disminuir los riesgos durante el embarazo.
2. Al personal de salud tener mas preparación profesional y actitud de servicio para atender con calidad a nuestros derecho habientes.
3. Educar a las familias con paciente discapacitado en este caso con PCI. Sobre la situación real de su familia para poder afrontar mejor las situaciones para ellos desconocidas y así poder ofrecer una mejor calidad de vida para el niño con parálisis cerebral infantil y a su vez a la familia.

El cuidado de Ante estos resultados se recomiendan realizar mas estudios en este tipo de población tal vez también de sobre carga del cuidador principal de estos pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.** Ruiz A, Arteaga R. Parálisis cerebral y discapacidad intelectual. ASPACE Cantabria. 2003; 363 -391.
- 2.** Camacho A, Pallas A, De La Cruz B, De Las Heras S, Mateos B. Parálisis Cerebral: Concepto y registros de base poblacional. Rev Neurol 2007; 45 (8):503-508.
- 3.** Mutch L, Alberman E, Hagber B, Kodama K, Perat MV. Cerebral palsy epidemiology. Dev Med Child Neurol 1992; 34: 547-51.
- 4.** Amiel T, Grenier A. Vigilancia neurológica durante el primer año de vida. Barcelona Masson, 1988.
- 5.** Malagon J, Parálisis cerebral: Actualizaciones en Neurología Infantil, 2007 67 (6/1): 586-592.
- 6.** Luckens M. Management Cerebral Palsy, American Academy of Pediatrics.1999 may, 3: 130 -141.
- 7.** Philip E. Antecedents of Infantile Cerebral. Downoladed from adc, arch dis child. jun 7 2013; 23: 116-213.
- 8.** Larguia A, Urman J, Saviansky R, Canizzaro C, DeLuca A, Fayanas C, et al. Consenso Argentino sobre parálisis cerebral rol del cuidador perinatal. Rev hosp mat inf. Ramón Sarda: 2000; 19(3): 120 – 124.
- 9.** De la Cerda M A, Riquelme H, Guzmán de la Garza F, Barrón F, Barrón F. Estructura y funcionalidad familiar de niños y adolescentes con parálisis cerebral, Avances Neurología. Pág. 27 – 32.
- 10.** Hurtado L, la parálisis cerebral. Actualización del concepto, diagnóstico y tratamiento; Pediatría integral 2007; XI (8):687-698.
- 11.** Robaina G, Riesgo S. Etiology of cerebral palsy in Cuban children, bol Med Hosp Infant Mex; Noviembre – Diciembre 2010; (67): 507 – 517.
<http://www.medigraphic.com/BMHIM>

- 12.** Madrigal A. La parálisis cerebral. Instituto de mayores y servicios sociales (IMSERSO). Pág. 2 – 53.
- 13.** Robaina Castellanos R.C, Riesgo Rodríguez S de la C, Robabaina Castellanos M.S. Evaluación diagnóstica del niño con parálisis cerebral, Rev. Cubana pediatría 2007, 79 (2).
- 14.** Bauman L. A review of psychosocial intervention for children with chronic health condition pediatrics. American academy of pediatrics. 1997; 100(2): 244-251.
- 15.** De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la Atención familiar. Barcelona, DOYMA, 1994.
- 16.** Sánchez A. Las nuevas tecnologías en el entorno familiar de las personas con discapacidad. PROLAM. 2000.
- 17.** Minuchin S. Familias y terapia familiar. Ed. Gedisa, Barcelona, Esp.
- 18.** Satir V. Relaciones Humanas en el Médico Familiar. Edit. Pax 1989.1983.
- 19.** Anzures R, Chávez V, García C, Pons O. Medicina Familiar, 1ra ed. México, Editorial corinter; 2008, p.227 -263.
- 20.** Velazco O. Chávez A. La disfunción familiar, un reto diagnóstico Terapéutico. Rev Med IMSS 1994; 32(3).
- 21.** Ziolk M.E. Counsilig parents of children with disabilities: a review of the literature and implications for practice. The journal of rehabilitation 1991; 57 (2):29.
- 22.** Mullen S.W. the impac of child disability on marriage, parenting, and attachment: relationships in families' with a child cerebral palsy. Sci & engineering 1998; 58 7 –B):3969.
- 23.** Rollan J. Familias Enfermedad y discapacidad. Edit. Gedisa 1994.
- 24.** Garza Elizondo T, Dr. Trabajo con familias. Primera edición. 1997 Universidad Autónoma de Nuevo León 89 – 97, 153 – 161.

- 25.** Kath Leen a. ph. D. How Families manage chronic conditions: An Analysis of the concept of normalization, *Research in Nursing Health* 1986; (9): 215 -222.
- 26.** Campaña Y. la familia ante la parálisis cerebral. *Rev inter de audición y lenguaje, logopedia, apoyo a la integración y multiculturalidad.* 2012 mar (1)3: 46 – 53.
- 27.** Martínez A, Rodríguez Y. Impacto familiar de una escuela para padres de niños con discapacidad. *Medisan.* 2010; 14 (5):618.
- 28.** Álvarez Rubio AN, Ayala Balcázar A, Nuño Licon A, Efrén Alatorre M. Estudio sobre el nivel de funcionalidad en un grupo de familias que tienen un hijo con parálisis cerebral infantil. *Rev. Mex Med Fís Rehab.*2005; 17(3).
- 29.** Campos Sánchez DC, et al. Sobrecarga del cuidador de pacientes con parálisis cerebral infantil Asociada con funcionalidad familiar en el CRI Guadalajara, Jalisco. *Aten Primaria.* 2011. doi: 10. 1016/. aprim. 2010.05.012
- 30.** Álvarez A, Ayala A, Nuño A, Alatorre M. Estudio sobre el nivel de funcionalidad en un grupo de familias que tienen un hijo con parálisis cerebral infantil. *Rev. Med física de Rehabilitación.* 2005 jul-sep. 3; 17
- 31.** Serrano A, Ortiz L, Crespo J. Estrategias de afrontamiento en familias de niños de 0 a 4 años con parálisis cerebral; *Revista Electrónica de Psicología Iztacala.* Septiembre 2012; 15(3): 817 -842.
- 32.** Mendoza-Solís L, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. 2006; 8(1):27-32.
- 33.** Del Valle G F. Uso de la escala de evaluación y adaptabilidad y cohesión familiar faces III en población clínica de un equipo de intervención en crisis. *Comité de docencia e investigación-Hospital Central de San Isidro-residencia de Psicología región sanitaria x.*
- 34.** Ponce Rosas ER et al. Validez de constructo del cuestionario FACES

- 35.** III en español (México) aten primaria 2002; 30(10): 224-230.
- 36.** *Gómez-Clavelina FJ*, *Ponce-Rosas ER*, *Irigoyen-Coria AE*. *FACES III: Alcances y Limitaciones. Atención Familiar* Originales breves. Propuesta en desarrollo por la coordinación de investigación del DMF/UNAM

ANEXOS.

Anexo 1.

Datos generales.

ENCUESTA SOBRE FUNCION FAMILIAR EN PADRES CON HIJOS CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL. EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 87 DE CD. ACUÑA COAHUILA.

EDAD: ESTADO CIVIL: DIVORCIADA: UNION LIBRE: SOLTERA: CASADA:
EDAD DEL NIÑO (A): NUM. DE HERMANOS: HERMANOS CON EMF. CRONICA:
OCUPACION: OBRERA: CAMPESINA: TECNICA: PROFESIONISTA:
TIPOLOGIA FAMILIAR DE ACUERDO A SU DESARROLLO: TRADICIONAL: MODERNA:
TIPOLOGIA FAMILIAR DE ACUERDO A SU DEMOGRAFIA: URBANA: SUBURBANA: RURAL:
TIPOLOGIA FAMILIAR DE ACUERDO A SU CONFORMACIÓN: NUCLEAR: EXTENSA: COMPUESTA: CONTRAIDA: RECONSTITUIDA:
TIPOLOGIA FAMILIAR DE ACUERDO A SU SUCLO VITAL: EXPANSION: DISPERSION: NIDO VACIO:

Anexo 2.

CUESTIONARIO DE EVALUACION FACES III.

NUM.	INSTRUMENTO DE EVALUACION FAMILIAR: FACES III	VALOR				
	PREGUNTAS:	1	2	3	4	5
1.-	Los miembros de la familia se apoyan entre sí.	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
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 más cercanos.					
6.-	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7.-	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la nuestra familia.					
8.-	Nuestra familia cambia el modo de hacer las 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 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.					
TOTAL	EVALUACION					

Anexo 3.

Cronograma.

CRONOGRAMA																									
PROGRAMADO											REALIZADO														
AÑO	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	ACTIVIDADES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
2010			X	X	X	X	X	X	X	X		ELABORACION DE PROTOCOLO													
2011					X	X						AUTORIZACION POR COMITÉ LOCAL			X										
2012	X	X										RECOLECCION DE LA INFORMACION				X	X	X	X						
					X	X	X	X				ELABORACION DE LA INFORMACION									X				
							X	X				ANALISIS										X			
							X	X				INTERPRETACION RESULTADOS										X			
										X		DUFUSION													
											X	PUBLICACION.													

Anexo 4.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El investigador es el responsable de obtener el consentimiento informado de cada sujeto que participe en el estudio, después de haber explicado correctamente los objetivos, métodos, y peligros potenciales del mismo. Explicará a los pacientes que son totalmente libres de negarse a participar en el estudio o abandonarlo en cualquier momento y por cualquier motivo. Si el sujeto no sabe leer, un testigo imparcial debe estar presente durante toda la plática relativa al consentimiento informado. Una vez que el sujeto haya otorgado su consentimiento oral para participar en el estudio, la firma del testigo en la carta de consentimiento informado certificara que la información contenida en el consentimiento se explicó y entendió perfectamente. El investigador también explicara a los sujetos que están totalmente libres de negarse a participar en el estudio y pueden abandonarlo en cualquier momento y por cualquier motivo. La carta de consentimiento informado será llenada correctamente. Si surgen nuevos datos sobre seguridad que modifiquen significativamente los riesgos y beneficios se revisaran el documento del consentimiento informado y se actualizara si es necesario. A todos los sujetos del estudio se les entregara una copia de la carta de consentimiento y de las actualizaciones que se realicen para seguir participando en el estudio.

Se anexa carta de consentimiento informado.

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

Lugar y Fecha:

Unidad de medicina familiar núm. 87, Cd. Acuña Coahuila.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC No.

El objetivo del estudio es: Cohesión y adaptabilidad familiar en padres de pacientes con parálisis cerebral infantil en el periodo De Enero del 2011 a Enero del 2012, en unidad de medicina familiar de cd. Acuña Coahuila.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: la aplicación de una encuesta en la que se pide información para saber cómo está la función familiar por medio de Preguntas en las que se involucra la relación familiar.

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: **no se somete a ningún riesgo o inconvenientes solo la información fidedigna de cómo funciona la relación familiar.**

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente. El investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para 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 médica que recibo del Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y 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 respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Dra. Ma. Guadalupe Hernández Ramírez/ 99053546

Nombre, firma, matrícula del investigador principal

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionados con el estudio:

8771009000

Testigos

Testigo 1

Testigo 2

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS					
CONCEPTO	PAPA	TOTAL	MAMA	TOTAL	TOTAL 2
Caóticamente disgregada	0	0	III	3	3
Caóticamente semirelacionada	II	2	I	I	3
Caóticamente relacionada	II	2	0	0	2
Caóticamente aglutinada	0	0	0	0	0
Flexiblemente disgregada	0	0	0	0	0
Flexiblemente semirelacionada	III	3	IIII	5	8
Flexiblemente relacionada	IIIIIIII	8	IIIIII	7	15
Flexiblemente aglutinada	I	1	II	2	3
Estructuralmente disgregada	II	2	I	1	3
Estructuralmente semirelacionada	III	3	I	1	4
Estructuralmente relacionada	IIII	4	IIII	5	9
Estructuralmente aglutinada	0	0	0	0	0
Rígidamente disgregada	II	2	II	2	4
Rígidamente semirelacionada	I	1	0	0	1
Rígidamente relacionada	I	1	II	2	3
Rígidamente aglutinada	0	0	0	0	0
TOTAL	29	29	29	29	58

Hoja de recolección de datos de la escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar FACES III.

↓ COHESIÓN ↑					
ADAPTABILIDAD	Disgregada 10 a 34	Semirrelacionada 35 a 40	Relacionada 41 a 45	Aglutinada 46 a 50	TOTAL
Caótica 29 a 50	Caóticamente Disgregada 0/0 3/10.34%	Caóticamente Semirrelacionada 2/6.89% 1/3.44%	Caóticamente Relacionada 2/6.89% 0/0	Caóticamente Aglutinada 0/0 0/0	4/6.89% 4/6.89%
Flexible 25 a 28	Flexiblemente Disgregada 0/0 0/0	Flexiblemente Semirrelacionada 3/10.34% 5/17:24%	Flexiblemente Relacionada 8/27.58 7/24.13	Flexiblemente Aglutinada 1/3.44% 2/6.89%	12/20.68% 14/24.13%
Estructurada 20 a 24	Estructuralmente Disgregada 2/6.89% 1/3.44%	Estructuralmente Semirrelacionada 3/10.34 1/3.44%	Estructuralmente Relacionada 4/13.79% 5/17.24	Estructuralmente Aglutinada 0/0 0/0	9/15.51% 7/12.06%
Rígida 10 a 19	Rígidamente Disgregada 2/6.89 2/6.89	Rígidamente Semirrelacionada 1/3.44% 0/0	Rígidamente Relacionada 1/3.44% 2/6.89	Rígidamente Aglutinada 0/0 0/0	4/6.89% 4/6.89%
TOTAL	4/6.89% 6/10.34%	9/15.51% 7/12.06%	15/25.86% 14/24.13%	1/1.71% 2/3.44%	58



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 506
H GRAL ZONA -MF- NUM 24, COAHUILA

FECHA 28/02/2012

DRA. MA GUADALUPE HERNANDEZ RAMIREZ

P R E S E N T E

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

COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL EN EL PERIODO DE ENERO DEL 2001 A ENERO DEL 2011 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 87 EN CIUDAD ACUÑA COAHUILA.

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-506-2

ATENTAMENTE


DR.(A). RAFAEL TOMÁS PÉREZ PÉREZ
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 506

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**DRA. MA GUADALUPE HERNANDEZ RAMIREZ.
MEDICO GENERAL.
CURSO DE ESPECIALIZACION PARA MEDICINA FAMILIAR.**