

11226

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

CLINICA HOSPITAL ZONA II No. 1

MEXICALI, BAJA CFA.

**CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR  
CLINICA HOSPITAL ZONA II No. 1 MEXICALI, BAJA CFA.**

**SINDROME DE DEPRIVACION SOCIAL EN  
PACIENTES CON ENFERMEDAD  
VASCULAR CEREBRAL**

**TESIS DE POSTGRADO**

**DR. DEMETRIO GONZALEZ RODRIGUEZ**

MEXICALI, B. C.

DICIEMBRE 1983



**FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## INDICE

	<i>Página</i>
<b>I</b> <i>Introducción</i>	1
<b>II</b> <i>Antecedentes Científicos</i>	
1. <i>Enfermedad Vascul ar Cerebral</i>	
1.1 <i>Consideraciones Anatómicas</i>	2
1.2 <i>Consideraciones Etiológicas y Patológicas</i>	2
1.3 <i>Consideraciones Clínicas</i>	7
1.4 <i>Exámen del Paciente</i>	11
1.5 <i>Diagnóstico Diferencial</i>	14
1.6 <i>Evolución</i>	16
1.7 <i>Prevención de un ataque</i>	19
1.8 <i>Tratamiento</i>	19
<i>Síndrome de Deprivación Social</i>	22
<i>Dinámica Familiar</i>	23
<i>Programa de Hospitalización Domiciliaria</i>	30
<b>III</b> <i>Planteamiento del Problema</i>	32
<b>IV</b> <i>Objetivos</i>	33
<b>V</b> <i>Planteamiento de Hipótesis</i>	34
<b>VI</b> <i>Universo de Trabajo</i>	35
<b>VII</b> <i>Material y Métodos</i>	36
<b>VIII</b> <i>Presentación de Resultados</i>	44
<b>IX</b> <i>Análisis de Hipótesis y Conclusiones</i>	56
<b>X</b> <i>Sugerencias</i>	61
<b>XI</b> <i>Bibliografía</i>	62

La patología cerebrovascular es el trastorno neurológico más frecuente en adultos y se encuentra en aproximadamente el 25% de todas las autopsias.

Anualmente se registran por esta causa 275,000 muertes y --- 300,000 incapacidades en los Estados Unidos.

En cualquier momento se calcula que 2 millones de estadounidenses son sus víctimas y aproximadamente el 30% de los casos tienen menos de 65 años de edad.

El costo anual en pérdida de trabajo y costo de asistencia es de 7 millones de dólares.

En México, en 1970 la mortalidad por EVC ocupó el tercer lugar, superado únicamente por diarreas y bronconeumonías. Las 12107 defunciones registradas por EVC en 1970 significan que la mortalidad ocurre en 24.7 individuos por cada 100,000 Habs. No hay estadísticas de los casos en que los enfermos que sobreviven quedan incapacitados parcial o totalmente, lo que hace que éste sea un gran problema de salud pública.

Las secuelas por EVC generalmente dejan incapacidades funcionales graves, originando en muchas ocasiones, el abandono por parte de los familiares, por considerar al enfermo una carga para --- ellos, ya que son económicamente improductivos, y requieren de cuidados especiales.

Este trabajo trata de analizar las causas que originan este - abandono de pacientes incapaces de valerse por sí mismos, así como algunos aspectos específicos de la Enfermedad Vascul ar Cerebral.

## I.1 CONSIDERACIONES ANATOMICAS:

Tres variedades de interconexiones entre el sistema carotídeo y el vertebrobasilar contribuyen a asegurar la distribución constante de sangre en el cerebro. El primer tipo es completamente extracraneal y une las dos arterias carótidas, y la carótida externa con las arterias vertebrales. La segunda categoría une los vasos extracraneales - con los intracraneales, sobre todo a través de la órbita. Por ejemplo algunos ramos de la arteria carótida externa se anastomosan con la arteria oftálmica. La tercera variedad es completamente intracraneal y consiste principalmente en el polígono de Willis, que está situado en la base del cerebro y que comunica el sistema carotídeo de un lado -- con el otro a través de la arteria comunicante anterior, y el vertebrobasilar con los sistemas carotídeos ( a través de las arterias comunicantes posteriores). Otras anastomosis situadas sobre la superficie del cerebro y en los ventrículos comunican las arterias cerebrales anterior, media y posterior. (9)

Las pequeñas arterias y arteriolas que surgen de las arterias superficiales y penetran a través del parénquima tienen pocas interconexiones y funcionan como arterias terminales. Cuando se obstruye una de estas arterias, se produce una isquemia o infarto hístico. (9)

## I.2 CONSIDERACIONES ETIOLÓGICAS Y PATOLÓGICAS:

La enfermedad cerebrovascular es un trastorno que afecta - cualquiera de los vasos que irrigan el cerebro.

(3)  
Los cambios que se producen en el cerebro en respuesta a la enfermedad vascular pueden clasificarse en dos tipos generales: infarto y hemorragia.

### Isquemia e Infarto

Cuando el aporte sanguíneo se interrumpe durante 30 seg. se desarrolla isquemia y se altera el metabolismo. Al cabo de 1 min., la función neuronal puede detenerse; al cabo de 5 min. la anoxia hística -- inicia una cadena irreversible de fenómenos que conducen al infarto cerebral. Si durante el estadio de isquemia se restaura el aporte sanguíneo, no se produce una lesión permanente.

Etiología. Existen muchas causas de isquemia, que comprenden la oclusión de una arteria por un trombo o émbolo. Puede producirse isquemia cuando, a pesar de que existe un sistema vascular patente, la presión arterial desciende por debajo de niveles críticos. También se desarrolla, cuando los componentes de la sangre son demasiado viscosos para ser propulsados a través del sistema (como en la policitemia), o cuando el contenido de glucosa u oxígeno en la sangre es demasiado bajo para mantener la actividad metabólica.

La meningitis aguda o crónica, la encefalitis o la arteritis --- causada por sífilis puede causar trombosis de una o más de las arterias cerebrales. Otras causas poco frecuentes de infartos son las --- tromboangitis obliterantes, la poliarteritis nudosa y la oclusión de las venas que drenan el cerebro. En ocasiones, una neoplasia o bien un edema puede comprimir los vasos cerebrales e interrumpir el aporte sanguíneo en los tejidos cerebrales.

Las causas más frecuentes de infarto son la arteriosclerosis y el embolismo.

Patología. Los estadios de la evolución de infarto son: 1) vasodilatación local, 2) estasis de la columna sanguínea con segmentación de los hematíes, 3) edema y 4) necrosis. Aunque la mayor parte de los infartos son incoloros, en ocasiones se produce un "infarto rojo" por hemorragia local en el tejido necrosado. Esta hemorragia probablemente se produce cuando el coágulo o émbolo emigra y se restaura el flujo a través del área afectada. Si la interrupción es suficientemente prolongada y se desarrolla infarto, el tejido al principio se reblandece, después se licua y finalmente forma una cavidad cuando los defectos son eliminados por la microglía fagocitaria. En un intento para llenar el defecto la astrogliá del tejido cerebral circundante -- prolifera e invade el área reblandecida y se forman nuevos capilares. La cicatriz glial que se forma finalmente es, en general, imperfecta. Si el área es grande, la cavidad puede colapsarse o dar lugar a la formación de pequeños quistes multiloculares llenos de un líquido claro.

Las formas más frecuentes del infarto consisten en pequeños infartos quísticos o lagunas. Se producen en los ganglios basales, la cápsula interna y la base de la protuberancia y con menos frecuencia en el centro semioval y en el cerebelo. Se producen por la oclusión de arterias perforantes lesionadas por una oclusión de larga duración.

### Embolia

El término embolia cerebral se utiliza para describir la oclusión de una arteria por un fragmento de sangre coagulada, por un tumor, grasa, aire y otras sustancias extrañas. La secuencia de este fenómeno es similar a la descrita para el infarto, excepto que puede sobreponerse un elemento de vasospasmo. La mayor parte de émbolos --

son estériles, pero los que proceden de una endocarditis bacteriana subaguda o aguda o de procesos sépticos en los pulmones, puede contener bacterias. El resultado puede ser una arteritis, absceso, encefalitis localizada o meningitis en el área que se colocan.

*Etiología.* La embolia aérea puede producirse como consecuencia de lesiones en los pulmones o proliferación de burbujas de nitrógeno en la circulación general después de una rápida reducción en la presión barométrica. La embolia grasa casi siempre va asociada a --- fracturas óseas o a una lesión del tejido blando.

Las causas más frecuentes de ataques isquémicos transitorios - es el microembolismo por placas arterioscleróticas localizadas en - las arterias aortocraneales. Estas placas forman un nido para coágulos, que pueden romperse o ulcerarse y descargar su contenido de colesterol en la corriente sanguínea.

*Patología.* El tejido irrigado por una arteria embolizada se -- convierte en isquémico y, a menos que el émbolo se desintegre o emigre hacia adelante, existe peligro de un infarto que puede ser hemorrágico. Excepto en los casos en que el émbolo contiene bacterias, - las alteraciones patológicas en el tejido cerebral son las mismas - que las observadas en el infarto cerebral por aterotrombosis. Si el émbolo es séptico, puede conducir a la formación de un aneurisma - micótico que a veces se rompe posteriormente. Los émbolos cerebrales con frecuencia son múltiples y se asocian con embolismo de los vasos periféricos o con infartos en los pulmones, bazo, riñón y otras vísceras.

#### Hemorragia Intracerebral.

Puede producirse hemorragia por la ruptura de un vaso en cual-

quier parte de la cavidad craneal. Las hemorragias intracraneales <sup>(6)</sup> pueden clasificarse según su localización (extradurales, subdurales, subparanoideas, parenquimatosas y ventriculares); según la naturaleza del vaso o vasos rotos (arteriales, capilares, venosas) y según la causa (traumáticas, o degenerativas).

Cada una de estas formas de hemorragia produce un cuadro clínico y patológico característico.

**Etiología.** La mayoría de las hemorragias cerebrales son producidas por la ruptura de aneurismas arteriolares, como resultado final de una hipertensión arterial de larga duración. Otra causa de ruptura son hamartomas muy pequeños o grandes malformaciones arteriovenosas, discrasias sanguíneas, enfermedades sistémicas diversas, neoplasia y lesión de los vasos cerebrales por infección, toxinas y, en ocasiones, la administración de agentes terapéuticos como los anticoagulantes. También pueden producirse hemorragias cerebrales en la leucemia aguda, la anemia aplásica, la policitemia, la púrpura trombocitopénica y el escorbuto. En estos casos las hemorragias pueden ser múltiples y de variable tamaño.

**Patología.** Aproximadamente el 80% de hemorragias intracerebrales hipertensivas son mortales. En la autopsia se encuentra que la sangre ha obstruido o reemplazado una porción del tejido cerebral. Si la hemorragia es grande, con frecuencia es imposible encontrar el vaso roto. El sitio más frecuente de localización de una hemorragia única son, -- con mucho, los ganglios basales. Las hemorragias de esta magnitud son casi siempre mortales. Si el paciente vive, la sangre y el tejido necrótico cerebral son eliminados por fagocitos. El cerebro destruido es sustituido por tejido conjuntivo, tejido fibroso, glía fibrosa y vasos sanguíneos neoformados, dejando una cavidad estrecha llena de líquido.

(7)  
Con menos frecuencia el coágulo sanguíneo es tratado como un cuerpo extraño y es rodeado de una membrana espesa compuesta por tejido glial y conjuntivo. Algunos coágulos se calcifican. (10)

### 1.3 CONSIDERACIONES CLÍNICAS:

#### Incidencia

La patología cerebrovascular es el trastorno neurológico más frecuente en adultos y se encuentra en aproximadamente el 25% de todas las autopsias. En los Estados Unidos generalmente se acepta que, en la población general, aproximadamente el 70% de ataques se debe a aterosclerosis; el 20% a hemorragias de varios tipos, y el 10% a embolismo. Sin embargo, el embolismo es relativamente más frecuente en personas jóvenes, y la hemorragia en negros. Por consiguiente la incidencia de las diversas formas encontradas en una serie de hospital depende de la población y de si se trata de un hospital general o especializado.

Aunque las lesiones cerebrovasculares pueden aparecer en cualquier edad, en todas las estaciones, en cualquier tiempo, en ambos sexos y en todas las razas, cada uno de estos factores afecta la incidencia y prevalencia de los diversos tipos de enfermedad cerebrovascular. La hemorragia cerebral y el infarto son infrecuentes antes de los cuarenta años. La incidencia de infarto cerebral es mayor entre los 60 y los 80 años de edad; la de la hemorragia cerebral, entre los 40 y los 70. La incidencia de embolismo cerebral y de la hemorragia subaracnoidea primaria está todavía más difundida, pero es más elevada en la quinta y la sexta década. Los abscesos por otras causas son ligeramente más frecuentes en los meses de invierno que durante el verano. (1)

#### Esquema de la propensión a los ictus

Actualmente las investigaciones epidemiológicas están identificando personas muy susceptibles y los factores que predisponen a los ataques, y proporcionan valoraciones del riesgo asociado con cada factor, solo y en combinación con los demás. Los componentes que se conocen -- del esquema de propensión a los ataques son: (6)

1. Ataques isquémicos transitorios; infarto cerebral anterior.
2. Hipertensión.
3. Anomalías cardíacas:
  - a) Anomalías electrocardiográficas que indican hipertrofia -- ventricular izquierda.
  - b) Infarto de miocardio.
  - c) Disritmias cardíacas, sobre todo de fibrilación auricular.
  - d) Signos radiológicos de agrandamiento cardíaco, sobre todo si van acompañados por signos electrocardiográficos de hipertrofia ventricular izquierda.
  - e) Insuficiencia cardíaca congestiva.
4. Signos clínicos de arteriosclerosis:
  - a) Angina de pecho
  - b) Claudicación intermitente de las piernas.
  - c) Ruidos arteriales, sobre todo cuando están ausentes los -- pulsos de la carótida.
5. Diabetes Mellitus o cualquier signo de alteración de la tolerancia a la glucosa.
6. Lípidos en sangre aumentados:
  - a) Colesterol (por debajo de los 50 años de edad).
  - b) Lipoproteína B y posiblemente triglicéridos endógenos y lípoproteínas pre-B endógenas.

Otros posibles factores de riesgo menos documentados del ictus trombótico incluyen:

1. Hábito de fumar cigarrillos.
2. Eritrocitosis (hematócrito elevado).
3. Gota (hiperuricemia).

### Síntomas premonitorios e iniciales

La siguiente información debería obtenerse con preguntas específicas en todos los casos, ya sea del paciente ya de los familiares, porque pueden darse fenómenos o factores premonitorios.

1. Crisis. Si existen, debe obtenerse una historia y descripción detallada de los ataques.
2. Irregularidades cardíacas. ? El corazón late irregular o lentamente durante los ataques? (Síndrome indicativo de Stokes-Adams).
3. Cefaleas. ? Cual es su dirección, frecuencia, tipo, gravedad, localización e irradiación, y que es lo que las agrava o las alivia?
4. Transtornos visuales. ? Son unilaterales o Bilaterales, transitorios o permanentes? ?Es la pérdida visual parcial o total? ? Presenta el paciente diplopía , alucinaciones visuales o escotomas?
5. Transtornos auditivos. ? Sufre el paciente sordera o tinnitus?
6. Cambios mentales. ? Han notado los miembros de la familia cambios en el paciente, las reacciones emocionales o la memoria?
7. Factores precipitantes. ? Se afecta cualquiera de los síntomas por un cambio en la posición de la cabeza o en la postura corporal, o por ejercicio de brazos? ?Existe una historia de lesión

- craneal, que sugiere la posibilidad de una hematoma subdural ?
8. Factores predisponentes. ¿Presenta el paciente hipertensión, cardiopatía o diabetes? ¿Fuma? ¿Está utilizando alguna medicación que podría contribuir al problema (p. ejem. contraceptivos orales, fármacos hipotensores, anticoagulantes o alcohol)?
  9. Historia anterior. ¿Ha presentado el paciente ataques similares en el pasado, sobre todo trastornos neurológicos "menores" o transitorios que han desaparecido espontáneamente?
  10. Historia familiar. ¿Ha habido alguien en su familia que tuviera ataques, crisis convulsivas, hipertensión o ataques cardiacos con anterioridad? (4)

#### Comienzo

En la gran mayoría de los casos, los síntomas de un episodio vascular cerebral tienen un comienzo brusco y alcanzan una intensidad máxima en minutos u horas. Estos síntomas pueden ser focales o generalizados. Puesto que los síntomas neurológicos focales (parálisis, pérdida sensorial, defectos en el lenguaje, etc.) se relacionan con la localización de la hemorragia o infarto, se exponen más adelante junto con los síndromes de las diversas arterias cerebrales. Los síntomas generalizados (que incluyen cefaleas, vómitos, convulsiones y coma) son más frecuentes en pacientes con una hemorragia intracerebral subaracnoidea. En muchos casos también existen confusión, desorientación y alteración de la memoria durante el periodo que sigue inmediatamente al ictus. Estos signos se relacionan, en parte, con los trastornos de la función cerebral asociados a la lesión vascular y, en parte, con la enfermedad vascular cerebral generalizada. (4)

## I.4 EXAMEN DEL PACIENTE.

### Examen General.

(11)

Debe explorarse cuidadosamente la cabeza del paciente en busca de signos de lesión. Hay que observar el tamaño y reacciones de las pupilas y examinar los discos papilares. Debería observarse el olor del aliento, el carácter de la respiración y la presencia o ausencia de rigidez de nuca, así como registrar la temperatura, la frecuencia del pulso y la presión sanguínea. Si existe una gran hemorragia u oclusión de un vaso importante, la temperatura puede elevarse y aumentar la frecuencia cardíaca. Alrededor del 40% de los casos de hemorragia cerebral presentan alteraciones en la frecuencia y profundidad de la respiración. En aproximadamente el 25% de los pacientes con embolia cerebral y en menos de un 10% de los que presentan un infarto cerebral existen anomalías del tipo de respiraciones Cheyne-Stokes. Un aumento continuo de la temperatura, de la frecuencia del pulso y de la frecuencia respiratoria da a entender que los centros vasomotores y los centros termoreguladores han dejado de funcionar.

La fibrilación auricular o signos clínicos de agrandamiento cardíaco se presentan en más del 90% de los pacientes con una embolia cerebral.

### Exploración neurológica.

Es de importancia capital determinar si existe hemiplejía. En un paciente comatoso dicha determinación generalmente puede realizarse por una observación cuidadosa de la cara y una exploración de las extremidades. Cuando una de las mejillas se abomba con cada respiración, este lado de la cara está paralizado. La parálisis de las extremidades se determina mediante el procedimiento de levantar cada extremidad y dejarla

caer. La pierna paralizada cae pesadamente, mientras que la pierna no paralizada desciende de manera progresiva. Sin embargo si un paciente está en coma profundo, las dos piernas pueden caer pesadamente. La estimulación vigorosa de las plantas de los pies con una aguja de punta roma o de una llave provoca una retirada de la pierna no paralizada, mientras que una pierna paralizada permanecerá inerte a menos que -- exista una inhibición de los reflejos con un signo de Babinsky.

La rigidez de nuca generalmente es un hallazgo frecuente en los pacientes con hemorragia intracerebral o subaracnoidea primaria, y es tá relacionado con la presencia de sangre en el líquido cefalorraquídeo.

Las alteraciones en los reflejos y en las respuestas plantares - generalmente pueden explicarse sobre la base de una lesión focal. En el estado de coma que sigue inmediatamente al comienzo de la lesión - vascular pueden perderse todos los reflejos tendinosos; sin embargo - con mayor frecuencia, en el lado opuesto de la lesión cerebral, los - reflejos son hiperactivos. En los pacientes con una lesión unilateral la respuesta plantar puede ser de tipo extensor en ambos lados, si el edema cerebral ha causado una compresión del cerebro medio con impac- tación en la incisura.

#### Exploración neurovascular

Después de la exploración neurológica general, deberían realizar se determinadas pruebas neurovasculares en los pacientes cuyos sínto- mas neurológicos sugieren una etiología vascular.

Flexión del cuello. La resistencia y el dolor en la flexión del cuello pueden indicar irritación meníngea.

Palpación. La posibilidad de patología oclusiva en un vaso impor- tante puede comprobarse rápidamente por la palpación bilateral simul-

tánea de las siguientes arterias aortocraneales principales: en <sup>(13)</sup> primer lugar, las arterias temporales superficiales; después las carótidas en sus bifurcaciones y, en la parte inferior del cuello, las arterias subclavias por encima y por debajo de las clavículas; finalmente las arterias braquial y radial, la aorta abdominal y los pulsos en las extremidades inferiores. Si algún pulso está disminuido o ausente, se necesita una valoración más detallada.

**Auscultación.** Después de auscultar el corazón, hay que utilizar un estetoscopio para oír los ruidos en las áreas de la aorta y pulmonar y a lo largo del trayecto de las arterias subclavias, por encima y por debajo de la clavícula; después a lo largo del trayecto de las arterias vertebral y carótida en diversos puntos, sobre todo en la bifurcación de la arteria carótida por detrás del ángulo de la mandíbula, en la unión subclaviovertebral y por encima de las mastoides. Por último se aplicará la campana del estetoscopio a la órbita.

**Oftalmodinamometría.** Esta prueba se utiliza para medir la presión en la arteria oftálmica, que es la primera rama bastante grande de la arteria carótida interna. La presión en la arteria oftálmica generalmente es un reflejo de la presión en el sistema carotídeo y puede poner de manifiesto signos de patología de la carótida. (3)

**Masaje carotídeo.** Los pacientes con patología de las arterias carótidas en ocasiones presentan una hipersensibilidad de los reflejos del seno carotídeo. Puede efectuarse masaje de seno para asegurarse de si es el responsable de los síntomas del paciente, en el caso de que se disponga de una asistencia adecuada y de un monitor de ECG. A causa del pequeño pero definido riesgo de inducir una insuficiencia vascular cerebral o de hacerse se desprenda un émbolo de una placa ateromatosa, la compresión de la carótida solo debería llevarse a cabo por un equipo organizado cuando es posible un amplio control.

El diagnóstico diferencial generalmente no es difícil, cuando se conoce la historia de la enfermedad del paciente; pero con frecuencia resulta en extremo complicado, cuando se encuentra al paciente en un estado comatoso. En todos los pacientes son necesarios una historia y una exploración cuidadosa y el uso prudente de pruebas de laboratorio.

Aunque una hemiplejía de comienzo brusco en un paciente con hipertensión grave es un signo presuntivo de lesión vascular cerebral, no debe pasarse por alto la posibilidad de uremia o de una lesión expansiva - como un tumor, un absceso o una hemorragia en el encéfalo. Si el paciente está comatoso y tiene una presión sanguínea normal, las posibilidades diagnósticas incluyen diabetes mellitus, alcoholismo agudo, hemorragia extradural o subdural e intoxicación por fármacos.

El olor de acetona en el aliento y la presencia de glucosa en la orina son datos en favor del diagnóstico de diabetes. Sin embargo después de una hemorragia cerebral o un infarto aparecen con frecuencia glucosuria o incluso hiperglucemia transitoria.

Un olor alcohólico del aliento, la presión sanguínea normal, la ausencia de signo de hemiplejía y un líquido cefalorraquídeo normal son los hallazgos característicos en los casos de coma debido a un alcoholismo agudo.

La hemorragia extradural difiere de la hemorragia cerebral o el infarto por los síntomas que aparecen inmediatamente después de la lesión craneal. Si una fractura del cráneo pasa a través del surco de la arteria meníngea media, el diagnóstico de hematoma extradural es razonablemente seguro.

Debería tenerse en cuenta el diagnóstico de hematoma subdural, si -

existen fluctuaciones en el estado de conciencia del paciente y una historia de una lesión craneal reciente.

Neoplasia o absceso. Por lo general se diferencia de una lesión -- vascular por la evolución lenta y progresiva de los síntomas. Los hallazgos característicos en pacientes con tumores cerebrales son papila de estasis, presión sanguínea normal y líquido cefalorraquídeo claro o ligeramente amarillo con presión elevada, con un contenido celular normal y un aumento del contenido proteico. En pacientes con absceso cerebral se encuentran exactamente los mismos hallazgos, excepto que el líquido cefalorraquídeo generalmente presenta pleocitosis (leve o moderada).-

El diagnóstico de embolia cerebral es sugerido por el comienzo brusco de síntomas neurológicos en un paciente con endocarditis aguda o crónica, fibrilación auricular, infarto del miocardio reciente, septicemia o un foco séptico.

Puede ser difícil distinguir entre hemorragia cerebral e infarto, puesto que ambas condiciones ocurren en pacientes del mismo grupo de edad y en aquellos que sufren arteriosclerosis e hipertensión. Los siguientes puntos hablan en favor del diagnóstico de hemorragia intracerebral:

- 1.- Convulsiones, que son aproximadamente dos veces más frecuentes en estos casos que en pacientes con infarto cerebral.
- 2.- Cefalea intensa, náuseas o vómitos en el momento del comienzo.
- 3.- Respiración de Cheyne-Stokes o respiraciones difíciles.
- 4.- Desviación conjugada de los ojos.
- 5.- Rigidez de nuca
- 6.- Cuadriplejía.
- 7.- Signos de Babinski bilaterales.
- 8.- Líquido cefalorraquídeo sanguinolento, sobre todo en pacientes con hemiplejía o afasia.

## 1.6 EVOLUCION

(16)

La evolución de la enfermedad depende del tipo y extensión de la lesión y de la presencia o ausencia de otros factores complicantes. La mortalidad es aproximadamente del 80% en una hemorragia intracerebral de un tamaño apreciable, aproximadamente de un 50% en una hemorragia subaracnoidea y de un 30% si un vaso importante es ocluido por un trombo.

Cuando el trombo o la embolia se localiza en un pequeño vaso el paciente en general sobrevive a la lesión a menos que existan graves factores complicantes.

En los casos mortales, la duración de la vida después del comienzo de la enfermedad varía de algunas horas a varios meses. Con la excepción de la ruptura de un gran aneurisma, los episodios vasculares cerebrales no son una causa de muerte repentina. La muerte por hemorragia cerebral puede ocurrir al cabo de 12 a 13 horas, pero por regla general, la vida se prolonga por lo menos un día y con frecuencia hasta dos semanas. En ocasiones los pacientes con hemorragia cerebral pueden vivir durante varios meses. La muerte dentro de las 24 horas es rara en pacientes con embolia cerebral o infarto y ocurre con mayor frecuencia al cabo de algunas semanas o varios días después del comienzo.

### Pronóstico

Aproximadamente la mitad de todos los pacientes que sobreviven al ataque quedan incapacitados de manera permanente y están expuestos al peligro de recidivas al cabo de semanas, meses o años. Aproximadamente la mitad de los pacientes que sufren infarto cerebral morirán de cardiopatía. En pacientes más viejos con arteriosclerosis generalizada, el curso de la enfermedad puede caracterizarse por pequeñas lesiones cerebrovasculares llamadas lagunas. Estas pueden producir signos y síntomas mínimos, tales como vértigo, debilidad o adormecimiento y disartria.

### Datos de Laboratorio.

(17)

Los procedimientos de laboratorio de máximo valor son el examen de la orina, la determinación del nitrógeno ureico y el contenido de glucosa en la sangre, el examen del líquido cefalorraquídeo y las radiografías del cráneo. En casos especiales puede ser necesario llevar a cabo un electroencefalograma, un ecoencefalograma, una escintigrafía, o bien una angiografía cerebral.

Un método de diagnóstico de utilidad es la tomografía axial computarizada (TAC) de acuerdo a estudios realizados, nos puede corroborar un diagnóstico de Hemorragia subaracnoidea hasta en un 95.3%.<sup>(2)</sup>

En la orina de gran cantidad de pacientes con lesiones vasculares cerebrales, independientemente del tipo de lesión, se encuentra albúmina y desechos.

No es infrecuente que los pacientes con enfermedad vascular presenten una hiperglucemia y una glucosuria transitorias como consecuencia de un trastorno temporal en el metabolismo de la glucosa. Después de una hemorragia intracerebral o subaracnoidea o en el émbolo séptico es frecuente encontrar recuentos de leucocitos de 12,000 a 20,000/mm<sup>3</sup>.

En el electroencefalograma de la mayoría de pacientes con lesiones vasculares en los hemisferios cerebrales se encuentran anomalías focales.

La presión del líquido cefalorraquídeo es de ordinario normal en el paciente con un émbolo cerebral o infarto. En un pequeño porcentaje de estos casos se encuentran presiones entre 200 y 300 mm, pero raramente se encuentran cifras superiores a los 300. Por el contrario, la presión es superior a 200 mm en la mayoría de los pacientes con hemorragia intracerebral o subaracnoidea primaria.

El líquido cefalorraquídeo es sanguinolento, en todos los casos de hemorragia subaracnoidea primaria, en el 85% de los casos de hemorragia cerebral, y sólo en el 15% de los casos con embolia cerebral. En la mayor parte de casos con infarto, el líquido es claro, aunque puede haber una ligera coloración xantocrómica y al microscopio se observan algunos hematíes.

El contenido de leucocitos en el líquido es casi siempre normal en pacientes con infarto cerebral, aunque en ocasiones puede observarse una ligera pleocitosis (hasta de 50 células). El contenido celular es generalmente normal en los casos con embolia cerebral aséptica; sin embargo si el émbolo procede de un foco séptico, se observa una pleocitosis moderada o grave (hasta de 4,000 células). En la mayor parte de los casos, - este aumento de leucocitos se debe a una reacción meníngea aséptica ante el émbolo séptico, que se demuestra por un contenido normal en glucod - del líquido y la ausencia de microorganismos.

En la mayor parte de los pacientes con hemorragia intracerebral o - subaracnoidea, el contenido de leucocitos en el líquido cefalorraquídeo generalmente está en proporción directa con la cantidad de sangre en el líquido.

Cuando el líquido es claro, las pruebas de la sífilis son negativas a menos que el sistema nervioso central esté infectado. Si el líquido es sanguinolento, la presencia de reagína sífilítica en el líquido puede dar lugar a una reacción positiva falsa. La punción debería repetirse y examinar el líquido otra vez después de haber transcurrido suficiente tiempo para eliminar la sangre.

En aproximadamente dos terceras partes de los pacientes con infarto cerebral, la actividad de la transamina glutamicooxalacética está aumentada; el grado de aumento es a grandes rasgos proporcional al tamaño de la lesión. (5)

## 1.7 PREVENCIÓN DEL ATAQUE.

(19)

El conocimiento de determinados factores que pueden reconocerse y que predisponen a los accidentes vasculares puede utilizarse para identificar a la persona que tiene un elevado riesgo al ataque e instituir medidas profilácticas. En primer lugar se encuentra la historia de hipertensión, hiperlipoproteinemia, hiperuricemia, diabetes mellitus o coronariopatías en padres y hermanos.

Además de la susceptibilidad genética, existen varios factores ambientales tales como la ingesta excesiva de colesterol y grasa, el hábito de fumar y posiblemente también el stress psíquico crónico caracterizado por formas y conflictos emocionales prolongados.

Los pacientes, así, como las familias predisuestas a arteriosclerosis, deberían someterse a una dieta prudente con ingesta relativamente baja de grasas y colesterol para mantener un bajo peso corporal y reducir la probabilidad del desarrollo de arteriosclerosis y de diabetes mellitus. Debería aconsejarseles abstenerse de fumar.

## 1.8 TRATAMIENTO

El tratamiento puede dividirse en dos partes. La primera fase se dirige a salvar la vida del paciente; la segunda, hacia la rehabilitación.

La aparición de signos de hemorragia en cualquier parte del cuerpo es una indicación para interrumpir de inmediato el tratamiento anti-coagulante y posiblemente para administrar vitamina K.

Se ha defendido el uso de medicaciones que disminuyen la adherencia y agregación de las plaquetas para prevenir ataques isquémicos transitorios que se consideran producidos por embolias formadas por plaquetas y fibrinas. Entre otros agentes el ácido acetilsalicílico (aspirina) a dosis de 600 a 1,200 mg. al día parece suficiente para evitar nuevos episodios.

### Tratamiento antisifilítico

(20)

En los casos de infarto por sífilis de los vasos cerebrales, debería administrarse un tratamiento antisifilítico.

### Tratamiento no quirúrgico de la hemorragia

Punción lumbar. La hemorragia intracerebral o subaracnoidea con frecuencia conduce a un aumento de la presión intracraneal, que puede disminuirse con la extracción de líquido cefalorraquídeo.

Agentes deshidratantes. El aumento de la presión intracraneal puede tratarse por la administración rectal de 200 g. de una solución al 25% de sulfato de magnesio, o bien manitol, glicerol o urea por vía intravenosa.

Hay que tener cuidado de no causar una deshidratación excesiva.

### Tratamiento quirúrgico.

La extirpación quirúrgica del hematoma debería plantearse en todos los pacientes que sobreviven a la hemorragia inicial y que presentan signos de una presión intracraneal que va en aumento (edema papilar o aumento de la presión del líquido cefalorraquídeo).

Los intentos por restablecer la circulación mediante la extirpación de un trombo en la arteria carótida o vertebral, o por la reconstrucción de arterias estenosadas o completamente ocluidas por placas arterioscleróticas, ha sido eficaz para prevenir la recidiva de los síntomas en pacientes con insuficiencia carotídea o vertebrovasilar.

### FASE 11: REHABILITACION.

El pronóstico en cuanto a la recuperación tiene importancia para establecer la oportunidad de intensos esfuerzos de rehabilitación. Por regla general, son útiles, sobre todo en pacientes jóvenes o de mediana

edad que presentan pocos o ningún signo de patología cardíaca o renal grave. El tratamiento dirigido hacia la restauración debería empezar tan pronto como el paciente se ha recuperado de la lesión inicial. El masaje y los movimientos pasivos de las extremidades afectadas son - útiles para preservar la circulación y nutrición y contribuyen a prevenir el desarrollo de anquilosis. Hay que fomentar los movimientos - voluntarios más fáciles y efectuar un ejercicio sistemático activo y pasivo de todas las articulaciones del brazo y piernas afectadas, durante 10 min. al día.

Tan pronto como el paciente ha recuperado suficiente fuerza y su estado general lo permite, debería aconsejarse que se sienta en una silla durante intervalos progresivamente crecientes. Al principio puede ayudarse al paciente a andar permitiendo que se apoye en otra persona. Tan pronto como sea posible, esta ayuda debería sustituirse con un andador, y dejar al paciente sólo cuando la fuerza de los músculos del tronco y de las piernas sea suficiente para sostenerlo. El ejercicio diario y el entrenamiento muscular tienen que prolongarse durante el tiempo necesario para asegurar una máxima recuperación de la función.

La presencia de un defecto sensorial o hemianopsia retrasa la rehabilitación del paciente hemipléjico, pero no la hace imposible. En general, cabe afirmar que los resultados del tratamiento físico del paciente con hemiplejía están en relación directa con la motivación y la diligencia del paciente y el terapeuta.

El tratamiento de los trastornos del lenguaje requiere paciencia por parte del terapeuta y esfuerzo persistente por parte del terapeuta y esfuerzo persistente por parte del enfermo. Se obtienen los mejores resultados cuando los ejercicios de reeducación son realizados por un especialista.

El abandono, o *deprivación social* se define como el acto de de desamparar a una o varias personas con respecto a las - cuales se tienen obligaciones materiales o morales.

Esto ocasiona una pérdida de las funciones básicas del - ciclo familiar, esto es transtornos en cuanto al afecto, cui- dado, socialización, reproducción y status, dándonos como re- sultado una alteración en la dinámica familiar, en la cual -- las personas afectadas, se encuentran incapaces de superar es- tas crisis.

A continuación describiremos algunos aspectos sobre diná- mica familiar, necesarios para comprender mejor los conceptos mencionados anteriormente.

El grupo familiar desarrolla necesidades y deseos, algunos de los cuales establecen como meta; en sus esfuerzos por alcanzar estas metas seleccionan ciertas técnicas. A diferencia del individuo como ente aislado el cual dentro de sus propias capacidades mentales y antecedentes elige sus metas y adopta sus medios por propia voluntad en el grupo familiar la elección de las metas o medios para llegar a ellas es producto de la interacción de muchas fuerzas que deben ser dirigidas de alguna manera por los integrantes de la familia que representa una acción y reacción directa constituye en sí la dinámica familiar.

La acción (dinámica) del grupo familiar está basada en el consenso general de la unión, logrado mediante la participación de todos sus integrantes de acuerdo con sus aptitudes diferenciales para contribuir. Se comprende por esto que las actividades de la familia son más aceptables y por ende más exitosas cuando se desarrollan por grupo como un todo y por lo tanto todos los integrantes son responsables de la calidad que se produce como respuesta de la interacción dinámica de sus fuerzas.

El estudio de la familia se ha enfocado desde diversos puntos de vista; siendo uno de los más importantes el social.

Definición de Familia: Existen varias definiciones de familia, siendo más difundidos los consensos canadiense y Norteamericano respectivamente.

Consenso Canadiense.

(24)

" Una familia está compuesta por un marido y una esposa, con o sin hijos, o un padre o madre con uno o más niños, que viven bajo el mismo techo."

Consenso Norteamericano.

" Una familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos de matrimonio o adopción."

En los siguientes cuadros se hace una descripción gráfica del significado de la palabra familia como institución.

---

 HIPOTESIS ETIMOLOGICAS DEL ORIGEN DE LA FAMILIA
 

---

Autor	Concepto etimológico
Taparelli	La palabra familia deriva del latín <i>fames</i> - que significa hambre, ya que una de las necesidades que resuelve esta asociación.
Marqués de Morante	La palabra familia deriva de <i>famulus</i> (siervo), a su vez del primitivo <i>famul</i> , originado de la voz osca <i>famel</i> que significa esclavo.
Mendizábal y Martín	El origen de la familia deriva de <i>fames</i> (hambre), por lo que tenemos en castellano; hambriento de hambre, hambriento.
Rodríguez de Cepeda	Conjunto de personas que viven bajo el mismo techo subordinados a un superior común, y unidos por vínculos que se derivan inmediatamente de la ley natural.
Trendelenburg	Existen en la familia tres sociedades unidas la conyugal, la filial y la heril.
Anónimo del siglo XIII	Gente que vive en una casa bajo la autoridad del señor de ella.
Fernández de Moratín	Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje.
Góngora	Cuerpo de una orden religión o parte considerable de ella.
Alarcón	Gente que el señor sustenta dentro de su casa.

---

EN BASE A SU DESARROLLO

---

MODERNA

TRADICIONAL

ARCAICA O PRIMITIVA

---

*Proporción aproximada en nuestro medio: Moderna 30%; Tradicional 60%; Arcaica o Primitiva 10%.*

CUADRO III

---

EN BASE A SU DEMOGRAFIA

---

URBANA

RURAL

---

*Proporción aproximada en nuestro medio: Urbana 40%; Rural 60%.*

CUADRO IV

---

EN BASE A SU INTEGRACION

---

INTEGRADA

SEMI-INTEGRADA

DESINTEGRADA

---

*Integrada: en la cual los cónyuges viven y cumplen sus funciones. Semi-integrada: En la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones. Desintegrada: En aquella en la que falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.*

CUADRO V

---

DESDE EL PUNTO DE VISTA TIPOLOGICO

---

CAMPESTINA

OBRAERA

PROFESIONAL

---

## CUADRO VI

---

 EN BASE A SU COMPOSICION O ESTRUCTURA
 

---

NUCLEAR

EXTENSA

EXTENSA COMPUESTA

---

*Nuclear: Padre e hijos. Extensa: Padres, hijos, abuelos, etc. Extensa Compuesta: Padres, hijos, abuelos, compadres, amigos etc.*

## CUADRO VII

---

 VARIACIONES DE LOS TIPOS DE FAMILIAS  
 EN LAS SOCIEDADES OCCIDENTALES
 

---

PAREJAS SIN HIJOS

PADRE O MADRE SOLTEROS\*

*Funciones de la familia.*

*Es de suma importancia determinar si la familia cumple con estas funciones, y sobre todo los mecanismos que utiliza para efectuarlos.*

## CUADRO VIII

---

 FUNCIONES ESENCIALES DE LA FAMILIA
 

---

I. SOCIALIZACION

II. CUIDADO

III. AFECTO

IV. REPRODUCCION

V. ESTATUS Y NIVEL SOCIOECONOMICO

---

\* Usualmente madres y en las que el matrimonio no es deseado o difcilel de -  
 realizar.

Los problemas de la familia cambian, y consecuentemente las prioridades en las funciones de la familia varían de acuerdo a las etapas por las que pase en su ciclo vital.

TABLA X

---

FASES EN EL CICLO DE VIDA DE UNA FAMILIA

---

FASE DE MATRIMONIO

FASE DE EXPANSION

FASE DE DISPERSION

FASE DE INDEPENDENCIA

FASE DE RETIRO Y MUERTE \*

---

FASE DE RETIRO Y MUERTE:

El entusiasmo que caracterizaba el inicio del ciclo vital familiar, contrasta con la incertidumbre que se advierte al iniciar la fase final del ciclo. Los elementos que agravan la estabilidad familiar en esta etapa son las siguientes:

- Incapacidad para laborar (sin desempleo)
- Desempleo
- Agotamiento de los recursos económicos
- Las familias de los hijos casados, en fase de expansión, sin posibilidad de proporcionar recursos a los padres.

MANEJO DEL PACIENTE SENIL POR EL MEDICO FAMILIAR

En el transcurso del tiempo los tejidos degeneran, su función decrece o desaparece, como seres humanos individuales y sociales, nos movemos

por necesidades y nos relacionamos con los demás por intereses y afectos, así cumplimos un destino que en la primera mitad de la vida está lleno de alegría y esperanza, somos protegidos por otros, en la segunda mitad la angustia crece por la responsabilidad de protegernos y proteger a otros, pero esto constituye al mismo tiempo el sentido de nuestra existencia. En esta etapa se deja en la mayoría de los casos de ser productivo en lo económico, se convierte el individuo otra vez en protegido tenga o no tenga de quien depender, se pierde la amistad de algunos compañeros de trabajo, los amigos desaparecen o emigran. La familia se desintegra y se modifica con nuevos miembros, con costumbres o ideologías diferentes, las modas -- cambiantes forman a su alrededor una red de aislamiento que alienta el -- sentimiento de rechazo por el mundo que antes lo acogió.

En la edad avanzada son frecuentes los cambios psicológicos que se establecen secundariamente a una lentificación de las actividades biológicas, disminución de las posibilidades de adaptación, la potencialidad intelectual más limitada y menos dócil. El aumento en la mortalidad del anciano, puede deberse a enfermedades cardiovasculares y renales, igualmente en el área ortopédica es frecuente observar patología metabólica, --- traumática y degenerativa.

No es raro que el médico familiar al investigar la conducta de la enfermedad en el paciente senil, descubra que independientemente de la patología orgánica sistematizada, sea víctima de respuestas de adaptación al sujeto, y que provoque en su estado de salud ya precario, una sintomatología sicogénica que aumenta y complica la diversificación de su patología.

*En 1978 inicia el programa de hospitalización domiciliaria en la HGZII #1 de esta ciudad ( Mexicali, Baja Cfa.)*

*Este programa consiste basicamente, en brindar atención médica y asistencial a pacientes con enfermedades incapacitantes y alto índice de complicaciones, principalmente padecimientos crónico - degenerativos, oncológicos, y neurovasculares.*

*Los objetivos de Este programa eran entre otros el disminuir las complicaciones de estos pacientes, mediante atención médica extrahospitalaria, debido al deficiente cuidado de sus familiares ( por ignorancia, o indiferencia ante el paciente). Reducir las internaciones - de estos pacientes ocasionadas por estas complicaciones traduciendo en varios días - cama, y altos costos para la institución.*

*En un principio la realización de estas actividades estuvo a cargo de un médico residente de M.F. y dos enfermeras observándose aunque en forma empírica resultados satisfactorios.*

*Desgraciadamente no se ha dado la importancia que en realidad -- tiene este programa, ya que actualmente es llevado a cabo solamente - por el personal de enfermería, se desconoce cual es la causa de que - se retirara al Médico Residente del mismo.*

*Existen muchos problemas para la realización adecuada del programa de hospitalización domiciliaria entre los que se mencionan, destacan: La mala organización del mismo, dificultades para el transporte del personal, poco personal, falta de material técnico adecuado (sondas, soluciones, etc.) exceso de volumen de pacientes.*

*Todo esto ha contribuido para que un programa tan noble como este, no obtenga los resultados que se esperaban. Ya que si observamos*

en alguna ocasión el servicio de Medicina Interna nos daremos cuenta - que, la mayoría de los pacientes que se encuentran internados presentan padecimientos crónicos, y que el motivo del ingreso son las complicaciones; las cuales pudieron haberse disminuido o evitado mediante -- una buena atención domiciliaria por un grupo multidisciplinario.

\* Los datos que se mencionan fueron recabados por el personal de enfermería que actualmente está a cargo del programa de atención domiciliaria, no se encontró ningún material impreso.

Durante cuatro meses de adiestramiento por el Servicio de Medicina Interna de la HGZII #1, me llamó la atención la alta incidencia de internaciones de pacientes con EVC. La inquietud que hizo surgir este estudio fue la siguiente:

Los pacientes de reingreso en su mayoría eran hospitalizados por presentar enfermedades sin relación íntima a su padecimiento inicial, entre estos predominaban la desnutrición, anémia, neumonías hipostáticas, infecciones diversas, anquilosis de miembros, deshidratación, siendo en menor porcentaje los pacientes hospitalizados por problemas de correlación directa.

Además observamos pésimas condiciones de higiene, y abandono por parte de los familiares ya que aparentemente estos pacientes eran una carga para ellos puesto que muy pocas veces - acudían a visitarlos y en ocasiones al darse de alta no se encontraba a ningún pariente que los llevara a su domicilio.

- 1.- *Identificar factores que contribuyen a la pérdida de las funciones básicas en el ciclo familiar originando trastornos biosicosociales.*
  
- 2.- *Analizar las causas que predisponen a la presencia de padecimientos concomitantes en pacientes con E.V.C.*
  
- 3.- *Concientizar al Médico Familiar sobre la efectividad del programa de atención domiciliaria.*

- 1.- Los Pacientes con enfermedades vasculares cerebrales carecen de atención médica y familiar necesaria para evitar la presencia de complicaciones.
- 2.- Al mejorar los programas de Hospitalización Domiciliaria, reducimos la frecuencia de complicaciones.
- 3.- Al hacer partícipes a los enfermos y familiares acerca de la trascendencia biosicosocial del problema se logrará una integración a la sociedad en la que se desenvuelven.
- 4.- El Status Social, económico y cultural bajo, contribuyen a la presencia de enfermedades agregadas en los pacientes con Enfermedad Vascolar Cerebral.

*De acuerdo a las características de este estudio se tomó como Universo de Trabajo a los pacientes con Enfermedad Vasculat Cerebral en diferentes estadios, adscritos al H.G.Z. 11 #1, en los servicios de Consulta Externa de Neurología y Hospitalización en el servicio de Medicina Interna. En un lapso de 4 meses de un total de 42 pacientes captados en los servicios mencionados, se logró estudiar 38 de éstos ( 90.47 %).*

*El resto no fue posible localizarlos. Algunos de ellos por desconocerse su lugar de residencia y no fueron captados oportunamente.*

## Material.

### 1- Recursos Humanos

- Pacientes con EVC
- Familiares de los pacientes
- Personal del programa de hospitalización domiciliaria.

### 2- Recursos materiales

- Expediente clínico
- Cédulas de encuesta
- Material de trabajo universal.

## Métodos.

Se seleccionaron pacientes con EVC en diferentes estadios independientemente de su edad y sexo, lográndose un total de 38 casos de 42, durante un lapso de 4 meses, del 1o. de julio al 30 de Octubre de 1983.

Para acopio de información se elaboró un instrumento de trabajo, el cual consistió en un cuestionario formado por 25 reactivos, de opción múltiple.

Este cuestionario fue aplicado personalmente a los familiares de los pacientes con EVC localizados en su domicilio, y en algunos captados en el servicio de Medicina Interna (Piso).

Se prefirió aplicar el cuestionario a los acompañantes de los pacientes (de preferencia familiares) debido a que estos pacientes en la mayoría de los casos no estaban en condiciones físicas o mentales ade--

cuadas para contestar nuestro cuestionario.

(37)

Se hizo análisis de los resultados, primeramente por cada reactivo y posteriormente en forma general en relación con las hipótesis planteadas.

A continuación se muestra el instrumento de trabajo tal y como se --  
aplicó:

- 1.- Edad
- 2.- Sexo
- 3.- Estado Civil
  - a) Soltero
  - b) Casado Civil
  - c) Casado Iglesia
  - d) Viudo
  - e) Unión Libre-
- 4.- Escolaridad
  - a) Analfabeta
  - b) Primaria Incompleta
  - c) Primaria Completa
  - d) Secundaria incompleta
  - e) Preparatoria
  - f) Preparatoria
  - g) Profesional
  - h) Otros.
- 5.- Ocupación
  - a) Campesino
  - b) Obrero
  - c) Agricultor
  - d) Empleado
  - e) Otros

6.- Número de miembros de la Familia

(39)

- a) 1 - 2
- b) 3 - 5
- c) 6 - 7
- d) Más de 8

7.- Ingreso Familiar Mensual

- a) 5 - 10,000 pesos
- b) 10 - 15,000 pesos
- c) 15 - 20,000 pesos
- d) 20 - 25,000 pesos
- e) 25 - 30,000 pesos
- f) 30,000 o más.

8.- Ingreso Familiar Percápita

- a) menor de 5,000 pesos
- b) de 5 a 10,000 pesos
- c) de 10 a 15,000 pesos
- d) más de 15,000 pesos

9.- Desde cuando se le diagnosticó EVC

- a) de 1 - 3 meses
- b) de 3 - 6 meses
- c) de 6 - 12 meses
- d) más de 1 año.

10- Sabe Usted que es un EVC

- a) Sí
- b) No

11.- Antecedentes de Enfermedades Previas (40)

- a) Diabetes Mellitus
- b) Hipertensión Arterial
- c) Arteriosclerosis
- d) Cardiopatías

12.- Factores ambientales de riesgo

- a) Alcoholismo
- b) Tabaquismo
- c) Vida sedentaria
- d) Obesidad

13.- Que actitud observa en su familia desde que el paciente tiene EVC?

- a) Indiferente
- b) Agresivos
- c) Deprimidos
- d) Tolerantes
- e) Optimistas

14.- Nota Usted disminución del rendimiento del ingreso a partir de la enfermedad del paciente?

- a) Sí
- b) No

15.- Fase del Ciclo familiar en que se encuentran

- a) Matrimonio
- b) Expansión
- c) Dispersión

d) *Independencia* (41)

e) *Retiro y muerte*

16.- *Cuántas veces a sido internado el paciente a partir de su enfermedad?*

a) *1 a 2*

b) *3 a 4*

c) *5 a 6*

d) *Más de 6*

17.- *Cuales fueron los motivos ?*

a) *Neumonías*

b) *Escaras*

c) *Deshidratación*

d) *Desnutrición*

e) *Oclusión de sonda urinaria*

f) *Nuevo EVC*

18.- *Durante las internaciones del paciente con que frecuencia lo visitaba alguno de sus familiares.*

a) *Diario*

b) *Cada tercer día*

c) *Cada semana*

e) *Nunca*

19.- *Visitan actualmente los familiares o vecinos al paciente?*

a) *SI*

b) *No*

- 20.- Con que frecuencia es llevado el paciente a reuniones sociales, paseos o fiestas?
- a) Cada semana
  - b) Cada mes
  - c) Cada tres meses
  - d) Nunca
- 21.- Sabe Usted en que consiste el programa de Hospitalización domiciliaria?
- a) Sí
  - b) No
- 22.- Cuantas visitas domiciliarias ha recibido el paciente por parte del personal de enfermería?
- a) 1 - 2
  - b) 3 - 4
  - c) 5 - 6
  - d) Más de 6
- 23.- Cuantas visitas domiciliarias ha recibido el paciente por parte del Médico Familiar?
- a) 1 - 2
  - b) 3 - 4
  - c) 5 - 6
  - d) Más de 6
- 24.- Que tipo de información ha recibido el paciente de parte de este personal?
- a) Medidas Higienico-Dietéticas
  - b) Como movilizar al paciente

c) Forma de administrar medicamentos

d) Información sobre su padecimiento

25.- Relaciones Interfamiliares

a) Entre Padres e Hijos:

a) Buenas

b) Malas

c) Regulares

b) Entre Hijos y Padres:

a) Buenas

b) Malas

c) Regulares

## PRESENTACION DE RESULTADOS

(44)

## 3- ESTADO CIVIL

Soltero	0	0.00%
Casado Civil	17	44.73
Casado Iglesia	14	36.84
Divorciado	1	2.63
Viudo	8	21.05
Unión Libre	3	7.89
Total	-	-

En cuanto al Estado civil encontramos que la mayor parte de nuestros pacientes eran casados por la iglesia y por lo civil. (81.57%)

## 4- ESCOLARIDAD

	No.	Porcentaje
Analfabeta	6	15.00%
Primaria Incompleta	24	63.15
Primaria Completa	5	13.15
Secundaria Incompleta	2	5.20
Secundaria Completa	1	2.60
Preparatoria	0	0
Profesional	0	0
Otros	0	0
Total	38	100.00%

Observamos un bajo índice de escolaridad en estos pacientes, el 63.15 % solo con primaria incompleta y el 15.00% analfabetas.

## 5- OCUPACION

(45)

Campeño	2	5.26%
Obrero	4	10.52
Agricultor	4	10.52
Empleado	8	21.04
Otros (Hogar, comerciante)	20	52.63
Total	38	100.00 %

En cuanto a la Ocupación encontramos que el mayor porcentaje se encuentra en el último grupo, esto debido a que aquí se encuentran la mayoría de las mujeres, las cuales casi exclusivamente se dedican al hogar. (52.63%)

## 6 NUMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA

1 a 2	10	26.31%
3 a 5	15	39.47
6 a 7	8	21.05
Más de 8	5	13.15
Total	38	100.00%

Encontramos que la mayoría de estas familias son numerosas, ya que el 60.52%, son familias que constan de 3 a 8 miembros.

## 7- INGRESO FAMILIAR MENSUAL

(46)

5 - 9,000 pesos	10	26.31%
10 - 15,000 pesos	12	31.57
15 - 20,000 pesos	8	21.05
20 - 25,000 pesos	5	13.15
25 - 30,000 pesos	2	5.26
30,000 o más	1	2.63
Total	38	100.00%

El 78.93% de estas familias perciben un ingreso mensual correspondiente aproximadamente al salario mínimo o menor a -- Este. Los pacientes con EVC en su mayoría son pensionados, -- por lo que la cantidad de dinero que aportan es mínima.

## B- INGRESO FAMILIAR PERCAPITA MENSUAL

Menor de 5,000	29	76.31%
de 5 a 10,000 pesos	6	15.78
de 10 a 15,000 pesos	2	5.26
Más de 15,000 pesos	1	2.63
Total	38	100.00%

El cuadro anterior se relaciona con el ingreso familiar mensual. Observamos que los ingresos económicos son muy bajos que difícilmente pueden satisfacer necesidades básicas de alimentos, vestido, recreaciones, etc.

## 9.- DESDE CUANDO SE LE DIAGNOSTICO EVC

(47)

1 a 3 meses	10	26.31%
4 a 6 meses	6	15.78
7 a 12 meses	5	13.15
Más de 1 año	17	44.76
Total	38	100.00%

La mayoría de los pacientes con EVC tienen más de una año de evolución 44.76%.

## 10.- SABE USTED QUE ES UN E.V.C. ?

Sí	12	31.58%
No	26	68.42
Total	38	100.00%

El 68.42% de los familiares desconocen sobre el padecimiento del -  
pariente, el 31.58% conoce en forma superficial acerca del mismo.

## 11- ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES PREVIAS

(48)

Diabetes Mellitus	18	47.36%
Hipertensión Arterial	20	52.63
Arterioesclerosis	15	39.47
Cardiopatías	2	5.26
Total	55	100.00%

Como podemos observar el mayor porcentaje de enfermedades concomitantes de pacientes con EVC lo ocupan principalmente la Hipertensión arterial 52.63% seguidas de Diabetes Mellitus 47.36%. Varios pacientes con asociación entre estos padecimientos están incluidos, pero no se especificó la frecuencia.

## 12- FACTORES AMBIENTALES DE RIESGO

Alcoholismo	6	15.78%
Tabaquismo	13	34.21
Vida sedentaria	13	34.21
Obesidad	12	31.57
Total	44	100.00%

Los pacientes con EVC estudiados, presentaron como factores de riesgo más importantes los arriba citados, entre los que destacan el Tabaquismo en un 34.21%, siguiendo la obesidad como otro factor importante en un 31.57%.

13- ACTITUD QUE SE OBSERVA EN LA FAMILIA DESDE (49)  
 QUE EL PACIENTE TIENE E. V. C.

Indiferente	10	26.31%
Agresivos	1	2.63
Deprimidos	7	18.42
Tolerantes	16	42.10
Optimistas	4	10.52
Total	38	100.00 %

Observamos que el 68.41% toman actitud tolerante o actitud indiferente, solo un 10.52% se muestran optimistas en cuanto a la recuperación del paciente.

En otras palabras en la mayoría de las familias simplemente lo aguanta o lo ignoran.

14- NOTA USTED DISMINUCION DEL RENDIMIENTO DEL INGRESO MENSUAL DE LA FAMILIA, A PARTIR DE LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE

Si	14	36.85%
No	24	63.15
Total	38	100.00%

Notamos que el 36.85% tubo reducción en cuanto a la distribución del ingreso mensual.

## 15.- FASE ACTUAL DEL CICLO FAMILIAR

(50)

Matrimonio	0	0%
Expansión	0	0
Dispersión	5	15.78%
Independencia	10	26.31%
Retiro y Muerte	23	60.52%
Total	38	100.00%

La mayoría de los pacientes por ser de edad avanzada, han cumplido con la mayoría de su ciclo familiar encontrándose en fase de retiro y muerte. (60.52%)

## 16.- CUANTAS VECES HA SIDO INTERNADO EL PACIENTE A PARTIR DE SU ENFERMEDAD?

a) 1 ocasión	8	21.05%
b) 2 ocasiones	5	13.15%
c) 3 ocasiones	4	10.52%
d) 4 ocasiones	2	5.26%
e) 5 ocasiones	1	2.63%
f) Más de 5 ocasiones	3	7.89%
Total	23	60.52%

## 17.- CUALES FUERON LOS MOTIVOS?

Neumonías	7	30.43%
Escaras	6	26.08%
Deshidratación	5	21.73%
Desnutrición	5	21.73%
Infecciones Urinarias	6	26.08%
Nuevos EVC	3	13.04%

De los cuadros anteriores podemos deducir lo siguiente; de los 38 pacientes estudiados el 60.52% fueron internados posteriormente a su primer ingreso, de estos el 39.45% fueron internados en más de una ocasión.

Ahora entre los motivos de su ingreso solamente el 13.04% presentaba nuevo cuadro de EVC; mientras el --- 86.96% fué internado por alguna compli  
cación secundaria en donde destaca ---  
principalmente la Neumonía.

18 - DURANTE LAS INTERNACIONES DEL PACIENTE CON QUE  
 FRECUENCIA ERA VISITADO POR ALGUN FAMILIAR?

(52)

<i>Diario</i>	35	92.10%
<i>Cada tercer día</i>	2	5.26
<i>Cada semana</i>	1	2.26
<i>Nunca</i>	0	0
<i>Total</i>	38	100.00%

*Este dato no concuerda con nuestras observaciones ya que se refiere un 92.10% como visita diaria por sus familiares a los pacientes con EVC cuando estos pacientes en su mayoría generalmente se encuentran solos, a pesar de tener los familiares pase permanente.*

19- VISITAN ACTUALMENTE AL PACIENTE LOS  
 FAMILIARES O VECINOS?

<i>Si</i>	25	75.78%
<i>No</i>	13	24.22
<i>Total</i>	38	100.00%

*Los pacientes con EVC son visitados con cierta frecuencia por sus familiares o vecinos 75.78%*

## 20.- CON QUE FRECUENCIA ES LLEVADO EL PACIENTE

(53)

## A REUNIONES SOCIALES O FIESTAS?

a) Cada semana	0	-
b) Cada mes	2	5.27%
c) Cada tres meses	5	13.16%
d) Nunca	31	81.57%
Total	38	100.00%

El 81.57% de los pacientes con EVC son privados de recreo fuera del núcleo familiar, en parte por la dificultad para movilizarlos debido a su invalidez.

## 21.- SABE USTED EN QUE CONSISTE EL PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA?

Si	0	-
No	38	100.00%
Total	38	100.00%

El total de los entrevistado desconoce totalmente acerca del programa de Hospitalización Domiciliaria.

## 22.- CUANTAS VISITAS HA RECIBIDO EL PACIENTE POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA?

a) 1 - 2	3	7.89%
b) 3 - 4	-	-
c) 5 - 6	-	-
d) Más de 6	6	15.78%

23.- CUANTAS VISITAS HA RECIBIDO EL PACIENTE DE PARTE (54)  
DEL MEDICO FAMILIAR?

a) 1 a 2	18	47.36%
b) 3 a 4	3	7.89%
c) 5 a 6	0	0
d) Más de 6	0	0

Como podemos observar en el cuadro No. 22, solamente 9 de 38 pacientes (23.68%) han sido visitados en alguna ocasión por el personal de enfermería (Grupo de Hospitalización Domiciliaria), sin embargo el 55.25% de éstos pacientes ha recibido cuando menos una visita por su médico familiar.

24.- QUE TIPO DE INFORMACION HA RECIBIDO POR PARTE DE ESTE PERSONAL?

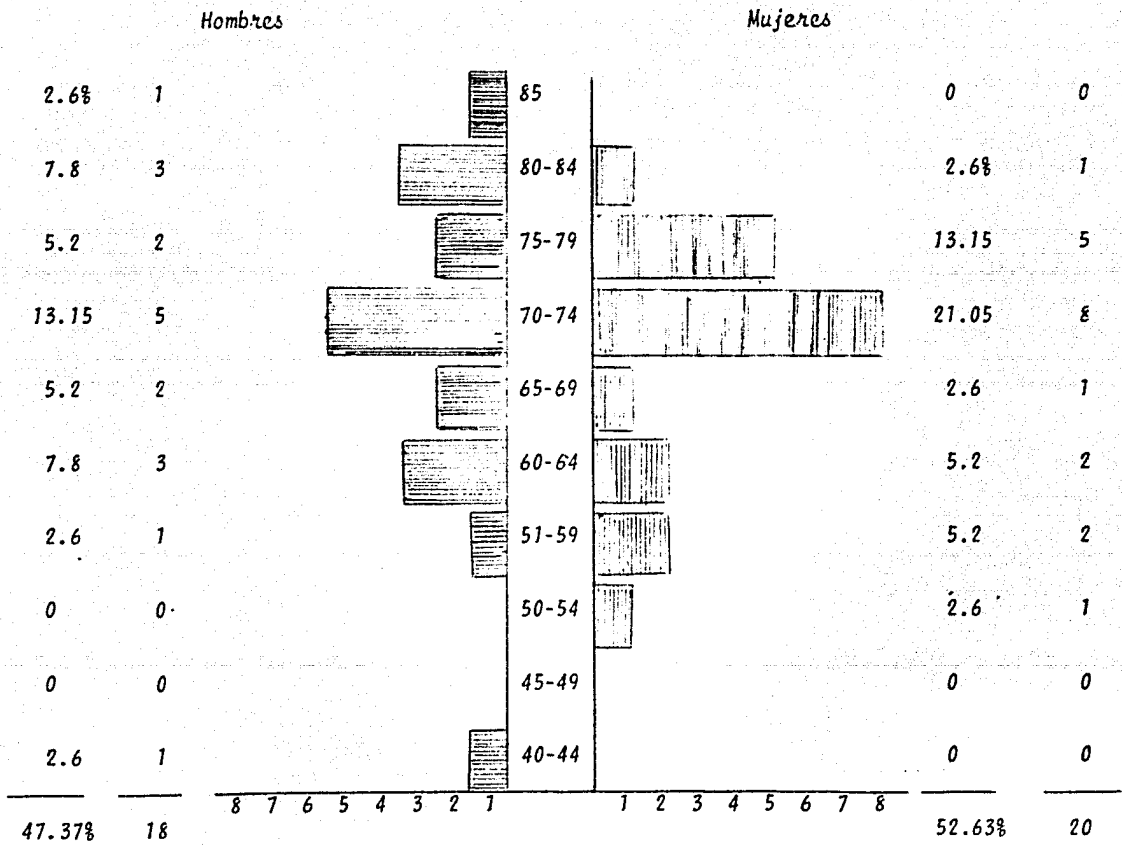
a) Medidas Higiénico - dietéticas	18	47.36%
b) Como movilizar al paciente	6	15.78%
c) Forma de administrar medicamentos	9	23.68%
e) Información sobre su padecimiento	5	13.18%
Total	38	100.00%

25.- RELACIONES INTERFAMILIARES

	Buenas	Regulares	Malas
Entre Padres e Hijos	28	8	2
Entre Hijos y Padres	28	8	2

Esta información fue dada por los familiares de los pacientes Gran mayoría no mencionó que habían buenas relaciones interfamiliares, aunque de acuerdo a las condiciones en que se encuentran algunos de los pacientes, no se puede considerar muy válida esta información.

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO



De acuerdo con la Pirámide de Población no encontramos importancia significativa en cuanto al sexo; ya que el 47.37% corresponden al sexo masculino y el 52.63% al sexo femenino.

En cuanto a la edad los Índices más altos se encuentran a partir de los 55-59 años con una alta incidencia de los 70-74 según muestra gráfica.

Antes que nada quiero hacer notar que debido a mi *inexperiencia* en este tipo de actividad se nos *dificultó el análisis y manejo adecuado* - de las hipótesis planteadas.

En primer lugar el Universo de Trabajo es reducido, por lo que la *significancia estadística es relativa* ( 38 pacientes ), sin embargo -- creo que este estudio puede motivar a alguna persona con *interés*, para continuar con esta investigación, aumentando el universo de pacientes - dando así mayor importancia estadística.

No obstante aprovechamos los resultados de nuestra investigación - para analizar las hipótesis de la siguiente forma:

Hipótesis No. 1

"Los pacientes con EVC carecen de atención médica y familiar para evitar la presencia de complicaciones".

De acuerdo a los resultados obtenidos en los cuadros 13 - 22 - 23- 24, observamos varios aspectos:

El 42% de los familiares de los pacientes con EVC adoptan una *actitud tolerante*, es decir lo aceptan pero no le dan la importancia que *requiere* el paciente desde el punto de vista asistencial o Psicológico. - Otro gran porcentaje 26.31%, simplemente le es indiferente, es decir lo ignoran.

Podemos observar que el médico familiar los ha visitado en su *domicilio* cuando menos en una ocasión (47.36%), por lo que existe cierto *interés* en sus pacientes, desgraciadamente insuficiente. Tan solo 9 de *estos* pacientes han sido visitados en una o más ocasiones por el *personal de enfermería* quién se encarga actualmente del programa de *Hospitalización domiciliaria*.

En cuanto a la información que han recibido los familiares de los pacientes, esta ha sido escasa y básicamente sobre medidas Higienico-Dietéticas, aunque los entrevistados nos refirieron que Esta información fue insuficiente y poco clara para ellos.

### Hipótesis No. 2

" Al mejorar los programas de Hospitalización domiciliaria reduciremos la frecuencia de complicaciones."

En el cuadro No. 21 observamos que el total de los familiares no sabe lo que es el programa de hospitalización domiciliaria, y mucho menos que tiene derecho a éste, lo que probablemente explique en parte la escasa participación de los encargados de este programa a algunos pacientes.

En el cuadro No. 16 observamos que 23 de los 38 pacientes (60.52%) ha sido internado posterior a su primer ingreso en el hospital, y 15 (39.45%) tienen más de una internación, independientemente de su evolución la cual analizaremos más adelante.

Solamente un 13.04% ha vuelto a internarse por recurrencia de EVC mientras el restante ha sido por causas secundarias, entre los que figuran: Neumonías, infecciones urinarias, escaras, desnutrición y deshidratación respectivamente, complicaciones que pueden ser evitadas o reducidas con un buen manejo extrahospitalario.

En relación al medio del padecimiento y la aparición de complicaciones, es muy variable y dependerá de varios factores; la edad, grado de alteración neurológica y manejo que se brinde al paciente.

En el cuadro No. 9, observamos que el 44.76% de los pacientes tienen más de un año de evolución con su padecimiento.

De lo anterior podemos concluir lo siguiente: Se pueden evitar complicaciones en pacientes con EVC, si llevan un buen manejo extrahospitalario

Hipótesis No. 3

" Al hacer partícipes a los enfermos y familiares de estos acerca de la trascendencia Biopsico-social del problema se logrará una mejor integración al núcleo familiar y a la sociedad en la que se desenvuelven."

Los pacientes con EVC en su mayoría cursan con algún grado de invalidez, no obstante aun muchos de ellos conservan sus funciones mentales básicas. También necesitan de un poco de diversión, de compañía, de afecto, protección.

Son personas dependientes casi en un 100% tanto moral, física y económicamente de las personas con las que conviven. Probablemente estas personas en muchas ocasiones no toman en cuenta esto, y piensan -- que con alimentarlo más o menos bien, y brindarle algunos cuidados, es suficiente (debido tal vez a ignorancia).

Pudimos observar que el mayor porcentaje de pacientes con EVC se encuentran en fase de retiro y muerte, es decir que ya cumplieron con la mayoría de las fases del ciclo familiar, (debido a su edad ya mayor) 60.52%.

Un dato que nos llama la atención es el hecho de que el 81.57% de estos pacientes jamás es llevado a algún tipo de reunión social o paseo, por lo que la función de socialización está completamente detenida.

Muchos datos no concuerdan con nuestras observaciones, como el hecho de referir por parte de los familiares el interés de ir a visitarlos durante sus internaciones, ya que se menciona que el 92.10% de estos pacientes supuestamente contaban con un familiar a un lado de su cama todos los días. Sin embargo lo clásico era internarlo durante el --

fin de semana, para disfrutar de unos días de tranquilidad en el hogar y en ocasiones no se encontraba a alguien que lo llevara a su casa, a su egreso.

Se refieren buenas relaciones interfamiliares en el núcleo familiar, algo que ponemos en duda de acuerdo a lo mencionado anteriormente.

La conclusión a la que llegamos con estos resultados fue: La integración familiar está alterada en primer lugar porque se encuentran en crisis (Enfermedad) Esta crisis causa mayores trastornos económicos en el núcleo familiar debido al mantenimiento de un enfermo inválido y económicamente improductivo, el cual es considerado como una "carga", en dicho núcleo familiar.

Estos pacientes carecen de las funciones básicas, pero principalmente de socialización, y tanto estos como las personas con las que conviven requieren de apoyo moral y asistencial por parte de un grupo multidisciplinario, que además pueda brindar algún tipo de terapia familiar, para lograr una mejor adaptación tanto dentro como fuera del núcleo familiar.

#### Hipótesis No. 4

" El Status social, económico y cultural bajo, contribuyen a la presencia de enfermedades agregadas en los pacientes con EVC."

La mayoría de estos pacientes son pensionados, por lo que aportan pocos ingresos económicos a las familias.

En los cuadros 7 y 8 nos damos cuenta que la mayoría de estas familias percibe el salario mínimo o menor. (78.93%), lo cual es insuficiente para cubrir sus necesidades básicas. En cuanto a la ocupación, esta es variable, aunque muchos de los pacientes no trabaja actualmente.

La escolaridad como podemos observar en el cuadro No. 4 es deficiente ya el 63.15% solo cursó la primaria incompleta, con un 15% de analfabetismo.

Debemos agregar a lo anterior que la mayoría de estas familias <sup>(60)</sup> son numerosas, ya que encontramos que el 60.52% constan de 3 a 8 miembros - lo cual altera aún más la situación económica de la familia.

De acuerdo a estos resultados podemos concluir que la mayoría de - estos tienen un nivel socio - económico y cultural bajo, que si pudiera contribuir a la aparición de complicaciones.

- 1.- *Mejorar el Programa de Hospitalización Domiciliaria, proporcionando suficientes recursos materiales y humanos, para lograr una mayor cobertura de pacientes con padecimientos invalidantes.*
- 2.- *Elevar el nivel de preparación y adiestramiento del personal encargado de este programa.*
- 3.- *Buscar una mejor integración del núcleo familiar mediante terapia familiar.*
- 4.- *Elevar la capacidad Cultural, desde el punto de vista médico a los familiares de los pacientes con EVC, mediante pláticas organizadas dentro de la unidad. - (brindar información).*
- 5.- *Hacer promoción del Programa de Hospitalización Domiciliaria, par un mejor acceso al mismo por las personas que pueden necesitarlo.*

1.- Arung C. D.

" *Diferencial Diagnosis o Cerebrovascular Strokes* "

*Arch Medicina Interna* 1974 PP 195.

2.- H.P. Adams Sr. and N.F. Kassell, J.C. Torner C.T." and clinical correlations in recent aneurismal subarachnoid in hemorrhage"  
*Neurology* Agosto 1983 . No. 8 Vol. 33  
PP 981 - 988

3.- J.F. Bruits

*Ophthalmodynamometry, carotid compression test and Other Diagnosis Procedures.*

*Res. Pub. Ass. Nerv. Ment. Dis.* 1971.

PP 41,267.

4.- Wells, C.E.

"*Premonitory Symptoms of Cerebral Embolism*"

*Arch Neurol* No. 5 1961, PP 44.

5.- Tow D.E. Cols.

*Brain Scanning in Cerebral Vascular Disease*"

*J.A.M.A.* 1972. No. 207 PP 105

6.- Friedman G.D.

(63)

"Transient Ischemic Attacks in a Community"

J.A.M.A. No. 270 PP 1428.

7.- Baker, R.H.

"An Evaluation of Anticoagulant Therapy in  
The Treatment of Cerebrovascular Disease"

Neurology No. 11 1961 PP 132.

8.- Shenkin, H.A. and Bouzarth W.F. "Clinical -

Methods of reducing Intracranial Pressure"

New England J. Med. 1970 No. 282.

PP 1465.

9.- Kaplan, H.A. and Ford, D.H.

"The Brain Vascular System"

Tratado de Neurología.

Editorial Salvat 1977 PP 125-127.

10.- Richard L. Koller

"Recurrent Embolic Cerebral Infarction and  
Anticoagulation"

Neurology Marzo 1982. Vol. 32 No. 3 PP 283,

285.

11.- Marcus A. Krupp - Milton J. Chatton

"Diagnostico clínico y tratamiento"

"Enfermedades Vasculares del Sistema Nervioso  
Central"

PP 625 - 637

Editorial El Manual Moderno 11va. Ed. 1976

## 12.- Harrison y Colls

*Medicina Interna**" Enfermedades Cerebrovasculares"**Editorial la Prensa Médica Mexicana**4ta. edición. 1974 PP 1928 - 1969.*

## 13.- Carlos Wall Montejano y Colls.

*" Fundamentos de Medicina Familiar"**" La Familia"**Editorial M.F.M. (Medicina Familiar Mexicana)**1ra. edición. 1982. PP 13 - 11*

## 14.- Dr. Arnulfo Irigoyen Coria y Colls.

*Fundamentos de Medicina Familiar**" Ciclo Vital de la Familia"**Editorial Medicina Familiar Mexicana**1ra. Edición 1982. PP 15 - 18*

## 15.- Dr. Adan Buendla López y Colls.

*Fundamentos de Medicina Familiar**" Dinámica Familiar"**Editorial Medicina Familiar Mexicana**1ra. Edición 1982 PP 21 - 26*

## 16.- Dr. Enrique Escotto González y Colls.

*Fundamentos de Medicina Familiar**"Desintegración Familiar"**Editorial Medicina Familiar Mexicana**1ra. Ed. 1982 PP 21 - 26*

17.- Paz Ramón

(65)

*Sociología*

" *La Familia*"

U.A.B.C. 1983. 1ra. Edición. PP 71 - 103

18.- Satir Virginia

" *Psicoterapia Familiar Conjunta*"

*Editorial La Prensa Mexicana*"

1ra. Edición 1980 PP 1 - 201

19.- Leñero Luis

" *La Familia*"

1ra. Edición. 1976

*Editorial EDICOL, S.A.* PP 15 - 107