

ESTUDIO COMPARATIVO DE FAMILIAS CON ENFERMEDAD REUMÁTICA O CON COREA DE SYDENHAM CON UN GRUPO DE FAMILIAS DE CONTROL.

Dra. X. Berríos, Dra. I. Fuhrmann, Psic. S. Quiroga, Psic. I. Salas
Publicado en Rev. Chil. Ped. Vol 60: N1 - 1993

INTRODUCCION.

La compleja interrelación de los fenómenos biológicos, psíquicos y contextuales constituye una invitación para explorar la interacción multidireccional de los innumerables factores causales que participan en la génesis, mantención y curación de una enfermedad. El corea de Sydenham no hace la excepción, encontrándose nexos de gran complejidad que enlazan los diferentes fenómenos causales entre sí.

Los estudios epidemiológicos prospectivos de larga data realizados por uno de los autores del presente trabajo, (1,2,3,4) en pacientes con Corea de Sydenham sugieren la existencia de factores causales adicionales a la infección estreptocócica, concordando con otros autores como Taranta (18,19). En los trabajos mencionados se demostró que la recurrencia de los episodios coréicos era independiente de reinfección estreptocócica. (1,2,3,4,5). Los mismos autores relatan su observación clínica de la atmósfera que rodea a los pacientes con corea, "en que se confabulan adversamente un conjunto de factores de la esfera psíquica (inestabilidad emocional), de situaciones anormales en la esfera familiar y también en la esfera socioeconómica y cultural." Otros autores han descrito que los pacientes después del episodio agudo presentan mayor frecuencia de trastornos emocionales, menor rendimiento intelectual, trastornos del aprendizaje, mal ajuste social e incluso se ha observado una mayor incidencia de esquizofrenia.

La confluencia sinérgica de múltiples factores es sugerida también con la demostración del mayor número de cultivos faríngeos positivos para estreptococo beta-hemolítico grupo A, en situaciones de stress emocional. Por otra parte se ha encontrado una estrecha interacción entre enfermedad y sistema familiar, expresada en los cambios que experimenta la estructura familiar durante una enfermedad y los cambios que experimenta esta al modificarse las características estructurales. Así S. Minuchin (14,15,16,17) describe, por ejemplo, la influencia recíproca entre la interacción familiar y la diabetes infantil. El mismo autor describe (16) algunas características frecuentes de observar en las familias de pacientes psicósomáticos. El destaca una elevada preocupación de cada miembro familiar por el otro y una gran involucración mutua. Esta configuración se acompaña con una limitación del desarrollo personal y un deterioro en el funcionamiento de los subsistemas familiares. (conyugal, fraterno, parento-filial)

Las familias en que hay enfermedad psicósomática, suelen privilegiar la armonía global, aún cuando esto implique postergar las necesidades personales. Pareciera que estas familias estuvieran dispuestas a mantener su sistema aún cuando esto signifique renunciar a la satisfacción de las necesidades de sus miembros. Salvador Minuchin describe que en estas familias es frecuente de observar que los subsistemas (14,15) se encuentran escasamente delimitados, característica asociada a una alta permeabilidad de sus fronteras. La elevada involucración mutua facilita la protección pero limita el desarrollo de las potencialidades individuales y se perturba el cumplimiento de las tareas evolutivas propias.

Una serie de investigaciones realizadas por una de las autoras del presente trabajo en el Centro de Estudios y Terapia Sistémica (7,8) destacan características estructurales de familias en que un hijo presenta asma (10), trastornos conductuales, retardo mental o trastorno específico del desarrollo (11). Esos trabajos muestran que las características descritas por S. Minuchin (6,7) para las familias con problemas psicósomáticos no sólo están presentes en las familias con este tipo de dificultades, sino también en otras familias cuyos problemas son de índole evidentemente orgánica, lo que sugiere una influencia mutua entre enfermedad y sistema familiar (10,11,12). En las investigaciones mencionadas se destaca una mayor distancia emocional en la pareja conyugal, desigualdad en las distancias de ambos padres con sus hijos y una importancia diferente del hijo con problema que el resto de los hijos (11). Estas características parecen tener mayor relación con el significado de la enfermedad para la familia que con la especificidad del problema mismo. La interrelación mutua entre aspectos estructurales de la familia y manifestaciones emocionales en sus miembros quedó en evidencia nuevamente cuando las autoras mencionadas (6,7) diseñaron y realizaron un taller de padres, cuyos hijos presentaban un trastorno del desarrollo, que promovió cambios estructurales en las familias y aumento de asertividad de los hijos.

Si existe una relación entre estructura familiar y presencia de enfermedad en ella, cabría esperar que las familias con un paciente con enfermedad reumática o con Corea de Sydenham presentaran una estructura diferente que la familia en que no existe enfermedad crónica. Es probable que la magnitud de las diferencias estructurales esté en relación con la gravedad de la enfermedad o con el grado de alarma que determina en el sistema familiar. El hallazgo de diferencias entre la enfermedad reumática y el Corea de Sydenham puede permitir delinear nuevas diferencias entre ambas entidades nosológicas.

Un análisis de los aspectos psicológicos desde su dimensión familiar puede aportar información para ampliar el abanico de alternativas de prevención secundaria, aumentando el bienestar al interior de la familia y reduciendo por lo tanto el riesgo de nuevos brotes.

MATERIAL Y METODO.

Para cumplir con los objetivos propuestos, se diseñó un estudio de muestras equivalentes en que se pudiera comparar tres grupos poblacionales:

1. "**Grupo de Estudio Corea**" constituido por familias en que uno de los miembros presentaba Corea de Sydenham. Los pacientes de este grupo, actualmente inactivos, habían presentado uno o más episodios de Enfermedad de Sydenham durante los

últimos cinco años y estaban en control, enrolados en el Programa de Control y Prevención de Enfermedad Reumática en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. (1,2,3,4)

2. "Grupo de Estudio Enfermedad Reumática" conformado por familias que contenían un paciente con enfermedad reumática que nunca había presentado Corea de Sydenham. Los pacientes tenían antecedente de carditis y/o poliartritis en los últimos cinco años o que tenían evidencia de valvulopatía. Los casos se reclutaron igualmente del Programa mencionado en el grupo anterior. (1,2,3,4)

3. "Grupo Control", conformado por familias en que ninguno de sus miembros tenía una enfermedad crónica. Estas personas fueron reclutadas de la población general del SSMSO.

La muestra pareada toma como referencia cada caso índice del Grupo Estudio Corea, considerando las variables de: sexo, edad, situación socioeconómica, ubicación geográfica, tamaño y constitución del grupo familiar que se evalúan con ayuda de un instrumento estandarizado que incluye la encuesta de Graffar que define el nivel socioeconómico (18). La mayor parte de la información fue recogida en el domicilio de las familias elegidas, procedimiento lento y costoso. La rigurosa configuración del "Grupo Enfermedad Reumática" (familias pareadas con las familias del "Grupo Corea" y el "Grupo Control" obligó a desechar un número importante de encuestas y de entrevistas, finalizando el estudio con sólo 18 familias de la muestra inicial de 30 para cada uno de los grupos.

La información acerca del sistema familiar es recogida por el grupo de psicólogos de la Unidad de Neurología y la terapeuta familiar del Centro de Estudios y Terapia Sistémica de Santiago, adaptando un cuestionario diseñado y utilizado en trabajos anteriores (12,13) realizados en el Centro mencionado. El cuestionario contiene preguntas acerca de cohesión y diferenciación del sistema familiar, configuración y límites de los subsistemas y desarrollo interno de cada uno de ellos e información acerca de la estabilidad de la organización. Se aplica una versión del cuestionario a los padres y otra a los hijos (326 cuestionarios) y la Gráfica Familiar de Fuhrmann Armengol (7), inspirada en los trabajos de S. Thrower (20), al grupo familiar total (54 Gráficas). Este instrumento evalúa variables como distancia emocional e importancia relativa de cada uno de los integrantes de la familia. A partir de ellas se construyen variables secundarias (8) relacionadas con desniveles jerárquicos, equilibrio en la importancia de los integrantes de la pareja, coparticipación en la tarea parental y centralidad del paciente índice. La aplicación de los cuestionarios y de la gráfica familiar fue un procedimiento lento y dificultoso, puesto que fue realizado en su mayor parte en los domicilios de la familia en que debía estar presente todo el grupo simultáneamente para la construcción conjunta de la Gráfica. Se tuvo el cuidado de asegurar la aplicación "en ciego" para evitar la contaminación de expectativas de los evaluadores en los resultados.

El análisis que sigue al intrincado proceso de recolección resultó tanto o más complejo y demoroso, pues fue necesario digitalizar los datos de la gráfica familiar. Se analizó la distribución de cada variable de la encuesta en los tres grupos mediante el test de chi cuadrado o mediante comparación de proporciones y la información cuantitativa de la gráfica familiar mediante Análisis de Varianza y el Test de Turkey. Se trabajó con un nivel de significación estadística de $p < 5\%$. La información fue procesada en el departamento de Salud Pública de la Universidad Católica de Chile.

RESULTADOS.

Las familias analizadas en general eran extensas, formadas por varios núcleos familiares en que frecuentemente convivían tres generaciones. El método de Graffar muestra que el nivel socioeconómico de todas las familias se ubica en las categorías medio bajo y bajo. El examen cardiovascular de los pacientes índices reveló la existencia de 6 pacientes con valvulopatía en el grupo Corea, tres de ellos con antecedentes clínicos de carditis. En el grupo Enfermedad reumática había 11 pacientes con valvulopatía, ninguno de ellos con antecedente de carditis en el pasado. Las características del sistema familiar que discriminaron entre los tres grupos estudiados o entre dos de ellos, fueron las siguientes:

1. "Involucración intrafamiliar para reducir el conflicto".

Los hijos de la familia con paciente Corea se involucran más que de las familias restantes, en los desacuerdos de otros miembros familiares, en el intento de atenuarlos. (Tabla 1).

TABLA 1. EVITACION DE CONFLICTOS SEGUN GRUPO ESTUDIADO¹.

CONDUCTA DE INVOLUCRACION	GRUPO COREA	GRUPO ENFERMEDAD REUMATICATA	GRUPO SANO
	"C"	"R"	"S"
	N = 52	N = 54	N=50
Se involucra	88.5%	66.7%	76.0%

2. "Cercanía afectiva".

Los sentimientos de tristeza de otro (Tabla 2) acercan más a los miembros del "Grupo Enfermedad Reumática" que de los otros dos grupos.

TABLA 2. CERCANIA AFECTIVA ANTE TRISTEZA SEGUN GRUPO ESTUDIADO.²

Respuesta de acercamiento de los hijos ante tristeza de otro miembro familiar.

¹ Diferencia: "C"/"R" significativa $p < 0.05$

² Diferencias "R"/"S" y "R"/"C" significativas $p < 0.05$

FORMA DE ACERCAMIENTO	GRUPO COREA	GRUPO ENFERMEDAD REUMÁTICA	GRUPO SANO
	"C"	"R"	"S"
	N = 56	N = 59	N = 54
FISICO	25.0%	30.5%	14.8%
VERBAL	58.9%	62.7%	68.5%
TOTAL	83.9%	93.2%	83.3%

Llama la atención que el sentimiento de alegría no muestre la misma influencia unificadora como la tristeza en las familias del "Grupo Enfermedad Reumática" (Tabla 3) y que los hijos del "Grupo Sano" se acerquen más al resto de la familia cuando surgen sentimientos de alegría que de tristeza, en cambio se acerquen por igual ante alegría o tristeza los hijos de los otros dos grupos.

TABLA 3. ACERCAMIENTO FISICO A RAIZ DE TRISTEZA O ALEGRIA

A. ACERCAMIENTO DE LOS HIJOS³

SENTIMIENTO QUE ACERCA	GRUPO COREA	GRUPO ENFERMEDAD REUMÁTICA	GRUPO SANO
	"C"	"R"	"S"
	N = 56	N = 59	N = 54
TRISTEZA	25.0%	30.5%	14.8%
ALEGRIA	28.6%	23.7%	33.3%

B. ACERCAMIENTO DE LOS PADRES⁴

SENTIMIENTO QUE ACERCA	GRUPO COREA	GRUPO ENFERMEDAD REUMÁTICA	GRUPO SANO
	"C"	"R"	"S"
	N = 33	N = 34	N = 34
TRISTEZA	46.9%	47.1%	41.2%
ALEGRIA	30.3%	52.9%	29.4%

Los padres del "Grupo Enfermedad Reumática" son más sensibles ante los sentimientos de alegría y de tristeza que los padres de los otros dos grupos. La diferencia se hace significativa cuando el sentimiento del otro es la alegría.

3.La Jerarquía Parental en las decisiones.

La jerarquía parental está más claramente definida en las familias del "Grupo Enfermedad Reumática" que en los otros dos grupos (Tabla 4.) lo que se expresa en la percepción de los hijos que se consideran más obedientes ante los mandatos de sus padres.

TABLA 4. JERARQUÍA PARENTOFILIAL SEGÚN GRUPO ESTUDIADO.⁵

JERARQUÍA PARENTOFILIAL	GRUPO COREA "C"	GRUPO ENFERMEDAD REUMÁTICA "R"	GRUPO SANO "S"
	N = 56	N = 59	N = 54
CLARAMENTE DEFINIDA	23.2%	30.5%	14.8%

4.Tiempo libre compartido.

Los padres del "Grupo Enfermedad Reumática" comparten mayor tiempo libre con su familia que los otros dos grupos. (Tabla 5).

TABLA 5. TIEMPO LIBRE COMPARTIDO EN LA FAMILIA NUCLEAR.⁶

CANTIDAD DE TIEMPO LIBRE COMPARTIDO	GRUPO COREA "C"	GRUPO ENFERMEDAD REUMÁTICA "R"	GRUPO SANO "S"
	N = 56	N = 59	N = 54

³Diferencia Hijos: "Tristeza/Alegria en "S" significativa p < 0.05

⁴Diferencia Padres: "R"/"S" p < 0.05 y "R"/"C" p < 0.01

⁵Diferencia entre "R" y "S" significativa p < 0.05

⁶Según la opinión de los padres.

MUCHO TIEMPO ⁷	66.7%	91.2%	67.6%
---------------------------	-------	-------	-------

5. Previsibilidad del sistema familiar.

Esta variable puede ser considerada como un indicador de estabilidad de un sistema, puesto que a mayor repetición de secuencias conductuales, mayor es la probabilidad de predecir correctamente los hechos. Las respuestas de los padres como las de los hijos refieren una menor precisión para predecir las respuestas de los demás en los grupos "Corea" y "Enfermedad Reumática" que en el "Grupo Control" (Tabla 6).

TABLA 6. PREVISIBILIDAD DE COMPORTAMIENTOS DE LOS MIEMBROS FAMILIARES.⁸

PREVISIBILIDAD DE LAS CONDUCTAS ⁹	GRUPO COREA "C" N= 80	GRUPO ENFERMEDAD REUMÁTICA "R" N= 95	GRUPO SANO "S" N= 87
ALTA	28.8%	30.5%	35.6%
MEDIANA	51.3%	40.0%	54.0%
BAJA	20.0%	29.5%	10.3%

chi cuadrado: 10.96 n = 4 p < 0.05.

La diferencia descrita es más evidente aún al analizar sólo las respuestas de los padres, quienes tienen más aciertos de predicción en las familias del "Grupo Control" (Tabla 7).

TABLA 7. CAPACIDAD DE LOS PADRES PARA PREVER CONDUCTAS EN SUS FAMILIAS

PREDICCIÓN	GRUPO COREA ¹⁰ "C" N = 33	GRUPO ENFERMEDAD REUMÁTICA ¹¹ "R" N = 34	GRUPO SANO "S" N = 33
FRECUENTEMENTE ACERTADA	75.8%	73.5%	97.0%

6. Cohesión.

La percepción de "ser escuchado" por los demás, se ha mostrado asociado a distancia afectiva en investigaciones anteriores. Fue mayor la proporción de padres que sentían el interés de los demás en el Grupo Sano, es ligeramente menor en el Grupo Enfermedad reumática y desciende significativamente en el "Grupo Corea". (Tabla 8). Podría interpretarse como una mayor distancia afectiva entre ellos y los demás miembros de la familia.

TABLA 8. COHESIÓN FAMILIAR PERCIBIDA POR LOS PADRES.

(sensación de ser escuchado cuando habla ante los demás).

PERCEPCIÓN DE COHESIÓN FAMILIAR	GRUPO COREA ¹² "C" N = 33	GRUPO ENFERMEDAD REUMÁTICA "R" N = 33	GRUPO SANO "S" N = 34
ALTA	63.6%	72.7%	88.2%

7. La superposición de los círculos individuales en la gráfica familiar.

En el Grupo Sano sólo un 7.1% de las familias presentan una cierta superposición de sus círculos. Este porcentaje asciende ligeramente en el Grupo Corea y en forma algo mayor en el Grupo Enfermedad Reumática. (Tabla 9).

TABLA 9. SUPERPOSICIÓN DE CÍRCULOS EN LA GRÁFICA FAMILIAR.¹³

⁷Diferencias entre "R"/"S" y "R"/"C" significativas p < 0.05

⁸Opinión de padres y de hijos.

⁹La diferencia entre "S"/"R" es significativa p < 0.01.

¹⁰Diferencia entre "C"/"S" significativa p < 0.05

¹¹Diferencia entre "R"/"S" significativa p < 0.01

¹²Diferencia entre C/S es significativa p < 0.0188

¹³Las diferencias no son significativas en nivel de p < 0.5

GRADO DE SUPERPOSICIÓN	GRUPO COREA ¹⁴ "C" N = 14	GRUPO ENFERMEDAD REUMÁTICA "R" N = 17	GRUPO SANO "S" N = 14
ELEVADA ¹⁵	21.4%	41.2%	7.1%

Esta característica concuerda con las proposiciones de S. Thrower(20) que utiliza el Círculo de la Familia para representar la configuración de la familias en que hay enfermedades psicosomáticas, con la superposición de los círculos individuales.

COMENTARIO.

Tal como se propusiera anteriormente hay algunas características descritas para la enfermedad psicosomática que están presentes en forma alternada tanto en el Grupo Corea como en el Grupo Enfermedad Reumática.

En las familias del paciente con Corea de Sydenham los hermanos se esfuerzan por atenuar conflictos, hay una mayor distancia interpersonal y una menor previsibilidad (estabilidad del sistema). Todas estas características sugieren una "atmósfera de peligro interno y de inestabilidad" en que los hijos son los más activos en la mantención del sistema, puesto que los padres no se involucran para atenuar los conflictos de sus hijos.

Como se desprende de lo anterior, la familia del paciente con Corea de Sydenham se percibe a si misma como poco previsible en que los desacuerdos pueden ser riesgosos. En esta familia cada uno se encuentra solo y poco acogido por los demás.

En la familia del paciente con enfermedad reumática no ha sido descrita una "atmósfera particular". Es llamativo entonces que hubiese una mayor cercanía afectiva, que S. Minuchin (17) y S. Thrower (20) atribuían a las enfermedades psicosomáticas. Si se recuerda en cambio, los resultados obtenidos al estudiar por ejemplo las familias de niños con retardo mental () era probable que también existieran particularidades de la familia del Grupo Enfermedad Reumática, y no llama la atención tampoco que el impacto sea aún mayor que en el grupo Corea, puesto que la "Enfermedad del Corazón" tiene una connotación alarmante en general. Se podría visualizar la mayor cercanía entre los miembros familiares como una respuesta adaptativa de un sistema expuesto a un riesgo. (deficiencia mental) (pobreza)

Del mismo modo podría comprenderse que en el Grupo Enfermedad Reumática se comparta más el tiempo libre que en los otros dos grupos. Podría apuntar también a una acción de protección y de cuidado mutuo. No es extraño que un sistema "en emergencia" defina más claramente su jerarquía que uno cuya integridad no se vea amenazada. Hay que recordar que también la familia del paciente con enfermedad reumática percibe una baja previsibilidad (estabilidad de su organización).

Se podría afirmar que algunas de estas características son "adaptativas" puesto que aseguran una cercanía que permita enfrentar mejor las dificultades (cercanía ante tristeza), la protección mutua del tiempo compartido y la jerarquía parental clara, que son de gran utilidad en "tiempos difíciles" de la presencia de una enfermedad temible.

Los resultados de este estudio comparativo constituyen permiten comprender mejor ella "atmósfera" que rodea al paciente con Corea de Sydenham. Lo que fue un hallazgo novedoso e interesante es que la "atmósfera" que rodea al paciente reumático sea quizás más especial que la del paciente coreico. La descripción resumida arriba permite comprender que esa "atmósfera particular" haya pasado desapercibida. Tratándose de una familia tan solidaria quizás "sobre adaptada", es tan "cómoda" para el médico del paciente reumático que no llama la atención. En la enfermedad reumática los miembros de la familia dan la impresión de existir en gran medida "para el otro" y cada uno se siente poco importante para los demás; quizás cada uno sienta que debe estar disponible sin tener derecho a pedir para él. Cabría preguntarse si esta "sobre adecuación" no será un precio alto que paga la familia cuando llega a grados de poner en riesgo la salud de los otros miembros familiares quienes se postergan en beneficio del paciente y de los demás.

Destaca que la única variable que diferencia simultáneamente al Grupo Sano de los otros dos grupos, sea la Previsibilidad del funcionamiento de la familia. Este hallazgo sugiere la hipótesis que la presencia de enfermedad produce una inestabilidad en el sistema familiar, modificándose su organización mientras persista la enfermedad o el temor a ella.

DISCUSIÓN.

Dada la complejidad de los fenómenos psíquicos es difícil encontrar variables aisladas, que por sí solas tengan el peso suficiente para discriminar entre grupos pequeños de familias. El mayor mérito de esta investigación, tan rigurosamente diseñada y ejecutada, sea quizás demostrar que la manera tradicional de analizar reduciendo y fragmentando, sólo da buenos frutos en el campo de las relaciones simples y lineales. La pobreza de resultados que los métodos habituales dan en el área de la salud mental obliga a buscar formas de análisis más complejos que eliminen la direccionalidad de las causas. La compleja interrelación de las variables que intervienen en la organización de un sistema familiar en que surge una enfermedad, es una seria limitante de estudios de este tipo. Esta complejidad exigiría muestras de gran tamaño, lo que a su vez se ve dificultado por las dificultades en la recolección de los datos tan complejos. El trabajo con una muestra reducida de familias explica las escasas diferencias significativas en este estudio.

¹⁴Diferencia entre C/S es significativa $p < 0.0188$

¹⁵Mayor de 0.20 (Rango 0 - 1)

La falta de diferencias significativas, además del escaso tamaño de la muestra, puede tener que ver también con nuestro excesivo celo de obtener muestras rigurosamente pareadas. Es posible que la rigurosidad nos llevó a parear variables (por ejemplo aspectos del nivel de vida o del tamaño o composición del sistema familiar) relacionados de algún modo, para nosotras desconocido, con la patología.

Hay otro aspecto que no tomamos en cuenta y que podría tener importancia: la evolución de la enfermedad en el tiempo. La enfermedad reumática evoluciona, al igual que la enfermedad coréica, en forma de brotes, pero a diferencia de ella, es frecuente que deje secuelas que, al estar presentes en forma constante, pueden tener un impacto importante en el funcionamiento de una familia, fenómeno que no se daría en el Corea de Sydenham, puesto que en la muestra se seleccionó pacientes que no estaban en período activo. Esta situación podría explicar las diferencias de las familias de los pacientes reumáticos y coréicos y la similitud entre familias con paciente coréico y el grupo sano.

Los resultados obtenidos muestran nuevamente que la enfermedad y la organización familiar se influyen recíprocamente. Puede producirse un "círculo beneficioso" que la adaptación del sistema familiar reduce el riesgo, la duración o la gravedad de la enfermedad. Se puede producir también un "círculo vicioso" en que los mecanismos adaptativos para reducir el riesgo de la enfermedad aumentan el riesgo del sistema global para la aparición de nuevos problemas o complicaciones del problema inicial.

Es importante subrayar que toda enfermedad puede repercutir en la organización y por lo tanto en la estructura del sistema familiar. Esto explica el porqué no encontramos un perfil característico de la familia en que aparece una determinada enfermedad. Es muy probable que las características organizacionales de la familia que acompañan a una enfermedad en particular, tengan mayor relación con la gravedad y su significado para la familia que con el diagnóstico médico.

Los resultados de este trabajo aportan una perspectiva que permite ver a los pacientes reumáticos y coréicos insertos en su sistema familiar. Al tener en cuenta la familia a que pertenece el enfermo, más allá de su capacidad de colaborar en el cumplimiento de indicaciones médicas, el especialista podría aumentar la efectividad de su intervención e integrarla a una acción preventiva que incluye al grupo familiar del paciente

BIBLIOGRAFÍA.

1. Berríos X. Brote epidémico de Enfermedad reumática en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Bol Vig Epidem 1986; XIII; 129 -133
2. Berríos X et al. Acute Rheumatic Fever in the Southeastern Metropolitan Area of Santiago de Chile 1976 - 1981 PAHO Bulletin 1984; 18:389-396.
3. Berríos et al. El corea de Sydenham en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. VIII Jornadas de Salud Pública, Facultad de Medicina Universidad de Chile 1988.
4. Berríos et al. Are all recurrences of "pure" Sydenham Chorea true recurrences of Acute Rheumatic fever? J. of Pediatrics 1985; 107: 867 - 872.
5. Berríos El Corea de Sydenham recidivante: Una extraña manifestación de Enfermedad Reumática. Rev Med. Chile 1986; 114: 254 - 256.
6. Chadwick M. Fuhrmann I. Una incorporación de apoderados a la rehabilitación integral de niños con trastornos específicos en lectura. Lectura y Vida. Sept 1991:15-22.
7. Fuhrmann I. Armengol V. Estructura y diagrama familiar.1. Estructura familiar: Una modalidad diferente para explorar. Sistemas Familiares Año 8. N1-Abril 1992 (39-44)
8. Fuhrmann I. Armengol V. Labarca A.M. Estructura y diagrama familiar.2. Interrelación de variables estructurales. Sistemas Familiares Año 8. N1 - Abril 1992 (45-53)
9. Fuhrmann I. Armengol V. Análisis sistémico de la familia chilena. Revista de Educación 160: 52-56
10. Fuhrmann I. Labarca A. Dávila C. Estructura de la familia con un paciente asmático. Primera Jornada de Terapia Familiar. Santiago 1986
11. Fuhrmann I. La estructura de la familia con hijos que tienen: Trastornos del desarrollo, problemas conductuales o retardo mental. Primera Jornada de Terapia Familiar. Santiago 1986 Presentado como conferencias en varios Congresos. Publicación interna CTS. 1987
12. Fuhrmann I. Chadwick M. Taller para padres, una red de apoyo para niños que tienen problemas escolares. Revista de Educación 1992.
13. Gomez et al. Estudio de la situación socioeconómica de la población de un área de salud. Tesis para optar al grado de Especialista en Salud Pública. Escuela de Medicina. Universidad Católica de Chile.
14. Minuchin S Families and family therapy. Cambridge Mass, Harvard University Press 1974.
15. Minuchin S. Técnicas de terapia familiar. Paidós, Buenos Aires. 1984.
16. Minuchin S. et al. Conceptual Model of Psychosomatic Illness in Children. Archive of General Psychiatry 1975,32.
17. Minuchin et al. Psychosomatic Families. Cambridge Mass. Harvard University Press (1978)
18. Taranta A. Stollerman GH. The relationship of Sydenham's Chorea to infection with group A streptococci. Am J Med 1956; 20:170-175
19. Taranta A. Relation of isolated recurrences of Sydenham's chorea to preceding streptococcal infections. N. Engl. J. Med. 1959; 260:1204 -1210.
20. Thrower S et al. The family circle method for integrating family. System concepts in family medicine. The Journal of family practice 1982 Vol. 15 3:451-457

ANEXO: TABLA RESUMEN: COMPARACION ENTRE LOS TRES GRUPOS ESTUDIADOS.

VARIABLE ANALIZADA	COREA	ENFERMEDAD REUMATICA	CONTROL SANO	SIGNIFICACION ESTADISTICA.
Involucración para reducir conflictos	88.5%	66.7%	76.0%	C/R: $p < 0.05$
Acercamiento físico de los hijos ante tristeza	25.0%	30.5%	14.8%	R/S: $p < 0.05$ R/C: $p < 0.05$
Acercamiento físico de los hijos ante alegría	28.6%	23.7%	33.3%	R/S: $p < 0.05$
Acercamiento físico de los padres ante tristeza	46.9%	47.1%	41.2%	No signif.
Acercamiento físico de los padres ante alegría	30.3%	52.9%	29.4%	R/S $p < 0.05$ R/C $p < 0.05$
Jerarquía parental clara	23.2%	30.5%	14.8%	R/S $p < 0.05$
Tiempo libre compartido según padres	66.7%	91.2%	67.6%	R/S $p < 0.05$ R/C $p < 0.05$
Escasa previsibilidad de las conductas en la familia	20.0%	29.5%	10.3%	S/R $p < 0.01$
Alta previsibilidad de conductas según padres	75.8%	73.5%	97.0%	R/S $p < 0.01$ C/S $p < 0.05$
Cohesión familiar según padres	63.6%	72.7%	88.2%	C/S $p < 0.05$
Superposición de círculos de la gráfica familiar	21.4%	41.2%	7.1%	No sign.