

11226
24-22



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

" EL NIÑO ASMÁTICO Y SU INTERRELACION CON LA DINAMICA FAMILIAR "

TESIS

Que para obtener el Grado de Especialista en :

MEDICINA FAMILIAR

Presenta

Dr. José Botello Parraguirre

U. M. F. No. 1

I. M. S. S.



IMSS

Puebla, Pue.



1984-1986



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 está 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.

I N D I C E

INTRODUCCION	_____	1
MATERIAL Y METODOS	_____	12
RESULTADOS	_____	17
DISCUSION	_____	24
CONCLUSIONES	_____	27
RESUMEN	_____	28
BIBLIOGRAFIA	_____	29

INTRODUCCION

Tradicionalmente el estudio de las familias dentro de las grandes instituciones médicas ha sido responsabilidad de las trabajadoras sociales y, en un contexto diferente, de los psiquiatras y psicólogo. Lenta y gradualmente han venido cambiando las actitudes o políticas hacia la familia, primero al liberalizar las visitas a los pacientes hospitalizados, principalmente en el servicio de pediatría, y haciendo participar a los padres en la atención y manejo de los hijos enfermos; y finalmente, tratar de profundizar en el conocimiento y utilización de las reciprocas influencias familia-paciente, médico-paciente, médico-familia y familia-sociedad; teniendo como objetivo el de alcanzar una comprensión integral de los aspectos saludables y los patológicos, tanto del propio paciente como de su familia, de la interacción entre ambos y de las relaciones dinámicas del sistema familiar. Meissner ha señalado que la enfermedad en el ser humano, además de tener una patología, consta de una ecología. En consecuencia, para que haya una mejor comprensión de la enfermedad es indispensable conocer sus aspectos ecológicos, tanto familiares como sociales. Al involucrarse emocionalmente el paciente con su sistema familiar, se da un aspecto fundamental de la ecología que no podemos ignorar, ya que la familia constituye el contexto social más significativo y duradero para el niño (1).

Como en todo sistema dentro de la familia actúan fuerzas tanto positivas como negativas determinantes del buen o mal funcionamiento de esta unidad biológica natu-

ral. Jackson dio a este conjunto de fuerzas el nombre de DINAMICA FAMILIAR, y le atribuyo una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar. También existe un equilibrio interno que conserva unida a la familia a pesar de las presiones producidas dentro y fuera de ella. Este equilibrio, homeostasis, opera por medio de mecanismos relativamente automáticos e involuntarios (2). Esta interacción es potencialmente importante en todas las enfermedades, incluso en aquellas donde la patología es claramente física. El síntoma ortopédico más orgánico, una fractura por ejemplo, puede haber sido desencadenado por la patología de los padres como se observa en los niños maltratados. Es un hecho de observación común que todos los problemas físicos tienen un impacto psicológico en el niño y su familia. Y no se pueda negar que en muchos padecimientos llamados psicomaticos o psicofisiológicos hay factores emocionales ligados a la interacción familiar que frecuentemente precipitan o perpetúan el sintoma (1). Es importante mencionar que no existe la familia sin problemas pero mientras no existan alteraciones en las relaciones de sus miembros puede considerarse como normal. No obstante una situación conflictiva puede ser motivo de crisis familiar y afectar en forma temporal o definitiva a la dinámica familiar considerada esta como una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas, entre cada miembro de la familia, que permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le da el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los otros miembros (3).

Desde antes de su nacimiento y al acontecer este el hijo es depositario de una carga afectiva y de un significado único para sus padres, ya sea porque es el primogénito, o por corresponder o no al sexo que se esperaba tuviera, por ser o no deseado, porque "unio o separo" a la pareja, etc., todo lo cual va a influir en el curso de sus -- Líneas de Desarrollo: alimentación sueño, separación-individuación, lenguaje, control de esfínteres, etc., que -- ocurren de acuerdo a un patrón de maduración general y en un tiempo biológico, familiar y social. Si durante este -- proceso dinámico se presenta la enfermedad, principalmente las de tipo crónico como el asma bronquial, diabetes -- mellitus, epilepsia; la posibilidad de que ocurran desviaciones en las líneas de desarrollo mencionadas es muy alta manifestandose en alteraciones emocionales y conductuales, de las cuales se mencionan las siguientes: Dependencia acentuada, falta de confianza en si mismos, ansiedad -- depresión, egocentrismo, inmadurez, agresividad latente -- o abierta (4). Esta situación altera de alguna forma la -- dinámica familiar condicionando disfunciones familiares -- que a la vez precipitan o perpetúan la enfermedad (1).

Todo esto parece no ser aceptado por una gran -- cantidad de médicos, quienes siguen viendo enfermedades -- y no sujetos que son unidades biopsicosociales, que pertenecen a una familia y a una sociedad. Esto sucede con el asma bronquial, enfermedad cada día más frecuente, -- que se presenta en forma de crisis y que es causa de -- múltiples internamientos ya que es de curso crónico. Esto llevo a preguntarme se en realidad se altera la dinámica

familiar cuando existe un miembro asmático y como influyen las alteraciones en las relaciones familiares en la frecuencia de crisis asmática y evolución de esta patología; ya que corresponde a nosotros como médicos familiares basados en los conocimientos de antropología, sociología, psicología y medicina adquiridos durante la residencia brindar una atención integral y continúa al individuo y a su familia(5) por lo que el presente trabajo tiene como finalidad investigar este aspecto en relación al niño asmático y la dinámica familiar.

La palabra asma deriva del Griego y significa "jaqueo" (6) enfermedad ya descrita y conocida desde hace más de 2000 años por Hipócrates y posteriormente por Areteo de Capadocia; tiempo en que no se conocían su fisiopatología ni causas desencadenantes (7) pero conforme transcurre el tiempo se conoce más acerca de ella, aunque en la actualidad aún falta mucho por investigar.

Existen numerosas definiciones sobre esta patología que varían ampliamente y usualmente son un reflejo del grupo médico al cual el autor de la definición pertenece. El clínico, por ejemplo, manifestará más o menos la descripción del cuadro clínico presentado, en el cual hay áreas en que el alergólogo, patólogo y psicólogo manifestaran divergencias en los detalles. Pero en 1967 la Asociación Nacional de Tuberculosis de los Estados Unidos produjo la siguiente definición; El asma es una enfermedad que se caracteriza por una respuesta aumentada de la tráquea y bronquios a diversos estímulos y se manifiesta por la dificultad de respiración, debido a un estrechamiento

generalizado el cual es dinámico y cambia en grado, así como desaparece espontáneamente o por la terapia (8). Actualmente se considera que es una manifestación a estímulos alérgicos, infecciosos, físicos, ambientales, emocionales, etc. caracterizada por una hiperactividad de los bronquios y la tráquea. Esta respuesta se manifiesta por aumento en la resistencia al paso del aire, como consecuencia del espasmo bronquial, edema y aumento de las secreciones; clínicamente se traduce como disnea, estertores y/o sibilancias, acompañadas de tos y expectoración mucosa y/o purulenta (6).

En lo que respecta a la prevalencia de la enfermedad los datos son muy variables de acuerdo a la población estudiada, las exigencias del encuestador, si es médico se examina al paciente o si solo se le entrega un cuestionario. En general se dice que es más frecuente en las zonas urbanas que en las rurales(9). En los Estados Unidos de Norteamérica se ha reportado que afecta a un 10% de la población pediátrica(10). En un estudio realizado en 1970 por el "US National Center For Health Atatistics" en el cual se preguntó a 116,000 personas de 37,000 hogares elegidos al azar, si en los últimos doce meses habían consultado al médico por asma. El porcentaje global de la enfermedad fue aproximadamente del 3% siendo algo más elevados los valores para los varones jóvenes y los de mayor edad. Se menciona también que en este país la frecuencia puede aumentar hasta 30% si se toma en cuenta al niño que únicamente tiene sibilancias (8,11). En la Gran Bretaña, zonas rurales de la India, Sudafrica, Chile se reportan --

cifras promedio que van del 0.2% al 3.7% tomando en cuenta que es más frecuente en países desarrollados donde se mencionan porcentajes hasta del 15%. En nuestro país no existen estadísticas debido a que el asma no es de notificación obligatoria salvo cuando sea causa de la muerte -- del paciente. Lo que sí, es palpable el incremento del asma en todo el país y sobre todo en la ciudad de México, - debido al mayor contacto con la polución ambiental, la mejora de las condiciones culturales de la población y la concientización del médico en esta problemática; ya que tan solo en esta metrópoli existen 17 000 000 de habitantes, 3 000 000 de automóviles y múltiples industrias dentro del área metropolitana, reuniendo las condiciones para que se desarrolle una epidemia; actualmente se reportan cifras promedio que van de 1 a 5% y en algunos trabajos - hasta un 10% (8,9,11). Se ha visto que las admisiones a los hospitales pediátricos por este motivo se ha incrementado y en el servicio de Neumología del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano -- del Seguro Social ha ocupado el primer lugar en la consulta externa en los últimos años (1977 a 1981) siendo más del 90% del total de consultas (12). En el extranjero en el Children's Hospital de Buffalo en 1982 se reporta como la causa principal de admisión (430 casos) y en el Hospital de Niños de Buffalo, en 1982, ha sido una de las primeras 10 causas de admisión(11).

El comienzo de la enfermedad puede ser a cualquier -- edad pero alrededor de la mitad de los casos se inician - antes de los 10 años(10) aunque otros autores mencionan _

que el inicio de la enfermedad es antes de la mitad de la primera década de la vida (6,13,14) esto es variable ya que se reporta que un 66% de los niños inician su padecimiento antes de los 2 años de edad. Otros investigadores han encontrado que el 39% iniciaron sus síntomas en el primer año, 57% a los 2 años y 84% antes de los 5 años (3) En otros estudios se ha observado que en la población pediátrica predomina de los 4 a 11 años de edad (15) En México se menciona que prevalece en el grupo preescolar en un 61% (6).

En cuanto a la distribución por sexo, esta es variable dependiendo del grupo de edad que se trate; a edades inferiores a los 5 años enferman más los niños que las niñas. Entre los 5 y 9 años la incidencia es la misma para ambos sexos, y luego parecen enfermar con una frecuencia algo mayor las mujeres que los hombres(8,13).

El asma en el niño tiene una génesis multifactorial predominando los factores infeccioso y alérgico; no obstante se conocen dentro de su etiología a otras causas como son: Frio, humedad, herencia, contaminación atmosférica, tabaquismo familiar, ocupación, ejercicio, y las emociones (9,12,16). Aunque este último factor descrito por Dumbar y Leigh (15) solo es una complicación del proceso alérgico primario e infeccioso en un 10 a 12% de los niños con asma crónica; esto se debe a la forma de evolución de la enfermedad que ocasiona las siguientes situaciones: a) Una función primaria vital, como lo es el proceso respiratorio, se ve amenazada en forma aguda y repetida, ocasionando una gran ansiedad en el niño y en quietud

nes le rodean. b) Las crisis ocasionan que al sistema familiar enfrente toda una serie de experiencias perturbadoras: hospitalización, medicamentos, actividades, trato -- que se debe dar al niño, cuidados, etc. c) La naturaleza y origen del padecimiento; herencia, hiperreactividad, el o los factores precipitantes, frecuentemente es percibida en forma distorsionada por la familia. Esto repetido a -- traves de varios meses y años origina cambios en la dinamica familiar y en la personalidad del niño que se influen cían mutuamente interfiriendo en la evolución de la enfer medad (4).

Las características o rasgos emocionales y conduc-- tuales de los pacientes pediátricos con esta enfermedad -- son consecuencia principalmente de la sobreprotección o -- rechazo de los padres y la familia hacia ellos. Se ha in-- tentado definir el Perfil Psicológico específico del niño asmático; así es como se le ha definido como ansioso, ego -- céntrico, con cierta tendencia agresiva, extraordinaria -- mente ordenado, limpio, incapaz de tolerar la frustra -- ción, muy sensitivo, muy exigente e inhibido para expre -- sar sus sentimientos (4,15,17,18,19). Fitzelle en 1959 no encontró diferencias significativas al comparar a estos -- pacientes con niños normales (20). Se habla de ciertas -- situaciones que en un momento dado pueden desencadenar -- un ataque de asma como es cualquier accidente traumático, el separarlo de los padres, emociones fuertes y subitas, gran esfuerzo físico, situaciones que provocan enojo y -- no puede ser expresado, temor al fracaso, conflictos sexua -- les, separación de la casa; que crean un "clima asmatoge--

nico" que condiciona la presencia de crisis(15). Autores como Jones y Mattisson (13,17) destacan aún más la importancia de los aspectos emocionales y agregan a los ya mencionados las alteraciones en la relación de dependencia madre-hijo, peligro inminente para un familiar cercano, miedo de enfermarse o utilización del ataque como propósito de ventaja real o ficticia sobre sus hermanos. Otros investigadores han encontrado alteración psiquiátrica -- concomitante en un 10.5% en relación al 6.3% de la población considerada como normal (21).

Los cambios en la dinámica familiar son producto -- también de la sobreprotección o rechazo del paciente(2) -- ya que la familia adopta una serie de medidas , que según ellos, tiende a evitar las crisis de asma, o para resolverlas una vez que se presentan, observándose la restricción de actividades físicas del niño; evitarle determinados alimentos; abrigarlos en exceso; se deshacen de su mascota; posponen salidas o paseos familiares, se imponen reglas de no contrariarlo y ceder a sus caprichos o deseos; dejar abierta la puerta del dormitorio del niño y de los padres, para éstos escuchar los cambios en su respiración, a costa de la privacidad de la pareja; la intervención de otros parientes en el "como cuidar al niño", -- el que uno de los padres acuda siempre a consulta; haciendo del paciente todo el centro de su atención.(4). Estableciéndose disfunciones familiares principalmente, según la universidad de Hawai, en el segundo eje o dimensión -- horizontal-seccional donde se registran las relaciones -- disfuncionales entre dos o más miembros de la familia. Co

mo sucede en la disfunción de la relación madre-hijo, que se establece cuando la madre insiste en sobreproteger al hijo y en mantener con él, un contacto excesivo y una vigilancia que causa el detrimento de la relación con su marido, quien por determinadas razones acepta pasivamente la situación (1,3,22).

Una vez establecido el diagnostico de asma bronquial, que basicamente es clínico, se debe establecer la conducta terapeutica; para ello han salido a la luz publica multitud de protocolos(12,23) los cuales contemplan desde el uso de broncodilatadores, esteroides, etc., hasta medios naturales para evitarla y suprimirla(24). Pero en base a todo lo expuesto; si no se toma en cuenta a la familia, si no es informada sobre el padecimiento, si no se conoce la dinámica familiar, si el enfermo no es abordado para lograr su cooperación, si no se hace una terapéutica orientadora que abata la tensión emocional, muchas veces se fracasará a pesar de un plan medicamentoso adecuado. Y como dice textualmente el dr. Gomez Orozco, jefe de alergia -- del Hospital Infantil de México; "Despues de haber tratado muchos pacientes institucionalmente y en consulta privada y en base al análisis de un grupo seguido longitudinalmente durante 10 años o más, puedo considerar que se logra -- una mejoría persistente y rehabilitación de la mayoría -- de los niños asmáticos en base a un tratamiento integral, considerandolos no solo como pacientes, sino como miembros de una familia y sociedad"(25). En los últimos años se han publicado algunos protocolos de manejo de estos pacientes donde son considerados ya como una unidad --

biopsicosocial, integrando al manejo no solo el uso de medicamentos, sino verlo en forma multidisciplinaria incluyendo para ello al pediatra, neumólogo, trabajador social, psiquiatra, alergólogo, inmunólogo, médico familiar, etc., manejando en forma integral al paciente y a su familia -- (12,26). Tomando en cuenta que el médico familiar juega un papel preponderante ya que es considerado como terapeuta familiar.

MATERIAL Y METODOS.

Se acudio al servicio de urgencias del Hospital General de Zona No. 36 del I.M.S.S. de Puebla, Pue. donde se capto al paciente asmático que acudia por presentar crisis de asma; en el periodo comprendido de Mayo a Diciembre de 1985. Se seleccionaron un total de 20 pacientes que reunieron los siguientes requisitos:

- a) Ser considerados ya como pacientes asmáticos.
- b) Que contarán con un minimo de 6 meses de haberles diagnosticado la enfermedad.
- c) Que sus edades fluctuaran entre los 5 y 15 años de edad, sin tomar en cuenta sexo, ni el número de crisis durante el año.

Durante su estancia en el servicio se les realizo investigación de sus antecedentes familiares y personales relacionados con la patologia; así también se invetigo el factor emocional y psicosocial de los pacientes utilizando para ello el formato de la clínica de asma del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social; que se muestra a continuación:

1. FICHA DE IDENTIFICACION.

No. _____

INFORMANTE: _____

ESCOLARIDAD: (PADRE) _____ (MADRE) _____

NOMBRE: _____ CEDULA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD EN MESES _____

SEXO: _____ FECHA: _____

DOMICILIO: _____ TEL: _____

CLINICA DE ADSCRIPCION: _____ DIA: _____

ESCOLARIDAD DEL PACIENTE:

PREPRIMARIA: (1^o) (2^o) (3^o) SECUNDARIA: (1) (2) (3)

PRIMARIA: (1) (2) (3) (4) (5) (6)

II. ANTECEDENTES FAMILIARES. (1 Padres y hermanos, 2 Primos, Tíos, Abuelos)

	1	2	1	2
Asma	()	()	Sinusitis ()	()
Rinitis	()	()	Bronquitis ()	()
Eczema	()	()	Tabaquismo ()	()
Alergia a Med.	()	()		

Otros: _____

III. ANTECEDENTES PERSONALES.

Rinitis Hialina (recurrente) ()

Eczema ()

Alergia a medicamentos ()

Alergia a alimentos ()

Alteraciones del sueño ()

Otros: _____

IV. EVOLUCION Y CARACTERISTICAS DE LAS CRISIS.

Edad de presentación de la enfermedad: _____

Tiempo de evolución en meses: _____

Promedio de crisis al año : _____

No. de hospitalizaciones al año: _____

LAS CRISIS SON DESENCADENADAS POR:

Humedad () Frio () Ejercicio ()

Infección () Medicamentos () Lana ()

Alimentos () Polvo Casero ()
Problemas emocionales () Problemas Familiares ()
Otros: _____

V. INVESTIGACION DEL FACTOR EMOCIONAL.

¿ Ha notado si la enfermedad ha cambiado el carácter del niño ? SI () NO ()

Actualmente lo considera: Normal () Aprensivo ()
Berrinchudo () Deprimido ()
Autoritario ()

¿ Ha notado que los temores, disgustos o preocupaciones provocan crisis de Asma ? SI () NO ()

¿ Los conflictos familiares han provocado crisis de Asma? SI () NO ()

¿ El comportamiento de su hijo lo considera de acuerdo a su edad y sexo ? SI () NO ()

¿ Considera usted que el paciente amerite sobreprotección por ser Asmático ? SI () NO ()

¿ Ha observado si el niño utiliza sus crisis para obtener un trato especial o privilegios dentro de la familia? SI () NO ()

¿ Considera usted que los problemas intrafamiliares tienen relación con la enfermedad de su hijo ? SI () NO ()

¿ Considera usted que la enfermedad del niño es causa de conflicto familiar ? SI () NO ()

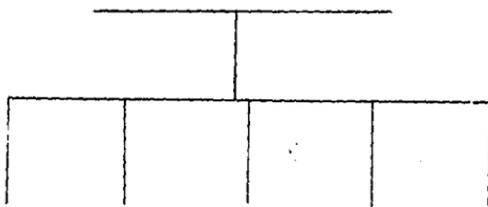
¿ La enfermedad de su hijo ha influido en las relaciones interfamiliares? SI () NO ()

¿ Que cambios ha notado usted ? _____

VI. INVESTIGACION PSICOSOCIAL (Familiograma)

Es un esquema de la composición de la familia que utiliza el formato del Pedigree o genograma con los siguientes símbolos convencionales: ○ Mujer, □ Varón - anotando la edad dentro de los símbolos. Muerte: En la base del símbolo se anota la edad en el momento del fallecimiento y el año en que ocurrió. Lo mismo se hará cuando se trate de aborto el cual se simbolizará con un círculo lleno ● . Doble contorno para señalar al paciente índice o "paciente identificado" ⊙ .

Entre Padre y Madre se traza una línea sobre la cual se anotarán los años de unión. En el caso de separación o divorcio la línea se cruzará con una pequeña diagonal, anotando al lado el año en que ocurrió ~~—~~ . Es necesario consignar al lado del esquema si viven bajo el mismo techo otros familiares y quienes son, la ocupación del padre y la madre, así como el grado escolar alcanzado por cada uno de los miembros de la familia.



Posteriormente se revisarían los expedientes clínicos respectivos para obtener mayor información en lo que respecta a la evolución y características de la enfermedad. Se pidió a los domicilios de cada uno de los pa-

cientes para corroborar los datos obtenidos y efectuar -- estudio familiar integral, tipificando a las familias de acuerdo a la clasificación de Leñero (1) y buscando en -- forma intencionada disfunciones familiares y su relación con la patología. Dichas disfunciones se clasificarán de acuerdo a los estereotipos de la Universidad de Hawai(3).

Se contó con un grupo de 20 pacientes control, con edades semejantes; quienes fueron captados en la consulta externa de la U.M.F. No. 1 del I.M.S.S. y en el servicio de urgencias de la misma unidad, quienes acudían por enfermedad no asmática, aplicándoles el mismo protocolo de estudio.

RESULTADOS.

Se estudiarón un total de 20 pacientes asmáticos -- así como a sus respectivas familias. Las edades de los pa- cientes fluctuarón de los 5 a los 13 años, siendo en su -

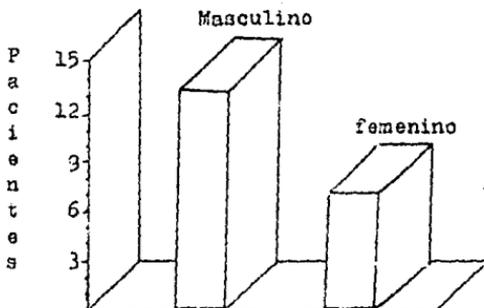
Cuadro 1
DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD

Edad (años)	No. casos	%
5 a 6	3	15
7 a 8	5	25
9 a 10	6	30
11 a 12	4	20
13 y más	2	10
t o t a l	20	100

Fuente: Encuesta, expedientes clínicos, estudios familiares.

mayoría (75%) de 7 a 12 años (cuadro 1) con un promedio general de 8.15, en lo que se refiere a su distribución -

Cuadro 2
DISTRIBUCION POR SEXO

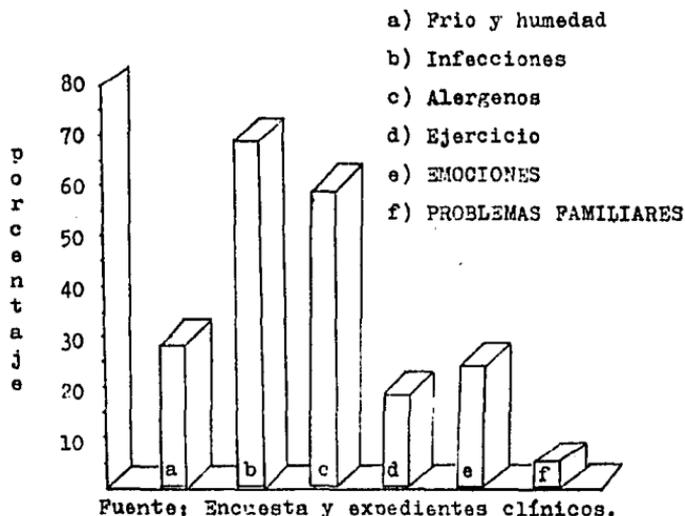


Fuente: Encuesta, expedientes clínicos.

por sexo se contó con 13 del masculino (65%) y solo con 7 (35%) del femenino (cuadro 2). En 3 pacientes (40%) se encontraron antecedentes de atopia familiar y en 2 de ellos (10%) tanto del lado materno como paterno; en cambio en el grupo control se encontró antecedente de atopia solo en el 10% (2 pacientes) y sin ser familiares en línea directa (tios, primos, etc)

En su mayoría iniciaron su enfermedad a la edad de 2 a 4 años, ignorando los familiares las fechas exactas de inicio y no se encontraron referidas en el expediente clínico.

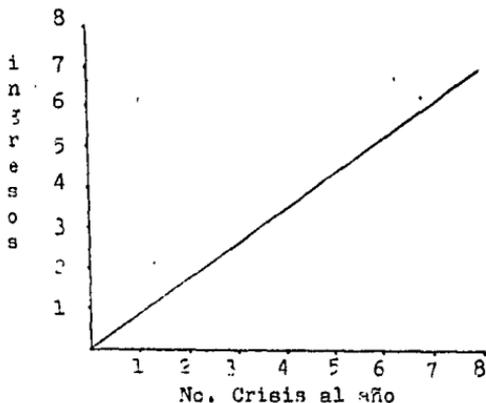
Cuadro 3
FACTORES DESENCADENANTES DE
CRISIS DE ASMA BRONQUIAL



El número de crisis es variable en cada uno ---

de los pacientes dependiendo de la presencia de factores desencadenantes y así encontramos que en un 30% (6 pa -- cientes) las crisis son desencadenadas por frío y humedad, infecciones en un 70% (14 pacientes) factores aler génicos (polvo casero, lana, medicamentos, etc.) en -- 60% (12 pacientes) ejercicio en 20% (4pacientes) emocio nes 25% (5 pacientes) y problemas familiares en solo 5% (1 paciente) Tomando en cuenta que en algunos enfermos son ocasionadas por más de dos factores (cuadro 3) El -- número de hospitalizaciones es variable dependiendo de la

Cuadro 3
RELACION CRISIS/INGRESOS
A HOSPITALIZACION



Fuente: Encuesta y expedientes clínicos
frecuencia de las crisis; no obstante, se observó que los ingresos son directamente proporcionales a ellas (cuadro4)

INVESTIGACION DEL FACTOR EMOCIONAL.

Esto se realizo utilizando el formato del Hospital Infantil del C.M.N. del I.M.S.S. encontrandose que un total de 4 padres de familia (20%) afirmaron que el niño asmático ha sufrido cambios de caracter; encontrandolo aprensivo, berrinchudo, deprimido y autoritario (cuadro 5) corroborandose en el expediente clinico, ya que uno de estos pacientes recibia psicoterapia de apoyo en el H.R.E. del I.M.S.S, en el servicio de psiquiatria por cambios --

Cuadro 5

FACTORES EMOCIONALES NIÑOS ASMATICOS

CONCEPTO	RESPUESTA				Total	
	Si	%	no	%	No.	%
Cambio caracter	4	20	16	80	20	100
Aprensivo	4	20	16	80	20	100
Berrinchudo	3	15	17	85	20	100
Deprimido	2	10	18	90	20	100
Autoritario	3	15	17	85	20	100

Fuente: Encuesta y estudios familiares

conductuales importantes. Otro de los pacientes estaba -- siendo controlado en este servicio por presentar agresividad extrema, bajo control de impulsos, intranquilidad, -- falta de atención y dedicación para el estudio, además de los ya mencionados, y se le detecto por electroencefalograma disfunción cerebral minima. En otro de ellos la investigación clinica y de laboratorio no reveló ninguna -- causa posible de crisis de asma por lo que se llevo a la -- conclusión que esta era de tipo emocional. En cambio en -- el último paciente se reportaba asma de tipo extrinseco --

con componente emocional importante. Las 16 familias (80%) restantes no habían notado cambios en el carácter del paciente y consideraban que su comportamiento era adecuado a su edad y sexo. Solo en 5 pacientes (25%) los padres manifestaron que las crisis eran desencadenadas por factores emocionales, presentándose al existir temores, disgustos y preocupaciones. En un paciente (5%) se encontró que los conflictos familiares tenían relación directa con la presentación de las crisis asmáticas (cuadro 3) esto era porque pertenecía a una familia desintegrada por divorcio notando la madre que el niño iniciaba su sintomatología al regresar de pasar el fin de semana con su padre. En otro caso la madre mencionó que la niña presentaba datos de insuficiencia respiratoria al llegar el padre en estado de embriaguez; pero se considero que esto era causa de temor y angustia en la paciente que a su vez eran los factores desencadenantes de la sintomatología. Ninguna de las familias entrevistadas manifestaron que el niño utilizará su enfermedad para obtener trato especial o privilegios dentro de la familia. El 40% de ellas considero que el paciente ameritaba sobreprotección ya que con esto impedían o disminuían el número de crisis y por lo tanto el número de hospitalizaciones. Solo en 2 familias (10%) se considero que la enfermedad era motivo de crisis o conflictos familiares llegando en una de ellas a proponerse el divorcio por parte del esposo. Esto se debía a que se culpaban mutuamente de ser los causantes de la patología principalmente en los que existían antecedentes tanto del lado materno como paterno. Ninguna de las familias

consideró que esta enfermedad influyera en las relaciones entre sus miembros.

En la investigación psicosocial familiar, en la cual se utilizó el esquema de Pedigree y estudios familiares, se encontró, tipificandolas de acuerdo a la clasificación de Leñero, que en relación al núcleo familiar el 75% (15 --

Cuadro 5
CLASIFICACION FAMILIAR

EN BASE A SU:		Fam. estudio		Fam. Control	
		No.	%	No.	%
ESTRUCTURA	NUCLEAR	15	75	17	85
	EXTENSA	5	25	3	15
	TOTAL	20	100	20	100
DESARROLLO	MODERNA	2	10	1	5
	TRADICIONAL	18	90	19	95
	PRIMITIVA	0	0	0	0
	TOTAL	20	100	20	100
INTEGRACION	INTEGRADA	10	50	14	70
	SEMI-INTEGRA.	8	40	5	25
	DESINTEGRADA	2	10	1	5
	TOTAL	20	100	20	100
DEMOGRAFIA	URBANA	20	100	20	100
	RURAL	0	0	0	0
	TOTAL	20	100	20	100
TIPOLOGICO	CAMPESINA	0	0	0	0
	OBRAERA	18	90	20	100
	PROFESIONAL	2	10	0	0
	TOTAL	20	100	20	100

Fuente: Estudios familiares y genogramas.

familias) era de tipo nuclear y el 25%(5 familias) extensa. En base a su desarrollo o nivel cultural el 90% (18 familias)erán de tipo tradicional y solo el 2% (2 familias)modernas. En relación a su integración el 50% eran familias integradas, el 40 % semi-integradas; ya que en dos

de ellas el esposo consumía bebidas alcohólicas con demasiada frecuencia, y todas las madres de estas familias -- consideraron que era necesario sobreproteger al niño asmático, por lo que consideramos que esto no les permitía -- cumplir en forma adecuada con sus funciones. El 10% se encontraron desintegradas por falta de uno de los padres; en un caso por divorcio y en el otro por la muerte del esposo. Desde el punto de vista demográfico el 100% fueron de tipo urbano, debido quizás a la zona de influencia de -- los lugares donde se realizó el estudio que es predominantemente urbano. También quizá por esta misma razón el 90% fue obrera y solo el 10% profesional; sin observarse diferencias significativas con el grupo control (cuadro 5).-- El tipo de unión predominante fue la civil-religiosa con 94.5% de los casos y solo en 5.5% fue unión libre, sin -- considerar a las familias desintegradas. Contaron con un promedio de 6.6 integrantes, con un promedio mensual de -- ingresos de 47 mil pesos. Cabe hacer notar que no se encontró relación entre estas características y el asma -- bronquial, excepto en lo que se refiere a la integración familiar. Se encontraron disfunciones familiares en el -- 50% de ellas (10 familias) que de acuerdo a la clasificación de la universidad de Hawai, el 20% de estas se encontraban en el primer eje o dimensión histórico-longitudinal específicamente en las complicaciones y variaciones -- del desarrollo cuando en la familia existe un solo padre. En el 80% restante (8 familias) presentaron alteraciones clasificables en el segundo eje o dimensión histórico seccional existiendo disfunción en el subsistema madre- --

hijo por sobreprotección hacia este último. No se encontraron alteraciones en el tercer eje o dimensión global por no haber sido buscadas en forma intencional.

En cambio en el grupo control solo se encontró disfunción en una familia (5%) clasificada en el primer eje y debida a la ausencia del padre por muerte.

DISCUSION.

Nuestros resultados muestran predominio en el sexo masculino a pesar de que otros autores (8,13) refieren que a esta edad (5 a 15 años) la incidencia es la misma para ambos sexos, quizá debido a la muestra tan pequeña del presente estudio. Quizás también por estas razones no se pueden formular conclusiones respecto a su incidencia por edad, pero se menciona que predomina de los 4 a 11 años (16,17). La edad de inicio fue de 2 a 4 años que coincide con los artículos revisados (9,10,13,14). Observándose que las causas de las crisis son múltiples, predominando los factores alérgicos, frío, humedad, infección, ejercicio, con porcentajes semejantes a los publicados (9,12,16) Las emociones (consideradas las preocupaciones, angustias, temores, etc., dentro de estas) factores más importantes del presente trabajo, son causa de crisis en el 25% de los casos; porcentaje semejante al publicado por Gardida (12) quien le da un 33%. Así también encontramos que los problemas familiares son causa de crisis en el 5% no encontrando datos publicados al respecto. El número de hospitalizaciones es directamente proporcional al número de crisis durante el año, no encontrando bibliografía en

relación a este punto. El niño con asma bronquial sufre cambios en su carácter en un 20% de los casos, encontrándolo; aprensivo, berrinchudo, deprimido y autoritario. -- Porcentaje un poco mayor al publicado por otros autores (4) quienes además agregan el que son agresivos, egocéntricos, con poca tolerancia al fracaso. Debemos tomar en cuenta que uno de nuestros pacientes presentaba disfunción cerebral mínima que pudiera ser la causa de los cambios en su carácter; siendo un 5% de los casos a diferencia del 10,5% que se ha publicado se asocia con algún otro tipo de alteración psiquiátrica (21).

Algunos autores mencionan que las emociones no son causantes de la patología, sino que son complicaciones de la misma en un 10 a 12% de los casos(4). En nuestra serie el 5% de los pacientes no presentó ninguna otra posible causa de la enfermedad atribuyéndole a estos factores un papel primordial. Ningun familiar aceptó que el paciente utilizara su enfermedad como arma para obtener privilegios como se ha reportado (13,17,21).

El 40% de las familias entrevistadas consideró que era necesario sobreproteger al niño asmático, dato que no pudo ser corroborado en la bibliografía revisada ya que no existen cifras al respecto solo se menciona que generalmente se tiende a sobreproteger a estos pacientes(2,4) a pesar de esto la mayoría de las familias negó que ello influyera en sus relaciones interfamiliares; solo en 2 de ellas (10%) se aceptó que era motivo de crisis o conflicto llegando al punto de la desintegración en una familia. No se observó relación entre la estructura, desarrollo --

demografía y tipología de la familia con la evolución del asma, en cambio en cuanto a su integración si existe relación ya que en el 50% de las familias desintegradas es causa de crisis asmática. Así también no se encontró algún tipo de influencia en lo que se refiere al número de integrantes familiares y nivel socioeconómico, tampoco se ha visto en otros estudios (15,19).

La literatura médica reporta que se ha encontrado -- alterada la dinámica familiar en el 20% de los pacientes (2) con asma bronquial. Nosotros la encontramos alterada en 10 familias (50%), 3 de ellas correspondían a las que sobreprotegen al paciente; ya que los autores consultados (1,2) mencionan que esto es causa de alteración en dicho proceso además que en dos de estas el padre era alcohólico lo que no le permite cumplir en forma adecuada con sus funciones. Las otras dos familias eran desintegradas por ausencia de uno de sus miembros y solo en una se menciona que tenía relación directa con la enfermedad (ver antes). Por lo tanto el asma bronquial es causa de alteración en la dinámica familiar en el 40% de los casos. Las alteraciones en este proceso conducen a disfunción; en el presente estudio encontramos que el 30% de ellas ocurren en el eje II de la clasificación de la universidad de Hawai (1,3) y se establece cuando la madre incide en sobreproteger al hijo manteniendo con él un contacto excesivo que causa deterioro en la relación con los demás miembros de la familia. El 20% restante de las disfunciones se encontrarán en el eje I y se presentan cuando existe un solo padre, aunque el 10% es el que influye directamente en la

evolución de la patología. Observamos que entre más tiempo tenga el niño de padecer la enfermedad mayor será el número de crisis y por lo tanto mayor número de hospitalizaciones que tré como consecuencia más sobreprotección y -- por lo tanto más alteraciones en la dinámica familiar.

CONCLUSIONES.

El asma bronquial, enfermedad de curso crónico, es sumamente frecuente en nuestro medio y con tendencia a aumentar cada día, por las condiciones de contaminación en nuestras metropolis, pudiendo llegar a convertirse en una verdadera epidemia. Es bien sabido que se inicia en etapas tempranas de la vida y que es de causalidad multifactorial donde las emociones juegan un papel importante, a pesar de no ser consideradas como causa primaria de la enfermedad, ya que son causa de crisis asmática en un 25% de los casos. Contando dentro de este factor a los temores, angustias, preocupaciones, etc., que se hacen más relevantes -- por los cambios de carácter en el individuo asmático, encontrándose estos: autoritarios, deprimidos, berrinchudos, agresivos, exigentes, llamandole a estas características "perfil del niño asmático". Esto se agrava más porque el 40% de las familias los sobreprotegen siendo esto la causa de alteración en su dinámica; por lo tanto, en las familias con un integrante asmático sufre alteraciones en dicho proceso en el 40% de los casos, que en determinado momento se convierten en disfunciones familiares agrupadas en el eje 1 de la clasificación de la universidad de Hawai. Concluyendo que el niño asmático influye en la dinámica --

familiar alterandola, y a su vez estas alteraciones inci-
den en el paciente cambiando su caracter y por lo tanto -
agravando o perpetuando la enfermedad.

Tomando en cuenta todo lo expuesto al médico fami --
liar le corresponde un papel preponderante en su manejo -
ya que además de que debe saber utilizar los medicamentos -
conocidos para su tratamiento debe brindar atención inte -
gral tanto al paciente como a su núcleo familiar.

RESUMEN

Se estudiarón 20 niños asmáticos del Hospital Gene -
ral de Zona No. 36 del I.M.S.S. y a sus respectivas fami -
lias, con la finalidad de determinar su interrelación con -
la dinámica familiar, utilizando para ello el formato del -
Hospital de Pediatría del C.M.N. del I.M.S.S. y efectuando
estudios familiares integrales tipificandolas de acuerdo -
a la clasificación de Leffero, y en caso de existir algún -
tipo de disfunción se clasificó de acuerdo a los estereoti -
pos de la Universidad de Hawai. Se contó con un grupo con -
trol de niños no asmáticos de la U.M.F. No. 1 y a sus res -
pectivas familias, aplicandoles el mismo protocolo de estu -
dio.

Fuerón 13 pacientes del sexo masculino y 7 del feme -
nino, con edades de 5 a 13 años e inicio de la patología -
de los 2 a 4 años, siendo múltiples las causas de las cri -
sis. Las emociones y problemas familiares son causantes --
del 25% y 5% respectivamente tomando en cuenta que en un -
paciente se presenta más de un factor causal. El número de
crisis y hospitalizaciones es variable de un año a otro. -
Los pacientes presentan cambios en su caracter en el 20% -
de los casos. El 40% de las familias tiende a sobrepro ---
teger al paciente siendo esto causa de alteración en la --
dinámica familiar, que puede evolucionar a disfunción fami -
liar clasificable en el eje 1 de los estereotipos menciona -
dos. No encontramos relación entre la estructura, desarro -
llo, demografía y tipología familiar con el asma bronquial
en cambio las familias desintegradas, en un 5%, agravan --
más el problema.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Saucedo GJ, Foncerrada MM; La exploración de la familia. Aspectos médicos, psicológicos y sociales. Rev. Méd. IMSS.(Méx) 1981; 19:155-163.
- 2.- Saucedo GJ, Foncerrada MM; Los problemas familiares y sus repercusiones en el niño. Rev. Méd. IMSS.(Méx.) - 1985; 23: 159-166.
- 3.- Wall WC, Esteban HR; La familia. En: Alarid HJ, Irigoyen CA; Fundamentos de Medicina familiar. México; Ediciones Medicina familiar de México, 1982: 1-11.
- 4.- Valle BJ; Aspectos emocionales en el asma bronquial - Alergia 1985; 32: 13-15.
- 5.- Santacruz VJ; La familia como unidad de análisis. Rev. Méd. IMSS (Méx.) 1983; 21: 348-357.
- 6.- Simeno JJ, Montaña LC, Franco HR; Asma bronquial. Experiencia clínica en el Hospital del niño del Noroeste. DIF. Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx. 1983; 40:27-31.
- 7.- Pérez MJ; Cronología de los medicamentos para el asma. Alergia 1985; 32: 37-39.
- 8.- Speizer FE; Aspectos epidemiológicos del asma bronquial. En: Herzog H; Serie Asma 1. México; Sandoz, - 1985; 7-12.
- 9.- Pérez MJ, Madariaga J, Ortega CH; Profilaxia del asma bronquial. Alergia 1985; 32: 3-9.
- 10.- Mafadson ER, Frank AK; Asma. En: Harrison, Thorn JW, Adams RD, y col.; Medicina interna. 5a ed. México: La prensa Médica Mexicana, 1979; Vol 2: 1600-1606.
- 11.- Pérez MJ; Epidemia de asma en el área metropolitana de la ciudad de México. Alergia 1985; 32: 63-64.

- 12.- Gardida ChA, Arana MO, Tapia CR, y col.: Manejo del niño asmático en las instituciones de salud. Bol. Méd Hosp. Inf. Méx. 1982; 39: 581-584.
- 13.- Jones RS; Asma Infantil. Barcelona; Salvat, 1973; 223 249.
- 14.- Levy M, Linden B; General practice audit of asthma in childhood. British medical journal 1984; 289: 1115 - 1116.
- 15.- Dubo S, McLean JA, Ching AY, y col.; A study of relationships between family situation, bronchial asthma, and personal adjustment in children. The J Pediatrics 1961; 59: 402-414.
- 16.- Quezada LA; Asma bronquial; avances y perspectivas. - Bol Méd Hosp Infant Méx. 1983; 40: 548-551.
- 17.- Mattissen A; Aspectos psicológicos del asma infantil. _ Pediat. Clin. North America 1975; 24: 79-89.
- 18.- McLean JA, Ching AY; Follow-up study of relationships between famyly situation and bronchial asthma in children. J Am Acad. Child Psychiatry 1973; 12: 142-161.
- 19.- McNichol KN, Williams HE, Allan J, y col.; Spectrum - of Asthma in Children-111, Psychological and social - components. British Medical Journal 1973; 4: 16-20.
- 20.- Fitzelle GT; Personality factors and certain attitudes toward child rearing among parents of asthmatic - children. Psychosom med. 1959; 21:209.
- 21.- Ching YT; indicaciones para mandar al psiquiatra niños asmáticos. Clin. Med. Fam. 1974; 20: 143-146.
- 22.- Chagoya, L.; Dinámica familiar y patología. En: Dulato E. (ed.) Ediciones médicas del Hospital Infantil de México, 1975; 25-30.

- 23.- Leffert F, Greenville SC: The management of chronic -
asthma. J Pediatrics 1980; 97: 375-383.
- 24.- Vander: Asma como evitarla y suprimirla. Barcelona: _
ediciones Adrian Vander, 1971: 15-20.
- 25.- Gómez OL: El pronóstico del asma en la infancia. Bol _
Méd Hosp Infant Méx 1983; 40: 231-232.
- 26.- Tardida ChA, Arana MO, Pérez NJ, y col: Estudio y ma-
nejo integral del niño asmático. Rev Méx Pediatr 1980
47: 79-94.