

11226
2447



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Unidad de Medicina Familiar No. 33

Repercusiones de la dinámica familiar
en el Asma Bronquial

T E S I S

Que para obtener el Título de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P r e s e n t a:

DRA. HERLINDA HINOJOSA RODRIGUEZ



México, D. F.

Enero 1988

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

Agradecimientos

| | PAG. |
|-----------------------------------|------|
| Objetivos de Estudio | 1 |
| Observación | 2 |
| Antecedentes Científicos | 3 |
| Historia | 3 |
| Definición | 4 |
| Prevalencia | 4 |
| Etiología | 5 |
| Fisiopatología | 7 |
| Manifestaciones Clínicas | 8 |
| Datos de Laboratorio | 9 |
| Diagnostico Diferencial | 10 |
| Tratamiento | 10 |
| Origen de la Familia | 13 |
| Clasificación de la Familia | 13 |
| Subsistemas | 15 |
| Tipos de Límites | 15 |
| Funciones de la Familia | 16 |
| Comunicación | 17 |
| Planteamiento del Problema | 20 |

| | PAG. |
|--|------|
| Hipótesis | 21 |
| Tipo de Estudio | 22 |
| Universo de Trabajo | 23 |
| Cronograma | 24 |
| Resumen de la Metodología Utilizada | 25 |
| Resultados | 28 |
| Conclusiones | 38 |
| Sugerencias | 41 |
| Bibliografía | 43 |
| Anexo | 46 |

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- 1.- CONOCER EL TIPO DE ESTRUCTURA FAMILIAR DE LOS PACIENTES IDENTIFICADOS.
- 2.- IDENTIFICAR LOS ROLES, LIMITES Y VINCULOS DE CADA UNO DE LOS CASOS ESTUDIADOS.
- 3.- IDENTIFICAR EL PAPEL QUE JUEGA EL PACIENTE ASMATICO EN LA DINAMICA FAMILIAR.
- 4.- IDENTIFICAR EN QUE PORCENTAJE, LA FAMILIA INVALIDA A UN NIÑO CRONICAMENTE ENFERMO.

OBSERVACION

SE HA OBSERVADO QUE EN LOS EPISODIOS DE CRISIS ASMATICA AUNADOS A ETIOLOGIA YA ESTABLECIDA, EXISTE UN FACTOR COADYUVANTE, QUE ES EL EMOCIONAL, QUE DES-SENCADENA DICHO CUADRO.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

HISTORIA

El término asma (dificultad para respirar)- propiamente se remonta a la cultura griega y ya Hipócrates (460-370 a.c) se ocupó del asma con su característica precisión clínica. Mirgagni, en su De sidbus etcausus morborum, establece el concepto de que el asma es un síndrome causado por numerosos factores ambientales inhalados - por individuos susceptibles. La propensión individual fué ceñida por primera vez a factores - múltiples tales como ambientales, químicos y fisicos. Beau, en la misma época señala que el asma posee un componente inflamatorio bronquial - importante lo cual es refutado por Gaidner, para quien la estimulación vagal es la que provoca asma. El tiempo habría de darle la razón a - ambos.

Ellistson y Phoebus a principios del siglo - XVIII, establecen el papel irritante que pueden tener el polen, el polvo y la caspa de animales en las personas sensibles. Portier y Rchet, establecen que la respuesta inmunológica, hasta entonces considerada exclusivamente benéfica al - individuo, también puede ser dañina, naciendo a

sí el concepto de hipersensibilidad.(7)

DEFINICION

El asma es un trastorno bronquial de hipersensibilidad, que se caracteriza por obstrucción reversible de las vías aéreas producida por la combinación de edema de la mucosa, constricción de la musculatura bronquial y secreción excesiva de moco. (8)

PREVALENCIA

La prevalencia del asma en nuestro medio se ha investigado en parte solamente; según un estudio realizado recientemente entre 24 996 habitantes de la Ciudad de México se hallaron 8996 (12.9%) casos con algún padecimiento alérgico entre los cuales el asma ocupó el 1.17% (6).

En el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el transcurso de 14 años la proporción anual de bronquiolitis aguda y asma se han incrementado paulatinamente lo cual es de interés, ya que en publicaciones recientes consideran que el 25% de los niños con bronquiolitis evolucionan hacia asma (5).

ETIOLOGIA

Las causas son de acción compleja, que obligan a que cada autor las enfoque de diversas maneras, de acuerdo con su criterio personal. Consideramos tres grupos principales de causas:

Las Intrínsecas, las Extrínsecas y las Específicas.

1.- LAS CAUSAS INTRINSECAS: son éstas — las concernientes al sujeto que condicionan la disposición patológica, éstas son las siguientes:

- a) Raza. Siendo más susceptible la raza blanca (2,5,9,15).
- b) Sexo. Siendo más frecuente en el hombre — que en la mujer (13).
- c) Edad. Recientemente se ha publicado que existe mayor incidencia en niños menores — de 2 años de edad (13).
- d) Condición Social. No existe diferencia en relación al estrato socioeconómico (12).
- e) Herencia. Este aspecto también juega un — papel importante en el desarrollo de la alergia. Kjelman encuentra que el hijo de padres atópicos desarrollan seis veces más posibilidades de alergia que en los padres no atópicos (12).

- f) Sistema Nervioso Vegetativo. La cual es - debido a la presencia de algunas sustancias liberadas o producidas por la reacción alérgica que provoca irritabilidad y vegetativa (12, 13) .
- g) Aspectos Emocionales. Se reportan que de un 10 a 12% de los niños que sufren asma bronquial en forma crónica, el desorden alérgico primario se ha complicado profundamente con factores emocionales, especialmente conflictos crónicos no resueltos de la familia y los que surgen en relación a la conducta del niño enfermo y sus reacciones emocionales. Si conceptualizamos al asma bronquial como un padecimiento reversible de obstrucción de las vías aéreas - que puede ser intermitentemente exacerbado por una gran variedad de causas que - tienden a la cronicidad (9, 16) .
- h) Inmunopatología de la Reacción Asmática. Se ha visto que además de la participación de las IgE en la crisis asmática intervienen otras como las IgG4 (12) .

2.- CAUSAS EXTRINSECAS

Son aquéllas que obran como condiciones am -

bientales, ajenas al sujeto mismo, de explicación difícil y, sin embargo, indudables en muchos casos como lo son: los cambios de temperatura, altitud, latitud, vientos dominantes, composición del suelo, la ocupación, etc (2,9).

3.- CAUSAS ESPECIFICAS

Entre éstas tendremos que considerar a los diferentes alérgenos, como causas específicas del asma alérgica; algunas infecciones como causa del asma bacteriana, y las espinas irritativas, como causas del asma refleja (2,9).

FISIOPATOLOGIA

Independientemente del factor desencadenante del ataque asmático la vía final común lleva a la aparición gradual del espasmo, edema y moco en ese orden cronológico (2).

Los cambios que se llevan a cabo son los siguientes:

- a) Aumento de la resistencia aérea,
- b) Incremento del trabajo respiratorio,
- c) Mala distribución o desequilibrio de la relación ventilación-perfusión (2, 3, 9).

MANIFESTACIONES CLINICAS

En los lactantes y algunos preescolares se manifiesta por taquipnea, sibilancias y tos seca. En los escolares y algunos preescolares se presenta con mayor frecuencia en forma de accesos paroxísticos de disnea, estertores silbantes finos y abundantes con tos frecuente; el niño se encuentra con jadeo, disnea acentuada, tiros intercostales, tos seca y acuosa, sensación de opresión pectoral, habitualmente se encuentra sentado apoyado con los brazos extendidos hacia atrás con "sed de aire", cianosis bucal y peribuca; su expresión es de angustia, su cara cianótica se cubre a menudo de sudoración fina, los estertores pueden escucharse a distancia. A la exploración física el tórax se encuentra con abundantes estertores finos, generalizados y la disnea de tipo espiratorio, hiper sonoridad a la percusión. Habitualmente no hay fiebre, o ésta es muy leve. Cuando los accesos se prolongan acaban por influenciar el psiquismo del niño, y de sus familiares, y entonces se agrega otro componente emocional al cuadro clínico, relacionado con alteraciones--

de la dinámica familiar, aspectos económicos y sociales (3, 15).

DATOS DE LABORATORIO

- 1.- Espudo. El cual contiene gran cantidad de eosinofilos, células polimorfonucleares.
- 2.- Secreción Nasal. La cual contiene gran cantidad de eosinófilos.
- 3.- Biometria Hemática. Hemoglobina y hematocrito con valores normales superiores a los normales; existe eosinofilia importante, en algunos niños se presenta neutropenia y disminución de las plaquetas, pero éste es solo transitorio mientras la crisis existe, para volver después a la normalidad.
- 4.- En ocasiones puede estar indicado un estudio de electrolitos en sudor. Recordar que la mucoviscidosis puede comportarse de esta forma.
- 5.- Determinación de CO₂ y electrolitos en los casos severos.
- 6.- Secreción Gástrica. En los niños asmáticos se ha encontrado menor cantidad de secreción de "ácido clorhídrico" (3).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- 1.- Cuerpos extraños
- 2.- Obstrucción de laringe
- 3.- Infecciones agudas
- 4.- Cambios abruptos y marcados en la presión - intratorácica
- 5.- Condiciones cardiovasculares
- 6.- Problemas metabólicos
- 7.- Condiciones misceláneas (3, 7).

TRATAMIENTO

Sus objetivos son los siguientes:

- 1.- Controlar la contracción del músculo liso
 - a) Adrenalina 0.01 ml S.C. en tres dosis con intervalos de 15 minutos.
 - b) Salbutamol 8 mcg x Kg S.C.
0.06 a 0.10 mg x Kg / dosis cada 6-8 hrs.
 - c) Aminofilina 5-10 mg x Kg IV por 15 a 20 minutos.
 - d) Isoproterenol 0.1 mg x Kg x minuto.
- 2.- Mejorar la volemia y el estado de hidratación. A través de soluciones parenterales para evitar deshidratación y desequilibrio-hidroelectrolítico.

3.- Mantener el estado acidobásico.

La acidosis metabólica se corrige con bicarbonato de sodio.

La acidosis respiratoria, debe corregirse - con ventilación asistida.

4.- Disminuir el edema.

a) Hidrocortisona 5 mg x Kg I.V. cada 6 hrs

b) Metilprednisolona 1 mg x Kg I.V. cada 6 hrs.

5.- Extraer los tapones mucosos.

Para fluidificar las secreciones, el estado de hidratación es importante.

6.- Mantener la oxigenación y la eliminación de CO₂.

En las primeras fases de la evolución de un ataque asmático puede bastar la administración de oxígeno para corregir la hipoxia arterial. Cuando el trabajo respiratorio es - muy intenso y esta fatigado el paciente además de administrar oxígeno se procederá al siguiente paso que es la intubación endotraqueal e instalación de ventilación mecánica en los casos severos.

7.- Controlar el proceso infeccioso

Cuando se sospeche participación bacteriana se debe administrar tratamiento específico con antibióticos (3, 9).

ORIGEN DE LA FAMILIA

Las principales formas de matrimonio corresponden a los tres estadios fundamentales de la evolución humana: Al salvajismo corresponde el matrimonio por grupos, a la barbarie el matrimonio Sindiásmico y a la Civilización la monogámica con sus complementos que son el adulterio y la prostitución.

La monogamia nació de la concentración de grandes riquezas en las mismas manos (las de un hombre) y el deseo de herencia hacia sus hijos (4).

CLASIFICACION DE LA FAMILIA

1.- Clasificación Estructural

Se refiere a los elementos que forman parte de la familia y estas son:

- a) Familia Nuclear. Compuesta por padre, madre e hijos.
- b) Familia Extensa
Compuesta por padre, madre, hijos y abuelos.
- c) Familia Extensa Compuesta
Integrada por padre, madre, hijos y e---

lementos no consanguíneos.

2.- Clasificación desde el punto de vista de su Desarrollo.

Se refiere a los tipos de familia existentes en las distintas etapas de la evolución histórica y de las cuales aún existen remanentes.

- a) Primitiva
- b) Tradicional
- c) Moderna

3.- Clasificación desde el punto de vista Demográfico.

Es en relación a la zona geográfica que habitan:

- a) Rural
- b) Urbana
- c) Suburbana

4.- Clasificación desde el punto de vista de su Integración:

- a) Integrada
- b) Semiintegrada
- c) Desintegrada (17)

SUBSISTEMAS

1.- El subsistema Conyugal

Se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de constituir una familia, la cual posee tareas o funciones específicas vitales para el funcionamiento adecuado como familia.

2.- El Subsistema Parental

Es la relación que existe entre padres e hijos.

3.- El Subsistema Fraternal

Es la relación que existe entre hermanos y es el primer laboratorio social en el que -- los niños pueden experimentar relaciones -- con sus iguales (17).

TIPOS DE LIMITES

1.- Límites difusos

Cuando las familias se vuelcan hacia si mismas para desarrollar su propio microcosmos-- El subsistema se sobrecarga y existe aglutinamiento.

2.- Límites Rígidos

La comunicación entre los subsistemas es -- difícil, y las funciones protectoras de la

familia se ven perjudicadas (desligamiento)
(17).

3.- Límites claros

Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros. Deben definirse con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero - también deben permitir el contacto entre - los miembros del subsistema y los otros.

FUNCIONES DE LA FAMILIA

1.- Socialización

El individuo aprende las normas sociales y los valores culturales que hacen de él un - miembro activo de su familia.

2.- Cuidado

Consisten en cubrir las necesidades físicas de los miembros de la familia.

3.- Afecto

Consisten en cubrir las necesidades de carifino de los miembros de la familia.

4.- Reproducción

Consiste en la regulación y control del ambiente sexual y de la reproducción.

5.- Status

Es la responsabilidad de proveer las necesidades básicas. El conferir estatus a un niño, es el de transmitirles derechos y tradiciones.

COMUNICACION

Es la acción de comunicar o comunicarse entre dos personas, la cual puede ser de dos tipos:

a) Verbal

Utiliza palabras

b) No verbal

Expresión facial, posición del cuerpo, tensión muscular, ritmo respiratorio y tono de la voz.

En el transcurso de la vida cotidiana un individuo puede utilizar una o varias de las siguientes vías de comunicación:

1.- Condena

2.- Sumisión

3.- Intelectualización

4.- Indiferencia (18).

Y sus modelos de comunicación son los siguientes:

1.- Aplacar

El apacador siempre habla de manera a congraciarse, tratando de complacer, de disculparse, nunca está en desacuerdo en ninguna forma. Es alguien que habla como si no pudiera hacer nada por sí misma, siempre necesita tener la aprobación de otros

2.- Acusador

El acusador siempre encuentra fallas, es un dictador, el que manda. Se siente superior. La sensación interna es de tensión muscular y orgánica. Entre tanto, la presión sanguínea aumenta. La voz es dura, tensa y muchas veces aguda y fuerte.

3.- Superrazonable

El superrazonable es exageradamente correcto y razonable, y no demuestra ningún sentimiento. Es calmado y frío, e imperturbable. Podría compararse con una verdadera computadora o un

diccionario. Físicamente, se siente sólo, frecuentemente frío y distante. La voz es monótona, seca, y las palabras tienden a ser abstractas.

4.- Irrelevante

El irrelevante dirá o hará cosas que tengan poca relación con lo que digan o hagan los demás. Nunca da una sensación interna. La sensación interior es de confusión. La voz es como un sonsonete, frecuentemente en desacuerdo con las palabras, y puede subir y bajar de tono sin ningún motivo, porque no se dirige a nadie en particular (14).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

**¿ LAS ALTERACIONES EN LA DINAMICA
FAMILIAR SON FACTORES IMPORTANTES
COMO DESENCADENANTES DE CUADROS DE
ASMA BRONQUIAL?**

HIPOTESIS

**LA DINAMICA FAMILIAR ALTERADA ES UN
FACTCR IMPORTANTE EN LA GENESIS DE
LAS CRISIS ASMATICAS**

TIPO DE ESTUDIO

- 1.- PROSPECTIVO**
- 2.- LONGITUDINAL**
- 3.- DESCRIPTIVO**
- 4.- OBSERVACIONAL**

UNIVERSO DE TRABAJO

**SE INVESTIGO A LOS PREESCOLARES Y
ESCOLARES DIAGNOSTICADOS CON ASMA
BRONQUIAL DERECHAHABIENTES DE LA
UMF No. 33 EL ROSARIO.**

CRONOGRAMA

24

| ACTIVIDADES | 1986 | | 1987 | | | | | | | | | | | | | 88 |
|----------------------------------|------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|
| | Nov | Dic | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic | Ene | |
| Revisión y Elaboración Protocolo | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Revisión Protocolo | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Captación de la muestra | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realización de la Investigación | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análisis de resultados | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Redacción de la tesis | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Revisión de la tesis | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entrega de la tesis. | | | | | | | | | | | | | | | | |

Planeado

Realizado

RESUMEN DE LA METODOLOGIA UTILIZADA

Se realizó muestro determinístico, por cuota, se estudiaron 20 familias.

Se identificaron aquellos pacientes con diagnóstico de Asma Bronquial bien establecido, sin importar causa, que fueran mayores de 2 años de edad y menores de 12 años de edad sin importar sexo y que fueran derechohabientes del área de influencia de la UMF No. 33.

La muestra se obtuvo de las formas de registro de consulta diaria (4-30-6) las cuales fueron proporcionadas por el servicio de Codificación de la UMF No. 33, así como también de los pacientes asmáticos que se presentaron en los diferentes consultorios de esta unidad, la cual - su motivo de consulta era por su misma enfermedad o por otra causa, pero que se sabían asmáticos.

Se realizaron entrevistas a estas 20 familias en la UMF No. 33 en la cual se aplicó un cuestionario de 38 preguntas, así como también preguntas de tipo abierto en la que se investigó - la dinamica familiar, roles, límites y vínculos.

asi como el conocimiento que se tenga de esta en fermedad, y de los sentimientos que surgen de - padres cuando un hijo se encuentra hospitalizado, las relaciones que surgen entre los padres y hermanos, y la conducta posterior de éstos, - cuando el asmático vuelve a su hogar después de una crisis asmática.

Como se dijo anteriormente el cuestionario - incluyó un total de 38 preguntas de las cuales se dividió de la siguiente manera:

- 1.- 33 preguntas dedicadas a la dinámica familiar de las cuales a su vez se subdividieron de la siguiente manera:
 - a) 17 preguntas exploraban la comunicación existente en cada familia.
 - b) 12 preguntas que exploraban como se encontraban las funciones.
 - c) 6 preguntas con las cuales se establecian como se encontraban los límites.
- 2.- 5 preguntas para establecer que tanto sabian de la enfermedad.

Del total de preguntas para explorar la dinámica familiar, 14 de ellas nos indicaban si la -

dinámica familiar alterada provocaba la presencia de crisis asmática y en las que también intervenían un factor emocional, las cuales son las siguientes:

Preguntas No. 4, 5, 9, 14, 15, 16, 21, 22, - 25, 27, 33, 35, 36, 38 (ver anexo).

Exploraron el proceso comunicacional las preguntas 5, 6, 7, 9, 11, 14, 15, 18, 19, 25, 26, 29, 30, 33, 34, 35 y 37 (ver anexo)

Exploraron funciones, las preguntas 4, 8, 12, 13, 17, 20, 21, 23, 31, 32, 36 y 38 (ver anexo)

Exploraron límites, las preguntas: 3, 8, 10, 16, 27 y 37 (ver anexo)

Exploraron el conocimiento de la enfermedad las preguntas 1, 2, 22, 24, 28 (ver anexo).

RESULTADOS

El análisis estadístico de la información \neq fué el siguiente:

$$H_1 = A \neq B$$

A= Dinámica Familiar Alterada

B= Presencia de crisis asmática

$$H_0 = A = B$$

Nivel de significancia 0.05

Nivel de Confianza 95%

Tipo de Prueba :

Se estudiaron 20 familias y en la que se utilizó la Prueba exacta de Fisher

Criterios de Rechazo de H_0

Se Rechaza H_0 si: $P < 0.05$

EDAD DE LOS PADRES

FECHA Septiembre a Octubre 1987

UMF No. 33

| Intervalo | PM | Prec | Frec.acum | % | %acum |
|-------------|----|------|-----------|------|-------|
| 47.5 - 52.5 | 50 | 2 | 40 | 5 | 100 |
| 42.5 - 47.5 | 45 | 3 | 38 | 7.5 | 95 |
| 37.5 - 42.5 | 40 | 11 | 35 | 27.5 | 87.5 |
| 32.5 - 37.5 | 35 | 11 | 24 | 27.5 | 60 |
| 27.5 - 32.5 | 30 | 13 | 13 | 32.5 | 32.5 |

$\bar{X} = 36.25$

$Md = 35.68$

$S = 5.75$

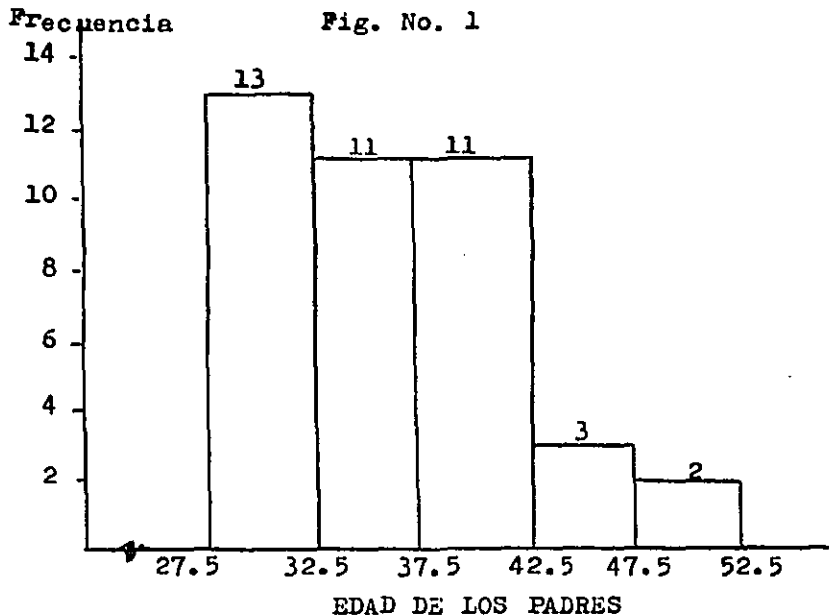
$C.V.=6.31$

$Mo = 13$

$R = 20$

$S^2 = 33.01$

Fig. No. 1



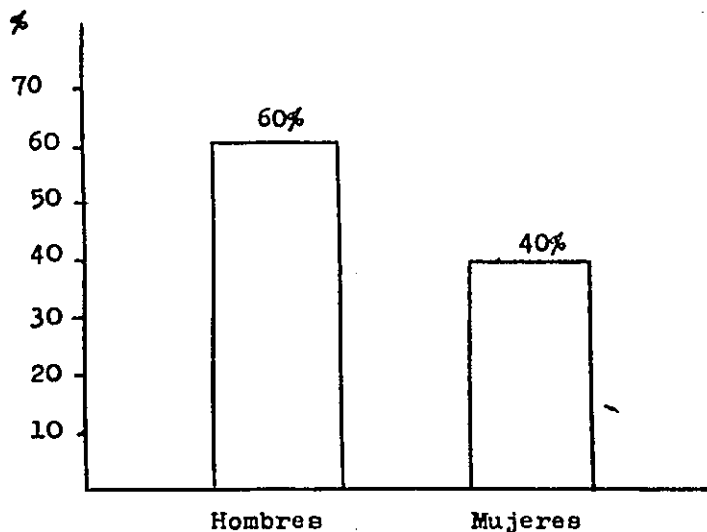
Fuente: Inf (personal) 29

De los 20 casos estudiados la edad de los pa dres fluctuó entre los 28 años a los 48 años de edad; siendo la edad de los padres más frecuen- te que se encontró entre los 27 años a los 32 - años de edad, que representó el 32.5%, y que es tadísticamente la Media es de 36.25; con una Mo da de 13; , Mediana 35.68, Rango de 20; Desvia- ción Media de 5.75; Desviación Estandar de 33.01 Coeficiente de Varianza de 6.31 .

SEXO DE LOS PACIENTES ASMATICOS
FECHA: SEPTIEMBRE A OCTUBRE DE 1987
UMF No. 33 I.M.S.S.

| Sexo | f | % |
|---------|----|----|
| Hombres | 12 | 60 |
| Mujeres | 8 | 40 |

Fig. No. 2



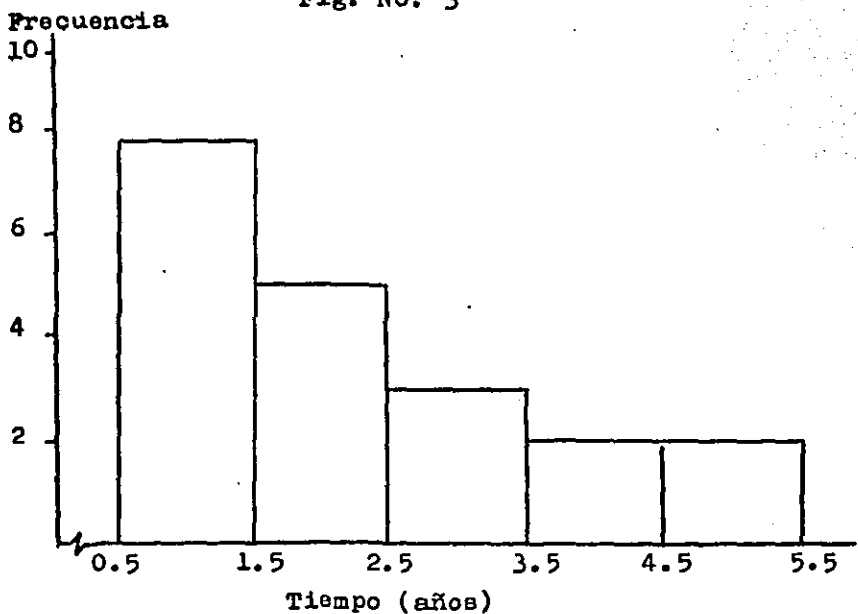
Fuente: Inf. (personal)

De los 20 casos de pacientes asmáticos estudiados; 60% correspondió al sexo masculino y - el 40% al sexo femenino.

EVOLUCION DEL PADECIMIENTO
 FECHA: SEPTIEMBRE A OCTUBRE DE 1987
 UMF No. 33 I.E.S.S.

| AÑOS | f | % |
|----------|---|----|
| 0.5- 1.5 | 8 | 40 |
| 1.5- 2.5 | 5 | 25 |
| 2.5- 3.5 | 3 | 15 |
| 3.5- 4.5 | 2 | 10 |
| 4.5- 5.5 | 2 | 10 |

Fig. No. 3



Fuente: Inf. (personal)

De los casos analizados de los pacientes as
máticos en relación a la evolución del padeci-
miento, estos comprendieron desde menos de un
año hasta cinco años de evolución.

El grupo en el que se encontró una mayor fre
cuencia correspondieron a menos de un año hasta
año y medio de evolución del padecimiento.

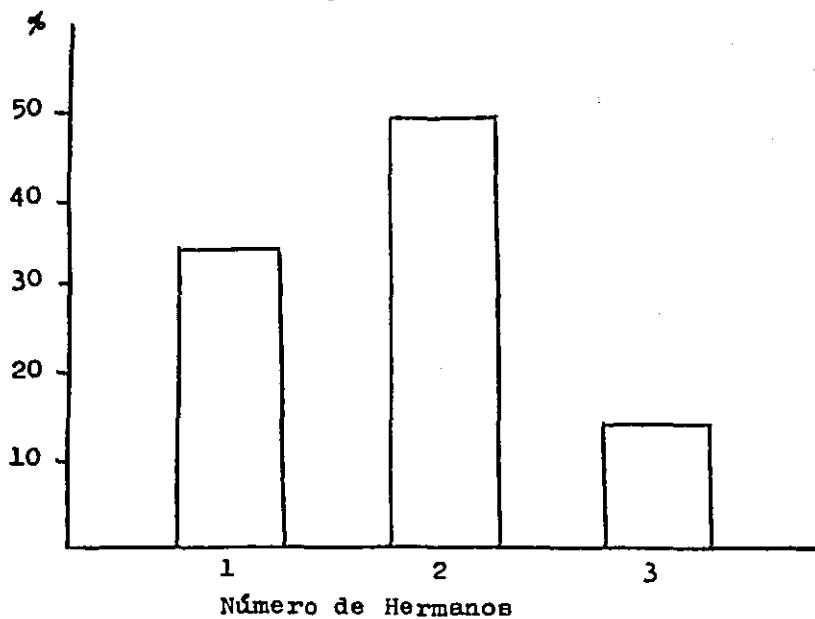
NUMERO DE HERMANOS

FECHA: SEPTIEMBRE A OCTUBRE DE 1987

UMF No. 33 I.M.S.S.

| Hermanos | f | % |
|----------|----|----|
| 1 | 7 | 35 |
| 2 | 10 | 50 |
| 3 | 3 | 15 |

Fig. No. 4



Fuente: Inf. (personal)

En relación al número de hermanos que tiene el paciente asmático, incluyó como máximo tres hermanos, y como mínimo un hermano.

Observándose con mayor frecuencia dos hermanos, correspondiendo esto al 50%.

Después de haber hecho un análisis estadístico de las 20 familias estudiadas llegamos a la resultante que:

$$P < 0.05$$

Con lo cual rechazamos a H_0 y comprobamos como valida la H_1 propuesta anteriormente .

Fig. No. 5

DINAMICA FAMILIAR

Adecuada Inadecuada

CRISIS ASMATICA

si

2

3

5

no

11

4

15

13

7

20

Fuente: Inf. (personal)

CONCLUSIONES

Del trabajo efectuado en los meses de septiembre a octubre de 1987 de tipo prospectivo en la UMF no. 33 podemos concluir lo siguiente:

El factor emocional es un importante agente etiologico en la génesis de crisis asmática; con lo que los síntomas y signos espectaculares del asma pueden convertirse en el punto focal de la ansiedad de los padres o una pugna entre éstos y su hijo, presentandose problemas de comunicación fundamentalmente.

Así tenemos que el 30% de las familias estudiadas presentan alteraciones en la comunicación, haciendo que la autoestima de uno o varios miembros de la familia se encuentra baja. Lo que repercute que las funciones familiares no se estén llevando adecuadamente y por lo tanto los límites de estas familias son rígidos y en otros casos difusos, presentando aglutinamiento lo que ocasiona consecuentemente disfunción familiar.

No pudimos corroborar o identificar si existía funcionalidad previa a la notificación de que su hijo padece "Asma" o cuando la dinámica familiar ya estaba alterada por causas ajenas a la enfermedad; debido a que nuestro cuestionario

únicamente se ubicó en el presente; así tampoco pudimos corroborar sobre las inasistencias a la escuela y las repercusiones en el rendimiento escolar.

Frecuentemente se observó sobreprotección de la madre hacia el hijo, y la angustia que esta maneja ante la presencia de crisis asmática, así como también en la administración de medicamentos y sus asistencias a consultas.

La edad de los padres encontrada es importante, porque de acuerdo a esta; será la forma de reaccionar ante un evento dentro del núcleo familiar. En este estudio la edad de los padres - fué entre 27 y 32 años de edad, lo que indica - que en su mayoría se trata de padres jóvenes y que representó el 35%.

Del total de niños estudiados el 60% correspondió al sexo masculino y el 40% al sexo femenino, llegando a la misma conclusión en lo ya expuesto en el marco teórico.

En relación al número de hermanos, vemos que el promedio es de 2 hermanos, o sea que se trata de familias pequeñas.

La evolución del padecimiento en este estudio

es breve, de un año en su mayoría, el cual nos puede estar hablando de problemas intrafamiliares recientes que estén repercutiendo en el niño para la presencia de " crisis asmática".

Este trabajo se realizó de acorde a las normas éticas nacionales e internacionales en materia de investigación (19).

SUGERENCIAS

Información adecuada por parte del Médico Familiar a todas las familias con enfermos asmáticos sobre aspectos relacionados a la enfermedad en sí como son:

- a) Factores etiológicos
- b) Evolución
- c) Pronóstico

Coordinación entre el médico familiar y el -
pediatra en aquellos casos de difícil control.

Apoyo de tipo psicológico, tanto a los padres como a los hijos asmáticos en forma de terapia de apoyo.

Aceptación del paciente asmático por parte -
de su familia, mediante orientación y apoyo psicológico, aclarando límites, roles y que la comunicación sea clara y directa entre los diferentes subsistemas, evitando así el aglutinamiento y la sobreprotección del enfermo

Orientación para prevenir o manejar la crisis asmática adecuadamente administrando con oportunidad los medicamentos requeridos.

Orientación y terapia de apoyo en aquellos - casos en los que se ha comprobado que el factor emocional es importante en la génesis de crisis asmática, estableciendo una mejor comunicación entre los padres y asumiendo el rol que les corresponde para un mejor manejo del paciente.

Llevar en investigaciones futuras, grupo control para una mejor contrastación de la hipótesis propuesta.

Investigar la funcionalidad del sistema familiar antes de la notificación de que su hijo padece "Asma", mediante la aplicación de un cuestionario que investigue esta etapa.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Birrel CH. Primer Simposium sobre Dinámica Familiar y Psicoterapia de la Familia, México : I.F.A.C. 1981
- 2.- Cosío VI. Síndrome de Asma Bronquial. En Cosío VI. Clis SA. Cosío FM. Aparato Respiratorio: México:Francisco Mendez Oteo, 1978: 61-84.
- 3.- Des SS. Asma. En Kendig IW, eds. Trasntor-nos Pulmonares. Barcelona España:Salvat , 1077: 440-484.
- 4.- Engels F. La Familia. Engels F. El Origen de la Familia y la Propiedad Privada y el Estado. México: Letras, 1985; 23-66.
- 5.- Farreras VP. Asma Bronquial. En Farreras VP. Eds. Medicina Interna Tomo I. México; Marín, 1075; 680-689.
- 6.- Goedida CH A. Estudio y Manejo Integral del Niño Asmático. Rev. Méx. de Pediatría 1080; Vol XLII; 36-38.

- 7.- Kretschmer SR. Asma. En Max SA. Mauons Rj. eds. Mindromes Pediatricos. México: La Presa Médica Mexicana: 1981: 355-357.
- 8.- Marton MR. Rusning J. Respiratorio y Medias tino. En Krupp M.CH eds. Diagnostico Clínico y Tratamiento: México. Manual Moderno, 1982:133-140
- 9.- Nelson VM. Trastornos Alérgicos. En Nelson VW., eds. Tratado de Pediatría: México: - Salvat, 1978: 504+ 506 .
- 10.- Noguez PF. Asma Bronquial. En Arellano M., eds. Cuidados Intensivos en Pediatría, México: Interamericana, 1983: 73-79.
- 11.- Norman P. Asma. Fiebre del Heno y otras - Manifestaciones alérgicas. En Wintrobe M. Thorn WG. Adams DR., eds Medicina Interna Tomo I, México. Prensa Médica Mexicana, - 1070: 400-410.
- 12.- Oehlin A. Inmunopatología de la Reacción - Asmática. Alergia, 1085; XXXII: 63-67.
- 13.- Peres MJ. Madariaga J. Ortega CH, Profilaxis del Asma Bronquial. Alergia 1985; - XXXII: 3-9.

- 14.- Satir V. Modelos de Comunicación. En Satir V, ed Relaciones Humanas en el Nucleo Familiar. México: Pax- México, 1985: 59-79
- 15.- Valenzuela RW Alergia. En Valenzuela RL. Luengas BJ, Marquet SL, eds. Manual de - Padiatria. México . Interamericana, 1980: 712-716
- 16.- Valle BJ. Aspectos Emocionales en el Asma Bronquial. Alergia, 1985; XXXIII: 13-15
- 17.- Apuntes proporcionados en la UMF No. 33
- 18.- Perez J. Comunicación en Terapia Familiar en Trabajo Social, México. 1983: 57
- 19.- Manual para la elaboración y aprobación - de proyectos de Investigación I.M.S.S. - México. 1983: 5-49

A N E X O

ANEXO
QUESTIONARIO

Para padre o madre que acuden a consulta y -
que tienen un hijo asmático.

Nombre del paciente _____

Edad _____

Sexo _____ Consultorio No. _____

1.- Desde cuando su hijo está enfermo _____

2.- Sabe en que consiste la enfermedad de su hi
jo.? Si no

3.- Da atención especial a su hijo asmático?
si no

4.- Descuida Ud. a sus otros hijos cuando su hi
jo presenta la crisis asmática? si no

5.- Ha observado Ud. si su hijo presenta la ---
crisis cuando discute con su esposo (sa)?
si no

6.- Su esposo (sa) alguna vez le ha dicho que su
hijo está enfermo por su culpa? si no

7.- Alguna ocasión le ha dicho a alguno de sus
hijos que su hermano está enfermo por su cul
pa? si no

8.- Ordena Ud. a sus otros hijos que traten bien
a su hermano asmático? si no

- 9.- Cuando su hijo tiene alguna crisis trata de calmar al resto de la familia? si no
- 10.- Tiene Ud. predilección por su hijo asmático? si no
- 11.- Usted piensa que se les debe de informar a los otros hijos sobre la enfermedad de su hermano? si no
- 12.- Usted piensa que a los hijos se les debe de decir que se les quiere? si no
- 13.- Hace sentir a los otros hijos que también son igual de amados en la misma proporción que al hijo asmático? si no
- 14.- Cuando su hijo enferma Ud. es la que inicia la discusión en su casa con su esposo (sa)? si no
- 15.- Se ha dado cuenta que su hijo asmático se da cuenta de todos los cambios que se suscitan cuando el tiene la crisis? si no
- 16.- Usted se ha dado cuenta si su hijo asmático los domina anteponiendo su enfermedad? si no
- 17.- Su hijo asmático se siente inferior en relación a sus otros hermanos? si no

- 18.- Usted platica con su esposo (sa) acerca de la enfermedad de su hijo? si no
- 19.- Usted platica con sus demas hijos en relación a la enfermedad que padece su hermano? si no
- 20.- Usted trata por igual a todos sus hijos? si no
- 21.- Cuando Ud. está en su trabajo y le avisan que su hijo presenta una crisis sale de su trabajo? si no
- 22.- Conoce Ud. los factores que precipitan la aparición de la crisis? si no
- 23.- Es Ud. cariñosa (so) con su conyuge e hijos? si no
- 24.- Usted ha tratado de pedir información acerca de la enfermedad de su hijo?. si no
- 25.- Cambian las actitudes de todos los integrantes de su familia cuando su hijo se encuentra hospitalizado? si no
- 26.- Usted y su esposo(sa) se comunican armoniosamente cuando su hijo está hospitalizado? si no
- 27.- Cuando su hijo le pide algo en especial y no se lo da, presenta la crisis? si no

- 28.- Cree Ud. que esta enfermedad se puede controlar? si no
- 29.- Se siente Ud. o su esposo culpables de la enfermedad de su hijo? si no
- 30.- Discute Ud. y su esposo delante de sus hijos? si no
- 31.- Orienta Ud. a sus hijos sobre lo que está bien hecho o mal hecho? si no
- 32.- Corrigen cariñosamente a todos sus hijos cuando estos fallan en algo?. si no
- 33.- La disgusta a su esposo (sa) cuando su hijo se pone mal? si no
- 34.- Sus demas hijos ãmuestran su enojo cuando su hermano está hospitalizado? si no
- 35.- Considera que los problemas intrafamiliares tienen consecuencias en relación con la enfermedad de su hijo? si no
- 36.- Cuando su esposo(sa) acaricia a sus otros hijos; su hijo asmático presenta la crisis? si no
- 37.- Su familia se ha distanciado a consecuencia de la enfermedad de su hijo? si no
- 38.- Ha notado que los disgustos, temores o preocupaciones provoquen o agraven la crisis asmática de su hijo? si no