

11226

75  
2ej

---

---

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

---

---

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Hospital General de Zona No. 3 con Medicina Familiar

Mazatlán, Sinaloa,



## Estudio Sobre Asma Bronquial en el Paciente Pediátrico y su Repercusión en la Dinámica Familiar.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

---

---

T E S I S   R E C E P C I O N A L  
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T A  
DRA. OTILIA OROZCO ORTIZ

---

---

MAZATLAN, SINALOA

1992

---

---



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

Todo el material contenido en esta tesis 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.

## INDICE

	PAGINA.
INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	3
HIPOTESIS.....	3
OBJETIVOS.....	4
GENERALIDADES.....	5
MATERIAL Y METODOS.....	9
RESULTADOS.....	19
DISCUSION Y COMENTARIOS.....	36
RESUMEN Y CONCLUSIONES.....	38
BIBLIOGRAFIA.....	40

## INTRODUCCION

El asma bronquial es un padecimiento crónico de origen multifactorial, en el cual es trascendente el reconocimiento del predominio de ciertos agentes desencadenantes, de acuerdo a la edad del paciente y al medio ambiente en que se desarrolla, y que se va a caracterizar por obstrucción de las vías aéreas, de intensidad variable, susceptible de modificarse en forma espontánea o por acción de medicamentos. La alteración básica de la enfermedad reside en la hiperreactividad de las vías aéreas a diversos estímulos, cuyo mecanismo puede ser de naturaleza inmunológica o no inmunológica, produciéndose broncoconstricción, edema de la mucosa bronquial, hipersecreción y aumento de la viscosidad del moco, lo que se manifiesta clínicamente con tos en accesos, disnea y sibilancias que conduce a diversos grados de insuficiencia respiratoria.

El factor emocional debe ser investigado en todo paciente con asma bronquial por la importancia que adquiere como factor desencadenante o perpetuante y su repercusión en la dinámica familiar. El niño asmático debe ser valorado integralmente mediante un estudio multidisciplinario orientado a tratar de identificar todos y cada uno de los factores involucrados en la génesis de su padecimiento y poder ofrecer así un mejor manejo.

En algunos pacientes se pueden encontrar alteraciones emocionales que interfieren en el control del padecimiento o que explotan los síntomas para obtener ganancias secundarias. En ciertos casos el paciente y la enfermedad son utilizados para mantener un sistema disfuncional; esto ocurre especialmente en el caso de conflicto conyugal de los padres, oculto o desviado por la enfermedad del hijo.

La dinámica de la familia según Jackson, consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que éste funcione bien o mal como unidad. La familia es siempre algo más que el resultado de la suma de las personalidades de sus integrantes, quienes al relacionarse producen una organización en constante cambio y crecimiento, constituye un sistema abierto formado por varios subsistemas organizados por generación, sexo y funciones. Así tenemos el subsistema de los esposos como matrimonio, los esposos como padres etc.

Las reglas que gobiernan la organización familiar incluyen una jerarquía de poder donde padres e hijos, tienen diferentes niveles de autoridad y existe una complementariedad de funciones entre esposo y esposa.

Se identifica a la familia como un organismo que posee una historia natural propia de su vida, un periodo de germinación nacimiento, crecimiento, desarrollo, una capacidad para adaptarse al cambio y las crisis, una lenta declinación y la disolución de la familia vieja en la nueva.

La integración familiar es importante en todas las enfermedades e incluso donde la patología es claramente física. Meissner ha señalado que en la enfermedad 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.

Sabemos que todas las alteraciones físicas tienen un impacto psicológico en los individuos y por consiguiente en la familia, y así mismo hay factores emocionales ligados a la interacción familiar que frecuentemente precipitan o perpetúan el problema, como sucede en algunos casos de pacientes con asma bronquial.

La finalidad del presente trabajo es conocer el grado de disfunción familiar en el paciente con asma bronquial, determinar los diversos factores que actúan favoreciendo su disfunción y así poder sugerir posibles soluciones para disminuir el grado de disfunción.

### JUSTIFICACION

El asma bronquial es uno de los padecimientos crónicos más frecuentes en los niños, y observando que en este Hospital es una de las principales causas de consulta tanto en el servicio de Urgencias como en la Consulta Externa, quisimos saber la influencia que tiene sobre la dinámica familiar, los factores involucrados en su presentación y así poder sugerir posibles soluciones para mejorar la dinámica familiar.

### HIPOTESIS

**De Nulidad;**

La presencia de un paciente asmático no altera la dinámica familiar.

**ALTERNA:**

La presencia de un paciente asmático altera la dinámica familiar

## OBJETIVOS

4

- a).- Conocer el grado de disfunción en la dinámica familiar en el paciente con asma bronquial.
- b).- Determinar los factores diversos que actúan favoreciendo su disfunción.
- c).- Dar posibles soluciones para disminuir el grado de disfunción familiar en el paciente con asma bronquial.

## GENERALIDADES

La familia como unidad primaria de nuestra sociedad se define como el grupo constituido de 2 o más personas que viven juntas bajo el mismo techo y están relacionadas entre sí por los lazos de sangre, matrimonio o adopción. (1)

La dinámica de la familia según Jackson, consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia y hacen que ésta como unidad funcione bien o mal. La manera de pensar, sentir, actuar y presentarse ante los otros, que cada miembro de la familia tiene producirá acercamiento o rechazo, un clima de seguridad o de ansiedad, funcionalidad, o disfuncionalidad dinamismo o estancamiento. (2)

Una familia funcional logrará dicho objetivo en la medida que sea capaz de realizar adecuadamente las siguientes funciones de socialización, cuidado, afecto, reproducción y status.

Dentro de las formas de valoración sociales y psicológicas - que evalúan con cierta frecuencia y profundidad la funcionalidad familiar están el Apgar Familiar y la valoración de funciones familiares. (3) La familia tendrá alteraciones en su dinámica y tomará una actitud determinada cuando exista la presencia de un miembro enfermo, tomando en cuenta el nivel socioeconómico y cultural, así como la integración familiar que exista, y variará de acuerdo al miembro enfermo que se trate. (4)

La estructura familiar tiene parámetros que en un momento determinado proporcionan datos sobre la funcionalidad de una familia como son: la jerarquía o autoridad, los límites, centralidad o territorio, alianzas y geografía. (5)

Dentro de la familia, se desarrollan entre sus miembros funciones de comunicación y división de roles y transacciones múltiples.

Considerando que la familia constituye un sistema abierto, donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contrareacciones en los otros y en él mismo, cuando un miembro de la familia presenta patología, es indispensable conocer sus

aspectos ecológicos, tanto familiares como sociales para que haya una mejor comprensión de la enfermedad y un manejo adecuado.

El asma bronquial es un padecimiento que actualmente se considera como un síndrome caracterizado por obstrucción de las vías aéreas, de intensidad variable, susceptible de modificarse en forma espontánea o por acción de medicamentos. La alteración básica de la enfermedad reside en la hiperreactividad de las vías aéreas a diversos estímulos, cuyo mecanismo puede ser de naturaleza inmunológica o no inmunológica. (6) Produciéndose - broncoconstricción, edema de la mucosa bronquial, hipersecreción y aumento de la viscosidad del moco, lo que se manifiesta clínicamente con tos en accesos, disnea y sibilancias que conduce a diversos grados de insuficiencia respiratoria. (7)

Las manifestaciones clínicas del asma en el niño son muy variables y cambiantes y dependen básicamente de la edad en que se presente, pues la evolución natural de la enfermedad imprime en los primeros años de la vida ciertas características - cuando el fenómeno alérgico y el inflamatorio por infección se imbrican denominándose con otros términos como bronquitis obstructiva, bronquitis infecciosa, o bronquitis asmática. (8) El diagnóstico en los primeros años de la vida se fundamenta en el cuadro clínico y secundariamente en los exámenes de laboratorio y gabinete.

El factor emocional debe ser investigado en todo paciente con asma bronquial por la importancia que adquiere como factor desencadenante o perpetuante y su repercusión en la dinámica familiar. (8)

En los últimos 20 a 30 años se ha registrado un aumento significativo de pacientes con ésta patología, atribuible a diversos factores como la tendencia a las aglomeraciones, lo que facilita la transmisión y diseminación de infecciones virales bacterianas y parasitarias que son importantes causas de desencadenamiento de las crisis del asma en individuos predispuestos e incluso pueden ser determinantes en el desarrollo de hiperreactividad bronquial. (9) Los cambios en los hábitos alimenticios como el abandono de la lactancia materna por leche de vaca procesada con el desarrollo posterior de atopias, y la

exposición a contaminantes ambientales que favorecen la bronquitis crónica y el desarrollo de crisis asmáticas.

El asma bronquial tiene un origen multifactorial, en el cual predominan ciertos agentes desencadenantes de acuerdo a la edad del paciente y al ambiente en que se desarrolla; así por ejemplo las infecciones virales pueden conducir a una crisis aguda en cualquier época de la vida, pero de hecho predominan en el lactante y en el preescolar; el factor alérgico es más evidente en el escolar y el emocional en el adolescente. Sin embargo durante los primeros años de la vida otras causas frecuentes que desencadenan las crisis son el ejercicio, los cambios climatológicos, los irritantes inespecíficos como el humo de tabaco y la contaminación atmosférica; y en un alto porcentaje de los casos la etiología es mixta (10)

En la etapa preescolar y de lactante por su etiología más frecuente, que es la viral, es el curso natural autolimitado o persistente lo que va a confirmar el diagnóstico, ya que los estudios de laboratorio y gabinete son de poca utilidad.

En la etapa escolar el diagnóstico es clínico apoyado por los estudios de laboratorio, determinación de IgE, eosinófilos abundantes en moco nasal, eosinofilia sérica y pruebas cutáneas positivas, que pueden comprobar la etiología alérgica. En algunos casos el factor emocional se encuentra involucrado y puede influir en el desencadenamiento de las crisis. Las infecciones bacterianas adquieren relativa importancia en ésta etapa.

En el adolescente, en la mayoría de los casos la etiología es multifactorial, predominando el factor emocional, debido a los cambios propios de esta etapa de desarrollo y crecimiento, el diagnóstico se basa en el cuadro clínico, estudios de laboratorio y es importante valorar desde el punto de vista psicológico la influencia de la enfermedad en la vida del paciente y del núcleo familiar.

El manejo de los pacientes va a depender de la fase en que sea detectado el paciente.

En la fase aguda el manejo va a ser a base de broncodilatadores, oxígeno, hidrocortisona, bicarbonato, antibiótico y medi -

das generales dependiendo de las características de cada paciente y de la severidad del cuadro, tratando de no abusar de los medicamentos, por las complicaciones que traen cada uno de ellos

En la fase crónica, se va a establecer a) tratamiento específico mejorando el medio ambiente, erradicando los focos infecciosos, tomando medidas de hiposensibilización y psicoterapia familiar si el caso lo amerita. b) tratamiento sintomático y c) un tratamiento de sostén.

Mencionando que es importante el manejo multidisciplinario de estos pacientes, así como la integración de la familia al equipo de salud para beneficio del paciente y del núcleo familiar.

## MATERIAL Y METODOS

Para realizar el presente estudio, se detectaron pacientes pediátricos con diagnóstico de asma bronquial, tanto en el servicio de Urgencias como en la Consulta Externa de Medicina Familiar del H.G.Z. # 3 en Mazatlán Sin., bajo los siguientes parámetros de inclusión.

- 1.- Pacientes pediátricos con diagnóstico de asma bronquial.
- 2.- Edad comprendida de 3 a 14 años.
- 3.- Ambos sexos.
- 4.- Que correspondieran a la Clínica H.G.Z.#3 de Mazatlán Sin.
- 5.- Sin patología agregada

Con los siguientes criterios de exclusión.

- 1.- Pacientes que no correspondían a la edad mencionada.
- 2.- Que hubiera duda diagnóstica
- 3.- Que no pertenecían a la Clínica H.G.Z.#3 de Mazatlán Sin.
- 4.- Que tuvieran patología agregada.
- 5.- Que no aceptaran participar en el estudio.

### RECURSOS HUMANOS:

Familias afiliadas al I.M.S.S.

Médico de base coordinador del estudio

Apoyo del Servicio de Psicología de la Clínica H.G.Z. # 3 de Mazatlán Sin.

Residente de segundo año de Medicina Familiar.

### RECURSOS TECNICOS:

- 1.- Tarjeta de registro familiar (forma TRF-1) anexo 1
- 2.- Cuestionario de Apgar familiar de Gabriel Smilkstein anexo 2
- 3.- Cuestionario para valorar funciones familiares. anexo 3

- 4.- Determinación del grado de funcionalidad familiar (anexo 4)  
 5.- Cuestionario complementario para obtener mayor información familiar. (anexo 5)

#### METODOLOGIA.

- Estudio de tipo retrospectivo.
- De junio de 1990 a noviembre de 1990 se identificaron un total de 34 casos de pacientes pediátricos con asma bronquial.
- Se realizó visita domiciliaria con la finalidad de aplicar cuestionarios previamente elaborados de Apgar familiar, de Gabriel Smilkstein a las personas mayores de 15 años, de las familias en estudio, cuestionario de funciones familiares del Dr. Elias Ramirez, y cuestionario complementario.

- El Apgar familiar permite la autoevaluación psicológica de la familia con 5 variables de la relación y percepción intrafamiliar;

Adaptabilidad.

Asociación.

Progresión.

Afecto.

Acuerdos.

Se aplicó a todos los elementos de la familia mayores de 15 años utilizando el instrumento que contiene 5 preguntas, una para cada variable, con escala de; casi siempre, algunas veces o difícilmente, otorgandoles una ponderación a las respuestas de 2 1 y 0 puntos respectivamente.

- En el cuestionario de Funciones Familiares se valorarán las siguientes:

Socialización.

Cuidado.

Afecto.

Reproducción.

## STATUS

Cada uno con ponderación de 2,1,0, que corresponde a adecuado, parcialmente adecuado, e inadecuado respectivamente.

- Contando con los 2 elementos (Apgar Familiar y valoración de Funciones Familiares) se obtuvo el grado de funcionalidad de la familia.

AF = Apgar Familiar

FF = Funciones Familiares

$\% AF + \% FF \div 2 = \% DE FUNCIONALIDAD$

1 GRADO	=	100 - 80 %
11 GRADO	=	79 - 50 %
111 GRADO	=	49 - 0 %

- Los datos obtenidos por medio de los cuestionarios se agruparon en series de clases estadísticas, determinando la media aritmética, la moda y la mediana. Los resultados se manifestaron en gráficas de pastel, cuadros de frecuencias, gráficas en barras y polígono de frecuencia, que nos describen de una manera más objetiva la naturaleza de los datos.



CUESTIONARIO DE APGAR FAMILIAR

anexo 2

13

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ sexo \_\_\_\_\_  
 Familia \_\_\_\_\_ Edo. Civil. \_\_\_\_\_ Educación . \_\_\_\_\_

**ADAPTABILIDAD**

Me siento satisfecha con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún trastorno.

**ASOCIACION**

Estoy satisfecho con la manera en que mi familia discute de igual acuerdo e interés y participa en la evolución de problemas conmigo.

**PROGRESION.**

Encuentro que mi familia acepta mis deseos de tomar nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida.

**APECTO.**

Estoy satisfecho en la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos, tales como ira, aflicción y amor.

**ACUERDOS.**

Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos.

C	A	D

**PARAMETROS A VALORAR:**

- C= CASI SIEMPRE - 2 PUNTOS
- A= ALGUNAS VECES- 1 PUNTO
- D= DEFICIENTE - 0 PUNTOS.

QUESTIONARIO PARA VALORAR FUNCIONES FAMILIARES.

anexo 3

Familia \_\_\_\_\_ No. de miembros \_\_\_\_\_

PARAMETROS A VALORAR.

**SOCIALIZACION**

Ha disminuido ó evitan el alcoholismo o drogas  
 El lenguaje utilizado es socialmente aceptado.  
 La escolaridad de los niños es de acuerdo a edad.  
 Buena relación con otras familias.  
 Existe armonía entre sus miembros.

S	A	D

**CUIDADO**

Alimentación adecuada de los niños.  
 Control prenatal en los embarazos de la madre .  
 Esquemas de inmunización completos  
 Programas de detección adecuados.  
 Aseo personal y de ropa familiares bueno.


**APECTO**

Familia con esposa -madre.  
 Ayuda, comprensión y cariño de padres a hijos  
 Evitan discusiones frente a los hijos.  
 Sacan a pasear a sus hijos una vez por semana.  
 Ayuda el padre a la madre en labores del hogar.


**REPRODUCCION.**

Satisfacción sexual de la pareja  
 Métodos de P.F. acuerdo de pareja  
 Embarazos programados y deseados.  
 Educación sexual a los integrantes familia.  
 Bañarse niños y adultos del mismo sexo.


**STATUS**

Nombre del padre en algún hijo  
 Pocos cambios de trabajo del padre  
 Límites jerárquicos de autoridad.  
 Estado económico familiar bueno.


Ayudan y aceptan los padres la superacion/hijos

TOTALES

PONDERACION POSIBLE

PONDERACION OBTENIDA

PORCENTAJE


S - SIEMPRE ( 2 PUNTOS)

A - ALGUNAS VECES (1PUNTO)

D - DIFICILMENTE (0 PUNTOS )

## GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

FAMILIA	FECHA
---------	-------

FUNCION FAMILIAR	%
------------------	---

APGAR FAMILIAR	%
----------------	---

GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR	%
---------------------------------	---

## INTERPRETACION :

$$\% AP + \% FF \div 2 = \% \text{ DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR}$$

( AP )            APGAR FAMILIAR

( FF ).            FUNCIONES FAMILIARES

## GRADOS :

1o. GRADO = FAMILIA CON FUNCIONAMIENTO SATISFACTORIO

2o. GRADO = MODERADAMENTE DISPUNCIIONAL

3o. GRADO = SEVERAMENTE DISPUNCIIONAL

**DATOS COMPLEMENTARIOS**  
**CLASIFICACION DE LA FAMILIA**

Identificación familiar;

Familia

Domicilio

Cédula

Clínica y consultorio de adscripción

**1.- Clasificación desde el punto de vista de desarrollo.**

Moderna

Tradicional

Arcaica o primitiva

**2.- Desde el punto de vista demográfico**

Urbana

Rural

**3.- Desde el punto de vista de composición**

Nuclear

Extensa o Extendida

Extensa compuesta

**4.- Desde el punto de vista de integración**

Integrada

Semi-integrada

Desintegrada

**5.- Desde el punto de vista tipológico o caract. ocupacionales**

Campechina

Obrera

Profesional

6.- Según el nivel socioeconómico, estratificado y de clase

De estratos marginados y subproletariados

De estratos populares proletariados

De estratos medios

De estratos de dominio

## RESULTADOS

El total de niños detectados con diagnóstico de asma bronquial en el H.G.Z. # 3 de Mazatlán Sin. del mes de junio a noviembre de 1990. fué de 34 de los cuales observamos lo siguiente:

La edad de los pacientes detectados fué de 3 a 10 años, siendo 9 niños de 3 años que correspondía a un 26%, 7 niños de 4 años con un porcentaje de 21%, 10 niños de 5 años de edad con un porcentaje de 29%, 4 niños de 6 años con un porcentaje de 12%, un niño de 7 años (3%), 2 niños de 9 años con un porcentaje del 6% y un niño de 10 años con un porcentaje del 29%.  
(gráfica 1 )

Con respecto al sexo de los pacientes detectados predominó el sexo masculino con un total de 22 casos con un porcentaje de 65%, 12 pacientes del sexo femenino con un porcentaje del 35%. (gráfica 2 )

La escolaridad de los padres, en las familias de los pacientes detectados fué la siguiente; en 17 familias los padres tenían educación primaria (50%). 13 tenían educación secundaria (38%), 3 tenían escolaridad a nivel de preparatoria (9%), y en un caso los padres tenían educación profesional (3%). (tabla 1)

El rol de la esposa o compañera en las 34 familias fué como sigue, en un 71% correspondió al rol de esposa madre, con un total de 24 familias, el rol de esposa colabora en 10 casos con un porcentaje del 29%. (tabla 11)

El estado civil de los padres, en un 68% correspondió al de casados con un total de 23 familias; En un total de 8 casos, y 3 casos correspondieron a madres solteras, con un porcentaje del 9%, (gráfica 3)

En base al desarrollo de las familias en un 94% correspondieron a el tipo tradicional con un total de 32 casos, y un 6% correspondió al tipo moderno con un total de 2 casos (gráfica 4)

En cuanto al ingreso familiar, 17 familias tenían ingresos alrededor del sueldo mínimo con un porcentaje de 50%, 10 fami-

lias tenían ingresos de más del sueldo mínimo con un porcentaje del 29%. 6 familias tenían un ingreso de 2 veces el sueldo mínimo con un porcentaje del 18%, una familia tenía ingresos semejante a tres veces el sueldo mínimo. (gráfica 5)

Con respecto a la composición de las familias, 24 familias correspondían al tipo nuclear con un porcentaje del 71%, 9 familias correspondían al tipo extendida o extensa con un porcentaje del 26%, y una familia correspondía al tipo de extensa compuesta con porcentaje del 3%. (gráfica 6)

En cuanto a la integración de las familias, 22 familias correspondían a familias integradas con un porcentaje del 65% y 5 familias correspondían a la forma desintegrada con un porcentaje del 15%. (gráfica 7)

Desde el punto de vista demográfico las 34 familias correspondían al medio urbano, el 100%. (gráfica 8)

De acuerdo a las características ocupacionales, 32 casos o sea 94% de las familias correspondían a la de obreros y 2 casos (6%) eran profesionistas. (gráfica 9)

Con respecto al nivel socioeconómico de las familias, 19 casos correspondieron a los estratos populares proletariados con un porcentaje del 56%, 15 familias correspondieron a estratos medios con un porcentaje del 44%. (gráfica 10)

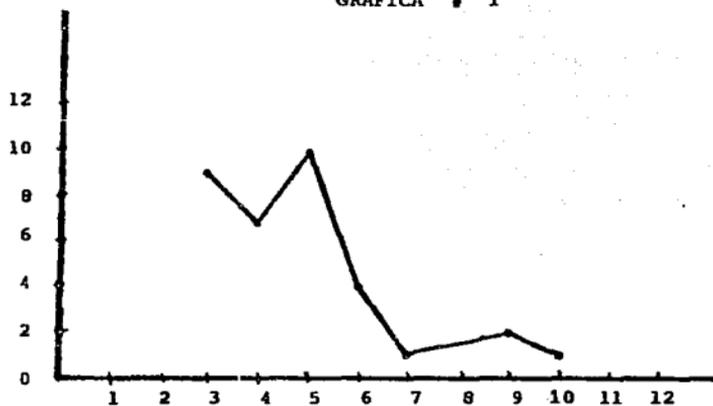
La fase de el ciclo familiar en que se encontraban las familias fueron las siguientes: en etapa de dispersión se encontraban 27 familias con un porcentaje del 79% y en etapa de independencia, 7 familias con un porcentaje del 21%. (gráfica 11)

Las funciones familiares que se encontraron mas alteradas fueron las siguientes: socialización en 14 casos con un porcentaje del 40%, de cuidado en 6 casos con un porcentaje del 18%, de reproducción en 6 casos con un porcentaje también del 18%, de afecto en 5 casos con un porcentaje del 15% y status en 3 casos con un porcentaje del 9%. (gráfica 12)

El grado de funcionalidad encontrado en las 34 familias fue el siguiente: en 21 casos se encontró primer grado de funcionalidad familiar, con un porcentaje del 62%, en 10 casos un segundo grado de funcionalidad con un porcentaje del 29%, y en 3 casos se encontró un tercer grado de funcionalidad familiar con un porcentaje del 9%. (gráfica 13).

EDAD DE LOS PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL

GRAFICA # 1



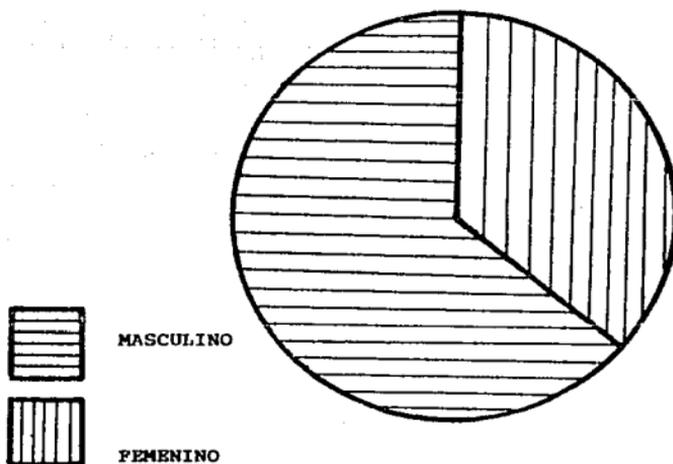
EDAD	No. CASOS	PORCENTAJE
3 A	9	26 %
4 A	7	21 %
5 A	10	29 %
6 A	4	12 %
7 A	1	3 %
9 A	2	6 %
10 A	1	3 %
TOTAL	34	100 %

$$\bar{X} = 4.8 \quad mo = 5 \quad md = 5$$

FUENTE : TRP-1

## SEXO DE LOS PACIENTES PED. C/ASMA BRONQUIAL

GRAFICA # 2



SEXO	No. CASOS	PORCENTAJE
MASCULINO	22	65 %
FEMENINO	12	35 %
TOTAL	34	100 %

FUENTE: TRF

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE LAS FAMILIAS  
ESTUDIADAS

TABLA 1

ESCOLARIDAD	No. CASOS	PORCENTAJE
PRIMARIA	17	50%
SECUNDARIA	13	38%
PREPARATORIA	3	9%
PROFESIONAL	1	3%
TOTAL	34	100%

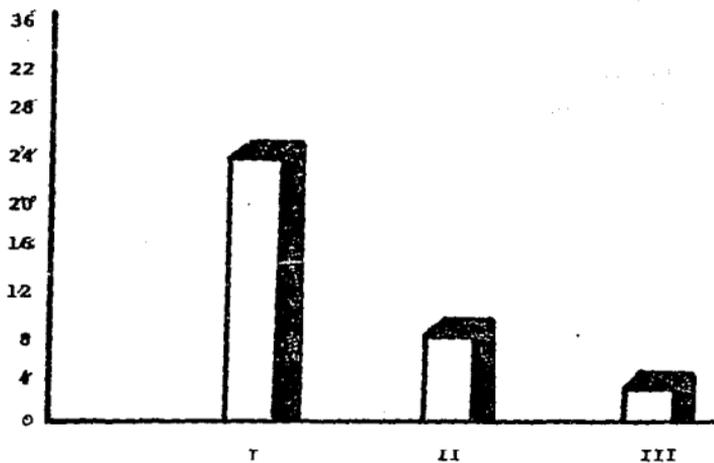
TABLA 11

ROLL DE LA ESPOSA O COMPAÑERA EN LAS 34 FAMILIAS  
ESTUDIADAS

ROLL DE LA ESPOSA	No. CASOS	PORCENTAJE
ESPOSA MADRE	24	71%
ESPOSA COLABORADORA	10	29%
ESPOSA COMPAÑERA	0	0%
TOTAL	34	100%

## EDO. CIVIL DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS

GRAFICA 3

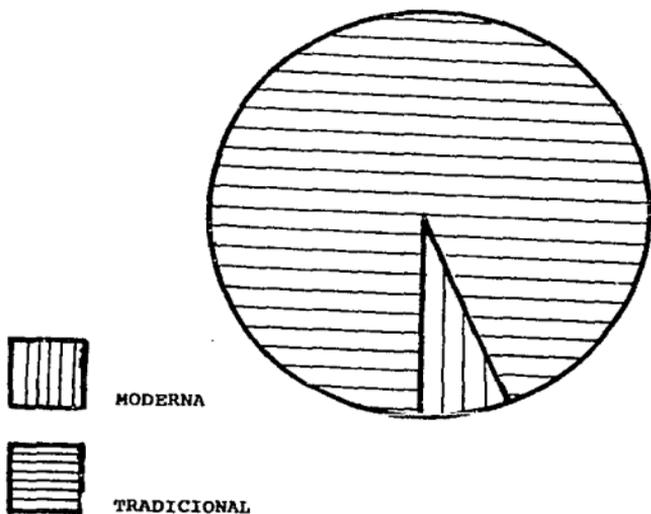


EDO. CIVIL PADRES	No. CASOS	PORCENTAJE
I CASADOS	23	68%
II UNION LIBRE	8	23%
III MADRE SOLTERA	3	9%
TOTAL	34	100%

FUENTE: TRP-1

DESARROLLO FAMILIAR EN LAS FAMILIAS DE PACIENTES PED.  
CON ASMA BRONQUIAL

GRAFICA 4

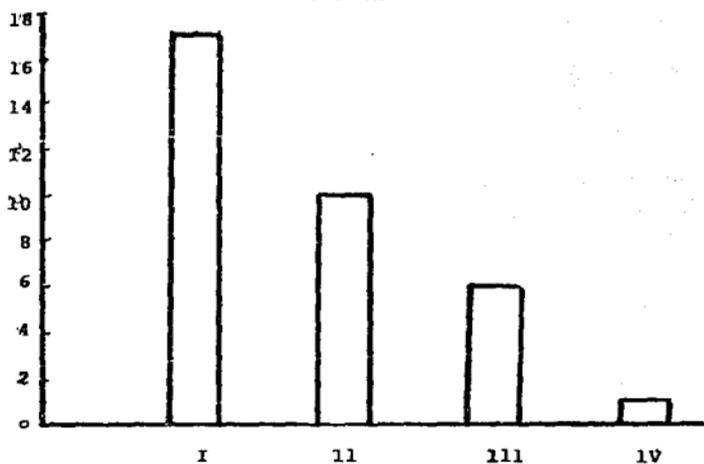


DESARROLLO	No. CASOS	PORCENTAJE
TRADICIONAL	32	94%
MODERNA	2	6%
TOTAL	34	100%

FUENTE TRP-1

## INGRESO FAMILIAR MENSUAL EN LAS 34 FAMILIAS ESTUDIADAS

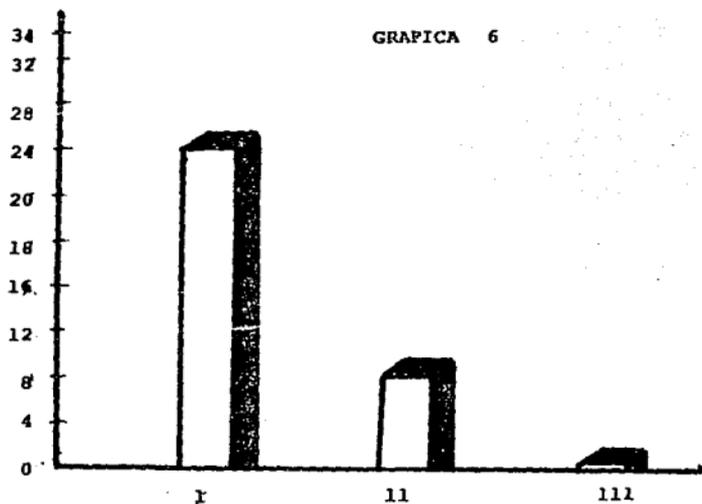
GRAFICA 5



INGRESO FAMILIAR	No. CASOS	PORCENTAJE
I SUELDO MINIMO	17	50%
II MAS DEL MINIMO	10	29%
III DOS VECES EL MINIMO	6	18%
IV TRE VECES EL MINIMO	1	3%
TOTAL	34	100%

FUENTE : TRF-1

COMPOSICION DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON ASMA  
BRONQUIAL

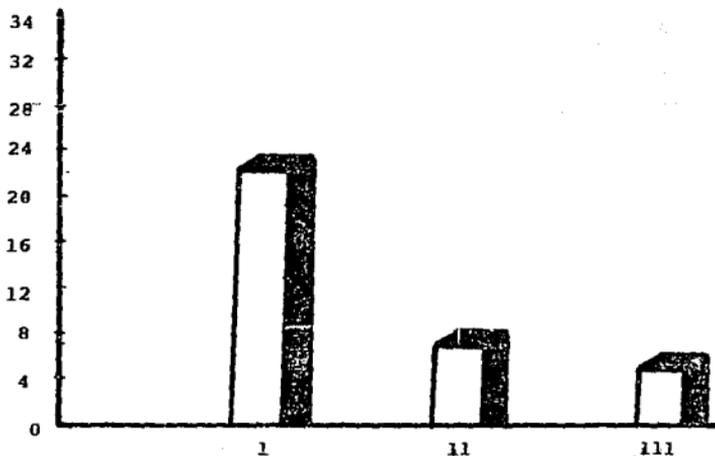


COMPOSICION	NO. CASOS	PORCENTAJE
I NUCLEAR	24	71%
II EXTENSA	9	26%
III E. COMPUESTA	1	3%
TOTAL	34	100%

FUENTE: TRF-1

INTEGRACION DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON ASMA  
BRONQUIAL

GRAFICA 7

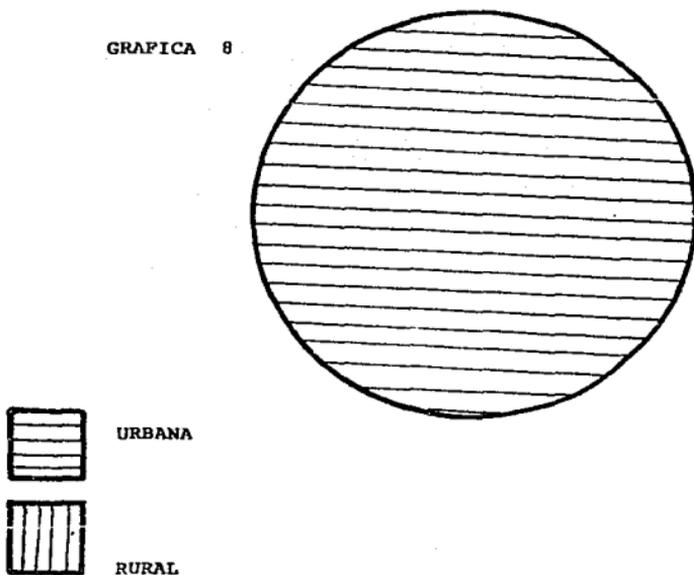


	1 INTEGRACION	No CASOS	PORCENTAJE
1	INTEGRADA	22	65%
11	SEMI INTEGRADA	7	20%
111	DESINTEGRADA	5	15%
	TOTAL	34	100%

FUENTE TRF-1.

## DEMOGRAFIA DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS

GRAFICA 8

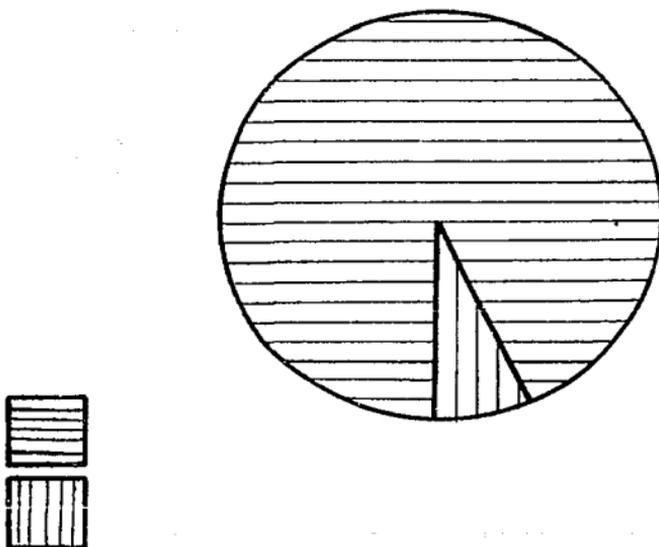


DEMOGRAFICO	No. CASOS	PORCENTAJE
URBANO	34	100 %
RURAL	0	0 %
TOTAL	34	100 %

FUENTE TRF-1

CARACTERISTICAS OCUPACIONALES DE LAS FAMILIAS DE LOS  
PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL

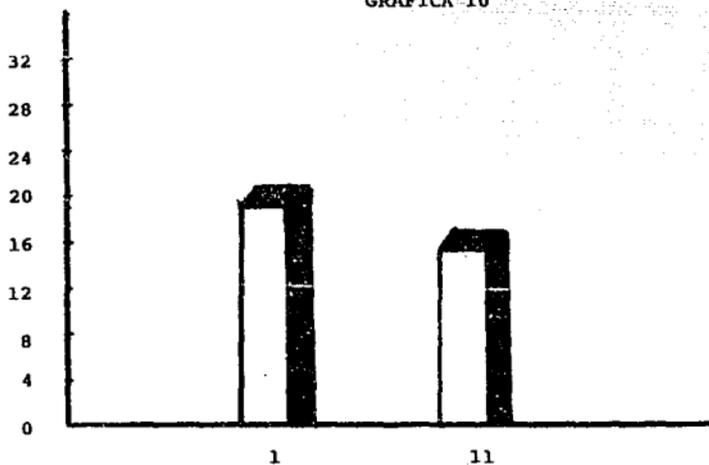
GRAFICA 9



OCUPACION	No. CASOS	PORCENTAJE
OBRERA	32	94%
PROFESIONISTA	2	6%
TOTAL	34	100%

NIVEL SOCIOECONOMICO DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES  
CON ASMA BRONQUIAL

GRAFICA 10



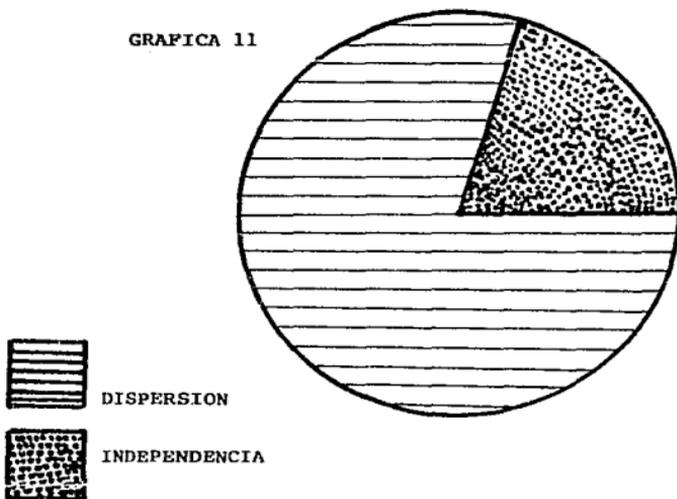
	NIVEL SOCIOECONO.	No. CASOS	PORCENTAJE
1	EST. POP. PROLETAR.	19	56%
11	EST MEDIOS	15	44%
	TOTAL	34	100%

FUENTE:

CUESTIONARIO ELABORADO PARA EL PROYECTO

FASE ACTUAL DEL CICLO DE VIDA FAMILIAR DE LAS 34 FAMILIAS

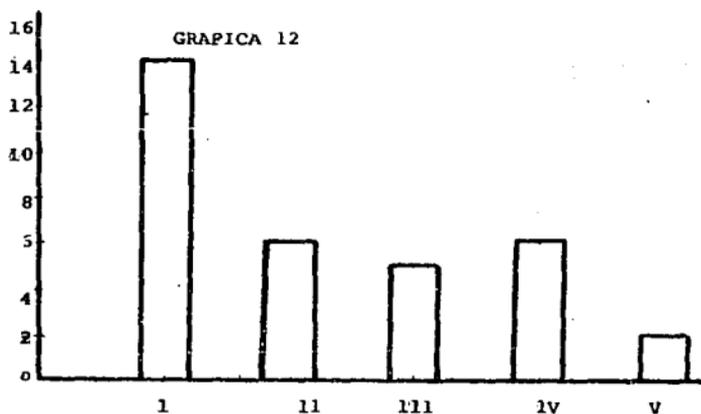
GRAFICA 11



FASE ACTUAL DEL CICLO DE VIDA FAMILIAR	No. CASOS	PORCENTAJE
EXPANSION	0	0%
DISPERSION	27	79%
INDEPENDENCIA	7	21%
RETIRO O MUERTE	0	0%
TOTAL	34	100%

FUENTE TRP

**PUNCIÓNES FAMILIARES AFECTADAS EN LAS 34 FAMILIAS  
ENCUESTADAS**

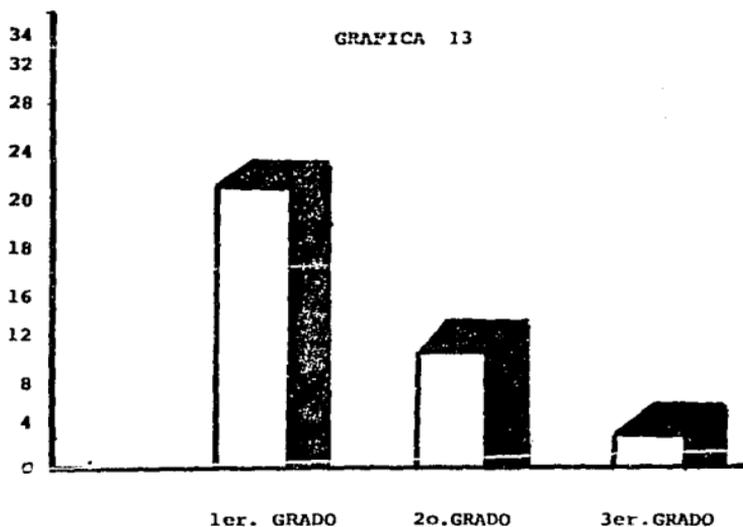


PUNCIÓNES FAM. AFECTA	No CASOS	PORCENTAJE
I SOCIALIZACIÓN	14	40%
II CUIDADO	6	18%
III AFECTO	5	15%
IV REPRODUCCION	6	18%
V STATUS	2	9%
TOTAL	34	100%

FUENTE TRP-1

I M S S

H.G.2. MAZATLAN, SIN.

GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LAS 34 FAMILIAS  
ESTUDIADAS

GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR	CASOS	PORCENTAJE
PRIMER GRADO	21	62%
SEGUNDO GRADO	10	29%
TERCER GRADO	3	9%
T O T A L	34	100%

Fuente: GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

## DISCUSION Y COMENTARIOS

Los resultados obtenidos en éste estudio comparados con los - obtenidos por otros autores, manifiestan que si se altera la dinámica familiar, cuando en la familia se encuentra un paciente - pediátrico con asma bronquial.

En los 34 pacientes estudiados, se observó que las causas que desencadenaron las crisis de asma bronquial, fueron las siguientes: En 22 niños las crisis se presentaron posterior a cambios bruscos de temperatura en un 65%, 10 niños presentaron las crisis posterior a la infección de vías respiratorias superiores 29%, y 2 niños presentaron las crisis secundario a ejercicio 6%. Aunque en algunos pacientes la etiología fué mixta, encontrando se involucrado el factor emocional, sobre todo los que presentaron las crisis secundario a cambios bruscos de temperatura y por ejercicio.

Con respecto a los antecedentes heredo familiares, en un 80%, de los casos se encontró el antecedente de que sus padres o abug los habían presentado asma bronquial en la infancia o que presentaban actualmente; resaltando con estos resultados el papel de - los factores hereditarios que predisponen a la presentación de - ésta enfermedad.

El mayor porcentaje de las familias estudiadas se encontraban en la fase de dispersión, que es la fase en la que el niño acude a otra Institución y cuya finalidad es que sea un organismo independiente y socializado; si se trata de un niño no deseado en el caso de las madres solteras, o descuidado por la madre que - trabaja, o con mala comunicación entre los padres, el niño tiene más probabilidad de desarrollar padecimientos donde la causa sea de tipo emocional.

Sabemos que las probabilidades de buena salud estan directamente relacionadas con el nivel socioeconómico, en éste estudio, se observó que un 56% de las familias pertenecían a estratos populares proletariados, las cuales presentaban además un alto índice de alcoholismo, el nivel de escolaridad y la falta de in-

formación de los padres, son factores que actúan negativamente, favoreciendo la presentación de las crisis de asma bronquial.

Las funciones más afectadas fueron la de socialización, cuidado y reproducción, esto nos traduce que los padres no están cumpliendo con sus funciones de socialización y no están cubriendo las necesidades físicas, afectivas y de salud de los integrantes de la familia.

Es importante mencionar que se debe de distinguir claramente cuando las alteraciones de la dinámica familiar son secundarias a la presencia de un miembro enfermo de la familia o cuando la dinámica familiar ya estaba alterada por otras causas - ajenas a la enfermedad (ejemplo: conflicto entre los padres), y se está utilizando el paciente para enmascarar las verdaderas causas del conflicto. Esta distinción es importante, ya que dependiendo de la causa de la alteración de la dinámica, va a ser el manejo.

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

El presente trabajo se realizó con la finalidad de determinar la dinámica familiar en el paciente pediátrico con asma bronquial en el H.G.Z. 3 con medicina familiar en Mazatlán Sin. El estudio fué de tipo retrospectivo, iniciándose en junio de 1990, finalizando en noviembre del mismo año; La hipótesis alterna formulada fué que la presencia de un paciente asmático altera la dinámica familiar.

El total de pacientes detectados fué de 34 de los cuales se determinaron diversos parámetros junto con sus respectivas familias obteniéndose los siguientes datos:

- El sexo masculino predominó en los pacientes detectados.
- La edad más frecuente en los niños detectados fué de 5 años en un 29%.
- Las causas que desencadenaron las crisis de asma bronquial fué por cambios bruscos de temperatura en un 65% agregándose en algunos casos el factor emocional.
- La escolaridad de los padres en un 50% fué de educación primaria.
- El rol de la esposa o compañera en un 71% correspondió al rol de esposa madre y un 29% al rol de esposa colaboradora.
- El estado civil de los padres fué el de casados, el 23% vivía en unión libre y en 9% fueron madres solteras.
- En base a su desarrollo predominó el de tipo tradicional en un 94%.
- El ingreso familiar en un 50% de las familias, tenían un ingreso de el sueldo mínimo.
- En la composición de las familias predominó el tipo nuclear en un 71%.
- En cuanto a su integración 20% de las familias correspondió a familias semi-integradas y 15% a familias desintegradas.
- Todas las familias correspondían al medio urbano.
- El nivel socioeconómico en un 56% fué el de estratos populares proletariados, y un 44% fué de estratos medios.
- La fase del ciclo familiar en que se encontraban las familias-

fué en un 79% en etapa de dispersión, 21% en etapa de independencia.

-Las funciones familiares más alteradas fueron las de socialización en un 40% y las funciones de cuidado y reproducción en un 18% respectivamente.

En el estudio realizado referente a la funcionalidad familiar se encontró que un 62% de los casos correspondió a un buen funcionamiento, 29% tenían un funcionamiento regular, y un 9% tenían un mal funcionamiento; comprobándose con ésto -- la hipótesis alterna enunciada.

#### MEDIDAS PARA MEJORAR LA DINAMICA FAMILIAR

- 1.- Tratar en forma multidisciplinaria al paciente pediátrico con asma bronquial.
- 2.- Integrar la familia del paciente al equipo de salud.
- 3.- Dar pláticas de orientación educativa a los padres y a todos los miembros de la familia y al paciente asmático.
- 4.- Formar grupos de pacientes asmáticos, como se hace con pacientes con otra patología.
- 5.- Informar a los padres respecto a la enfermedad, para que participen en el control del padecimiento.
- 6.- Tratar de que los padres adquieran conciencia de lo importante que es su papel en la salud del niño, y específicamente en el control del asma bronquial.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Apuntes del Curso Monográfico " Manejo integral del núcleo familiar ". Realizado en la Unidad de Medicina Familiar #34 Guadalajara, Jal. Octubre 1983.
- 2.- Conn H.F. Raukel R.E. Johnson T.W. Medicina Familiar; Ed. Interamericana 1980. pag. 5
- 3.- Alarid J.H. Irigoyen C.A. Fundamentos de Medicina Familiar Ira. Edición; Ed. Medicina Familiar Mexicana, a982, pag, 32
- 4.- Cerda A. Dr. Diagnóstico de las alteraciones en la dinámica familiar; Memorias 111, jornadas de Medicina Familiar - I.M.S.S., Torreón Coahuila, México, Enero de 1980 pag.127 - 33.
- 5.- Minuchin Salvador. Familia y terapia familiar. Gedisa S.A. Barcelona, 1979, pag. 78-98.
- 6.- Gardida CH.A. Consideraciones sobre epidemiología del asma en México. Rev. Alergia, Vol. XXXIII No. 4, oct-dic. 1986 pag. 97-101.
- 7.- López de la L.R., Granados V.J. Prevención de las crisis de asma con ketotifeno. Rev. Alergia, Vol. XXXIII No. 3. julio.septiembre 1986, pag. 69-73.
- 8.- Gardida CH.A. y Cols. Estudio y manejo integral del niño asmático. Rev. Mexicana de Pediatría, Vol. XLVII No. 2 Febrero 1980, pag. 79-94.
- 9.- Gardida A., Arana O., Pérez J.; Control del niño asmático y su familia. Rev. Medica del I.M.S.S. 1986, Mar-Abr. Vol 24 No. 2 pag. 137-40

- 10.- Arana O., GardidaA. Tapia R. : Atención Multidisciplinaria del asma en los niños. Rev. Médica del I.M.S.S. 1981, Vol. 19 No. 5 Sep-Oct. pag 580-82
- 11.- Pérez Martín j. , Evaluación sobre los conocimientos del asma Rev. Alergia, Vol. XXXIV, No.2, abr-Jun. 1987. pag. 29-33.
- 12.- Aguilar A.D., Serrano E. Valoración del sistema inmunológico en pacientes con asma bronquial alérgica. Rev. Alergia Vol. XXXIV No. 3, Jul-Sep., 1987.pag. 55-62
- 13.- Anuario de Actualización En medicina, Fascículo 17, Medicina Familiar, primera parte Vol. VI pag. 7-92.
- 14.- Leñero O.L. La familia, Ed. Edicol, programa nacional de formación de profesores,México 1976, pag. 1-135.
- 15.- Denis J. Lynch: Jeanne B. Funk: Helping the Family with a Chronically ill Child. American Family Physician nov - 1987, Vol. 36, number 5, pag. 214-220.
- 16.- Steinnert Y, Golden M : Working with families in primary care o guidelines for the family Physician. Canadien Family Phisician, june 1986, vol. 32 pag. 1288-1292.