

11237<sup>2000</sup>

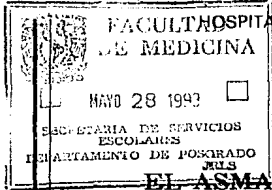


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA

FACULTAD DE MEDICINA

MAYO 28 1993

SECRETARIA DE SERVICIOS ESCOLARES DEPARTAMENTO DE POSGRADO

EL ASMA CRONICA COADYUDANTE EN LA DISFUNCION FAMILIAR

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA MEDICA

P R E S E N T A :

DR. JOSE MANUEL ANAYA GALVAN



IMSS

MEXICO, D. F.

1993

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

Todo el material contenido en esta tesis 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.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## INDICE

OBJETIVO DEL ESTUDIO.....	2
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
IDENTIFICACION DE VARIABLES.....	25
HIPOTESIS.....	27
DISEÑO EXPERIMENTAL.....	28
MATERIAL Y METODOS.....	29
ANALISIS ESTADISTICO.....	31
RECURSOS Y FACTIBILIDAD.....	33
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	34
RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.....	35
CONCLUSIONES.....	51
SUGERENCIAS.....	52
ANEXOS.....	53
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	59

1. PORTADA

El asma crónica coadyuvante en la disfunción familiar.

AREA DE CRITERIA:

Area no prioritaria (otros) 015.

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Dr. Carlos López Elizalde, Psico Psiquiatra del Servicio de Higiene Mental,  
HG-CMR.

COLABORADORES:

Dra. Martha Lidia Montoya, Médico Neumólogo Pediatra adscrito al servicio de  
Neumología Pediátrica, HG-CMR.

Lic. Martha Arista, Trabajadora Social adscrita al Servicio de Neumología  
Pediátrica, HG-CMR.

Dr. José Manuel Anaya Galván, Residente de 3er. año Pediatría Médica,  
HG-CMR.

SERVICIO PARTICIPANTE:

Higiene Mental HG-CMR

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## 2. OBJETIVO DEL ESTUDIO:

Determinará como influye el niño con asma crónica, en la adquisición de actitudes inadecuadas por parte de su núcleo familiar, y aparición de somatización familiar.

### JUSTIFICACION:

Estar crónicamente enfermo es muy distinto a padecer una enfermedad aguda. En efecto, agobia y agota al niño, y a todos los miembros de la familia durante un periodo indefinido de tiempo. La admirable elasticidad del ser humano resulta tendida hasta casi más allá de la capacidad de tolerancia, especialmente si no existe perspectiva alguna de mejora y, mas todavía, si el niño va empeorando con el transcurso del tiempo. Los niños con enfermedades crónicas físicas están invariablemente deprimidos, con signos sutiles u obvios de tristeza. Además, el hecho de padecer una enfermedad física crónica socava la imagen que el niño tiene de sí y en última instancia, su amor propio. Los niños jamás encontrarán un equilibrio con su enfermedad. Las tensiones de madurez y las existencias del desarrollo constituyen un problema suficiente por sí solos para el niño normal. Y si se añade a esto elemento de la enfermedad crónica, la tarea podrá resultar casi abrumadora para el niño.

Un niño que sufre alguna inhabilidad, produce- se trata en esto de un fenómeno casi universal- una familia moralmente afectada. Antes de que el niño dé cuenta de su situación, podrá ocurrir que los padres hayan debido enfrentarse a decisiones dolorosas y se den cuenta de alguna forma de aquello que el futuro tiene en reserva para su niño, su vida marital y su vida familiar.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Podrán percatarse, con temor, de que en cierto sentido todos ellos tienen ahora una enfermedad física crónica o llevan un estigma de "cortesia". De todos los miembros de la familia, la madre es, por supuesto, la persona más íntimamente ligada a los detalles de la enfermedad crónica de su hijo.

Familias distintas reaccionan al hecho de tener un niño con enfermedad crónica de manera distinta. Algunas quedarán destruidas, otras, se adaptarán con grandes sacrificios, en tanto que otras desarrollarán como resultado una experiencia y una comunicación humana superior de unos miembros con otros.

Este riesgo de disfunción se presenta, ya que se modifican en forma importante las pautas de conducta de cada uno de los integrantes de esa familia (relación padres-hijos, hijos-padres, la relación entre hermanos, y, la relación de cada uno de éstos con los diferentes exogrupos).

Siendo así, que estos subsistemas familiares aunado a otros factores (los propios de la enfermedad, la ignorancia, el miedo a la crianza, un ambiente desventajoso, etc), crean incertidumbre y ansiedad.

Esa incertidumbre y ansiedad inciden en el desarrollo de la identidad y fortalecimiento del yo, que a su vez, permiten la adquisición de actitudes inadecuadas en todos los integrantes de la familia, pero principalmente en el niño enfermo.

El presente trabajo de investigación surge para corroborar si verdaderamente el niño con asma crónica favorece la adquisición de actitudes inadecuadas en su núcleo familiar y por ende la aparición de una somática familiar distintiva y característica.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 3. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS:

¿Qué es el asma crónica?

El asma puede clasificarse de diversas formas, según las causas posibles, los mecanismos de producción de la estenosis de las vías aéreas y las características inmunológicas del paciente. Todas son útiles para averiguar lo que sucede y por qué sucede, así como para seleccionar las formas de tratamiento (desalergización y control ambiental, tratamiento medicamentoso sintomático, profiláctico o de ambos tipos e hiposensibilización (immunoterapia) con extractos de aquellos alérgenos ambientales causantes de la sintomatología y que no pueden ser evitados). En la tabla 1 se hace una relación de las características clínicas descriptivas del asma. En la tabla 2 se relacionan los fenómenos que ocurren a nivel bronquial y bronquiolar en el asma aguda y crónica. Sus causas desencadenantes se enumeran en la tabla 3 y en la tabla 4 los posibles mecanismos, no excluyentes entre sí, de hiperreactividad de las vías respiratorias. En la tabla 5 se indican las consecuencias fisiopatológicas y en la tabla 6 las complicaciones que pueden presentarse en el asma.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



TABLA 1. Características clínicas descriptivas del asma.

<b>ETIOLOGIA</b>	<b>GRAVEDAD</b>
No atópica (intrínseca)	Ausente
Por infección	Subclínica
Por ejercicio	Leve
Por aire frío	Moderada
Por aspirina	Grave
Por productos químicos	En remisión
Psicológica	
<b>Atópica (extrínseca)</b>	<b>RESPUESTA A MEDICAMENTOS</b>
Por pólenes	Teofilina
Por polvo	beta-adrenérgicos
Por hongos	Orales
Por epitelios	Inhalados
Por alimentos	Combinaciones
	Cromoglicato
	disódico
	Combinaciones
	Beclometasona
	Prednisona/
	prednisona.
	Esteroides-dependiente.
<b>EVOLUCION CLÍNICA</b>	<b>RESPUESTA A LA PROVOCACION.</b>
Aguda	Sensible al frío
Ocasional	Sensible al esfuerzo
	Sensible a metacolina.
Intermitente	Sensible a histamina.
Indeterminada	Sensible al alérgeno
Crónica	
<b>PERIODICIDAD</b>	
Estacional	
Perenne	

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TABLA 2. Modificaciones bronquiales y bronquiales**

**ASMA AGUDA Y CRÓNICA**

Espasmo del músculo liso  
Hipersecreción de glándulas mucosas.  
Edema de la mucosa bronquial  
Alteraciones ventilación/perfusión

Obstrucción reversible de vías respiratorias.

**ASMA CRÓNICA**

Hipertrofia del músculo liso  
Inflamación-infiltración celular.  
Alteración del aclaramiento mucociliar  
Alteración ventilación/perfusión.

Obstrucción reversible de vías respiratorias.

Debido a estas variaciones en las situaciones fisiopatológicas, inmunológicas, psicológicas y otras causas precipitantes de asma, también existen variaciones considerables en la presentación clínica, gravedad y evolución espontánea de la enfermedad. Hay un gradiente en la población asmática, desde niños con pocas crisis a aquellos con asma continuo. Por ello, el clínico necesita una norma en la que basarse, para establecer el pronóstico de su paciente y cuantificar los progresos y resultados del tratamiento.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

TABLA 3. Factores desencadenantes

---

**·IMUNO-ALERGICOS**

Atópicos: Alergeno-ig-Mastocitos-liberación de mediadores.

Histamina

ECF-A (Factor quimiotáctico de eosinófilos)

NCF-A (Factor quimiotáctico de neutrófilos)

SRS-A (Sustancias de reacción lenta)

Complejos inmunes: Alergeno-ig-activación de complemento.

Anafilotoxinas

Factores quimiotácticos

**NO INMUNOLOGICOS/NO ALERGICOS**

Receptores irritativos-reflejo vagal-broncoconstricción.

Infecciones víricas

Infecciones bacterianas

Ejercicio

Aire Frio

Irritantes y polutantes; polvos, productos químicos,

tabaco, cambios meteorológicos, aspiración, reflujo

gastroesofágico.

Psicológicos.

---

---

TESIS CON  
FALLA EN ORIGEN

TAÑLA 4. Posibles mecanismos de hiperreactividad de las  
vias respiratorias.

---

Bloqueo parcial de los receptores beta-adrenergicos (broncodilatadores)  
Disminución del umbral de los receptores irritativos/aumento del tono vagal.  
Defecto intrínseco del musculo liso.  
Amplificación de mediadores de inflamación (prostaglandinas, leucotrienos).

---

---

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA - resultados fisiopatológicos

---

Aumento de resistencia de vías aéreas, disminución del flujo espiratorio (vease modificaciones bronquiales y bronquiolares).

Cierre de vías respiratorias a una presión de distensión mayor de lo normal (capacidad disminuida)

Aumento del volumen pulmonar (siempre de +VR+ y CFR+ frecuentemente de CPT-).

Aumento de la presión en la arteria pulmonar en relación a la presión cieura: (evidencia ECG de predominio ventricular derecho o P pulmonar).

Aumento de la presión pleural negativa que ocasiona variaciones respiratorias llamativas sobre la presión arterial (pulso paradójico).

Aumento del desequilibrio ventilación= perfusión, (disminución de la pO<sub>2</sub>, aumento del espacio muerto, en casos graves aumento de la pCO<sub>2</sub>).

+VR= volumen residual; CFR= capacidad residual funcional; CPT= capacidad pulmonar total.

---

---

Se ha clasificado la evolución clínica del asma de la infancia en cuatro grados.

TESIS CON  
FALLA DE CRISIS

TABLA 6. Complicaciones del asma

Aguda y crónica	Crónica
Infección	Situación de enfermedad crónica.
Atelectasia	Retraso del crecimiento y desarrollo.
Estado de más asmático	Aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA)
Neumomediastino	Bronquiectasias
Nemotórax	Efectos colaterales de medicamentos a largo plazo.
Insuficiencia respiratoria	
Síncopa tussígeno	
Fractura de costillas	
Parálisis asimétrica	
Parálisis del nervio frénico	
Intoxicación por medicamentos	

En los niños pertenecientes al grado A, la disnea comenzó después de los tres años de edad, no habían sufrido más de cinco ataques y remitieron antes de los 4 años. Los niños del grado B sufrían ataques leves ocasionales, se comenzaron

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

antes de los 2 años, con una frecuencia de tres a cuatro veces al año y con remisión espontánea hacia los 10 o 12 años. En los niños de los grados C y D el asma comenzaba antes de los 2 años. Sus ataques eran más graves y prolongados, con signos de obstrucción bronquial entre las crisis, persistiendo la enfermedad más allá de los 14 años. Los niños en el grado C, habían tenido alguna crisis de asma a lo largo del último año de estudio (14o.) y los del grado D habían sufrido al menos 10 ataques durante los tres meses previos a la evaluación final.

Excepto en el grado A, el número de varones superaba al de niñas en cada grupo, aumentando la relación niños/niñas a medida que la gravedad era mayor (1/1,2;1,5/1;2,1/1;3,8/1). Además, al hacer la revisión de los 14 años, se encontró una correlación positiva de la gravedad del asma con el retraso del crecimiento, obstrucción bronquial (comprobada por la presencia de roncus), deformidad del tórax en barra y en pichón, signos radiográficos de hiperinsuflación pulmonar y espirometría anormal (VEMS/CVD menor del 80%).

Algunos de los niños más gravemente afectados han recibido un tratamiento totalmente incorrecto, debido a que tanto el médico como los padres no habían comprendido la auténtica gravedad de la enfermedad. Aunque estos niños no tenían ataques graves frecuentes, presentaban un cierto grado de disnea permanente, eran considerados por los padres como débiles y poco activos y el médico no profundizó más en su estudio. Por el contrario, también observaron casos de niños cuya incapacidad era desproporcionada a su leve asma.

Sin embargo, la explicación de esta dicotomía no reside solo en los padres y en los médicos; puede ser la consecuencia de una adaptación que suere producirse en las enfermedades crónicas, que se ha descrito como "la capacidad del

sistema del matrimonio o de la familia (también del paciente y del médico) para cambiar sus esquemas y reglas mentales en respuesta ante la aparición y presencia de situaciones de tensión". Debido a la naturaleza no urgente de una enfermedad crónica estabilizada y a la capacidad de la familia y del paciente para hacer frente a la enfermedad, aceptándola, no se aprecia en todo su valor la reversibilidad del asma crónica, por lo que no se obra en consecuencia. Igualmente, el asma leve, ocasional, puede hacer que el paciente y su familia (y también el médico) le den demasiada importancia, lo que puede conllevar a problemas de conducta, excesiva preocupación, sobreprotección y sobretatamiento.

Tradicionalmente, el médico se ha basado en la historia clínica y en exploración física realizadas en el consultorio para evaluar al paciente, la evolución de su enfermedad y su respuesta al tratamiento. Sin embargo, se han encontrado que estos parámetros son insuficientes tanto en el fibrosis quística como en el asma crónica. Los cuadernos de anotaciones del paciente eran adecuados en la fibrosis quística, pero deficientes en el asma. En el caso del asma, las sensaciones subjetivas del paciente y la exploración física no sirvieron para detectar obstrucción de las vías aéreas. El 75% de los pacientes que se encontraban sin molestias, mostraban un VEMS alterado. Con el fin de evitar un tratamiento insuficiente, se ha sugerido la realización de anotaciones diarias y la realización de pruebas de función pulmonar en ambas enfermedades apoyando este comportamiento en el hecho de que los asmáticos con obstrucción importante de las pequeñas vías respiratorias tienden a presentar más recidas espontáneas y una mayor reactividad bronquial.



Para valorar los resultados de los ensayos clínicos de medicamentos y de otros estudios terapéuticos, es necesario realizar con rigor la evaluación objetiva del niño asmático. El generalista y el especialista, ganarían mucho si actuaran con igual meticulosidad cuando sólo piensan en el niño como un paciente con asma crónica.

#### ¿Cuáles son los fines del tratamiento?

Los fines de la terapéutica del asma crónica son el control de la sintomatología de la crisis, ayudar al niño al desempeño de unas actividades habituales adecuadas a su edad y educarlo igual que a sus padres, para cuidar su enfermedad en el contexto de la forma familiar. A pesar de los últimos adelantos en los conocimientos de la fisiopatología del asma, así como en su tratamiento farmacológico e inmunológico y se nos recuerda que "todavía queda un aspecto del tratamiento que necesita del esfuerzo creativo del médico: el establecimiento de un programa terapéutico basado no sólo en el perfil fisiológico del paciente, sino también en sus necesidades y en las de su familia, en los aspectos socioeconómicos, fondo cultural y en los conceptos de salud y enfermedad". Es lo que se llama "el arte de la medicina", que habría que considerar como una verdadera habilidad, ya que, lo mismo que la ciencia médica, hay que enseñarlo, aprenderlo y practicarlo. Además, también pueden medirse sus resultados.

Debe señalarse que como enfermedad crónica trasciende a la esfera familiar, social, económica, afectiva etc., que origina situaciones de conflicto, angustia, frustración y por ello tiene repercusiones psíquicas en cada uno de los integrantes de una familia(2).

Tratar de conceptualizar, y entender como funciona la familia es problemático ya que ésta se modifica en forma paralela a la sociedad en la que se encuentra inmersa, sin embargo, tomando en cuenta la definición funcionalista diré que la familia es un grupo histórico-social en la cual sus integrantes conviven en una misma unidad residencial, entre los cuales existen lazos de dependencia y obligaciones recíprocas y que, por lo general, siempre, están ligadas por parentesco y que tienen como finalidad la subsistencia y supervivencia dentro de un contexto social determinado.

De esta manera, la familia presenta tres características importantes, que son: 1) el ser capaz de transformarse, 2) el mostrar un desarrollo a través de diferentes fases (matrimonio, expansión, dispersión, independencia y de retiro y muerte), y 3) la capacidad de adaptación; lo que le confiere su continuidad y fomentan el crecimiento psicosocial de cada integrante. (3,4)

El sistema familiar como un todo está conformado por subsistemas y holones, a éstos los podemos definir como una parte y al mismo tiempo como un todo, sin que uno sea incompatible con el otro ni entre en conflicto con ello desplegando su energía en favor de su autonomía y autoconservación como un todo (3).

En el sistema familiar se diferencian los diferentes roles (individual, conyugal, parental, fraterno, etc.) a través de los cuales se desempeñan sus funciones y a su vez acatan las normas de la Estructura Familiar (3,5).

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan y regulan la conducta de cada integrante, que opera por medio de pautas transaccionales y de límites, estos a su vez deben ser claros, flexibles y que permitan el contacto entre los subsistemas familiares y otros extrafamiliares. (3,4)

La estructura familiar se conserva por dos sistemas de coacción, 1) el genérico que implica las reglas universales que gobiernan la organización y una complementariedad de las funciones, y 2) el idiosincrático que implica las expectativas mutuas de los diferentes miembros. (6,7).

Hablemos ahora del subsistema parental; éste se origina cuando nace el primer hijo, alcanzando de esta manera un nuevo nivel de formación familiar, es aquí donde el subsistema conyugal debe diferenciarse para desempeñar las tareas de socialización, cuidado, afecto, reproducción y status, sin renunciar al mutuo apoyo (3,4).

La socialización es el proceso por medio del cual se transmiten pautas conductuales que respondan en forma acorde a las normas establecidas por la sociedad.

Se establecen los primeros roles del niño formando parte de los psicodinamismos de la familia; este proceso es inevitablemente conflictivo tanto para los padres como para los hijos. (6,7).

De la socialización primaria y secundaria surge la personalidad. El ser humano al nacer está provisto de muchas potencialidades (constitución genética, física, biológica y psicológica) denominados factores constitucionales que se ajustan a las circunstancias ambientales, denominados factores sociales y culturales; derivándose de la primera el temperamento y de la segunda el carácter, que a su vez darán origen a la estructura psicológica (yo, ello y super-  
yo).

Gracias a este proceso, la personalidad adquiere una organización (unidad, coherencia, continuidad, persistencia, flexibilidad y armonía) que permitirán manejar diferentes situaciones, cooperar y mejorar con otros el logro de objetivos, desarrollar su autoestima adoptar una filosofía propia basada en los valores aceptados socialmente y por él mismo; es decir, el adquirir una madurez, la cual se manifiesta por medio de actitudes.

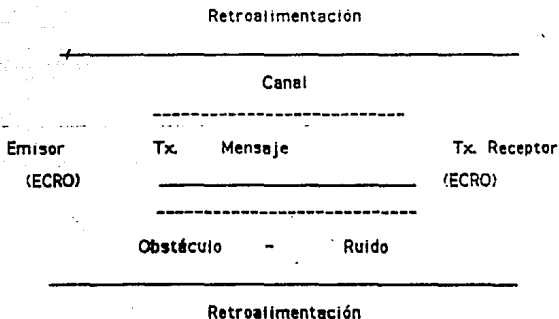
La actitud es la predisposición general para responder ante una persona u objeto (positiva o negativamente), la cual se expresa cuando están operando sus tres componentes; 1) el cognoscitivo (creencias) resume lo que aprendió en el pasado y que influye en la interpretación del presente, 2) el emocional (sentimientos) y 3) lo conductual (acciones). (8)

El subsistema parental además debe imprimir un sentido de pertenencia a través de las pautas transaccionales que se mantienen durante los diferentes acontecimientos de la vida pero además, deben dar un sentido de separación e individuación por medio de la participación de los subsistemas familiares en diferentes contextos (8,9).

El sistema familiar utiliza la comunicación como el medio para favorecer este dinamismo. Para que se dé la comunicación es necesario la existencia de un emisor, el mensaje, el tratamiento dado a ese mensaje, un canal de comunicación, un receptor y un mecanismo de retroalimentación.

La manera de comunicarnos depende de nuestro Esquema Conceptual Referencial Operacional (ECRO). Se inicia cuando se transmite un mensaje, el cual se percibe por medio de nuestros sentidos, posteriormente conducido al

centro de integración, se almacena y compara con experiencias previas, se forman generalizaciones y se da una respuesta o retroalimentación (8,9).



La comunicación puede ser verbal (digital) que es literal, representada por las palabras; y no verbal (analogía) que puede ser corporal-sonora. Ambos elementos deben ser congruentes; puede ser afectiva (emociones) y/o instrumental (mecánica: hacer y obtener) en situaciones patológicas la comunicación afectiva es la primera en afectarse, la instrumental puede hablarnos de severidad e incluso la posibilidad de desintegración.

Los mensajes pueden ser: claros (contenido obvio), enmascarados (significado confuso), directo (dirección hacia una persona específica), desplazados o indirectos (dirigidos a otra persona). Estas formas pueden mezclarse, siendo el patrón ideal el mensaje claro-directo. (8).

En resumen la comunicación debe cumplir con los siguientes requisitos: 1) Unba metacomunicación (énfasis del mensaje), 2) ser asertiva ( en el momento y lugar adecuado) y 3) que nos brinde una retroinformación, que le dan la calidad al mensaje.

Las familias más funcionales pasan del amalgamamiento a la desvinculación ante el stress interno y externo, debo señalar en este momento que las fuentes que originan stress son: 1) Contacto stressante de un subsistema individual con fuerzas extrafamiliares, 2) contacto stressante del sistema familiar con fuerzas extrafamiliares, 3) el stress de la familia en los momentos transicionales de la familia y 4) el stress a problemas de idiosincracia.

Es esta última fuente, la que origina en los niños con enfermedades crónicas, el reajuste psicológico y funcional de los subsistemas que conforman a una familia, así como su interrelación con otros (8,10,11)

En los últimos 30 años, se han realizado estudios retrospectivos para tratar de comprender estos efectos en los niños con asma crónica. Algunos autores consideran la edad de inicio, el curso, el pronóstico, de la enfermedad, el cuidado de los padres, las alteraciones en el medio de crianza, etc., en relación con la conformación de la personalidad, siendo difícil distinguir ésta (Blum y Nicholson).

Se ha descrito a los niños con asma como tímidos, abnegados, escrupulosos, deprimidos, hostiles, fantasiosos, sádicos, destructivos, incapaces de mostrar ira o agresión abierta (Boum y Wolff); estas manifestaciones se les intentó correlacionar con la intensidad de la enfermedad; sin embargo, no se llegó a demostrar (Knoll),(12).

Se ha sugerido que las sensaciones dolorosas reducen de cierto aprendizaje y maduración para una respuesta favorable o negativa (Scott, Ansell, Weiskirsson).

Se han realizado pruebas psicológicas (Rorschach Draw a Person) y subpruebas selectivas (Wechsler Intelligence Scale for Children) a niños con Asma Bronquial, encontrando unicamente valor más significativo en las pruebas de destrezas motoras perceptuales (Cleveland y cols).

Se han intentado correlacionar a los factores psicosociales stressantes como causa o exacerbación de la enfermedad (McAnarney y cols).

No se ha logrado demostrar un perfil de personalidad típico ni la presencia de fantasías sadistas, violencia, destrucción, y el resto de las manifestaciones que se presentan, se cree son mecanismos de adaptación (Rimon y cols); éstos se encuentran inmaduros en los niños de 7 años por lo que se tiene que tomar en cuenta para el desarrollo de la personalidad (Raport y cols). (13)

Se realizó un estudio en adolescentes, que son capaces de entender la enfermedad en terminos fisiológicos, que son capaces de manejar su ansiedad, su autoestima, actitudes, etc., para enfrentar la enfermedad; además hizo comprender a los padres y a los médicos que deben tratar de explicar la patología, de manera acorde con la edad del niño (Keelerman y cols).

La presentación de disfunción familiar puede ser secundaria a algunos factores que generen de alguna manera ANGUSTIA, si esta no es compensada por medio de los mecanismos de adaptación generara MAS ANGUSTIA, cuando

a alteraciones psicodinámicas familiares más marcadas y con ello a la **ADQUISICION DE ACTITUDES NO DECUADAS AL CONTEXTO SOCIOCULTURAL** de cualquiera de los subsistemas que integran al sistema familiar. (8,9).

Los tipos de reacción paterna identificados con mayor frecuencia comprenden culpa, congoja, aceptación, pesar crónico y diversas formas de crisis. Estas últimas pueden dar lugar a numerosas manifestaciones y algunos ejemplos incluyen: 1) una disimilitud en la intensidad o la clase de sentimientos y en las reacciones de enfrentamiento entre el marido y la mujer; 2) dificultades en la atención día tras día del niño; 3) visitas frecuentes al hospital, ya sea en ocasión de episodios agudos o simplemente de medidas terapéuticas sistemáticas; 4) dificultades en controlar las reacciones y las conductas de los hermanos y hermanas; 5) dificultades en el trato con las instituciones locales, y 6) la consideración de la colocación fuera del hogar, para fines de enseñanza o de tratamiento a largo plazo.



Cuadro 1. Sentimientos y conductas correspondientes de los padres

Reacciones biológicas	Protección del indefenso	atención afectuosa normal.
		atención altamente protectora.
	Repulsión contra el anormal:	rechazo racionalizado
		atención obligada, sin afecto.
		atención obligada.
Sentimientos de inadaptación.	En cuanto a la reproducción: depresión	
	En cuanto a la educación: falta de confianza que conduce a la inconsecuencia en la educación.	
Sentimientos de aflicción:	Enojo: actitud agresiva contra el personal	
	Congoja: Depresión	
	Adaptación: podrá ser pasajera	
Sentimientos de sorpresa:	Incredulidad	
	Consultas numerosas en busca de mejores noticias	
Sentimientos de culpa:	Depresión	
Sentimientos de confusión:	Retraimiento con respecto a los contactos sociales.	

La conducta de los padres resulta de sus sentimientos o propósito del niño crónicamente enfermo; una de las formas de clasificar estos sentimientos y las conductas correspondientes se expone en el cuadro 1.

Y en forma análoga, los efectos de la inhabilidad o de la enfermedad crónica sobre el niño están condicionados por numerosos factores. Algunos de estos son la clase de la incapacidad, el grado de aceptación y respuesta por parte de la familia, la capacidad intelectual del niño, la circunstancia de ser el estado

congénito o adquirido, la clase y la frecuencia de los procedimientos médicos y quirúrgicos necesarios y la forma de enfrentarse la madre a la realidad del estado del niño. Los efectos serán mayores en periodos normales de crisis o en momentos de "crisis predecibles" en la vida del niño, tales como el momento de la apreciación inicial del problema, los comienzos de asistencia a la escuela, la pubertad, la salida de la escuela, la entrada en la vida adulta, y cuando los padres se hacen viejos y están menos en condiciones de atender al niño que sufre inhabilidad.

Además de la disponibilidad fácil de atención profesional competente y de confianza, los factores que mejoran significativamente la capacidad de la familia para hacer frente a la enfermedad crónica del niño comprenden: 1) una buena relación entre la madre y la abuela materna, 2) una relación conyugal firme, 3) el orden de nacimiento, aparte del primero, 4) acceso a un círculo de amigos comprensivos, 5) una oportunidad de recreo, tanto con otros miembros de la familia como sin ellos, 6) la capacidad de prever y preparar los asuntos de la administración de la casa con anticipación, 7) una situación de vivienda favorable desde los puntos de vista de la compra, las escuelas y los transportes, 8) una fe religiosa profunda, 9) la oportunidad de alargar la mano y ayudar a otros, especialmente a otras familias con el mismo problema, y 10) el hecho de enterarse la familia de la incapacidad del niño lo antes posible.

Las respuestas del niño a la enfermedad física crónica se han clasificado, entre otras como: afeminamiento (de los muchachos), depresión, agresividad y afectación, regresión y dependencia aumentada, un sentimiento de inferioridad y retraimiento con respecto a los contactos sociales.

El personal profesional que comparte la responsabilidad de la atención del niño comparte asimismo una serie de reacciones y respuestas posibles. Éstas pueden comprender: *frustración*, producida por el hecho de atender a un niño inteligente con impedimentos físicos; *enojo*, por el hecho de que los padres no estén a la altura; *pesar*, por los sufrimientos de los niños y de sus padres; *molestia* a causa de características desagradables, tales como la ausencia de disciplina higiénica en un niño mayor; *conflicto*, entre la entrega a la atención continua y el deseo de proporcionar un alivio definitivo, y satisfacción en presencia de mejora, de entereza, de la aceptación de las limitaciones por los padres o por el hecho de obtener una mayor apreciación por parte de sus propias familias. Podrán producirse acaso conflictos interpersonales entre miembros del equipo, preocupación excesiva e interés o, por otra parte, enojo, rechazo, falta de sensibilidad y la tendencia a olvidar las necesidades del resto de la familia.

#### 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿El asma crónica es causa de disfunción familiar?

El ver al paciente asmático crónico, exclusivamente desde el punto de vista orgánico, no permite observar elementos psicológicos y emocionales, que pueden estar repercutiendo en la dinámica familiar, favoreciendo así la alta incidencia de episodios de crisis y su cronicidad. Por tanto, surge la necesidad de realizar el presente trabajo, que permita obtener un enfoque integral del paciente y su entorno familiar.

## 5. IDENTIFICACION DE VARIABLES

### Variables independientes:

Familia del niño asmático crónico

### Variable dependiente:

La disfunción familiar

### Definición operacional de las variables

Familia: Es la unidad primaria de la sociedad y dentro de ella se desarrollan, entre sus miembros, funciones de comunicación, división de roles y transacciones múltiples.

Asma crónica: Es la presencia de hipertrofia del músculo liso, acompañado de inflamación-infiltración celular, así como alteración del aclaramiento mucociliar y alteraciones en la ventilación-perfusión y traducción clínica de sensación de ahogo inminente.

Paciente asmático crónico: Aquel que presenta reaparición de los síntomas (ahogo inminente) a intervalos variables por temporadas alternando con épocas libres de síntomas, sin un patrón identificable.

Familia funcional: Es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.

Familia disfuncional: Es aquella en la que sus hijos presentan trastornos graves de conducta y cuyos padres están en lucha continua, lo cual permite la predominancia de sentimientos negativos (odio, celos, insatisfacción, frustración) y disminución en la intensidad de los positivos (amor, ayuda mutua, respeto, etc.)

Medición de variables:

Ambas nominales

Indicadores de variables:

VI= SI

VD= SI o NO

## 6. HIPOTESIS

### HIPOTESIS ALTERNA (H1):

Las familias de niños con asma crónica, si presentan disfunción familiar.

### HIPOTESIS NULA (Ho):

Las familias de niños con asma crónica, son funcionales.

## 7. DISEÑO EXPERIMENTAL

Estudio clínico, prospectivo, longitudinal, observacional, descriptivo, de una cohorte.



## 8. MATERIAL Y METODOS

### 8.1 Universo de Trabajo:

El estudio se realizó con 60 familias de niños portadores de asma crónica que tenían de 2 a 16 años de edad, atendidos en el Servicio de Higiene Mental del Hospital General, Centro Médico "La Raza", en el período comprendido de julio a octubre de 1992.

### 8.2 Criterios de inclusión:

Familias de niños del sexo masculino y femenino, con edades comprendidas de los 2 a los 16 años de edad, portadores del diagnóstico de asma crónica y que no tuvieron otra enfermedad crónica agregada.

### 8.2 Criterio de no inclusión:

Familias de niños menores de 2 años de edad y mayores de 16 años de edad, que tenían otra enfermedad crónica no asmática.

### 8.2.3 Criterio de exclusión:

Familias de niños asmáticos crónicos que no acudieron a entrevistarse al Servicio de Higiene Mental del Hospital General, Centro Médico "La Raza".

### 8.3 Metodología:

La información se obtuvo a partir de cuestionarios que se aplicaron a los padres; éste constó de 45 preguntas, cada una con 4 posibles respuestas (siempre, frecuentemente, ocasionalmente y nunca, teniendo cada uno un porcentaje de 3.0, 2.25, 1.5 y 0, respectivamente) cuyo valor total fue de 135 puntos. Los resultados se correlacionaron de la siguiente manera: 1) los cuestionarios con puntaje de 67 a 135 correspondieron a una familia funcional. 2) Los cuestionarios con valor igual o menor de 67 puntos, representaron a la familia disfuncional. La recopilación de datos se realizó en una hoja de concentración.

Así mismo, se efectuaron entrevistas a las familias de niños asmáticos crónicos, siendo la primera de ellas, con la intención de diagnosticar y evaluar el tipo de problema, si eran instrumentales, o emocionales y determinar si eran meritorios de psicoterapia u orientación familiar. Después de las entrevistas individuales de cada familia éstas se integraron a otras para formar parte de grupos homogéneos, y a través de la dinámica de integración se identificaron los problemas más comunes de dichos grupos.

9. ANALISIS ESTADISTICO

<b>Regla paramétrica</b>	<b>X<sup>2</sup> para una muestra</b>
<b>Nivel de significancia</b>	<b>Alfa de 0.05</b>
<b>Nivel de confianza</b>	<b>95%</b>
<b>Tamaño de la muestra</b>	<b>60 Familias captadas de Julio de 1992 a octubre de 1992.</b>
<b>Decisión estadística</b>	<b>Se rechaza H<sub>0</sub>, si X<sup>2</sup> es alfa</b>

México, D.F., julio de 1992.

AUTORIZACION.

Autorizo integrar la información clínica, recabada del cuestionario que forma parte del protocolo de investigación titulado: "EL ASMA COMO COADYUDANTE DE LA DISFUNCION FAMILIAR". Recopilado por los Doctores: Carlos López Elizalde y José Manuel Anaya Galván, del Servicio de Higiene Mental, del Centro Médico "La Raza".

Así mismo, se me informa que no existe repercusión en la adecuada atención médica de mi hijo.

---

Nombre y firma del padre o tutor.

## 11. RECURSOS Y FACTIBILIDAD

### 11.1 Recursos Humanos:

Psiquiatra

Trabajadora Médico Social

Médico Residente.

### 11.2 Factibilidad:

Se contó con recurso de consultorio de Higiene Mental, por espacio de una hora diariamente para poder efectuar la entrevista; y con la cooperación del equipo multidisciplinario.

Servicios que colaboraron:

Servicio de Neumología Pediátrica del HG-CMR

Servicio de Trabajo Médico Social de Neumología Pediátrica del HG-CMR.



### 13. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

Se aceptó la Hipótesis Nula puesto que  $x^2$  no es alfa, lo cual significa que las familias de niños con asma crónica, son funcionales.

De nuestro universo de 60 familias a las cuales se le aplicó el cuestionario evaluatorio del eje 2 de la clasificación triaxial de la familia (denominado disfunciones en subsistemas familiares), se encontró que 11 familias obtuvieron un puntaje menor a 67, lo que las ubicó en la categoría de familias disfuncionales en el subsistema familiar padre-hijo, siendo estas 11 familias el 18.3% de la muestra.

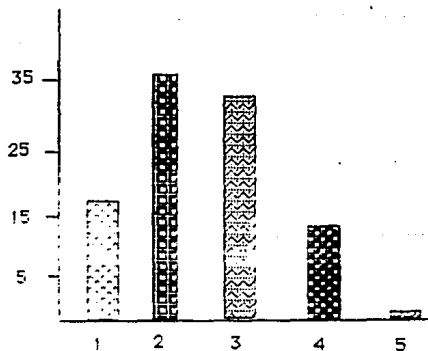
El promedio de puntaje obtenido de las 60 familias fue de 73.0

De acuerdo a los datos epidemiológicos investigados en nuestro trabajo encontramos que:

1.- En relación a la evolución del asma se pudo observar que ésta comprendió un rango de 3 a 6 años, es decir el 35 y 31.6% respectivamente.

#### GRAFICA 1. EVOLUCION DE: ASMA

porcentaje



1 ENTRE 1 Y 2 AÑOS

4 ENTRE 6 AÑOS O MAS

2 ENTRE 2 Y 3 AÑOS

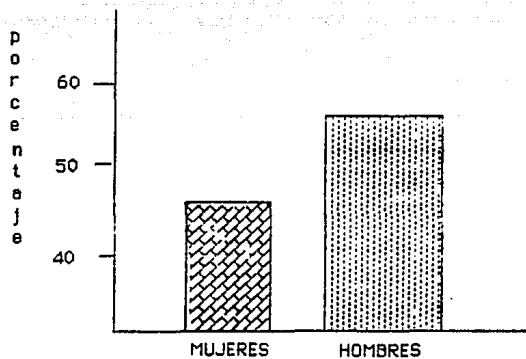
5 ENTRE 10 AÑOS O MAS

3 ENTRE 4 Y 5 AÑOS



2.- Se encontró que en la muestra hubo una discreta predominancia de' sexo masculino sobre el femenino de 55 y 45% respectivamente.

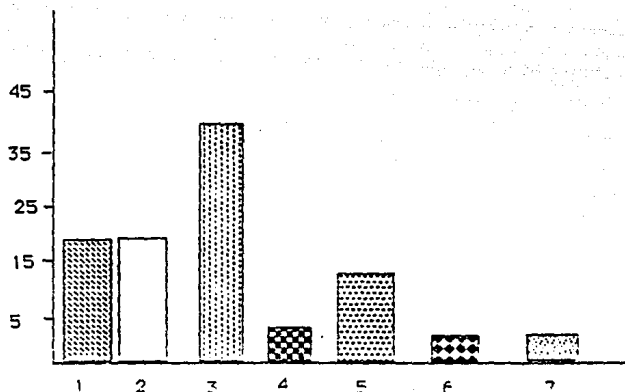
GRAFICA 2. SEXO DEL PACIENTE



3.-La escolaridad del paciente fue inherente a su edad, observando que solamente 11 casos, es decir, el 18.3% no tenía ninguna clase de instrucción escolar. Predominando la primaria "aún no terminada", con el 38.3% es decir 23 casos.

GRAFICA 3. ESCOLARIDAD DEL PACIENTE

P  
o  
r  
c  
e  
n  
t  
a  
j  
e



1 NINGUNA



2 NUNDA



3 PRIMARIA SIN TERMINAR



4 SOLO PRIMARIA COMPLETA



5 SECUNDARIA INCOMPLETA



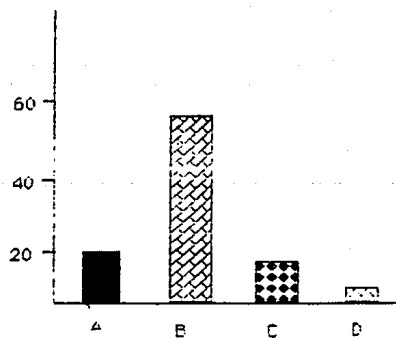
6 SECUNDARIA COMPLETA



7 PREPARATORIA INCOMPLETA

4.-El 56.6% de la edad de los padres correspondió al grupo que abarcó de los 31 a los 40 años. Mientras que el 41.6% correspondió a las madres en ese mismo grupo de edad.

GRAFICA 4. EDAD DE LOS PADRES



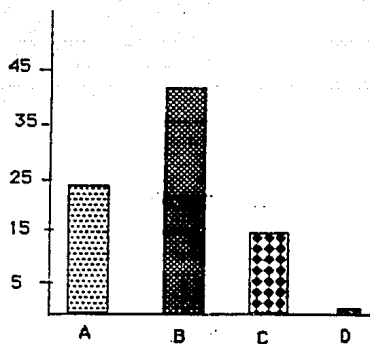
A ■ 21 Y 30 AÑOS





C ■ 41 Y 50 AÑOS

B ■ 31 Y 40 AÑOS

D ■ MANEJOS DE 50 AÑOS

PORCENTAJE



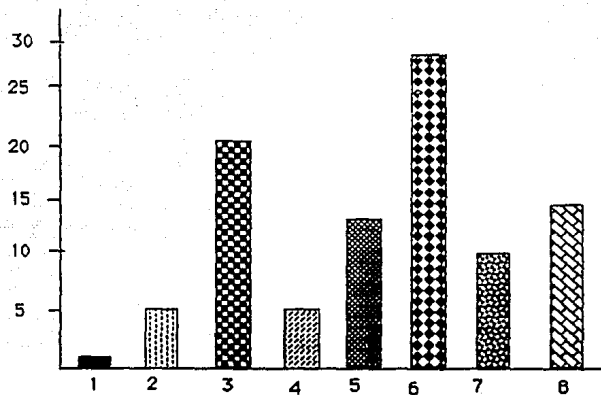
- A  ENTRE 21 Y 30 AÑOS      C  ENTRE 41 Y 50 AÑOS
- B  ENTRE 31 Y 40 AÑOS      D  MAYORES DE 50 AÑOS

5.-En lo referente a la escolaridad de los padres se observó que en los hombres predominó el bachillerato o educación técnica, con un 28.3%, no así en las mujeres en donde la secundaria completa ocupó el 35%.

GRAFICA 5. ESCOLARIDAD DE LOS PADRES .



PORCENTAJE



1 ANALFABETA

2 PRIMARIA INCOMPLETA

3 PRIMARIA COMPLETA

4 SECUNDARIA INCOMPLETA

SECUNDARIA COMPLETA

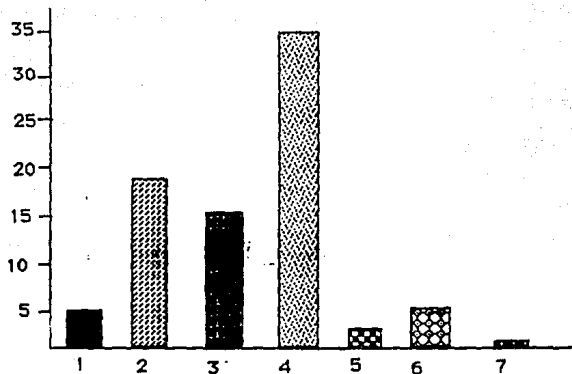
BACHILLERATO O TECNICO

UNIVERSIDAD INCOMPLETA

UNIVERSIDAD COMPLETA

**GRAFICA 5b. ESCOLARIDAD DE LAS MADRES**

PORCENTAJE



1 ■ PRIMARIA INCOMPLETA

2 ▨ PRIMARIA COMPLETA

3 ■ SECUNDARIA INCOMPLETA

4 ▨ SECUNDARIA COMPLETA

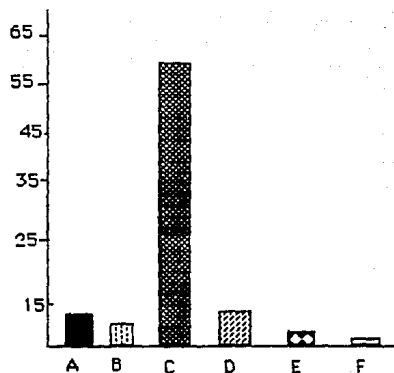
5 ▩ BACHILLERATO O TECNICO

6 ▩ UNIVERSIDAD INCOMPLETA


7 ▩ UNIVERSIDAD COMPLETA

6.-En cuanto a la ocupación de los padres se observó que el 58.3% laboran como empleados particulares, y en relación a las madres el 68.3% laboran en el hogar.

GRAFICA 6. OCUPACION DE LOS PADRES





A  OBRERO

B  COMERCIANTE

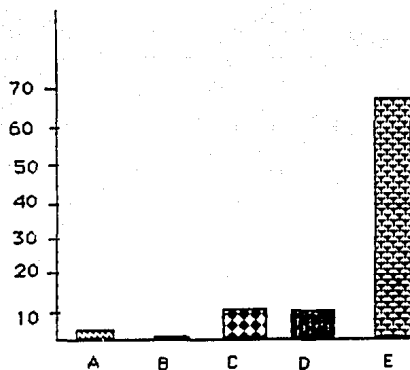
C  EMPLEADO PARTICULAR

D  EMPLEADO DE GOBIERNO

E  NEGOCIO PROPIO

F  HOGAR

**GRAFICA 6b. OCUPACION DE LAS MADRES**



A  OBRERO

B  COMERCIANTE

C  EMPLEADO PARTICULAR

D  EMPLEADO DE GOBIERNO

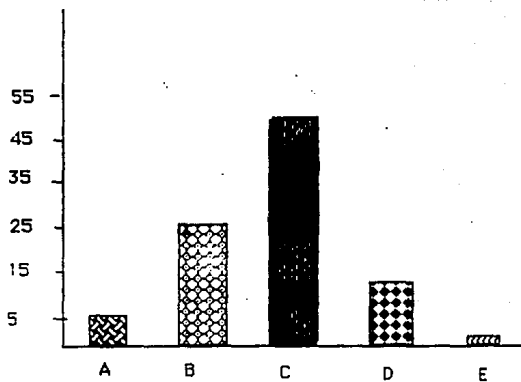
E  HOGAR

7.-El grupo de edad del paciente más frecuentemente observado fue el que va de los 5 a los 12 años de edad con un 53.3%.

#### GRAFICA 7. EDAD DEL PACIENTE



PORCENTAJE



A



0 a 2 años

C



6 a 12 años

E



17 a más

B



3 a 5 años

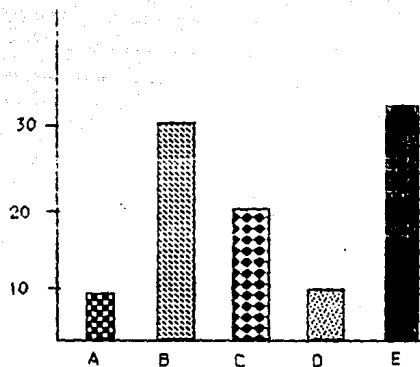
D





13 a 16 años

8.-En relación a la antigüedad en el último trabajo del padre observamos que los grupos que más predominaron fueron los comprendidos entre 1 y 3 años de antigüedad en 18 casos, es decir, el 30% de la muestra y de mas de 10 años 18 casos también es decir, el 30%. De 4 a 6 años se encontró a 13 casos o sea el 21.6%.


GRAFICA 8. ANTIGUEDAD EN EL ULTIMO EMPLEO




A  MENOS DE UN AÑO

C  DE 4 A 6 AÑOS

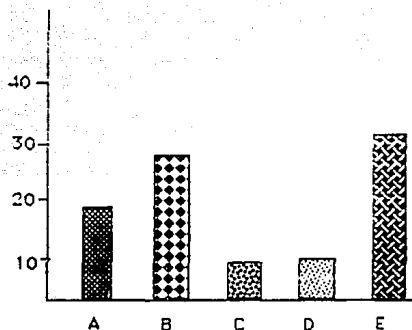
B  DE 1 A 3 AÑOS

D  DE 7 A 10 AÑOS

E  MAS DE 10 AÑOS

9.-En cuanto al ingreso económico familiar mensual promedio, pudimos observar que sólo 11 casos es decir, el 18.3% recibían un salario mínimo, 7 casos o sea el 28.3% dos salarios mínimos y 19 casos es decir, el 31.6% recibían cinco o más salarios mínimos.

GRAFICA 9. INGRESO ECONOMICO FAMILIAR MENSUAL



A UN SALARIO MINIMO

B DOS SALARIOS MINIMOS

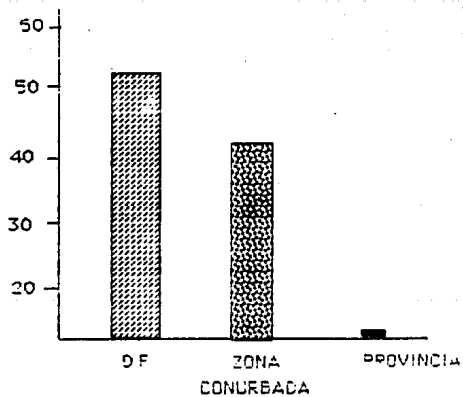
C TRES SALARIOS MINIMOS

D CUATRO SALARIOS MINIMOS

E 5 O MAS SALARIOS MINIMOS

10.-Respecto al domicilio como era de esperarse por la regionalización del Hospital General de Centro Médico La Raza, las familias se ubicaron en un 53.3% es decir 32 casos en el D.F., al norte de este. 43.3% en la zona conurbada al norte del D.F., y únicamente 2 casos fueron provenientes de provincia.

GRAFICA 10. DOMICILIO

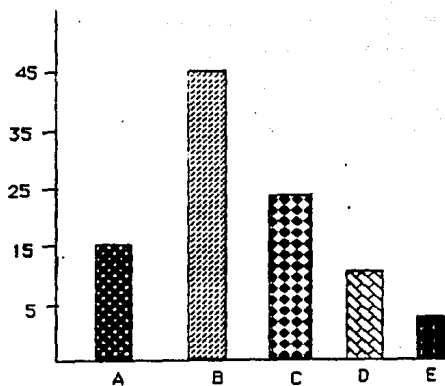


11.- En cuanto al número de hijos en total de cada familia se observó que el 45% de las familias tienen dos hijos mientras que únicamente el 5% tienen un número igual o mayor a 5 hijos.

GRAFICA 11. NUMERO EN TOTAL DE HIJOS DE CADA FAMILIA.



PORCENTAJE



A UN HIJO

B DOS HIJOS

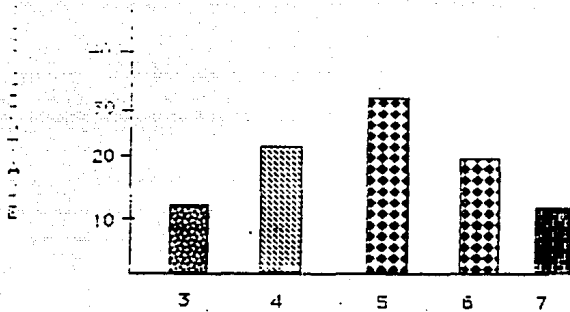
E 5 O MAS

C 3 HIJOS

D 4 HIJOS

12.- Respecto al número de personas que viven en el hogar del paciente encontramos que el 31,6% tiene 5 miembros viviendo en casa, el 13,3% tiene 3 miembros y el 13,3% cuenta con un número igual o mayor a 7 personas viviendo en la misma casa.

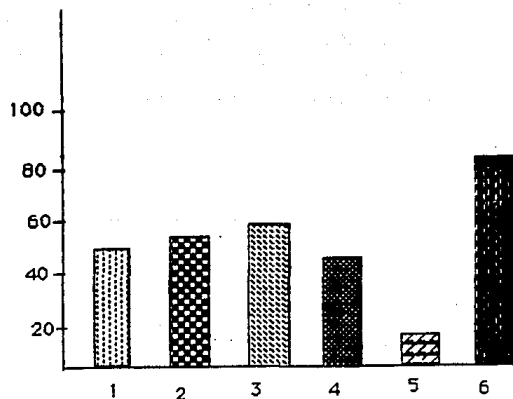
**GRAFICA 12. NUMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR DEL PACIENTE.**



13.- En lo referente al tipo de vivienda se pudo observar que el 51.5% de la muestra vive en casa propia, el 56.6% habitan una casa sola y que el 83.3% no vive en vecindad.

GRAFICA 13. TIPO DE VIVIENDA

PORCENTAJE



1 CASA RENTADA

2 CASA PROPIA

3 CASA SOLA SI

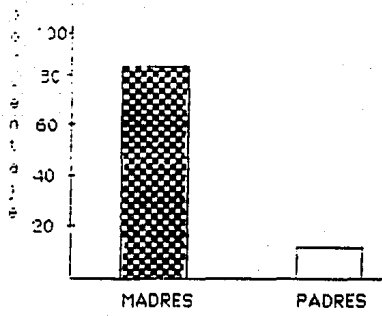
4 CASA SOLA NO

5 VECINDAD SI

6 VECINDAD NO

14.- De las personas que contestaron el cuestionario encontramos que el 95% correspondió a las madres mientras que únicamente el 5% correspondió a los padres.

GRAFICA 14. PERSONA QUE CONTESTO EL CUESTIONARIO



#### 1.4. CONCLUSIONES

Los datos epidemiológicos aquí vertidos son propios y característicos de la población derecho habiente perteneciente a la consulta externa de neumología pediátrica del hospital General del Centro Médico "La Raza".

Se observó que el grado de ansiedad requerido para la homeostasis de estos grupos familiares es el comprendido en el nivel de "normal", el cual favorece el funcionamiento del subsistema padre-hijo.

Las familias de estos niños en su mayoría presentan subsistemas conyugal, fraterno y parental funcionales, por lo que la estructura familiar no se encuentra afectada; por lo cual el sentido de culpabilidad o resentimiento por parte de los hermanos (abandono de los padres hacia éstos), no existe hacia el paciente identificado.

No se pudo evaluar con el presente trabajo el grado de generación de ansiedad entre los padres y el niño crónicamente enfermo, así como tampoco se pudo detectar hasta qué grado éste es promotor de ansiedad y perpetuador de síntomas por lo que habría que investigar si el niño es el factor principal (consciente o no) de la homeostasis familiar.

Se aceptó nuestra Hipótesis Nula (Ho), lo cual confirma la alta incidencia de subsistemas parentales funcionales, no correlacionándose con actitudes subconscientes que van desde sentimientos de culpa hasta la depresión crónica. Por lo tanto, las familias de niños con asma crónica son funcionales.



### 15. SUGERENCIAS

En base a trabajos previamente publicados que se remontan al año de 1975, el presente nació a manera de efectuar un enriquecimiento en el campo del estudio de la dinámica familiar de pacientes crónicamente enfermos, en particular de pacientes asmáticos.

Se propone que se lleve a cabo un siguiente trabajo que evalúe los otros dos ejes de la clasificación triaxial de la familia, que a saber son: aspectos del desarrollo de la familia y disfunción de la familia como sistema o grupo; pues nuestro trabajo evalúa el eje denominado disfunciones en subsistemas familiares únicamente.

Considerando que esta clasificación puede ayudar al médico a detectar la magnitud del impacto que sobre la familia tiene la enfermedad crónica del niño ya sea asma u otra.

En base a la observación clínica que por espacio de 5 años se ha llevado a cabo en pacientes asmáticos crónicos y sus familias, se propone dotar al pediatra de un instrumento que le permita detectar en forma concreta y bien orientada la presencia de problemas conductuales y psicológicos del paciente en sí, y alteraciones en la dinámica de su núcleo familiar, secundarias a la enfermedad crónica.

Se recomienda que el presente instrumento se dé a conocer en todos aquellos lugares en los cuales se manejen a niños crónicamente enfermos a fin de que sea aplicado, y así poder detectar de manera confiable la presencia de disfunción en el subsistema padres-hijos.

16. ANEXOSCUESTIONARIO:

Por favor contestar o marcar el siguiente cuestionario:

MARQUE QUE PERSONAS CONTESTA EL CUESTIONARIO.

MADRE \_\_\_\_\_ PADRE \_\_\_\_\_

NOMBRE

DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NUMERO DE AFILIACION DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

EDAD DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

FECHA DE INICIO DEL ASMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

EDAD DEL PADRE \_\_\_\_\_

EDAD DE LA MADRE \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD DEL PADRE \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD DE LA MADRE \_\_\_\_\_

OCUPACION DEL PADRE \_\_\_\_\_

ANATIGUEDAD EN SU ULTIMO TRABAJO \_\_\_\_\_

OCUPACION DE LA MADRE \_\_\_\_\_

CUANTOS HIJOS SON EN TOTAL \_\_\_\_\_

CASA RENTADA O PROPIA \_\_\_\_\_

NUMERO DE RECLAMAS \_\_\_\_\_

BAIA APARTE SI \_\_\_\_\_ O NO \_\_\_\_\_

COCINA APARTE SI \_\_\_\_\_ O NO \_\_\_\_\_

CASA SOLA SI \_\_\_\_\_ O NO \_\_\_\_\_

RECINDAD SI \_\_\_\_\_ O NO \_\_\_\_\_

INGRESO FAMILIAR MENSUAL PROMEDIO \_\_\_\_\_

NUMERO TOTAL DE PERSONSAS QUE VIVEN EN EL MISMO HOGAR DEL

PACIENTE \_\_\_\_\_

QUESTIONARIO PARA LOS PADRES.

1.- ¿Trata de que su conyuge cometa todo lo que puede comer?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

2.- ¿Alguna vez le ha dicho a su conyuge que se hijo esta enfermo por su culpa?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

3.- ¿Sabe qué explicacion dar a su hijo si le pregunta acerca de su enfermedad?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

4.- ¿Si se presenta crisis de asma ud. trata de ocultarlo al resto de la familia?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

5.- ¿Le ha dicho a alguno de sus hijos que es el responsable de la enfermedad de su hermano?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

6.- ¿Cree conveniente decirle a sus hijos que los quiere?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

7.- ¿Cree que su hijo la (o) maneja, adelantando su enfermedad?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

8.- ¿Muestra predileccion por su hijo que tiene asma que por sus otros hijos?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

9.- ¿Les hace sentir a sus hijos que los ama y le preocupa su salud?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

10.- ¿Cree que sus hijos tienen todo para sentirse felices?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

11.- ¿Conversa con su conyuge acerca de la enfermedad de su hijo?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

12.- ¿Si le avisan que su hijo presenta actividad de el asma usted deja todo para confortarlo?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

- 13.- ¿Conversa y convive con sus niños?
- SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA
- 14.- ¿Es cariñoso (a) con sus hijos y su conyuge?
- SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA
- 15.- ¿Discute los problemas relativos a la enfermedad de su hijo?
- SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA
- 16.- ¿Discute los problemas cotidianos frente a todos los integrantes de su familia?
- SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA
- 17.- ¿Sabe qué factores influyen para que se reactive el asma de su hijo?
- SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA
- 18.- ¿Cuando le molesta algo y se enoja con sus hijos y con su conyuge les hace saber la causa?
- SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA
- 19.- ¿La relación de su hijo con respecto a sus demás hermanos es diferente?
- SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA
- 20.- ¿El rendimiento escolar de su hijo es deficiente?
- SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA
- 21.- ¿Cuando alguno de sus hijos está enojado le pregunta el motivo de este?
- SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA
- 22.- ¿Se preocupa usted cuando su hijo se encuentra lejos?
- SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA
- 23.- ¿Su hijo enfermo es agresivo con sus hermanos y amigos?
- SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA
- 24.- ¿Los amigos de su hijo enfermo lo estiman?
- SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA
- 25.- ¿Cree que sus hijos necesitan de golpes para corregirse?
- SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

26.- Si se presentan desavenencias entre sus hijos ¿usted trata de arreglarlas  
justamente?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

27.- ¿Se disgusta usted y su conyuge por cualquier motivo?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

28.- ¿Le molesta que su hijo presente reactivación de su enfermedad?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

29.- ¿Le reprocha a su hijo su enfermedad?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

30.- ¿Cree que la enfermedad de su hijo influye negativamente en el desenvolvimiento  
de sus hermanos y en el suyo?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

31.- ¿Corrige cariñosamente a sus hijos si éstos cometen algún error?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

32.- ¿Permite que su hijo enfermo realice las actividades que les son atribuidas por  
ustedes y/o por él mismo?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

33.- ¿Deja que sus hijos realicen las actividades que son atribuidas por ustedes?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

34.- ¿Orienta a su hijo sobre lo que está bien o mal hecho?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

35.- ¿Se siente culpable de la enfermedad de su hijo?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

36.- ¿Permite que su hijo enfermo realice los deportes y otras actividades inherentes  
a su edad?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

37.- ¿Si su hijo le pide algo un especial, cumple su deseo a cualquier precio?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

38.- ¿Le ha dicho a su hijo de que se encuentra enfermo?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

39.- ¿Ha notado usted si su hijo es tímido?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

40.- ¿Ha notado si su hijo es retraído?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

41.- ¿Ha notado si su hijo se deprime fácilmente sin motivo aparente?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

42.- ¿Ha notado si su hijo es hostil?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

43.- ¿Ha notado si su hijo depende excesivamente de usted?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

44.- ¿Ha notado si su hijo se lleva bien con otros niños?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

45.- ¿Ha notado cierto distanciamiento de su familia a causa de la enfermedad de su hijo?

SIEMPRE FRECUENTEMENTE OCASIONALMENTE NUNCA

17. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Schwartz Robert H. M.D.: El niño con asma crónica: actuación del pediatra general y del especialista.Clín. Pediatr. Norte Am. 6a.Ed. Ed.La Nueva Interamericana, México, 1984. 31: 89-107
- 2.- Perrin James M: Niños con enfermedades crónicas: formas de evitar disfunciones Clínicas Pediátricas de Norteamérica, 6a. Ed. Ed. La nueva Interamericana. México 1989. Vol. VI: pp. 1465-81,1542-62.
- 3.- Fotocopiado. Técnicas de Terapia Familiar, pp.25-34
- 4.- Fotocopiado. Nociones de Psicología y Tratamiento de grupos familiares, pp.38-50.
- 5.- Fotocopiado. Dimensiones de la Terapia Familiar,pp.73-89.
- 6.- Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el estado,Ediciones Quinto Sol. México. 1987, pp.7-125
- 7.- Sánchez A.J. Familia y Sociedad,Cuadernos de Joaquín Moritz. México. 1987. pp.11-82
- 8.- Unidades Didácticas de! primer año de la residencia de Medicina Familiar.
- 9.- Satir V. Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar Ed. Pax. México 1988. pp. 9-293



- 10.- Deutsch M. Krauss. R.M. Teorías en Psicología Social. Ed. Paidós. México 1968. pp. 1-83
- 11.- Satir V. Psicoterapia Familiar Conjunta. Ed. La prensa medica mexicana. Mexico, 1986. pp 1-83
- 12.- Blum M. et. al. Problemática Psicosocial del niño con enfermedad crónica. Boletín del Hospital Infantil de México. México, 1982. Vol. XLVI No. 5 pp. 352-60
- 13.- Moor L. El enfermo y sus relaciones Psicológicas frente a la enfermedad psíquica. Elementos de psicología médica. pp. 2633
- 14.- Battle Constance U. Enfermedades físicas crónicas: aspectos conductuales. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Ed. La nueva Interamericana. México 1975. Vol. 22: pp 531-32.