

11226
68



Universidad Nacional Autónoma de México

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS
DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADEMICA
HOSPITAL REGIONAL MERIDA DEL ISSSTE, YUCATAN

**COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN FAMILIAS
CON NIÑOS ASMAICOS EN RELACION CON LA
SEVERIDAD DEL PADECIMIENTO EN EL CONSULTORIO 9
DEL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL
REGIONAL MERIDA DEL I.S.S.S.T.E.**



ISSSTE

TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA: JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL REGIONAL "MERIDA"

Dr. Eduardo José Moguel Espinosa

MERIDA, YUCATAN, MEXICO, 1999

286680



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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


COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN FAMILIAS CON NIÑOS
ASMATICOS EN RELACION CON LA SEVERIDAD DEL PADECIMIENTO
EN EL CONSULTORIO 9 DEL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HOSPITAL REGIONAL MERIDA DEL I.S.S.T.E.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA

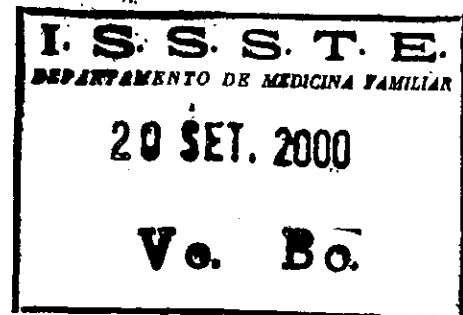
DR. EDUARDO JOSE MOGUEL ESPINOSA

AUTORIZACIONES


DR. JACINTO MIGUEL RAMIREZ BAHENA
ASESOR Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA SEDE MERIDA


DR. JOSE LUIS RODRIGUEZ LOPEZ
ASESOR DE TESIS DE LA
U.N.A.M.


DRA. LETICIA EZNAURRIZAR JURADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA CONTINUA
Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA I.S.S.T.E.



MERIDA, YUCATAN, MEXICO, MARZO DE 1999

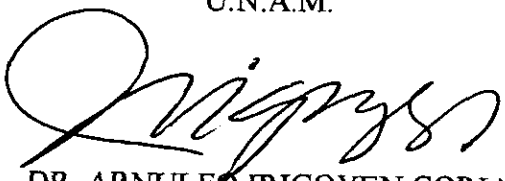
COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN FAMILIAS CON
NIÑOS ASMATICOS EN RELACION CON LA SEVERIDAD DEL PADECIMIENTO
EN EL CONSULTORIO 9 DEL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HOSPITAL REGIONAL MERIDA DEL I.S.S.S.T.E.


TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA

DR. EDUARDO JOSÉ MOGUEL ESPINOSA

AUTORIZACIONES


~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA~~
~~JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR~~
~~U.N.A.M.~~


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.


DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADORA DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

**A DIOS
QUE HA SIDO GUIA
EN TODOS LOS ASPECTOS
DE MI VIDA**

**A MIS QUERIDOS HIJOS
EDUARDO
CINTHYA
ERNESTO
MOTIVO PRINCIPAL DE MI
VIDA Y MIS DESEOS DE
SUPERACION**

**A MI ESPOSA
ELDA ALVAREZ B.
POR SU AMOR,
COMPRESION Y
POR SU AYUDA EN LOS
MOMENTOS DIFICILES**

**A MIS PADRES
EDUARDO Y LUPITA
POR SUS ENSEÑANZAS AMOR
Y CONSEJOS**

**A MI ASESOR
Y PROFESOR
MIGUEL J. RAMIREZ B.
POR SU APOYO.**

**A TODOS AQUELLOS QUE
CONTRIBUYERON DE
ALGUNA MANERA PARA
LA REALIZACION
DE MI ESPECIALIDAD
MUCHAS GRACIAS.**

INDICE

TEMA	PAGINA
Marco teórico	1
Planteamiento del problema	7
Justificación	8
Objetivo general	9
Objetivos específicos	10
Tipo de estudio	11
Población, lugar y tiempo	11
Muestreo	11
Criterios de selección	11
Definición de variables	12
Consideraciones éticas	12
Resultados	13
Análisis	23
Conclusiones	23
Bibliografía	25
Anexos	27

MARCO TEORICO.

Concepto de Asma.- El asma se conoce desde la antigüedad, habiéndola mencionado Hipócrates 300 años antes de Cristo. Es interesante observar que a más de 2000 años, todavía no se ha llegado a una definición satisfactoria de este padecimiento. (14).

El asma bronquial es un padecimiento reversible de obstrucción de las vías aéreas, multifactorial y con tendencia a la cronicidad. Observamos que una función primaria vital como es el proceso respiratorio, se ve amenazado en forma aguda y repetida, causando una gran ansiedad en todo el núcleo familiar y en cada uno de los subsistemas que lo componen. (3, 24).

El GINA define el asma como un desorden inflamatorio crónico de las vías aéreas. Las vías aéreas crónicamente inflamadas son hiperreactivas; se obstruyen y el flujo aéreo es limitado (por broncoconstricción, taponos mucosos y mayor inflamación) cuando las vías aéreas son expuestas a varios estímulos o factores desencadenantes. (15).

Prevalencia del asma.- En México como en otros países, se ha encontrado que la prevalencia del asma bronquial se sitúa alrededor del 2% al 4% de la población general. (1).

En un estudio llevado a cabo en Portugal por Leira y cols, el asma se presentó en el 10% de la población estudiada. Su enfermedad causó 4,307 días de inasistencia. 4,148 consultas médicas y 351 visitas al servicio de urgencias con 80 ingresos hospitalarios. (21).

En la evolución del asma intervienen factores propios de la enfermedad y que están en relación con el ciclo vital del individuo y entre ellos hay interacciones que convendrá investigar para entender mejor la historia natural de la enfermedad.

Factores predisponentes.- Son varios los factores que se han relacionado con la presencia de asma en los niños. Uno de ellos es el tabaquismo en la mamá del niño. Existen investigaciones donde se ha demostrado esta relación y se ha encontrado que las madres fumadoras con un nivel académico bajo, tiene 2.5 veces mas probabilidades de tener hijos asmáticos que las no fumadoras. Esto no ha quedado muy demostrado en mamás con niveles académicas arriba de los 12 años de estudio. (4, 13, 21, 25).

Otros factores que se han relacionado con las crisis asmáticas son la presencia de ácaros, como el Dermatophagide pteronyssinus y farinae, los pólenes de plantas, las esporas, la humedad, el pelo de animales, sistemas de calentamiento y enfriamiento, bacterias como la Clamidia pneumoniae, el Micoplasma pneumoniae, la Clamidia tracomatis y pneumoniae y diversos virus. (1, 2, 5, 10, 15, 25).

Algunos alimentos como la leche, el puerco, los cacahuates, la soya y el trigo, así como el ejercicio entre otros. La natación es el deporte que menos se ha visto relacionado con la presencia de crisis. (12).

También se ha comprobado que la prematurez al nacer y los antecedentes familiares juegan un papel importante para la aparición de asma en un niño. (1, 5, 10, 24, 31).

Resulta interesante el hecho de que algunos niños, conforme crecen, desaparecen sus crisis, en cambio en otros, el asma se prolonga hasta la edad adulta. Los factores que se han relacionado con la presencia de asma en el adulto son el haber padecido asma grave; el que se presente después de los 2 años de edad; el que esté asociada con flujo respiratorio reducido; que el paciente sea del sexo femenino, y que los padres sean asmáticos. (1, 3, 22).

Fisiopatogenia del asma.- Desde el punto de vista fisiopatológico, el asma se divide en 2 etapas, en la primera el sujeto adquiere características anormales, hay un proceso inflamatorio con reacción exagerada. (3, 15, 30).

En la segunda etapa hay obstrucción bronquial que se estimula por diversos factores biológicos y/o psicológicos. Ha continuación se menciona las diversas teorías sobre la fisiopatogenia del asma:

La teoría muscular. Antes se pensaba que el músculo liso bronquial reaccionaba en forma exagerada en estos pacientes, pero esto no se ha demostrado en estudios de laboratorio. Al parecer, el músculo liso responde a mediadores químicos que se secretan en forma exagerada en el individuo con asma, como los troboxanos, los leucotrienos B₄, C₄, D₄ y E₄, con una disminución en la biosíntesis de su antagonistas. (15, 30).

La teoría vascular. El vaso incrementa su permeabilidad con extravasación de proteínas y líquido a la pared bronquial, mediado por diversas sustancias como P.A.T., histamina, algunas prostaglandinas, leucotrienos y la substancia P. (15, 30).

La teoría de las células inflamatorias. Las células cebadas, los macrófagos, los eosinófilos y los neutrófilos se ha comprobado que tienen implicaciones en el proceso asmático, así como los linfocitos por medio de la liberación de linfocinas. (15, 30).

El sistema nervioso. Este interviene por medio de la inervación adrenérgica beta 3 que se ve alterada y un incremento del tono funcional del sistema constrictor colinérgico.

Uno de los factores mas relacionados con la presencia de crisis son los procesos virales. Actualmente se conocen 4 mecanismos involucrados en este proceso (1, 30):

- a) Por una actividad mecánica directa sobre los bronquios,
- b) Por acción de la vía colinérgica.
- c) Por disminución de la actividad beta adrenérgica.
- d) Por aumento de los mediadores químicos que intervienen en el proceso inflamatorio.

Aspectos clínicos.- Generalmente, no es difícil hacer el diagnóstico clínico del asma, ya que se presenta por crisis de espasmos bronquial ante algún factor desencadenante, aunque en muchos casos no se identifique adecuadamente éste.

Se debe tener mucho cuidado en la evaluación del paciente durante la crisis, ya que se ha demostrado que en el 60% de los enfermos no existe relación entre la función pulmonar y los signos objetivos de dificultad respiratoria.

También se debe tener mucho cuidado en la evaluación de los datos clínicos que indiquen alteraciones en el intercambio gaseoso, como son la hipoxemia y la acidosis respiratoria, así como las complicaciones que pueden aparecer, como son las infecciones o incluso el neumomediastino debido al aumento de presión intra alveolar y su consiguiente ruptura. (3, 15, 19).

En ocasiones puede resultar difícil decidir si un niño es o no asmático. Los criterios aceptados actualmente incluyen (3, 15, 26):

- Sibilancias principalmente a la espiración.
- Historia de cualquiera de los siguientes síntomas:
- Tos, que empeora particularmente en la noche.
- Sibilancias recurrentes.
- Dificultad respiratoria recurrente.
- Opresión en el pecho recurrente.
- Los síntomas ocurren o empeoran durante la noche, despertando al paciente.
- Los síntomas ocurren o empeoran en presencia de ejercicios; infecciones virales; animales con pelaje; ácaros domésticos del polvo; humo; polen; cambios de temperatura; expresiones emocionales fuertes; sustancias químicas en aerosol; medicamentos como aspirina, beta bloqueadores.

- Limitación en el flujo aéreo variable y reversible; medida utilizando un medidor de flujo espiratorio máximo (PFE) o flujo espiratorio pico en cualquiera de las siguientes maneras:
 - El PFE aumenta más de un 15%, 15 a 20 minutos después de la inhalación de un Beta2-agonista de corta acción, o
 - El PFE varía más de un 20% de la medición matutina al levantarse en relación a la medición 12 horas después, en pacientes usando un broncodilatador (más del 10% en pacientes que no están utilizando broncodilatadores), o
 - El PFE disminuye más de un 15% después de 6 minutos de corras ó ejercicios.

En cuanto a su severidad, el asma puede dividirse en (15):

- *Intermitente.* Cuando existen crisis menos de 1 vez por semana. Con síntomas nocturnos de 2 o menos veces al mes.
 - *Persistente leve.* Cuando las crisis se presentan más de una vez por semana pero menos de 1 vez al día. Con síntomas nocturnos de menos de 2 veces al mes.
 - *Persistente moderada.* Las crisis se presentan diario con afectación de la actividad. Con síntomas nocturnos de menos de 1 vez por semana.
 - *Persistente severa.* Cuando los síntomas son continuos con actividad física limitada. Los síntomas nocturnos son frecuentes.

Manejo médico del asma.- Debemos distinguir entre el manejo de la crisis y la terapia a largo plazo para prevenir la presencia de crisis. Uno de los grandes adelantos en el manejo del asma ha sido el uso de inhaladores que poseen una gran ventaja debido a el uso de dosis menores en comparación a la vía sistémica, con menos efectos secundarios y acción más rápida. Su desventaja radica en que no todos los niños lo usan en forma adecuada. En un estudio de Del Rio, encontraron que solo el 13% de los niños lo usan en forma correcta. (15).

A pesar de sus desventajas, se ha visto que muchos médicos generales y pediatras se inclinan al tratamiento oral. (23).

Para el control de la crisis, se usan diferentes compuestos agonistas adrenérgicos B2, también se han usado los derivados de las metilxantinas, los esteroides, los antibióticos para tratar las infecciones agregadas entre otras cosas. (8, 15, 27).

El manejo de la disminución del número de crisis, además de usar los productos antes mencionados, se han usado antihistamínicos; también se ha usado la inmunoterapia por medio de la descensibilización por vacunas. (8, 15, 27).

Ultimamente se han empezado a manejar los inhibidores de los leucotrienos con efectos prometedores. (15).

Ambiente psicológico y familiar.- El ambiente psicológico que rodea al paciente asmático es definitivo en el desencadenamiento de las crisis (conflictos familiares) o con reducción de su frecuencia en intensidad (vacaciones, cambio de ambiente). Esta observación es respaldada por el hecho de que la severidad de las crisis asmáticas no corre paralela a la obstrucción bronquial. (28).

Se ha observado que la incidencia de las crisis asmáticas, siguen el mismo patrón de distribución que los padecimientos neuróticos y de los cuadros depresivos. El interés de la medicina por adoptar un enfoque sistémico en la atención de la familia como unidad primaria y natural de la sociedad, se debe a los factores psicológicos y sociales (además del biológico) muchos de los cuales son generados por la misma familia y que afectan en una u otra forma a la salud del individuo y de la familia misma. (20).

La familia posee un conjunto de demandas situacionales propias de su desarrollo, que lo hace susceptible a que en ciertos momentos, algunos de sus integrantes enferme y altere el equilibrio familiar.

Es importante mencionar que no existe la familia sin problemas. Chagoya nos aclara lo anterior en su concepto de dinámica familiar: menciona que la dinámica familiar normal es una mezcla de sentimientos compartidos y expectativas entre cada integrante de la familia que permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le da el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los otros integrantes. (6, 18).

Su función primordial es el constante cambio y crecimiento del grupo familiar.

Las relaciones interpersonales que se establezcan dentro del ambiente familiar van a determinar su adecuado o inadecuado funcionamiento.

Por otra parte, existe un equilibrio interno que conserva unida a la familia a pesar de las presiones producidas dentro y fuera de ella, llamada homeostasis, que opera por medio de mecanismos relativamente automáticos e involuntarios. (18).

La interacción familiar es importante en todas las enfermedades, incluso en aquellas donde la patología es claramente física, ya que tiene un impacto psicológico y social. Hay factores emocionales ligados a la interacción familiar que frecuentemente precipitan o perpetúan el síntoma familiar para equilibrar fuerzas dentro de la familia y conservar la integridad del grupo. (18).

El asma y la interacción familiar.- Existen cuatro formas de abordar el desarrollo de la enfermedad desde el punto de vista psicológico:

La teoría psicológica, en donde se maneja que el individuo tiene dificultades para verbalizar sus sentimientos, expresados en crisis, manejándose el concepto de que la enfermedad parece influenciar la personalidad y no vice versa. (20, 27, 32)

La teoría psicofisiológica, en donde se dice que los eventos estresantes causan las crisis.

El conductismo menciona que las funciones autónomas así como los síntomas psicósomáticos se modifican por sugestión. (20, 27).

Se ha dicho que el asma es la enfermedad psicósomática por antonomasia. Algunos estudios mencionan que el asmático se compara con otros sujetos que padecen enfermedades, llamadas psicósomáticas como: úlcera péptica, artritis, hipertensión, etc., así mismo se menciona que algunos rasgos de la personalidad son comunes, pero esto no se ha podido confirmar en forma definitiva. (20, 27).

Finalmente la teoría sistémica, dice que las familias con problemas psicósomáticos comparten una serie de características las cuales son la aglutinación de la familia, es decir que no hay límites o distancias entre sus integrantes, creándose confusión en roles y jerarquías, desaliento de la autonomía, sobreprotección centrada en el paciente identificado y rigidez de la familiar, la cual niega tener problemas o conflictos, adquiriendo el asmático el papel regulador de la homeostasis, constituyendo esto una expresión de disfunción familiar. (20, 27).

Liera Pinto y Cols. Encontraron que los adolescentes asmáticos estudiados por ellos tienden a presentar dependencia y sentimientos de inferioridad. (21).

Por otro lado, Weil y cols en el Children's Memorial Hospital de Chicago, encontró que los niños que más se hospitalizaban con crisis asmáticos eran aquellos que tienen padres con algún problema mental. (32).

La funcionalidad familiar.- Cada integrante de una familia tiene necesidades físicas, psíquicas y sociales pero al mismo tiempo, la sociedad ha puesto sobre cada individuo ciertas expectativas, obligaciones y demandas de cada uno de los integrantes y así como las expectativas concernientes a las necesidades y demandas de los padres y también de los hijos. (18).

Como ya se mencionó, la familia sin problemas no existe, sin embargo, podemos identificar familias normales, que pueden identificar sus problemas de una manera clara, sus miembros expresan verbalmente su inconformidad o incomodidad, sus gustos y sus molestias. Para Virginia Satir, funcionalidad es sinónimo de normalidad. (6).

Por otro lado, la familia patológica utiliza sus problemas como un arma y no como un medio de acercamiento.

Las responsabilidades fundamentales de las estructuras familiares que determinan la sobrevivencia familiar son las funciones la socialización, cuidado, afecto, reproducción y status. (18).

La función de socialización cuya tarea primordial es transformar al individuo en autónomo para desarrollarse en la sociedad aprendiendo los valores sociales y culturales. La familia cumple con dicha función cuando promueve y condiciona el desarrollo integral del individuo.

La función de cuidado significa que la familia debe cubrir las necesidades físicas y la salud de los integrantes de la misma.

En la función de afecto, la familia debe cubrir las necesidades afectivas de sus integrantes, porque la respuesta afectiva de un integrante a otro proporciona la recompensa básica de la vida.

La reproducción es una función muy importante de la familiar, mediante ésta, se logra la regulación y control del ambiente sexual y de la perpetuación y debe ser adecuadamente programada de acuerdo a la interacción personal, educación sexual y control de la natalidad.

La función de status es la responsabilidad de proveer la necesaria socialización y las experiencias educacionales que permite al individuo asumir una vocación y un rol en grupos que sean consistentes en sus expectativas. (18).

Gustafsson encontró que antes de los 3 meses de edad no existe relación entre los patrones disfuncionales y el diagnóstico Clínico de asma. La interacción familiar antes del nacimiento del niño no presidió la aparición de atopias. En contraste, después de los 3 meses, la mayoría de los niños sanos tuvieron en este estudio familias funcionales (88%), en comparación con el 48% con los que tuvieron rinitis y 54% con los que tuvieron infecciones recurrente de vías aéreas superiores. (16).

Métodos de diagnóstico familiar.- Existen diversos métodos para hacer un diagnóstico a las familias que manejamos en el primer nivel de atención. Desde luego en realizar una historia clínica familiar es fundamental para conocer a las familias que manejamos. Entre los instrumentos que nos auxilian se encuentra el familiograma, la tipología y diversos cuestionarios como el apgar familiar, el McMaster y el modelo circunflejo de Olson. (23).

El Apgar familiar utiliza como base las cinco funciones básicas de la familia y realiza 5 preguntas directas intentando explorar estas cinco funciones. Su forma de realizar las preguntas tan directa, no permite que el mecanismo de defensa de la negación pudiera alterar los resultados de la prueba. Se habla de una sensibilidad de 0.60 en diferentes estudios. (9, 18).

El McMaster trata de explorar las mismas cinco funciones básicas, pero las características propias del estudio lo hacen más confiable que el Apgar familiar.

El FACES III (FAMILY ADAPTABILITY AND COHESION EVALUATION SCALE) fue ideado por Olson como un instrumento para investigar la cohesión y la adaptabilidad familiar en un modelo curvilíneo. Según este modelo, las familias funcionales deben encontrarse en la línea media en cuanto a estos parámetros y la disfunción es vista en los extremos. (7, 11, 16, 23)

Desde su creación, el FACES ha pasado por diferentes versiones. La versión II tiene 15 preguntas para cohesión y 15 preguntas para adaptabilidad. La tercera versión redujo las preguntas a 20 en total para hacerlo de más fácil respuesta. Aparentemente esta ha disminuido su sensibilidad. Aún así, la confiabilidad del instrumento es alta en comparación con otros instrumentos de evaluación. (17).

El instrumento consta de veinte reactivos de autoevaluación, calificando los 10 primeros la cohesión y con 10 siguientes la adaptabilidad familiar. Se considera patológicas las calificaciones extremas y la media en forma de "U" invertida se considera como valor normal. (7, 9, 11, 16).

Cada reactivo debe calificarse en cinco categorías, de modo que la cohesión podrá tener dos extremos de 10 a 50 puntos. Lo mismo sucede con la adaptabilidad.

De acuerdo al nivel de cohesión, las familias pueden ser desintegradas, separadas, conectadas y aglutinadas.

De acuerdo a los valores de adaptabilidad, las familias pueden ser rígidas, estructuradas, flexibles y caóticas.

La media normal es diferente para cada cultura. En Noruega, por ejemplo, las familias normales calificaron en cuanto a cohesión 38 más menos 6.2 y de adaptabilidad 27.8 más menos 4.7, mientras en Norteamérica Olson reporta 39.8 más menos 5.4 para cohesión y 24.1 más menos 4.7 para adaptabilidad. (11, 16).

Según el estudio de Ingrid Dundas, las calificaciones observadas en familias normales dependen de la etapa del ciclo vital de la familia. Así, el área de cohesión familiar tiene una media de 38 puntos, sin embargo las familias en procreación la puntuación aumenta hasta 41.6 puntos. En familias con adolescentes, la calificación disminuye a 37.1 puntos. En cuanto a la adaptabilidad, la media se encuentra entre 24.1 y 27.8 según diferentes estudios, y es mayor en familias en etapa de procreación en 28.8 puntos y menor en familias con adolescentes en 24.3 puntos. (11).

En la Cd. De México, Dickinson Bannack y cols. Aplicaron el FACES III y lo compararon con el Apgar Familiar, en dos grupos extremos de estudio funcionales y disfuncionales en base a determinantes familiares, sociales y demográficos, y encontraron una adecuada concordancia con los resultados obtenidos en ambas pruebas. (9).

Olson mismo ha hecho investigaciones para validar el instrumento FACES III y ha encontrado una adecuada correlación con la valoración clínica de las familias investigadas.

Hampson sin embargo, reporta que al disminuir el número de preguntas de 15 que era el del FACES II a 10 que es del FACES III, ha disminuido su sensibilidad de .93 a .79 en cohesión y de .84 a .45 en adaptabilidad. (17).

Aunque el instrumento no tiene la sensibilidad con que cuenta otros instrumentos de diagnóstico, ha demostrado tener una sensibilidad aceptable y es útil por la facilidad de su aplicación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado que el asma bronquial ocasiona que el sistema familiar enfrente toda una serie de perturbaciones funcionales familiares, alteraciones que van desde la ansiedad, dependencia y conducta demandante del asmático, hasta la sobreprotección, restricción de actividades físicas y privacidad de su medio familiar durante la hospitalización.

Estas actividades hasta cierto punto limitantes, son altamente problemáticas por la angustia que causa el daño orgánico que puede originar el riesgo de la muerte, la dependencia y la repercusión en la escolaridad, economía y productividad de la familia y para la sociedad.

Hay numerosas aportaciones dentro del marco de la medicina curativa con respecto al asma, pero es escasa la información acerca de su repercusión en la estructura familiar y social por lo que se plantea la siguiente interrogante:

¿La función familiar se ve afectada en familias donde existe un niño asmático con asma moderada o severa en comparación con aquellas que tienen a un niño con asma intermitente o leve?

JUSTIFICACION.

Como hemos visto, el asma bronquial representa un serio problema de salud pública en todo el mundo. Si bien existe una predisposición del individuo para desarrollar el proceso inflamatorio bronquial, el número de factores desencadenantes es muy diverso.

Se ha reconocido que los factores emocionales se encuentran como una de las causas desencadenantes de las crisis. La función de la familia es fundamental para mantener una estabilidad emocional adecuada.

Es por ello fundamental reconocer las disfunciones en las familias de estos niños, ya que pueden ser un factor que en un momento dado influiría en la severidad del asma.

Por otro lado, la misma enfermedad puede ser factor de disfunciones, lo que contribuiría a incrementar el problema.

La detección oportuna de disfunciones puede manejarse apropiadamente ya sea con terapia de apoyo por el Médico Familiar o en los casos severos por Especialistas en la Terapia de Familia, lo que contribuiría al mejor control del padecimiento del niño.

Aunque el asma todavía constituye un serio problema para el médico, actualmente cuenta con nuevos recursos terapéuticos (medicamentos específicos, medio fluidificantes artificiales, aparatos de respiración mecánica, etc.). Sin embargo queda un aspecto que necesita del esfuerzo creativo del médico: el establecimiento de un programa terapéutico basado no solo en el perfil fisiológico del paciente, sino también en sus necesidades y en la de su familia; en los aspectos socioeconómicos; en el fondo cultural, y en los conceptos de salud enfermedad.

Este es el objetivo del estudio de la Medicina Familiar, con lo cual se pretende brindar una atención integral, continua a la familia. Dado que el médico familiar conoce mejor que nadie las necesidades de salud de las familias a su cargo, es su responsabilidad ayudar a la familia a conservar la salud, percibir sus problemas y conocer la dinámica en que incurre.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar si la severidad del asma tiene influencia en la funcionalidad de la familia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1.- Conocer si existe disfuncionalidad en el área de la cohesión familiar en familias de pacientes con asma bronquial intermitente o persistente leve.

2.- Determinar la cohesión familiar en familias con un integrante asmático con asma persistente moderada y severa.

3.- Determinar la adaptabilidad familiar en familias con un integrante con asma bronquial intermitente o persistente leve.

4.- Determinar la adaptabilidad familiar en familias con un integrante con asma bronquial persistente moderada o severa.

5.- Determinar las siguientes variables en relación a la severidad del asma:

a) Edad de la madre.

b) Tipología familiar.

c) Tipo de Unión de la pareja conyugal.

d) Número de hijos en la familia.

e) Ingreso familiar.

f) Antecedentes familiares de asma.

TIPO DE ESTUDIO.

Este es un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, transversal, no intervencionista.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

El servicio de Medicina Familiar del Hospital Regional Mérida del ISSSTE cuenta con una población de 61,593 derechohabientes.

De ellos, el consultorio 9 tiene un total de 1600 Derechohabientes.

El estudio se llevó a cabo en un grupo de familias que tiene un integrante asmático. La muestra fue tomada de los pacientes que acudieron a consultar al consultorio número 9 del servicio de Medicina Familiar en el Hospital Regional Mérida del ISSSTE y se aplicó del 1 de abril al 31 de agosto de 1998.

Se encuestó a las madres de todos los niños asmáticos de 2 a 12 años que acudieron a consulta de Medicina Familiar durante el período de estudio.

MUESTREO.

Se encuestó a las familias de todos los niños con diagnóstico de asma entre 2 y 14 años, que acudieron a la consulta de Medicina Familiar en el consultorio No. 9.

Durante este período, se atendieron en el consultorio a 14 familias con un integrante asmático, aplicándose el cuestionario para la investigación.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- 1.- Familias con un niño asmático entre 2 a 14 años.
- 2.- Que el niño presente asma bronquial de más de un año de evolución.
- 3.- Que aceptaran intervenir en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- 1.- Con integrante asmático menor de un año y mayor de 14 años de edad.
- 2.- Pacientes con asma bronquial con menos de un año de evolución.
- 3.- Familias que no acepten participar en el estudio.
- 4.- Pacientes asmáticos que no acepten participar en el estudio.

TIPO DE ESTUDIO.

Este es un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, transversal, no intervencionista.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

El servicio de Medicina Familiar del Hospital Regional Mérida del ISSSTE cuenta con una población de 61,593 derechohabientes.

De ellos, el consultorio 9 tiene un total de 1600 Derechohabientes.

El estudio se llevó a cabo en un grupo de familias que tiene un integrante asmático. La muestra fue tomada de los pacientes que acudieron a consultar al consultorio número 9 del servicio de Medicina Familiar en el Hospital Regional Mérida del ISSSTE y se aplicó del 1 de abril al 31 de agosto de 1998.

Se encuestó a las madres de todos los niños asmáticos de 2 a 12 años que acudieron a consulta de Medicina Familiar durante el período de estudio.

MUESTREO.

Se encuestó a las familias de todos los niños con diagnóstico de asma entre 2 y 14 años, que acudieron a la consulta de Medicina Familiar en el consultorio No. 9.

Durante este período, se atendieron en el consultorio a 14 familias con un integrante asmático, aplicándose el cuestionario para la investigación.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- 1.- Familias con un niño asmático entre 2 a 14 años.
- 2.- Que el niño presente asma bronquial de más de un año de evolución.
- 3.- Que aceptaran intervenir en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- 1.- Con integrante asmático menor de un año y mayor de 14 años de edad.
- 2.- Pacientes con asma bronquial con menos de un año de evolución.
- 3.- Familias que no acepten participar en el estudio.
- 4.- Pacientes asmáticos que no acepten participar en el estudio.

TIPO DE ESTUDIO.

Este es un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, transversal, no intervencionista.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

El servicio de Medicina Familiar del Hospital Regional Mérida del ISSSTE cuenta con una población de 61,593 derechohabientes.

De ellos, el consultorio 9 tiene un total de 1600 Derechohabientes.

El estudio se llevó a cabo en un grupo de familias que tiene un integrante asmático. La muestra fue tomada de los pacientes que acudieron a consultar al consultorio número 9 del servicio de Medicina Familiar en el Hospital Regional Mérida del ISSSTE y se aplicó del 1 de abril al 31 de agosto de 1998.

Se encuestó a las madres de todos los niños asmáticos de 2 a 12 años que acudieron a consulta de Medicina Familiar durante el período de estudio.

MUESTREO.

Se encuestó a las familias de todos los niños con diagnóstico de asma entre 2 y 14 años, que acudieron a la consulta de Medicina Familiar en el consultorio No. 9.

Durante este período, se atendieron en el consultorio a 14 familias con un integrante asmático, aplicándose el cuestionario para la investigación.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- 1.- Familias con un niño asmático entre 2 a 14 años.
- 2.- Que el niño presente asma bronquial de más de un año de evolución.
- 3.- Que aceptaran intervenir en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- 1.- Con integrante asmático menor de un año y mayor de 14 años de edad.
- 2.- Pacientes con asma bronquial con menos de un año de evolución.
- 3.- Familias que no acepten participar en el estudio.
- 4.- Pacientes asmáticos que no acepten participar en el estudio.

TIPO DE ESTUDIO.

Este es un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, transversal, no intervencionista.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

El servicio de Medicina Familiar del Hospital Regional Mérida del ISSSTE cuenta con una población de 61,593 derechohabientes.

De ellos, el consultorio 9 tiene un total de 1600 Derechohabientes.

El estudio se llevó a cabo en un grupo de familias que tiene un integrante asmático. La muestra fue tomada de los pacientes que acudieron a consultar al consultorio número 9 del servicio de Medicina Familiar en el Hospital Regional Mérida del ISSSTE y se aplicó del 1 de abril al 31 de agosto de 1998.

Se encuestó a las madres de todos los niños asmáticos de 2 a 12 años que acudieron a consulta de Medicina Familiar durante el período de estudio.

MUESTREO.

Se encuestó a las familias de todos los niños con diagnóstico de asma entre 2 y 14 años, que acudieron a la consulta de Medicina Familiar en el consultorio No. 9.

Durante este período, se atendieron en el consultorio a 14 familias con un integrante asmático, aplicándose el cuestionario para la investigación.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- 1.- Familias con un niño asmático entre 2 a 14 años.
- 2.- Que el niño presente asma bronquial de más de un año de evolución.
- 3.- Que aceptaran intervenir en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- 1.- Con integrante asmático menor de un año y mayor de 14 años de edad.
- 2.- Pacientes con asma bronquial con menos de un año de evolución.
- 3.- Familias que no acepten participar en el estudio.
- 4.- Pacientes asmáticos que no acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- 1.- Familias que no completaron el cuestionario de FACES III.
- 2.- Familias con reportes incompletos.

DEFINICION DE VARIABLES.

- 1.- Tipo de unión que conforma la familia del niño. Se investigó 3 categorías: casados, divorciados y en unión libre.
- 2.- Edad de la madre en años.
- 3.- Tipo de familia. Nuclear: formada por la pareja conyugal y los hijos; extensa, cuando vive con ellos otro familiar; compuesta cuando vive en la familia otro integrante no familiar.
- 4.- Número de hijos que componen la familia.
- 5.- Etapa del Ciclo vital:
- 6.- Severidad del asma: De acuerdo a ello se hicieron 2 grupos, el primero con asma intermitente y asma persistente leve; el otro con asma persistente moderada y severa, de acuerdo a la frecuencia con que se presentan las crisis.
- 7.- Ingreso familiar: De acuerdo a 3 categorías, si la familia percibe 1 salario mínimo, 2 salarios mínimos o arriba de 3 salarios mínimos.
- 8.- Cohesión y adaptabilidad familiar medido por el FACES III.

CONSIDERACIONES ETICAS.

Se respetó la integridad, privacidad y autonomía de cada una de las familias investigadas y se les explicó a las mismas que estaban siendo objeto de investigación, por lo que fue su voluntad el responder o no los cuestionarios.

Es por eso que esta investigación alcanza las normas éticas propuestas en 1994 por el consejo internacional de la Organización Mundial de la Salud en la declaración de Helsinki.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- 1.- Familias que no completaron el cuestionario de FACES III.
- 2.- Familias con reportes incompletos.

DEFINICION DE VARIABLES.

- 1.- Tipo de unión que conforma la familia del niño. Se investigó 3 categorías: casados, divorciados y en unión libre.
- 2.- Edad de la madre en años.
- 3.- Tipo de familia. Nuclear: formada por la pareja conyugal y los hijos; extensa, cuando vive con ellos otro familiar; compuesta cuando vive en la familia otro integrante no familiar.
- 4.- Número de hijos que componen la familia.
- 5.- Etapa del Ciclo vital:
- 6.- Severidad del asma: De acuerdo a ello se hicieron 2 grupos, el primero con asma intermitente y asma persistente leve; el otro con asma persistente moderada y severa, de acuerdo a la frecuencia con que se presentan las crisis.
- 7.- Ingreso familiar: De acuerdo a 3 categorías, si la familia percibe 1 salario mínimo, 2 salarios mínimos o arriba de 3 salarios mínimos.
- 8.- Cohesión y adaptabilidad familiar medido por el FACES III.

CONSIDERACIONES ETICAS.

Se respetó la integridad, privacidad y autonomía de cada una de las familias investigadas y se les explicó a las mismas que estaban siendo objeto de investigación, por lo que fue su voluntad el responder o no los cuestionarios.

Es por eso que esta investigación alcanza las normas éticas propuestas en 1994 por el consejo internacional de la Organización Mundial de la Salud en la declaración de Helsinki.

RESULTADOS.

- 1.- Se estudiaron en el grupo 1 a 11 familias con asma intermitente y asma persistente leve. El grupo 2 se formó por 3 familias con asma persistente moderada o severa.
- 2.- Con respecto a la cohesión del grupo familiar se observó en el grupo 1, una media de 36.091 puntos con una D.S. de 2.386, comparado con el grupo 2 con 40 puntos en las 3 familias estudiadas. Las diferencias obtenidas fueron estadísticamente significativas ($p < 0.02$).
- 3.- En lo que respecta a adaptabilidad familiar, en el grupo 1 se obtuvo una media de 31.909 con una D.S. de 3.83. En el grupo 2 se observó una media de 39 con una D.S. 1.73. En este caso, las diferencias también fueron significativas ($p < 0.02$).
- 4.- En cuanto al tipo de familia en base al modelo circunflejo propuesto por Olson, se encontró en el grupo 1: 7 familias calificadas como flexiblemente independientes; y 4 familias calificadas como flexiblemente conectadas. En el grupo 2, las 3 familias se encontraron caóticamente conectadas.
- 5.- En cuanto a la edad de la madre, en el grupo 1 se observó una media de 38.54 años, con una D.S. de 8.65. En el grupo 2 se observó una media de 47.33 años con una D.S. de 13.31 años.
- 6.- En cuanto al tipo de familias en el grupo 1, 6 fueron nucleares, 4 extensas y 1 compuesta. En el grupo 2 1 fue nuclear y 2 compuestas.
- 7.- En cuanto al tipo de unión conyugal, en el grupo 1, 8 fueron casadas, 2 divorciadas y 1 en unión libre. En el grupo 2 las 3 familias fueron casadas.
- 8.- En cuanto al número de hijos de la familia, en el grupo 1 se observó una media de 2.45 con D.S. de 0.93, y en el grupo 2 fue de 4 con D.S. de 1. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas.
- 9.- En cuanto al ingreso familiar, en el grupo 1 4 familias reportaron obtener 2 veces el salario mínimo, mientras que 7 reportaron por arriba de 3 veces el salario mínimo. En el grupo 2 1 familia reportó 2 veces el salario mínimo y 2 reportaron más de 2 veces el salario mínimo.
- 10.- Por último, en el grupo 1, solamente 4 familias reportaron no tener antecedentes familiares de asma. Las restantes 7 familias del grupo 1 y todas las familias del grupo 2 reportaron antecedentes de asma.

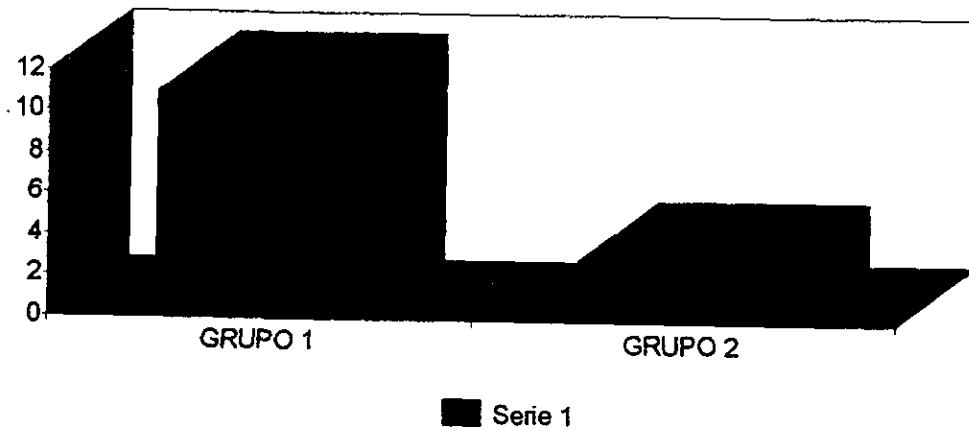
CUADRO 1. NUMERO DE FAMILIAS ESTUDIADAS				
DE ACUERDO A LA SEVERIDAD DEL ASMA.				
GRUPO 1		11		
GRUPO 2		3		

Cuadro No. 1. Número de familias estudiadas con un integrante asmático de 2 a 14 años en el consultorio 9 de Medicina Familiar del Hospital Regional Mérida del ISSSTE.

Grupo 1: con asma intermitente o persistente leve.

Grupo 2: con asma persistente moderada o severa.

Fuente: Registros de la investigación.



Gráfica No 1. Número de familias estudiadas con un integrante asmático en el consultorio 9 de Medicina Familiar del Hospital Regional Mérida ISSSTE.

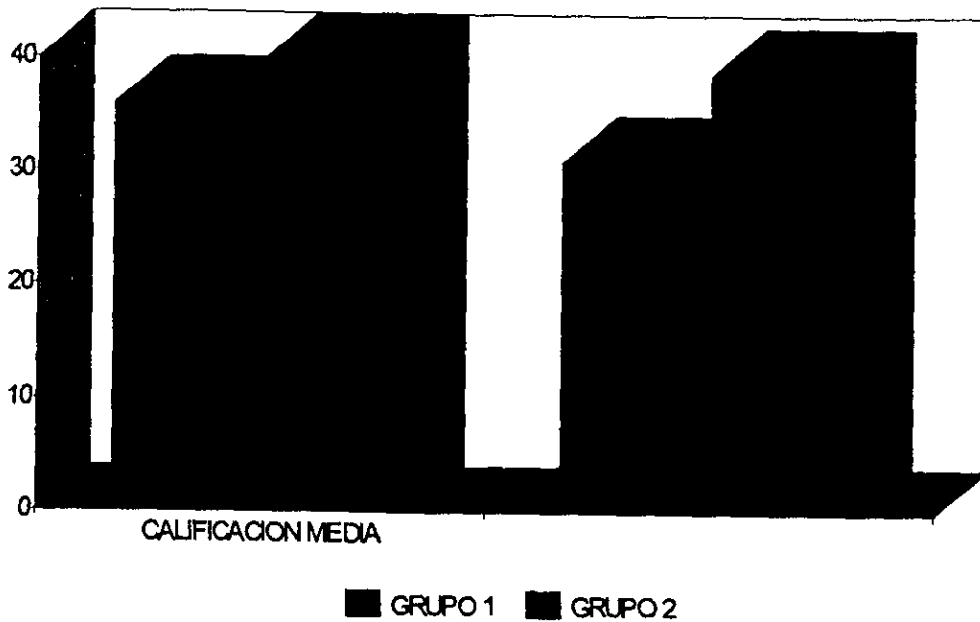
Grupo 1. Asma intermitente o persistente leve.

Grupo 2. Asma moderada y severa.

Fuente: Registros de la investigación.

	COHESION ADAPTABILIDAD	
GRUPO 1	36.09	31.09
GRUPO 2	40	39

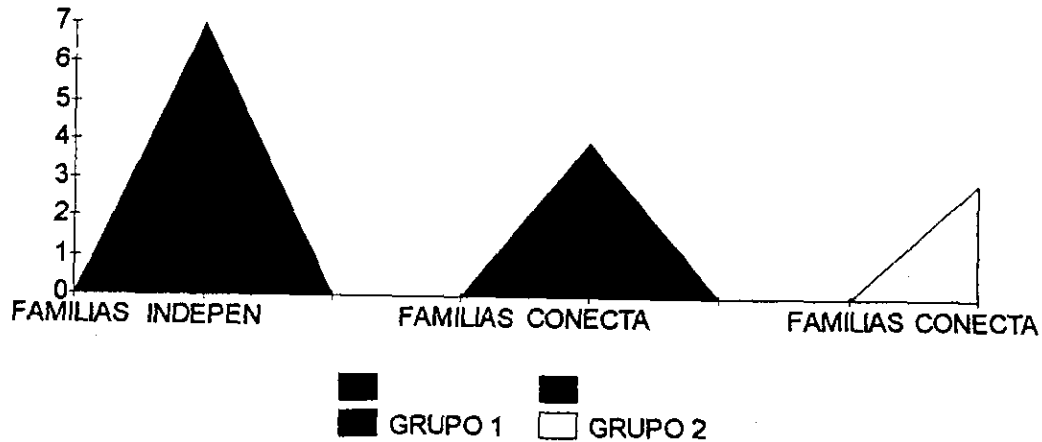
Cuadro No. 2. Promedio de calificación obtenida en el cuestionario FACES III en los grupos de estudio de pacientes asmáticos. Fuente: Registros de la investigación.



Gráfica No. 2. Promedio de calificación del cuestionario FACES III obtenida en los 2 grupos de familias con integrante asmático. Fuente: Registro de la investigación.

CUADRO 3. DIAGNOSTICO DE LAS FAMILIAS DE ACUERDO AL MODELO CIRCUNFLEJO.			
		GRUPO 1	GRUPO 2
FAMILIAS FLEXIBLEMENTE INDEPENDIENTES.		7	0
FAMILIAS FLEXIBLEMENTE CONECTADAS.		4	0
FAMILIAS CAOTICAMENTE CONECTADAS.		0	3

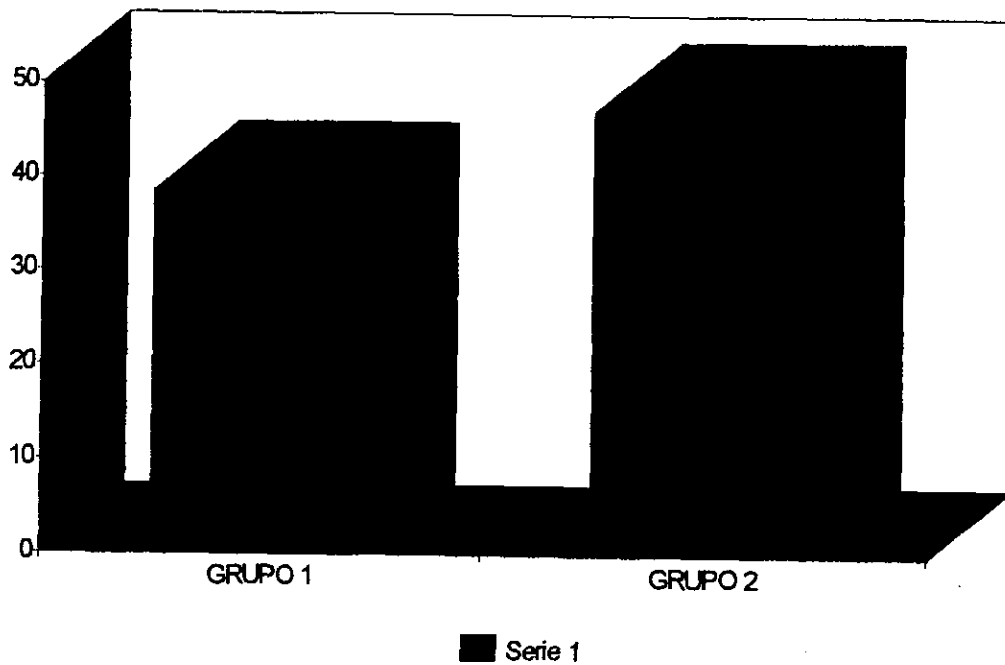
Cuadro No. 3. Diagnóstico de funcionalidad familiar obtenido de acuerdo al modelo circunflejo de Olson en los grupos de familias estudiados con integrante asmático. Fuente: Registros de la investigación.



Gráfica No. 3. Diagnóstico obtenido en las familias estudiadas con integrante asmático de acuerdo al modelo circunflejo de Olson. Fuente: Registros de la investigación.

CUADRO 4. EDAD DE LAS MADRES EN FAMILIAS CON UN INTEGRANTE ASMÁTICO.			
		GRUPO 1	GRUPO 2
	MEDIA	38.5	47.33

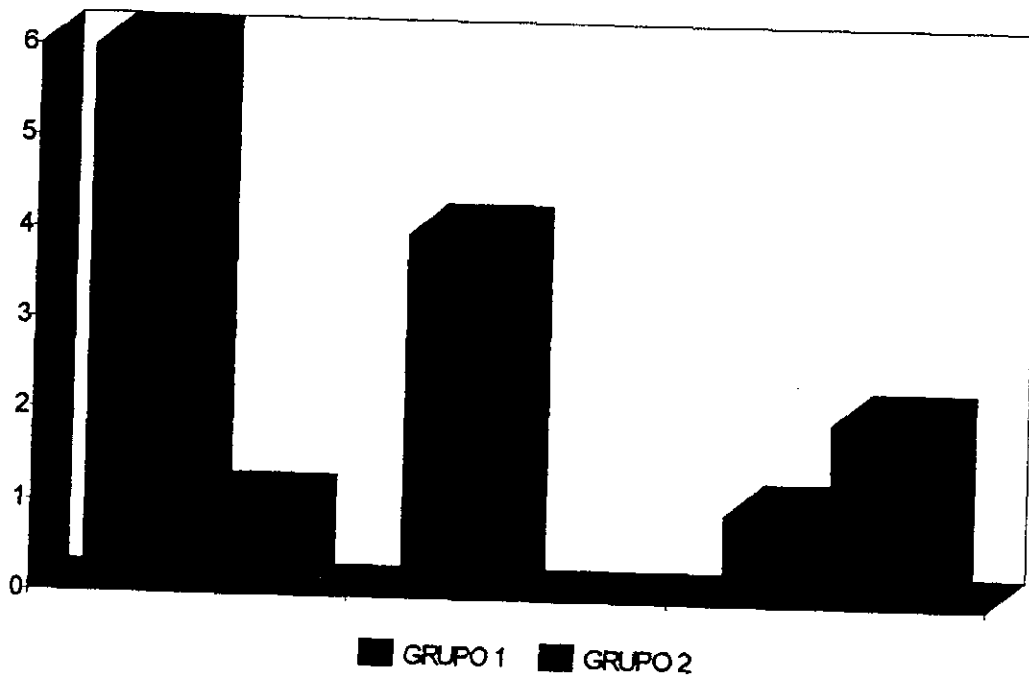
Cuadro No. 4. Promedio de edad de las madres de los niños asmáticos de los grupos investigados en el consultorio 9 del Hospital Regional Mérida del ISSSTE. Fuente: Registros de la investigación.



Gráfica No. 4. Promedio de edades de madres de niños asmáticos estudiados en el consultorio 9 de Medicina Familiar del Hospital Regional Mérida del ISSSTE. Fuente: Registros de la investigación.

CUADRO 5. TIPOLOGIA FAMILIAR EN FAMILIAS CON PACIENTES ASMAICOS.			
TIPO	GRUPO 1	GRUPO 2	
NUCLEAR	6	1	
EXTENSA	4	0	
COMPUES	1	2	

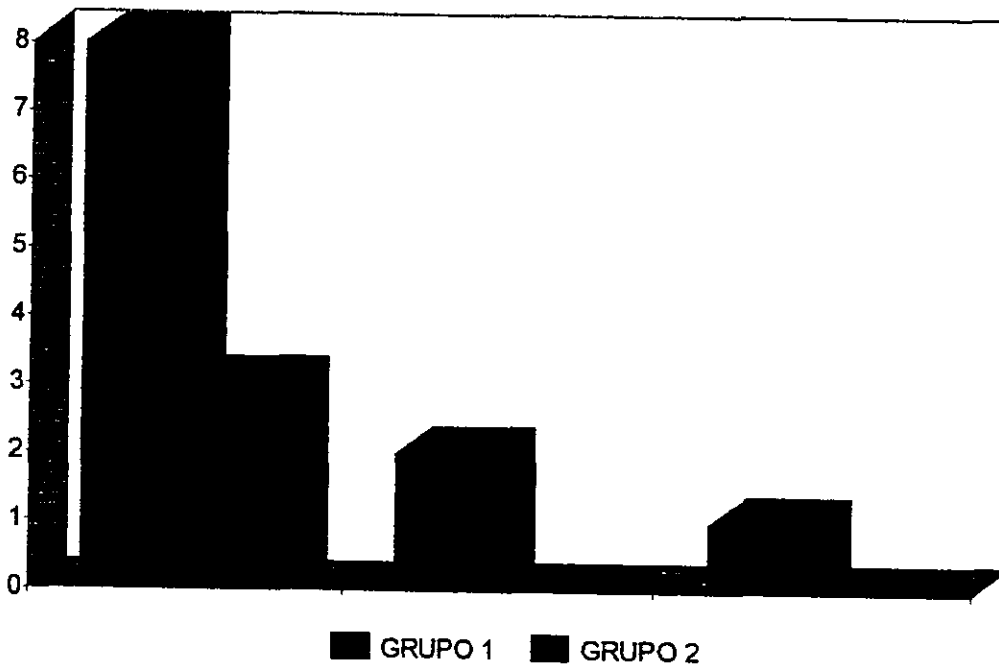
Cuadro No. 5. Tipología familiar en familias con integrante asmático del consultorio 9 de Medicina Familiar del Hospital Regional Mérida del ISSSTE. Fuente: Registros de la investigación.



Gráfica No. 5. Tipología familiar en familias con un integrante asmático estudiadas en el consultorio 9 de Medicina Familiar del Hospital Regional Mérida del ISSSTE. Fuente: Registros de la investigación.

CUADRO 6 TIPO DE UNION FAMILIAR EN		FAMILIAS CON INTEGRANTE ASMATICO	
TIPO	GRUPO 1	GRUPO 2	
CASADAS	8	3	
DIVORSIA	2	0	
U. LIBRE	1	0	

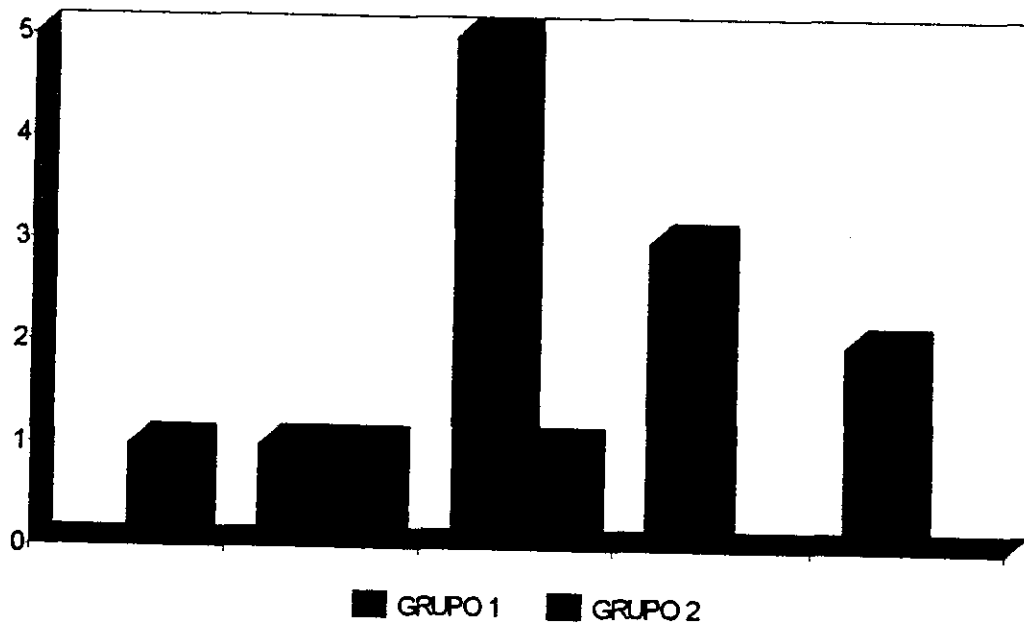
Cuadro No. 6. Tipo de unión familiar en familias con integrante asmático estudiadas en el Hospital Regional Mérida del ISSSTE. Fuente: Registros de la investigación.



Gráfica No. 6. Tipo de unión familiar en grupos de familias con integrante asmático en el Hospital Regional Mérida del ISSSTE. Fuente: Registros de la investigación.

CUADRO 7. NUMERO DE HIJOS EN FAMILIAS CON UN INTEGRANTE ASMÁTICO			
NUMERO	GRUPO 1	GRUPO 2	
5	0	1	
4	1	1	
3	5	1	
2	3	0	
1	2	0	

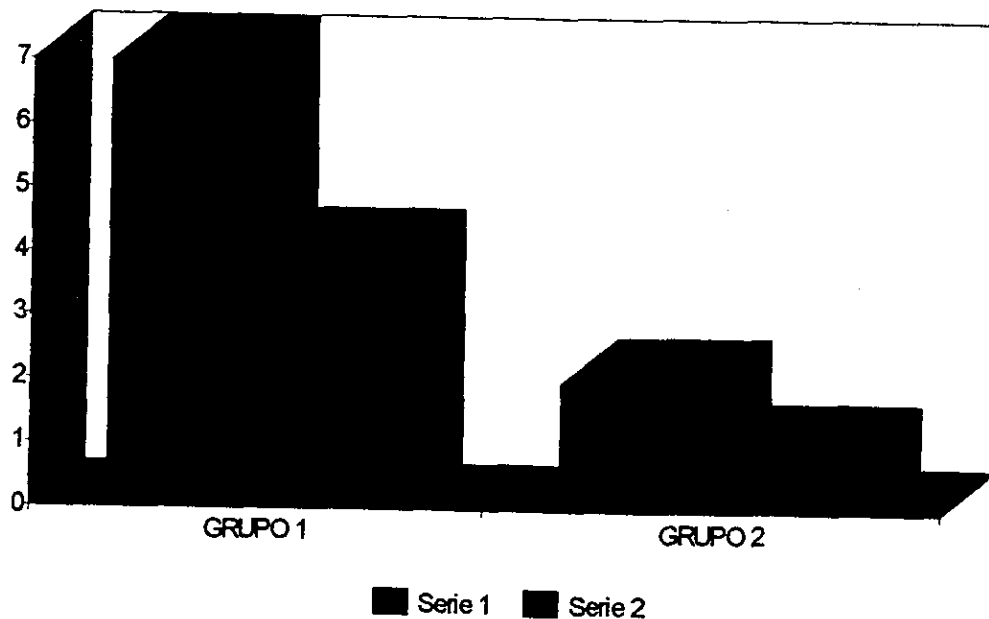
Cuadro No. 7. Número de hijos en familias con un integrantes asmático, estudiadas en el consultorio 9 del Hospital Regional Mérida del ISSSTE. Fuente: Registros de la investigación.



Gráfica No. 7. Número de hijos en familias con un integrantes asmático en el consultorio 9 del Medicina Familiar del Hospital Regional Mérida del ISSSTE. Fuente: Registros de la investigación.

CUADRO 8. INGRESO FAMILIAR EN FAMILIAS CON INTEGRANTE ASMÁTICO			
INGRESO		GRUPO 1	GRUPO 2
2 SALARIOS MÍNIMOS		7	2
MÁS DE 3 SALARIOS		4	1

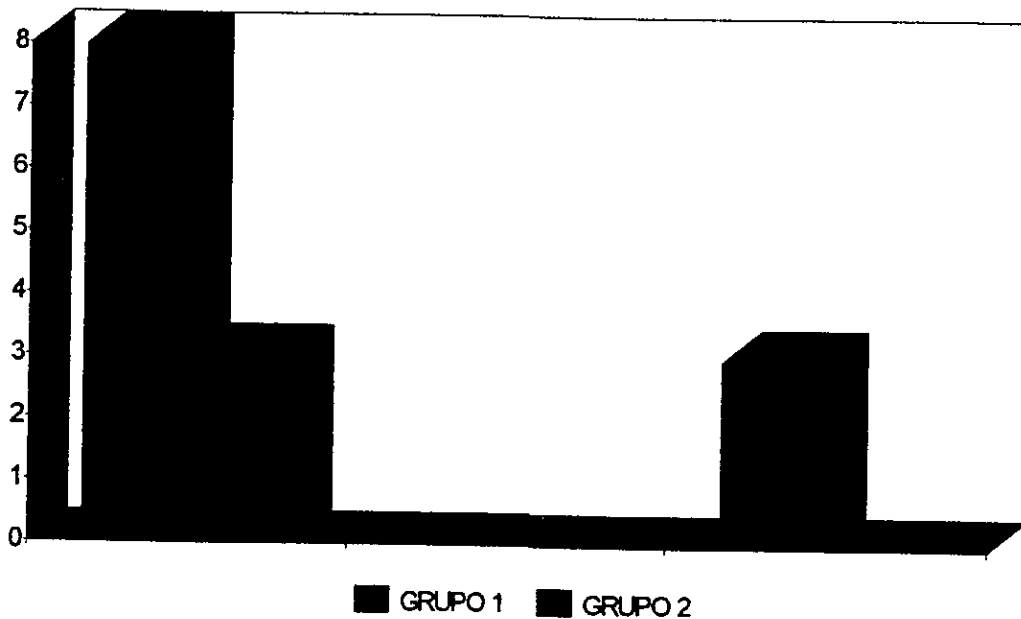
Cuadro No. 8. Ingreso familiar en los grupos de familias estudiadas con un integrante asmático en el consultorio 9 de Medicina Familiar en el Hospital Regional Mérida del ISSSTE. Fuente: Registros de la investigación.



Gráfica No. 8. Ingreso familiar en los grupos de familias con integrante asmático estudiadas en el consultorio 9 de Medicina Familiar en el Hospital Regional Mérida del ISSSTE. Fuente: Registros de la investigación.

CUADRO 9. ANTECEDENTES FAMILIARES DE ASMA			
EN PACIENTES ASMATICOS.			
	CON ANTECEDENTES		SIN ANTECEDENTES
GRUPO 1	8		3
GRUPO 2	3		0

Cuadro No. 9. Antecedentes familiares de asma en el grupo de niños asmáticos estudiados en el consultorio 9 de Medicina Familiar en el Hospital Regional Mérida del ISSSTE. Fuente



Gráfica No. 9. Antecedentes familiares de asma en un grupo de pacientes asmáticos estudiados en el consultorio 9 del Hospital Regional Mérida del ISSSTE. Fuente: Registro de la investigación.

ANALISIS.

En la revisión de la literatura solamente encontramos un estudio que relaciona la función familiar con las atopias y donde Gustaffson encuentra una relación importante entre estos dos factores.

En nuestro estudio, aplicamos el modelo curvilíneo de Olson, utilizando como herramienta el FACES III.

El instrumento evalúa la cohesión del grupo familiar y su nivel de adaptabilidad. Aunque no se puede hablar de disfuncionalidad en nuestros resultados, pero lo que resultó muy notorio es el hecho de que la cohesión y la adaptabilidad dan resultados más altos en las familias con un integrante asmático con asma mas severa, comparados con aquellos con asma leve o intermitente. Las calificaciones en el grupo de pacientes con asma mas severa son similares a aquellas familias en fase de procreación observada en el estudio de Ingrid Dundas. En cambio los resultados obtenidos en familias con asma leve o intermitente, son mas congruentes con las medias normales reportadas en estos estudios.

Si calificamos el diagnóstico familiar de acuerdo al modelo circunflejo, encontramos importantes diferencias entre las familias con pacientes asmáticos con asma intermitente o leve y moderada y severa.

De modo que el FACES III puede ser un valioso instrumento para evaluar los aspectos de cohesión familiar y adaptabilidad de la familia lo que es lógico se vea afectado en familias con asma severa o moderada y poner atención en el manejo de estos aspectos.

En nuestro estudio, la edad de la madre, el tipo de unión conyugal, el número de hijos de la familia, la tipología familiar y el ingreso familiar no se relacionaron con el tipo de asma.

Como se ha reportado en otros estudios, el 71% de los pacientes estudiados, reportaron tener antecedentes familiares de asma bronquial.

Sin duda, la muestra obtenida en este estudio es pequeña, esto debido a que fueron todos los pacientes que acudieron a consulta al consultorio No 9 en el periodo que fijamos para estudio. Sin embargo, las diferencias observadas en los grupos de estudio en cuanto a cohesión y adaptabilidad fueron muy notorias e incluso fueron estadísticamente significativas. Un estudio a mayor escala, por ejemplo en toda la población adscrita al Hospital Regional Mérida, podría arrojar resultados mas interesantes. Por lo pronto, los resultados deben tomarse con reserva hasta tener un estudio con una mayor población.

Por otro lado, este trabajo nos muestra que el FACES III puede ser un instrumento util para evaluar la funcionalidad de las familias con pacientes asmáticos y poder ofrecer una intervención por terapia familiar mas temprana y así contribuir a un tratamiento mas integral en nuestros pacientes.

CONCLUSIONES.

La muestra que se obtuvo en este estudio es pequeña en parte porque el tiempo de estudio fue de solo 4 meses y el estudio se aplicó solamente en el turno vespertino de un consultorio de Medicina Familiar. Sin embargo, arrojó datos muy interesantes:

Ninguna de las familias estudiadas en este grupo se puede considerar disfuncional.

Lo que si se observó de manera contundente que existen notorias diferencias en cuanto a la cohesión y a la adaptabilidad en familias de niños que tienen un asma leve a moderada con respecto a los que presentan cuadros mas severos o frecuentes.

De acuerdo con el modelo circunflejo de Olson, las familias con niños con asma mas severa en este estudio tienden a ser caóticamente conectadas.

Como en otras investigaciones, el factor mas relacionado con el asma fueron los antecedentes heredo familiares de la enfermedad.

Se puede concluir que el presente estudio mostró que se puede hacer estudios a mayor escala en nuestro Hospital, ya que por el momento, se tuvo la limitante del reducido número de la muestra.

Aunque las diferencias en los puntajes del cuestionario fueron muy notorias, sus resultados deben tomarse con reserva y ser el paso para posteriores investigaciones tomando el mismo modelo.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Baena y cols. "Infección viral y asma: epidemiología y mecanismos". *Alergia*. Dic.1990; 37 Num 6: 193-200.
- 2.-Brook. "Excercise-induced bronchoesperm". *Postgraduate Medicine*. Feb. 1992; 91 No. 3: 155-8.
- 3.-Busse William. "Asthma in the 1990s". *Postgraduate Medicina*. Nov. 1992; 92 No. 6: 177-89.
- 4.-Call et. al. "Environmental tabacco smoke as a risk factor for asthma in inner city children". *The Journal of Pediatrics*; Jul. 1993; 123 No. 1: 171.
- 5.-Call et. al. "Risk factors for asthma in inner city children". *The Journal of Pediatrics*. Dec. 1992; 121 No. 6: 862-866.
- 6.- Chagoya, B.L. "Dinámica Familiar y patologia". En: Dulanto, E. *La Familia. Factor propiciador e inhibidor del desarrollo humano*. Brebiarios del F.C.E. Segunda edición Jun. 1980: 53-66.
- 7.-Cluff Richard et.al. "Beyond the Circumplex Model: 1.A Moratorium on Curvilinearity". *Family Process*; Dec. 1994; 33: 455-68.
- 8.-Del Rio-Navarro y cols. "Evaluación del uso de inhalador de dosis medida en niños asmáticos". *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. Sep.1994; 51 No. 9: 579-82.
- 9.- Dickinson Bannack y cols. "Determinantes sociales de la cohesión y adaptabilidad familiar. Atención Primaria. 1998; 21 Num. 5: 275-82.
- 10.-Drummond N et. al. "Integrated care for asthma: a clinical, social and economic evaluation". *British Medical Journal*. 1994; 30: 559-64.
- 11.-Dundas Ingrid. "The Family Adaptability and Cohesion Scale III in Norwegian Sample"; *Family Process*. Jun.1994; 33: 191-201.
- 12.-Ferguson Anne. "Definitions and diagnosis of food intolerance and food allergy: Consensus an controversy" . *The Journal of Pediatrics*. Nov. 1992; 121 No. 5: S7-11.
- 13.-Frischer et. al. "Maternal smokiong in early childhood: A risk factor for bronchial responsiveness to exercise in primary school children". *The Journal of Pediatrics*. Jul. 1992; 121 No. 1; 17-21.
- 14.-Fundación Glaxo. "El Asma: crónica de protagonistas". *Espacio Científico*. 1993; 1 No. 3; 16-26.
- 15.-Ginasthma. "Asthma Manegement and Prevention" 1998.
<http://www.ginasthma.com/pocketguide/poket.html>.
- 16.-Gustafsson et. al. "Family dysfunction in astma. A prospective study of illness development". *The Journal of Pediatrics*. 1994; 125: 493-

- 17.- Hampson et. Al. "Comparisons of self-report measures of the Beavers System Model an Olson!'s Circumplex Model". *Journal of Family Psychology*. 1991; 4(3): 326-340-
- 18.-Irigoyen Coria Arnulfo y cols. *Fundamentos de Medicina Familiar*. 4a. edición. Ed. *Medicina Familiar Mexicana*. México 1996.
- 19.-Kendrick et. al. "Precisión en la percepción de la gravedad del asma: pacientes tratados por médicos generales" *British Medical Journal*. Nov. 1993; 1. No 9 Edición Mexicana: 419-21.
- 20.-Kerem et. al. "Clinical Physiologic correlations in acute asthma of childhood. *Pediatrics*. Apr. 1991; 87 No. 4: 481-5.
- 21.- Leiria Pinto y cols. "Adolescents and achool asthma knowledge and attitudes". *Allergol. Immunopathol*. 1999; 27(5): 245-53.
- 22.-Martinez Fernando y cols. "Increased Incidence of Asthma in Children of Smoking Mothers"; *Pediatrics*. Jan. 1992; 89 No. 1: 21-5.
- 23.-Olson et al. "Family Adapatability and Cohesion Evaluation Scales". *Family Interventories Project, Family Social Scince, University of Minnesota*. 1985.
- 24.- Pekkanen; Pearce. "Defining asthma in epidemiological studies". Oct. 1999; 14(4): 951-7.
- 25.-Roorda et. al. "Risk Factors for the persistence of respiratory symptoms in childhood asthma". *Am. Rev. Respir. Dis*. 1993; 148: 1490-5.
- 26.- Snider. "Distinguishing among asthma, chronic bronchitis and enphysema". *Chest*. Jan 1985; 87(1 Suppl): 35S-39S.
- 27.-Sienra-Monge y cols. "Tratamiento del asma". *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. Jul 1995; 52 No. 7: 443-8.
- 28.-Valderrábano y cols. "Aspectos psicológicos de los niños alérgicos". *Alergia Pediátrica*. Marzo Abril 1993; 2 No. 2: 9-12.
- 29.-Vandvik Inger H. et. al. " FACES III and the Kvebaek Family Sculpture Technique as Measures of Cohesion and Closeness". *Family Process*. Jun 1993; 33: 221-30.
- 30.-Vargas Mario. "Interacciones celulares en la patogénesis del asma". *Consenso Latinoamericano sobre Diagnóstico y tratamiento del Asma*. Pags. 4-6
- 31.-Von Mutius Erika et. al. "Prematurity as a risk factor for asthma in preadolescente children". *The Journal of Pediatrics*. Aug. 1993; 123 No. 2: 223-9.
- 32.- Weil et al. "The relationship between psychosocial factors and asthma morbidity in inner-city children with asthma". *Pediatrics*. 1999; 104(6): 1274-80.

ANEXOS.

FACES III

1 2 3 4 5
NUNCA CASI NUNCA ALGUNAS VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE

- _____ 1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si
- _____ 2.- En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
- _____ 3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- _____ 4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- _____ 5.- Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
- _____ 6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
- _____ 7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
- _____ 8.- Nuestra familia cambia de modo de hacer sus cosas
- _____ 9.- Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- _____ 10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
- _____ 11.- Nos sentimos muy unidos
- _____ 12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- _____ 13.- Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente
- _____ 14.- En nuestra familia las reglas cambian
- _____ 15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia
- _____ 16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
- _____ 17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones
- _____ 18.- En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad
- _____ 19.- La unión familiar es muy importante
- _____ 20.- Es difícil decir quién hace las labores del hogar.

IDENTIFICACION FAMILIAR

Familia _____ Edo. Civil Casados ()
U. Libre ()

Años de unión conyugal _____

Nombre de la persona que responde el test:

Edad ____ Sexo M F Escolaridad _____

Edad del padre _____ Edad de la madre _____

Número de hijos hasta los 10 años. _____

Número de hijos de 11 a 19 años _____

Número de hijos de 20 años o más _____

Total _____

Tipo de Familia

Desarrollo: Moderna () Demografía: Urbana ()
Tradicional () Semiurbana ()

Composición: Nuclear ()
Extensa ()
Compuesta ()

Ingresos mensuales aproximados: Menos de 1 salario mínimo ()
De 1 a 2 salarios mínimos ()
3 o más salarios mínimos. ()

Ocupación de los padres de familia: _____

Etapas del ciclo vital familiar: Expansión () Dispersión ()
Independencia () Retiro ()

Observaciones: _____