



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN NORTE DEL D.F.  
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN  
SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO**

## **ASMA BRONQUIAL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

**TESIS DE POSGRADO  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**DR. HÉCTOR RAÚL VARGAS SÁNCHEZ**

**ASESOR: DRA. MÓNICA ENRIQUEZ NERI**

**PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
MEDICINA FAMILIAR UMF 33**



**MEXICO, D.F. JUNIO 2008**



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.

## **AUTORIZACIONES**

**DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33**

**DRA. MÓNICA ENRIQUEZ NERI  
ASESORA Y PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33**

**DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES  
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33**

**DR. VARGAS SÁNCHEZ HÉCTOR RAÚL  
RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33**

## **AGRADECIMIENTOS**

A dios por haberme permitido vivir.

A mis padres por darme la vida y siempre apoyarme en todo para haber estudiado y poder terminar el posgrado.

A mi esposa Nancy y a mi hijo Isaac por compartir conmigo la vida y haber pasado momentos de distanciamiento durante estos tres años.

A mis hermanos Elizabeth y Tony por estar conmigo durante mi infancia y porque son un gran ejemplo para seguir adelante.

A mis suegros por haberme apoyado durante estos cinco años para terminar mi carrera y el posgrado.

A mis amigos de la residencia Valerio, Juan Carlos y Alicia por compartir su amistad y haber pasado buenos momentos durante estos tres años.

A la Dra. Mónica por haberme enseñado y hacerme entender el arte de la medicina familiar.

Al Dr. Arvizu y a la Dra. Carmen por sus enseñanzas.

## **INDICE**

Titulo	5
Resumen estructurado	6
Introducción	7
Planteamiento del problema	12
Objetivo general	13
Objetivos específicos	14
Material y métodos	16
Resultados	21
Tablas y Gráficos	23
Discusión	40
Conclusiones	42
Bibliografía	45
Anexos	47

# ASMA BRONQUIAL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Vargas SH, Enríquez NM. Asma bronquial y funcionalidad familiar. México, DF: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2008. Tesis para obtener el título de especialista en Medicina Familiar.

**Introducción:** El asma es la enfermedad respiratoria crónica frecuente en pediatría. Se estima en México una prevalencia del 10 al 15% en edad pediátrica. Esta enfermedad en la familia puede representar un problema en su funcionamiento familiar. **Objetivos:** Comparar la frecuencia de funcionalidad familiar de familias con niños que padecen asma con las familias con niños sanos, usuarios de la unidad de medicina familiar número 33 del IMSS. **Material y métodos:** Estudio observacional, transversal y comparativo. Se conformaron dos grupos con niños de 7 a 11 años de edad, grupo de casos con niños asmáticos y grupo control con niños sanos, en relación 1:2; a cada participante se le aplicó el instrumento de evaluación del funcionamiento familiar validado para niños de 7 a 11 años y un cuestionario diseñado exprofeso para evaluar tipología y ciclo vital familiar. Para valorar diferencias entre grupos se aplicó la prueba de  $X^2$ . **Resultados:** Encontramos en el grupo de casos 12 (100%) familias funcionales y en el grupo control 23 (96%) familias funcionales y 1 (4%) familia disfuncional, con un valor de  $X^2$  de 0.51 con una  $p= 0.66$  no significativa ( $p> 0.05$ ). **Conclusiones:** No existe diferencia significativa entre ambos grupos, ya que deben existir mecanismos de ajuste en estas familias que permitan mantener la homeostasis familiar dentro de límites funcionales.

**Palabras claves:** funcionalidad familiar, asma, enfermedad crónica.

## INTRODUCCION

El termino asma (dificultad para respirar) propiamente se remonta a la cultura griega y ha Hipócrates (460-370 a.C.). Morgagni, en su De Sibus Etcausis Morborum, establece el concepto de que el asma es un síndrome causado por numerosos factores ambientales inhalados por individuos susceptibles. Beau, en la misma época señala que el asma posee un componente inflamatorio bronquial importante lo cual es refutado por Gaidner, para quien la estimulación vagal es la que provoca el asma. Ellistson y Phoebus a principios del siglo XVIII, establecen el papel irritante que pueden tener el polen, el polvo y la caspa de animales en las personas sensibles. Portier y Rchet, establecen que la respuesta inmunológica, hasta entonces considerada exclusivamente benéfica al individuo, también puede ser dañina, naciendo así el concepto de hipersensibilidad (1).

El asma es la enfermedad respiratoria crónica mas frecuente en pediatría, en los últimos años su prevalencia incremento en algunos países. Este padecimiento genera una alta demanda de atención en los servicios de urgencias y con frecuencia es motivo de ausentismo escolar. Además en múltiples ocasiones limita la actividad física de los pacientes. Actualmente no existe una definición de asma completamente satisfactoria. Los expertos de la Global Initiative for Asthma (GINA) y de otro consensos internacionales recientes, establecen que el asma es un problema inflamatorio crónico de las vías aéreas en el que intervienen múltiples células y mediadores de la inflamación, ocasiona obstrucción reversible del flujo aéreo y se manifiesta por cuadros recurrentes de tos, disnea, sibilancias y sensación de opresión torácica, principalmente durante la noche o la madrugada. (2)

En los niños el diagnóstico de asma suele ser difícil, pues en las edades tempranas se puede confundir con otras enfermedades que tienen manifestaciones similares, como la bronquiolitis y las infecciones respiratorias que manifiestan sibilancias. A medida que los niños avanzan en edad, disminuye la incidencia del asma y las pruebas funcionales respiratorias facilitan al médico hacer el diagnóstico. Es necesario tener en cuenta para el diagnóstico los antecedentes y manifestaciones clínicas, ya que las pruebas que miden la función respiratoria no son útiles en los primeros años de la vida. El primer aspecto a considerar es la historia familiar, en que la herencia juega un papel importante en el asma: la mayoría de los casos tienen antecedentes familiares de asma. Estudios recientes han reportado alteraciones genéticas en los pacientes asmáticos. También se debe tener en cuenta la historia personal. Los pacientes asmáticos presentan en su evolución datos que hacen sospechar problemas de hipersensibilidad: en los primeros años de vida sufren de alergias alimentarias, dermatitis atópica y rinoconjuntivitis, más tarde presentan manifestaciones que hacen sospechar asma. Esta evolución es conocida, por algunos, como marcha alérgica o atópica. Por otro lado los exámenes de laboratorio para el diagnóstico del asma bronquial son limitados; se ha utilizado el conteo absoluto de eosinófilos, que si bien se encuentra elevado en los pacientes asmáticos, no es específico de esta enfermedad: suelen elevarse en algunas parasitosis, y ciertas dermatosis. La concentración de IgE, tampoco es de mucho valor, ya que la concentración sanguínea de esta alta

inmunoglobulina sólo indica sensibilización. Es la expresión de la atopia, o tendencia genéticamente determinada para responder de manera exagerada a diferentes estímulos inmunogénicos. Por lo antes expuesto se comprende la complejidad que entraña el diagnóstico de asma bronquial en los niños, pero si se tienen en cuenta los criterios clínicos de laboratorio y de gabinete y se analizan de manera organizada para llegar al diagnóstico y tomar una decisión acerca del manejo que se hará al niño enfermo, se estará actuando correctamente. (2,3)

Se estima que la prevalencia mundial del asma es de aproximadamente 5% a 10%. Sin embargo, existen grandes variaciones geográficas de estas cifras, ya que hay regiones como el norte de Europa donde la prevalencia es casi nula, mientras que en otras como Nueva Zelanda se notifican prevalencias mayores del 25%. (4) En México existen algunos estudios sobre la prevalencia e incidencia de niños asmáticos donde los porcentajes no varían en mucho a lo referido mundialmente alrededor del 10 a 15% en edad pediátrica son portadores de asma bronquial, con disminución de la mortalidad y una clara tendencia al incremento de la morbilidad. (5) El asma en niños menores de 5 años representa hasta el 44% de los casos; con una prevalencia de 22% hasta los 4 años de edad. Con una relación de sexos hombre: mujer de 1:2. (6). En la República Mexicana el asma ocupa entre el primero al tercer lugar como urgencia pediátrica, la edad de presentación es muy temprana ya que el 39% de los niños asmáticos se manifestarán como tal antes del año de edad y el 57% lo hará dentro de los dos primeros años de la vida, sin embargo los preescolares es el grupo etáreo con más crisis asmáticas, predominando los varones. (5)

La aparición de una enfermedad aguda o crónica en la familia como el asma en los niños, puede representar un serio problema en el funcionamiento familiar, en su estructura y en las etapas de su ciclo vital (7), ya que la familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros (4), el cual ofrece al ser humano que nace el ambiente adecuado para crecer y desarrollarse, es un sistema dinámico en donde el bienestar de uno de los miembros repercute en el otro, y donde a la vez la familia se comporta como si fuera una unidad, es un organismo vivo, caracterizada por la fluctuación y el cambio, que tiende al mismo tiempo a la conservación y a la evolución, y aunque sólo puede fluctuar dentro de ciertos límites, posee una capacidad asombrosa para adaptarse y cambiar (8), dentro de la familia se generan funciones que les corresponden realizar a los integrantes de la familia como un todo, dentro de estas funciones se encuentran la socialización, el afecto, el cuidado, el estatus y la reproducción, (15) el buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades entre sus miembros. Con base en el cumplimiento eficaz de sus funciones o en su incumplimiento, se habla de familia funcional o disfuncional, respectivamente. (9)

Por otro lado en lo que respecta a la familia en su desarrollo este sistema atraviesa por varias etapas de transición predecibles, en las cuales existen diferentes expectativas, necesidades y fenómenos que pueden afectar la salud de sus miembros, en este aspecto Geyman clasifica al ciclo vital familiar en cinco fases: fase de matrimonio, fase

de expansión, fase de dispersión, fase de independencia y fase de retiro y muerte (4), su principal valor de éstas fases radica en la identificación de las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases, de manera que, si en alguna de ellas no se contemplan dichas tareas, pueden surgir problemas de funcionamiento con efectos en la etapa subsiguiente, dentro de este ciclo evolutivo de desarrollo la familia tiene que atravesar por dos tipos de crisis las cuales se clasifican en normativas y paranormativas, las primeras son parte del desarrollo familiar y las segundas son experiencias adversas o inesperadas que incluyen eventos provenientes del exterior del sistema familiar y que resultan impredecibles para ésta (6), la enfermedad crónica dentro de la familia se puede considerar como una crisis paranormativa, dada la desorganización que se produce y el impacto que tiene en cada uno de sus miembros para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar, en función de este proceso se generan una serie de respuestas adaptativas que pueden ser funcionales o disfuncionales, que pudiera llevar a mayor estrés en la familia y a una crisis todavía más severa (7).

La familia ante la enfermedad crónica de uno de sus miembros tiene que reorganizarse en cuanto a su composición y estructura para permitir hacer frente a una serie de eventos inesperados como las presiones económicas, la disponibilidad del tiempo, el sufrimiento, las preocupaciones, etc. Esta reorganización sirve para que el niño enfermo reciba el apoyo físico y emocional que requiere (10). La enfermedad crónica favorece que el paciente sea etiquetado como “diferente”, ya sea por el tipo de expectativa que posee, por las nuevas necesidades de cuidados y alimentación, por su aspecto físico, por su autoestima, por su capacidad de trabajo, etc., que afectan el tipo de relación interpersonal con los miembros de la familia y sus conocidos. Esta relación puede evolucionar lentamente hasta el deterioro irreversible. La condición de cronicidad puede evolucionar situaciones de estrés crónico en el sistema, que impactan en el funcionamiento de la familia y en la evolución de la propia enfermedad. Durante todo este proceso de enfermedad, la familia sufre al igual que el paciente y se pueden generar cambios catastróficos dentro del seno familiar; ante esto el médico debe prevenir, diagnosticar e intervenir ya sea directamente o a través del equipo multidisciplinario de salud. La eclosión de la enfermedad en la familia genera una serie de desajustes en la manera de convivir y funcionar por parte de sus miembros lo que conlleva a un procesamiento de la información relacionada con la enfermedad a la cual se le añaden valores, costumbres, y definiciones tanto del significado de la enfermedad en sí misma, como de las necesidades que tiene la familia para enfrentarla (7).

La familia al organizarse como un sistema, (17) juega un papel importante no solo en el proceso generador de la alteración de la salud, sino en un proceso de rehabilitación, esto depende de si la familia es disfuncional o, por lo contrario es funcional y cuenta con los recursos adecuados de soporte social. (11)

En las familias que cuentan con individuos con enfermedades crónicas se ha determinado su funcionalidad familiar utilizando varias escalas como son:

La escala de Apgar familiar la cual es un instrumento de evaluación familiar que elaboro Smilkstein en 1978 con el propósito de que el medico familiar obtuviera información de sus familias en cuanto a su situación funcional, la cual refleja de que forma recibe apoyo el paciente por parte de su familia (9) y por lo tanto evalúa el grado de satisfacción familiar y no funcionalidad. (19)

El índice de funcionalidad familiar de Pless y Satterwhite que estima la funcionalidad familiar por áreas, como la satisfacción marital, frecuencia de desacuerdos, solución de problemas, comunicación y sentimiento de felicidad e infelicidad. (9)

El instrumento de evaluación del subsistema conyugal de Chávez, el cual aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo (18).

En el Congreso Nacional de Medicina Familiar del 2007 se presentó un nuevo instrumento de evaluación del funcionamiento familiar para niños (IEFFN) realizado por la maestra Alejandra Antolín Cárdenas, ya validado en nuestro medio. Es un instrumento de evaluación en niños mexicanos de 7 a 11 años de edad, para evaluar el funcionamiento familiar, el cual esta conformado por nueve dimensiones (reglas, autonomía/asertividad, cohesión, organización, roles, agresión y violencia, responsabilidad, comunicación afectiva y estructura del poder), explorados en 66 reactivos, cada dimensión calificada como funcional si se obtiene el mayor puntaje establecido (12).

En nuestro medio existen estudios que han relacionado el funcionamiento familiar con enfermedades crónicas en adultos, se encontró un estudio que relaciona la disfunción familiar y el control del paciente diabético tipo 2 realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el año 2004, en el cual se concluye que es necesario explorar el ámbito familiar de los pacientes diabéticos para su tratamiento, ya que en el grupo de pacientes con disfunción familiar un porcentaje importante de diabéticos mostró un grado de conocimiento muy bajo, lo que puede estar relacionado con falta de apoyo del grupo familiar hacia el enfermo.(13)

Se realizó un estudio sobre pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana relacionado con la funcionalidad en sus familias por medio del Apgar familiar, en esta investigación se concluye que en el 23% de los paciente con SIDA tuvieron disfunción familiar y que las mujeres reciben menos apoyo que los hombres (11).

Por otra parte en cuanto a estudios que relacionen la funcionalidad familiar con enfermedades crónicas en los niños se han encontrado investigaciones que relacionan la funcionalidad familiar con la parálisis cerebral infantil, en este aspecto se encontró un artículo realizado en el Centro Nacional de Rehabilitación en el año 2005 donde se concluyo que la madurez de los padres, en conjunto con un modo adecuado de ejercer

el control para compartir una autoridad eficiente y darse un apoyo afectivo ante la adversidad, es lo que va a determinar la funcionalidad familiar en estas familias (8).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El asma es una enfermedad crónica muy común en la población general que afecta especialmente a la niñez. Se estima que la prevalencia mundial de esta enfermedad es de aproximadamente 5% a 10% y en México se estima alrededor del 10 a 15%, por lo que se debe considerar un problema de salud pública. En la unidad de medicina familiar número 33 del IMSS contamos con niños con diagnóstico de asma, en donde la familia se ve involucrada para apoyar a la enfermedad de estos pacientes crónicos. La estabilidad y unidad familiar se ve amenazada cuando ésta tiene que hacer frente a los mayores desafíos de la vida como son las enfermedades crónicas en este caso el asma. Cuando la enfermedad se manifiesta en uno de los hijos, la familia requiere una reorganización y ajuste de sus roles en cada uno de sus miembros lo cual repercute en la funcionalidad familiar, esta reorganización sirve para que el niño enfermo reciba el apoyo físico y emocional que requiere, si este reajuste no es llevado a cabo de una manera adecuada surgen una serie de problemas que pueden llevar a la familia a una disfunción familiar.

En nuestro medio existen estudios en donde se relacionan otras enfermedades crónicas como la parálisis cerebral infantil con la funcionalidad familiar, con respecto al asma bronquial no se han encontrado estudios y menos se han realizado estudios que evalúen la funcionalidad familiar en los niños, por lo cual considero que tiene gran relevancia. Es factible de realizar nuestro estudio ya que contamos con familias derechohabientes de la clínica número 33 del IMSS con integrantes que padecen asma y por otro lado se cuenta con recursos físicos y económicos para realizar el estudio. De acuerdo a las políticas del instituto considero que este tema se encuentra dentro de ellas ya que se trata de un problema de salud familiar que tiene relación directa con los médicos de las unidades de primer nivel de atención pertenecientes al instituto. Por todo lo anterior considero que podemos plantear el siguiente problema:

¿Cuál es la frecuencia de funcionalidad familiar en familias con niños que padecen asma en comparación con familias con niños sanos usuarios de la unidad de medicina familiar número 33 del IMSS?

## **OBJETIVO GENERAL**

Comparar la frecuencia de funcionalidad familiar de familias con niños que padecen asma con las familias con niños sanos, usuarios de la unidad de medicina familiar número 33 del IMSS.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Comparar la frecuencia de funcionalidad familiar en base a las reglas en las familias con niños con asma con las familias con niños sanos usuarios de la unidad de medicina familiar número 33 del IMSS.
2. Comparar la frecuencia de funcionalidad familiar en base a la autonomía/ asertividad en las familias con niños con asma con las familias con niños sanos usuarios de la unidad de medicina familiar número 33 del IMSS.
3. Comparar la frecuencia de funcionalidad familiar en base a la cohesión en las familias con niños con asma con las familias con niños sanos usuarios de la unidad de medicina familiar número 33 del IMSS.
4. Comparar la frecuencia de funcionalidad familiar en base a la organización en las familias con niños con asma con las familias con niños sanos usuarios de la unidad de medicina familiar número 33 del IMSS.
5. Comparar la frecuencia de funcionalidad familiar en base a los roles en las familias con niños con asma con las familias con niños sanos usuarios de la unidad de medicina familiar número 33 del IMSS.
6. Comparar la frecuencia de funcionalidad familiar en base a la agresión y violencia en las familias con niños con asma con las familias con niños sanos usuarios de la unidad de medicina familiar número 33 del IMSS.
7. Comparar la frecuencia de funcionalidad familiar en base a la responsabilidad en las familias con niños con asma con las familias con niños sanos usuarios de la unidad de medicina familiar número 33 del IMSS.
8. Comparar la frecuencia de funcionalidad familiar en base a la comunicación afectiva en las familias con niños con asma con las familias con niños sanos usuarios de la unidad de medicina familiar número 33 del IMSS.
9. Comparar la frecuencia de funcionalidad familiar en base a la estructura del poder en las familias con niños con asma con las familias con niños sanos usuarios de la unidad de medicina familiar número 33 del IMSS.
10. Comparar la tipología familiar de las familias con niños que padecen asma con las familias con niños sanos usuarios de la unidad de medicina familiar número 33 del IMSS.

11. Comparar la fase del ciclo vital familiar de las familias con niños que padecen asma con las familias con niños sanos usuarios de la unidad de medicina familiar número 33 del IMSS.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar número 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social, con el objetivo de comparar la frecuencia de funcionalidad familiar de familias con niños que padecen asma con las familias con niños sanos, usuarios de la unidad de medicina familiar número 33 del IMSS. El presente estudio es de tipo observacional, transversal y comparativo constituido por dos grupos, un grupo de casos en el que se incluyeron al 100% de la población de niños (12) con diagnóstico de asma en edad de 7 a 11 años, de ambos géneros y de ambos turnos, excluyendo a los niños que contaran con otro diagnóstico de enfermedad crónica o niños que no cumplieran con la edad requerida. El grupo control en el que se incluyeron el doble del número de niños de 7 a 11 años de edad (24) encontrados para el primer grupo en una relación 1:2, sanos, de ambos géneros, del turno matutino y vespertino, excluyendo a niños que no cumplieran con la edad de inclusión. Los criterios de eliminación para ambos grupos fueron pacientes que contestaron en forma incompleta la encuesta o cuyo padre o tutor no otorgara el consentimiento informado. El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico de casos tipo, por lo que no se determinó el tamaño de la muestra.

Se considero asma como una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas en el que intervienen múltiples células y mediadores de la inflamación y que ocasiona obstrucción reversible del flujo aéreo. (2) Se evaluó mediante el expediente clínico de cada paciente, el cual cuenta con cuadros recurrentes de tos, disnea, sibilancias y sensación de opresión torácica y por lo tanto contaba con el diagnóstico de asma emitido por un médico familiar o pediatra.

Se definió la funcionalidad familiar como la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que cursan. Con base en el cumplimiento eficaz de sus funciones o en su incumplimiento, se habla de familia funcional o disfuncional, respectivamente. Se evaluó mediante el instrumento de evaluación del funcionamiento familiar para niños (IEFFN) de 7 a 11 años de edad de la Maestra Alejandra Antolín Cárdenas ya validado. Dicho instrumento esta conformado por 66 reactivos, distribuidas a lo largo del texto del instrumento en nueve dimensiones: Reglas: Se refiere al grado de flexibilidad-rigidez y a la claridad de la familia con respecto a las reglas que le dan estructura. Dichas reglas hacen referencia a la planeación de actividades, el manejo del dinero, el orden, la puntualidad y la aplicación de sanciones. Esta dimensión se evalúa con los reactivos 11,17,18,19, 20, 24, 25, 30, 32, 40, 41, 42, 52, 53, 54, 58, 61, 66 del instrumento de evaluación. Autonomía/asertividad: Está relacionada con el grado en el cual se fomenta en la familia, que cada uno de los miembros sea independiente, pueda resolver por sí mismo sus problemas y tome sus propias decisiones, sin que ello ocasione distanciamiento y/o desunión familiar. Y asertividad como la habilidad verbal para expresar deseos, creencias, necesidades, opiniones tanto positivas como negativas, así como el establecimiento de límites de manera oportuna, directa y honesta, respetándose así mismo como individuo y a los demás. Esta dimensión se evalúa con los reactivos 21, 26, 27, 28, 33, 37, 39, 57 del instrumento de evaluación. Cohesión: Se refiere al grado

en el cual los miembros de la familia tienen un sentido de unión y de pertenencia, reflejándose en el apoyo y cooperación entre los miembros de la familia para realizar actividades cotidianas juntos, para resolver problemas, compartir intereses y tiempo libre. Esta dimensión se evalúa con los reactivos 2, 3, 9, 13, 22, 29, 31, 38, 47, 50, 56, 59, 62, 64 del instrumento de evaluación. Organización: Se refiere a la manera en que se planean las actividades en forma equilibrada para obtener resultados eficientes al interior de la familia. Esta dimensión se evalúa con los reactivos 4, 5, 6, 10, 43 del instrumento de evaluación. Roles: Se refiere a los patrones de conducta por medio de los cuales la familia asigna a sus miembros funciones familiares, a la claridad respecto a las tareas que deben cumplir, el grado de cumplimiento de estas funciones y a la distribución de dichos roles. Esta dimensión se evalúa con los reactivos 8, 34, 46, 63, 65 del instrumento de evaluación. Agresión y violencia: La agresión se define como la fuerza destructora de sí mismo y del otro, para definir el territorio de cada uno y hacer valer su derecho. Y violencia está definida como todo atentado a la integridad física y psicológica del individuo, acompañado por un sentimiento de coerción y peligro. Esta dimensión se evalúa con los reactivos 23, 55, 60 del instrumento de evaluación. Responsabilidad: Se refiere a la capacidad de establecer compromiso de acciones, acuerdos, obligaciones y roles para dar respuesta positiva o preactiva. Esta dimensión se evalúa con los reactivos 35, 44, 48, 49 del instrumento de evaluación. Comunicación afectiva: Se refiere a la habilidad de la familia para responder con sentimientos adecuados a un estímulo, tanto en calidad como en cantidad. La calidad se refiere a la habilidad de la familia para responder a una gama de emociones. La cantidad de respuesta afectiva se refiere al grado de respuesta afectiva y describe un continuo que va desde la ausencia hasta la exageración de una respuesta. Se distinguen dos categorías de afectos: sentimientos de bienestar y sentimientos de crisis. Esta dimensión se evalúa con los reactivos 1, 12, 14, 16, 36, 45, 51 del instrumento de evaluación. Estructura del poder: Es la distribución del poder en la familia y a la claridad por parte de los miembros, acerca de quién o quienes ejercen dicho rol. Esta dimensión se evalúa con los reactivos 7, 15 del instrumento de evaluación.

Los niños incluidos en el estudio contestaron en el instrumento de evaluación familiar cada una de las oraciones que lo conforman, para tal finalidad cada una de las proposiciones que se presentaron tenían como respuesta: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre, al calificar el instrumento se seleccionaron los reactivos que pertenecían a cada factor y se identificaron los reactivos positivos y negativos que van en dirección a la dimensión que se está evaluando; la escala nominal antes descrita se transformó en la escala tipo likert con una numeración del 1 al 5, para calificar cada pregunta se transformó las calificaciones de los reactivos positivos o negativos, la cual consistió en poner la calificación de 1 a la respuesta (5), la calificación de 2 a la respuesta (4), la calificación de 3 a la de (3), la calificación de 4 a la de (2) y la calificación de 5 a la de (1). Posteriormente se hizo la suma de todos los resultados que correspondían a cada dimensión. El puntaje obtenido fue la calificación para cada factor. Luego se comparó el puntaje logrado de cada dimensión con el punto medio o punto de corte tomando en cuenta también el puntaje máximo que se puede obtener así como el mínimo de cada factor. El punto de corte o medio, se obtiene multiplicando el número de total de reactivos de cada factor por 3, el puntaje máximo se multiplica el

número total de reactivos de cada factor por 5, el puntaje mínimo se multiplica el número total de reactivos de cada factor por uno; por lo tanto para cada dimensión se aplicaron los siguientes parámetros: Reglas: con la obtención por arriba de 54 puntos que es el punto medio, indica el grado de establecimiento de reglas. El puntaje máximo a obtener es de 90 y el mínimo es de 18. A mayor puntaje, se califica como funcional esta área. Autonomía/asertividad: con la obtención por arriba de 24 puntos que es el punto medio, indica el grado de autonomía/asertividad que se ejerce en la familia. El puntaje máximo a obtener es de 45 y el mínimo es de 8. A mayor puntaje, se califica como funcional esta área. Cohesión: con la obtención por arriba de 42 puntos que es el punto medio, indica el grado de cohesión en la familia. El puntaje máximo a obtener es de 70 y el mínimo es de 14. A mayor puntaje, se califica como funcional esta área. Organización: con la obtención por arriba de 15 puntos que es el punto medio, indica el grado de organización de la familia. El puntaje máximo a obtener es de 25 y el mínimo es de 5. A mayor puntaje, se califica como funcional esta área. Roles: con la obtención por arriba de 15 puntos que es el punto medio, indica el grado de claridad en los roles. El puntaje máximo a obtener es de 25 y el mínimo es de 5. A mayor puntaje, se califica como funcional esta área. Agresión y violencia: con la obtención por arriba de 9 puntos que es el punto medio, indica tendencia hacia la agresión y violencia familiar. El puntaje máximo a obtener es de 15 y el mínimo es de 3. A mayor puntaje, se califica como disfuncional esta área. Responsabilidad: con la obtención por arriba de 12 puntos que es el punto medio, indica el grado de responsabilidad. El puntaje máximo a obtener es de 20 y el mínimo es de 4. A mayor puntaje, se califica como funcional esta área. Comunicación afectiva: con la obtención por arriba de 21 puntos que es el punto medio, indica el grado de comunicación afectiva en la familia. El puntaje máximo a obtener es de 35 y el mínimo es de 7. A mayor puntaje, se califica como funcional esta área. Estructura del poder: con la obtención por arriba de 6 puntos que es el punto medio, indica el grado de estructura del poder en la familia. El puntaje máximo a obtener es de 10 y el mínimo es de 2. A mayor puntaje, se califica como funcional esta área.

Para valorar la funcionalidad total del instrumento de evaluación se sumo el puntaje obtenido de las ocho dimensiones que conforman el instrumento (reglas, autonomía/asertividad, cohesión, organización, roles, responsabilidad, comunicación afectiva y estructura del poder) y se resto el puntaje que se obtuvo en la dimensión de agresión y violencia, considerándose los valores de la siguiente manera: entre 66 y 82 puntos familia disfuncional, entre 83 a 164 familia medianamente disfuncional y por arriba de 165 es familia funcional, aquellos resultados que oscilan entre 300 y 330 sugieren negación o desconocimiento de la dinámica familiar, lo cual es indicador de disfunción. (12).

La tipología familiar se definió como una serie de clasificaciones que se otorgan a la familia en base a diferentes aspectos de ésta como son: en base a su desarrollo se considera moderna cuando la madre trabaja, se considera tradicional cuando el padre es el único que aporta a la economía familiar y la madre no trabaja, evaluada en la pregunta número 67 de la encuesta. La familia en base a su demografía se relaciona con la cantidad de habitantes en un lugar determinado ya sea urbana o rural, este rubro correspondió a la pregunta número 68 de la encuesta. Las familias en base a la

ocupación de uno o ambos cónyuges se clasifican como campesina, obrera, profesional técnica y profesional, este rubro correspondió a la pregunta número 69 de la encuesta. La familia en base a su estructura o composición se cataloga como nuclear cuando la familia está formada por la pareja con o sin hijos, se considera familia nuclear extensa cuando existen más de cuatro hijos en la familia, seminuclear cuando en la familia se encuentra solamente un padre (por soltería o fallecimiento) con hijos que pueden ser de un solo padre o de distintos, o a consecuencia de complicaciones en el desarrollo familiar como el fallecimiento (familia contraída), separación o divorcio (familia interrumpida) de la pareja, familia extensa cuando bajo el mismo techo conviven más de dos generaciones, es decir la familia nuclear y uno o más familiares consanguíneos como: abuela, tíos, sobrinos, cuñados, etc. compuesta puede ser cualquier familia de las ya mencionadas más otro miembro sin nexo consanguíneo ni de filiación como sirvienta, compadre, etc. múltiple este término se refiere a dos o más familias de cualquier tipo que viven bajo el mismo techo, este rubro se evaluó en el reactivo número 70 de la encuesta. (4)

El ciclo vital de la familia se definió como un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros. Su principal valor radica en la identificación de las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases. Geyman la clasifica en cinco etapas las cuales son: Fase de matrimonio: Se considerará que la familia se encuentre en esta fase cuando la persona encuestada conteste que la familia se conforma solo por la pareja. Este rubro se evalúa en la pregunta número 71 de la encuesta. Fase de Expansión: Se considero que la familia se encuentre en esta fase cuando la persona encuestada conteste, que en la familia el niño mayor tiene menos o igual a 3 años 11 meses. Este rubro corresponde al reactivo número 72 de la encuesta. Fase de Dispersión: Se toma a la familia en esta fase cuando la persona encuestada conteste que el niño más grande de su familia cuenta con 4 años o más y que acude al kinder. Este rubro corresponde a la pregunta número 73 del cuestionario. Fase de independencia: Se considero que la familia se encuentra en esta etapa del ciclo vital familiar cuando la persona encuestada conteste que en la familia existen hijos que son independientes tanto emocionalmente como económicamente de sus padres. Este rubro corresponde al reactivo número 74 de la encuesta. Fase de Retiro y Muerte: Se considero que la familia se encuentra en esta etapa del ciclo vital cuando la persona encuestada refirió que la familia está conformada por la pareja y que los hijos vivían fuera del hogar, independientes afectiva como económicamente de los padres. Este rubro corresponde a la pregunta número 75 del cuestionario.

Para realizar el análisis de los datos, se concentraron en una tabla de Excel para su ordenación y realizar el cálculo de datos estadísticos descriptivos, se calcularon porcentajes, promedios y se elaboraron tablas y gráficas para presentar los resultados. El procesamiento estadístico inferencial fue a través del programa Epl Info versión 6, donde se calculó  $X^2$  para la comparación de diferencia de proporciones entre grupos.

La presente investigación se realizó tomando en cuenta los lineamientos y aspectos éticos que norman la investigación a nivel internacional, nacional e institucional previo consentimiento informado y autorización de los padres o tutores de los niños que participaron en el estudio.

## RESULTADOS

Para el presente estudio en el grupo de casos conformado por 12 niños con diagnóstico de asma se encontró lo siguiente: del género masculino 10 (84%) y 2 del género femenino (16%), con la siguiente distribución de edad, masculinos 2 de 7 años, 3 de 8 años, 1 de 9 años, 2 de 10 años y 2 de 11 años de edad, del sexo femenino 1 de 8 años y 1 de 10 años (Tabla y Gráfica No. 1). Por otro lado el grupo control constituido por 24 niños sanos: 12 del sexo masculino (50%) y 12 del sexo femenino (50%), con la distribución por edad de la siguiente manera: del sexo masculino 2 de 8 años, 2 de 9 años, 3 de 10 años y 5 de 11 años, del sexo femenino 3 de 7 años, 3 de 9 años, 4 de 10 años, y 2 de 11 años (Tabla y Gráfica No. 2).

Al evaluar la tipología familiar en cada grupo se encontró en el grupo de casos en lo referente al tipo de familia, 2 (16.5%) extensa, 8 (67%) nuclear simple y 2 (16.5%) seminuclear (Tabla y Gráfica No. 3), con respecto a su desarrollo 6 (50%) moderna y 6 (50%) tradicional (Tabla y Gráfica No. 4), en su demografía 12 (100%) fueron familias urbanas (Tabla y Gráfica No. 5), en la ocupación del jefe de familia 10 (83%) empleada y 2 (15%) profesionistas (Tabla y Gráfica No. 6). En el grupo control por su tipo de familia 6 (25%) extensa, 13 (54%) nuclear simple, 3 (12.5%) nuclear extensa y 2 (8.5%) seminuclear (Tabla y Gráfica No. 3). En su desarrollo de dicho grupo 14 (58%) moderna y 10 (42%) tradicional (Tabla y Gráfica No. 4), en base a su demografía 24 (100%) urbana (Tabla 5), y en cuanto a la ocupación del jefe de familia 5 (21%) obrera, 15 (62.5%) empleada y 4 (16.5%) profesionista (Tabla y Gráfica No. 6).

La etapa del ciclo vital familiar en la que se encontraban las familias del grupo de casos fueron 10 (84%) en etapa de dispersión y 2 (16%) en etapa de independencia, en el grupo control 21 (87.5%) familias en etapa de dispersión y 3 (12.5%) en etapa de independencia (Tabla y Gráfica No. 7).

Se estudio la funcionalidad familiar por medio del instrumento de evaluación familiar, para niños de 7 a 11 años de edad de la Maestra Alejandra Antolín Cárdenas, conformado por nueve dimensiones, las cuales se valoran como funcional o disfuncional dependiendo del valor que se obtiene de la suma de las respuestas que califica cada dimensión; a continuación se enuncian dichos resultados para cada grupo. Grupo de casos: reglas 12 (100%) funcionales (Tabla y Gráfica No. 8), autonomía/asertividad 11 (92%) funcionales y 1 (8%) disfuncional (Tabla y Gráfica No. 9), cohesión 11 (92%) funcionales y 1 (8%) disfuncional (Tabla y Gráfica No. 10), organización 12 (100%) funcionales (Tabla y Gráfica No. 11), roles 12 (100%) funcionales (Tabla y Gráfica No. 12), agresión y violencia 6 (50%) funcionales y 6 (50%) disfuncionales (Tabla y Gráfica No. 13), responsabilidad 12 (100%) funcionales (Tabla y Gráfica No. 14), comunicación afectiva 12 (100%) funcionales (Tabla y Gráfica No. 15), estructura del poder 11 (92%) funcionales y 1 (8%) disfuncional (Tabla y Gráfica No. 16). Grupo Control: reglas: 23 (96%) funcionales y 1 (4%) disfuncional (Tabla y Gráfica No. 8), autonomía/asertividad 23 (96%) funcionales y 1 (4%) disfuncional (Tabla y Gráfica No. 9), cohesión 22 (92%) funcionales y 2 (8%) disfuncionales (Tabla y Gráfica No. 10), organización 22 (92%) funcionales y 2 (8%)

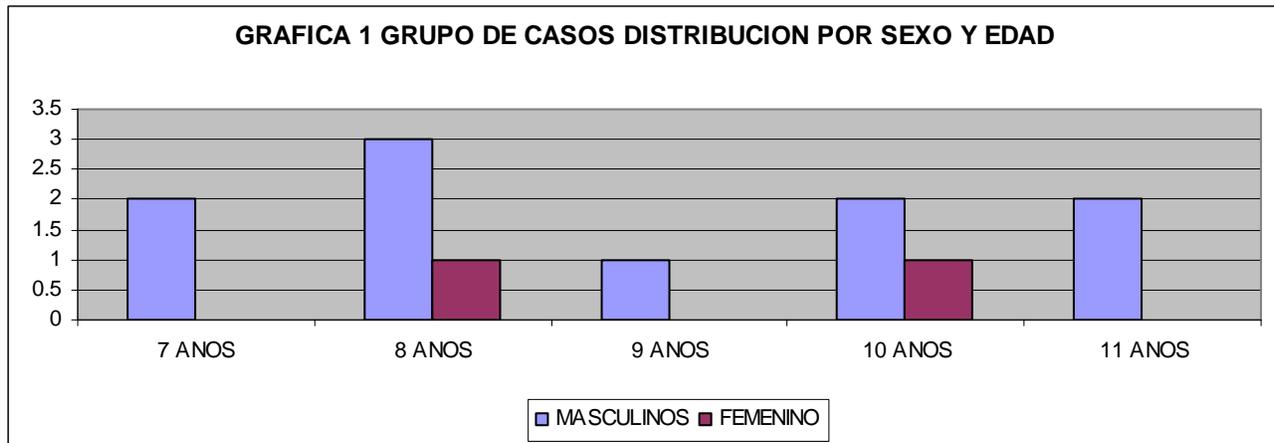
disfuncionales (Tabla y Gráfica No. 11), roles 24 (100%) funcionales (Tabla y Gráfica No. 12), agresión y violencia 9 funcional (37.5%) y 15 (62.5%) disfuncionales (Tabla y Gráfica No. 13), responsabilidad 23 (96%) funcionales y 1 (4%) disfuncional (Tabla y Gráfica No. 14), comunicación afectiva 23 (96%) funcionales y 1 (4%) disfuncional (Tabla y Gráfica No. 15), estructura del poder 21 (87.5%) funcional y 3 (2.5%) disfuncionales (Tabla y Gráfica No. 16).

Para determinar la diferencia entre los dos grupos en cada dimensión se realizó una tabla de 2x2, con lo cual se cálculo el valor de  $X^2$  por medio de la prueba de Fisher y se obtuvieron los valores de p correspondientes, resultando lo siguiente: dimensión de reglas p= 0.66, autonomía/asertividad p= 0.56, cohesión p= 0.74, organización p= 0.43, roles p= 0.0, agresión y violencia p= 0.473, responsabilidad p= 0.66, comunicación p= 0.66, estructura del poder p= 0.59 (Tabla No. 17).

Para los resultados de la funcionalidad familiar total del instrumento se encontró: en el grupo de casos 12 (100%) familias funcionales y en el grupo control 23 (96%) familias funcionales y 1 (4%) familia disfuncional. Para determinar la diferencia entre los dos grupos se realizo una tabla de 2x2 y se calculo el valor de  $X^2$  por medio de la prueba de Fisher el cual fue de 0.51 con un valor de p= 0.66 (Tabla No. 17), por lo antes expuesto no existe diferencia significativa entre ambos grupos ya que  $p > 0.05$ .

<b>TABLA 1</b>			
<b>GRUPO DE CASOS</b>			
<b>DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y EDAD</b>			
<b>EDAD</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>TOTAL</b>
7 años	2	0	2
8 años	3	1	4
9 años	1	0	1
10 años	2	1	3
11 años	2	0	2
Total	10	2	12

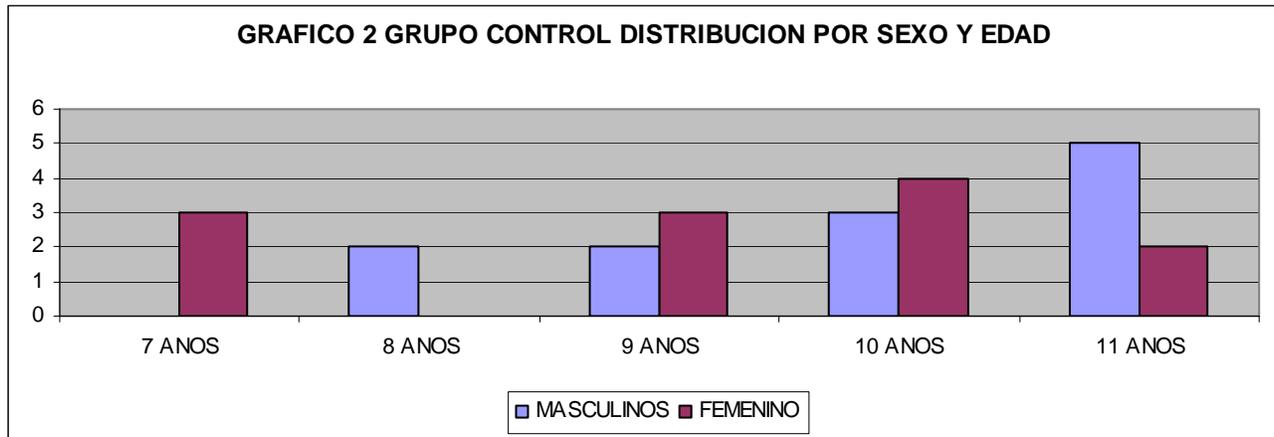
Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.



Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.

<b>TABLA 2</b>			
<b>GRUPO CONTROL</b>			
<b>DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y EDAD</b>			
<b>EDAD</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>TOTAL</b>
7 años	0	3	3
8 años	2	0	2
9 años	2	3	5
10 años	3	4	7
11 años	5	2	7
Total	12	12	24

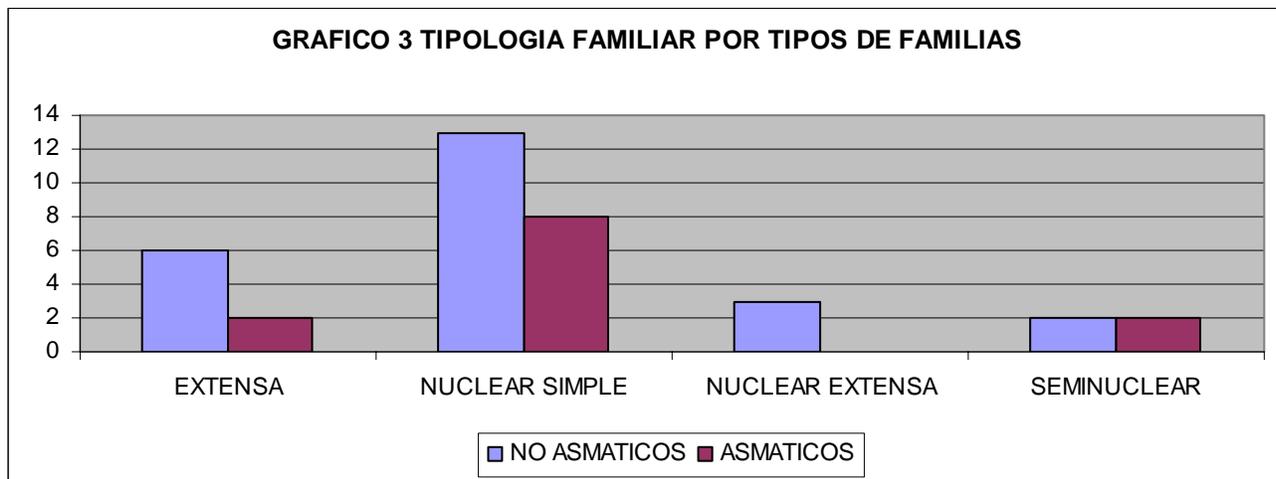
Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.



Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.

<b>TABLA 3</b>			
<b>TIPOLOGÍA FAMILIAR EN BASE AL TIPO DE FAMILIA</b>			
<b>TIPO</b>	<b>GRUPO CASOS</b>	<b>GRUPO CONTROL</b>	<b>TOTAL</b>
EXTENSA	2	6	8
NUCLEAR SIMPLE	8	13	21
NUCLEAR EXTENSA	0	3	3
SEMINUCLEAR	2	2	4
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>36</b>

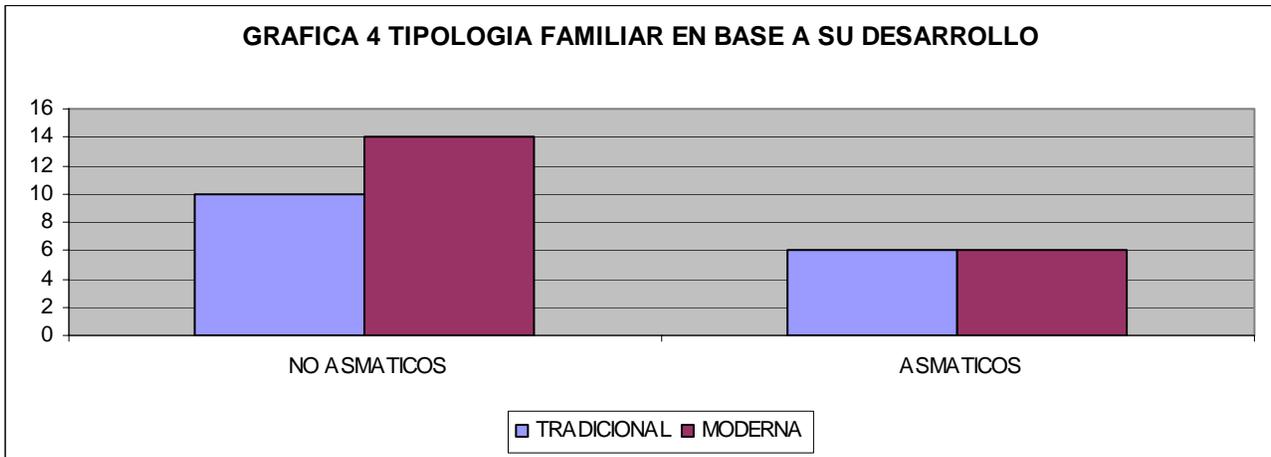
Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.



Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.

<b>TABLA 4</b>			
<b>TIPOLOGÍA FAMILIAR EN BASE SU DESARROLLO</b>			
<b>TIPO</b>	<b>GRUPO CASOS</b>	<b>GRUPO CONTROL</b>	<b>TOTAL</b>
TRADICIONAL	6	10	16
MODERNA	6	14	20
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>36</b>

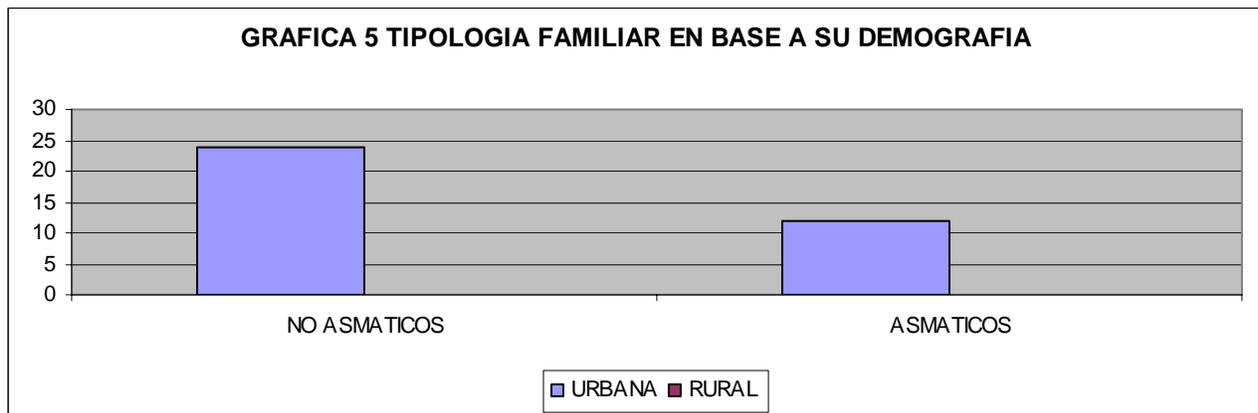
Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.



Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.

<b>TABLA 5</b>			
<b>TIPOLOGÍA FAMILIAR EN BASE SU DEMOGRAFÍA</b>			
<b>TIPO</b>	<b>GRUPO CASOS</b>	<b>GRUPO CONTROL</b>	<b>TOTAL</b>
URBANA	12	24	36
RURAL	0	0	0
TOTAL	12	24	36

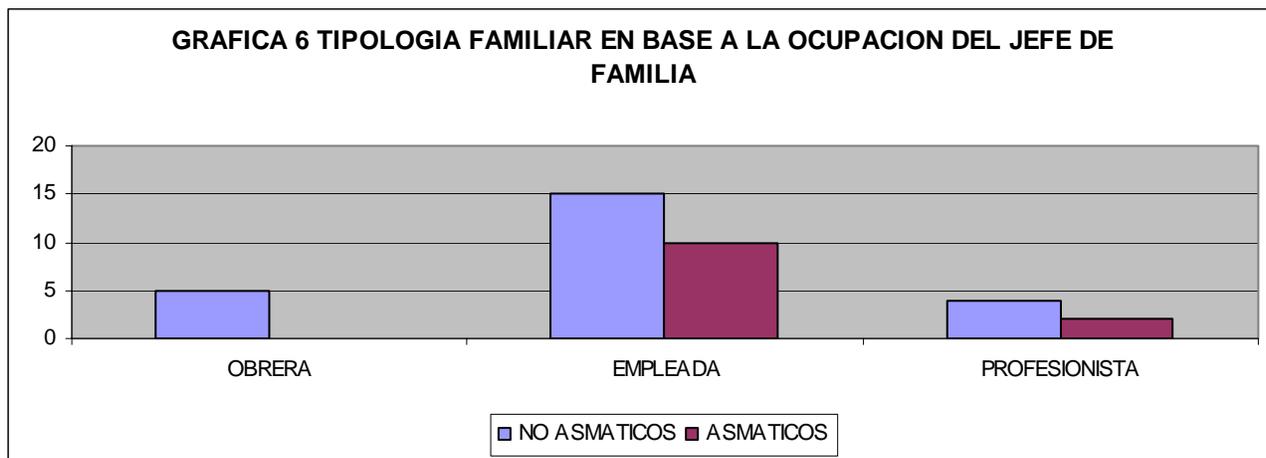
Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.



Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.

<b>TABLA 6</b>			
<b>TIPOLOGÍA FAMILIAR EN BASE A LA OCUPACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA</b>			
<b>TIPO</b>	<b>GRUPO CASOS</b>	<b>GRUPO CONTROL</b>	<b>TOTAL</b>
OBRERA	0	5	5
EMPLEADA	10	15	25
PROFESIONISTA	2	4	6
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>36</b>

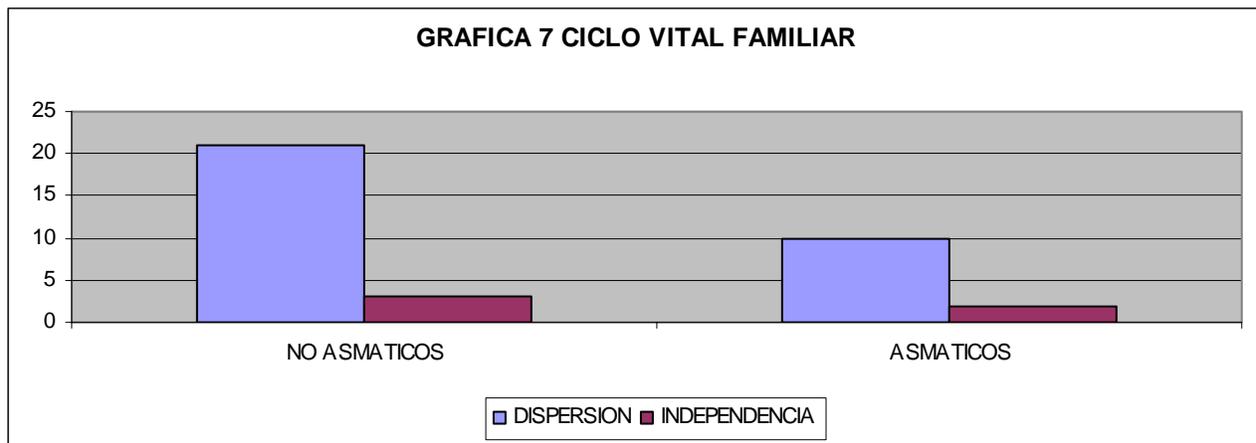
Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.



Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.

<b>TABLA 7</b>			
<b>CICLO VITAL FAMILIAR</b>			
<b>TIPO</b>	<b>GRUPO CASOS</b>	<b>GRUPO CONTROL</b>	<b>TOTAL</b>
DISPERSIÓN	10	21	31
INDEPENDENCIA	2	2	4
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>36</b>

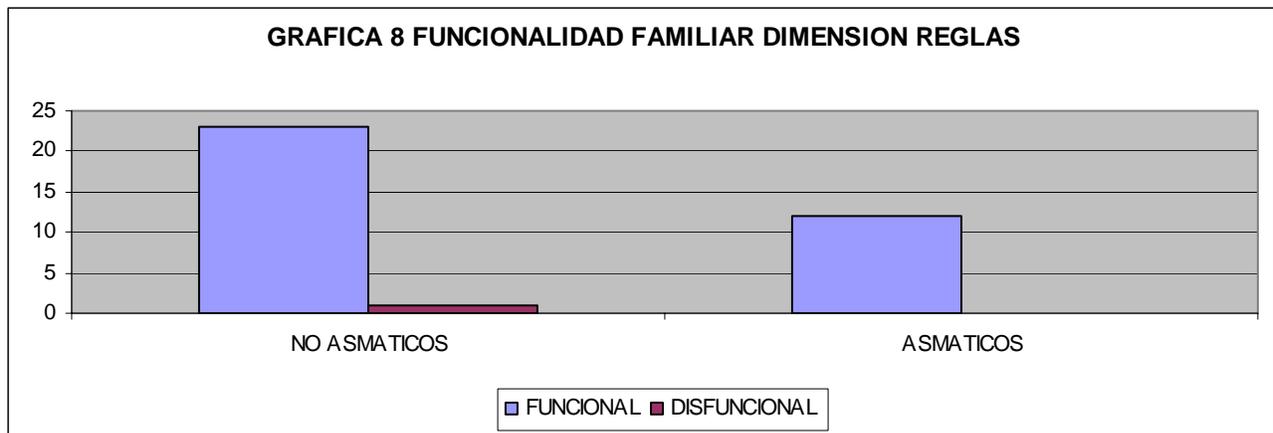
Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.



Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.

<b>TABLA 8</b>			
<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>			
<b>DIMENSION DE REGLAS</b>			
<b>TIPO</b>	<b>GRUPO CASOS</b>	<b>GRUPO CONTROL</b>	<b>TOTAL</b>
FUNCIONAL	12	23	35
DISFUNCIONAL	0	1	1
<b>TOTAL</b>	12	24	36

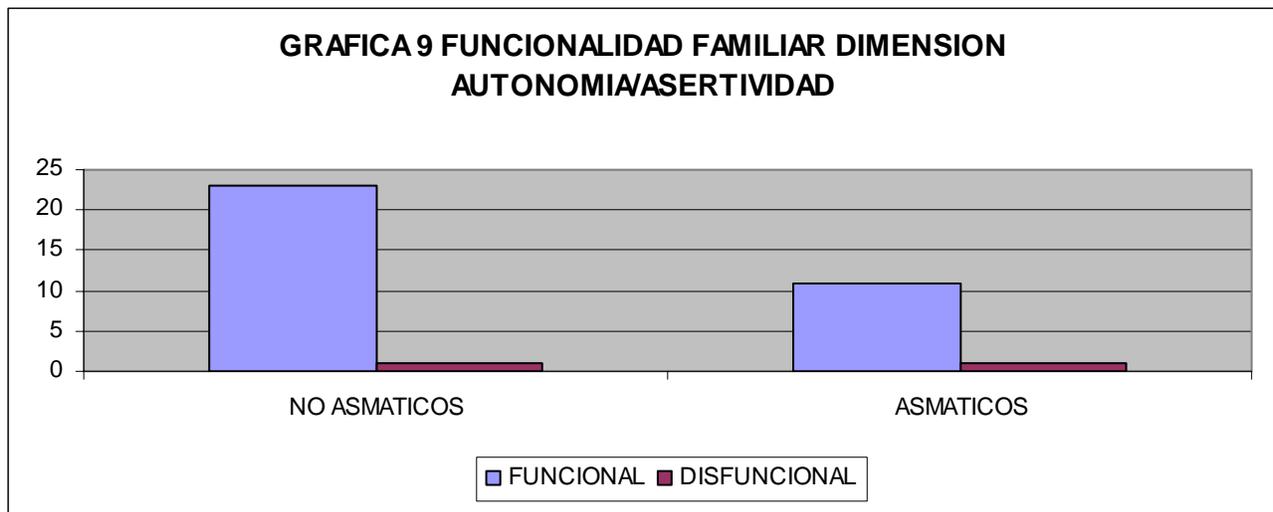
Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.



Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.

<b>TABLA 9</b>			
<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>			
<b>DIMENSION AUTONOMIA/ASERTIVIDAD</b>			
<b>TIPO</b>	<b>GRUPO CASOS</b>	<b>GRUPO CONTROL</b>	<b>TOTAL</b>
FUNCIONAL	11	23	34
DISFUNCIONAL	1	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>36</b>

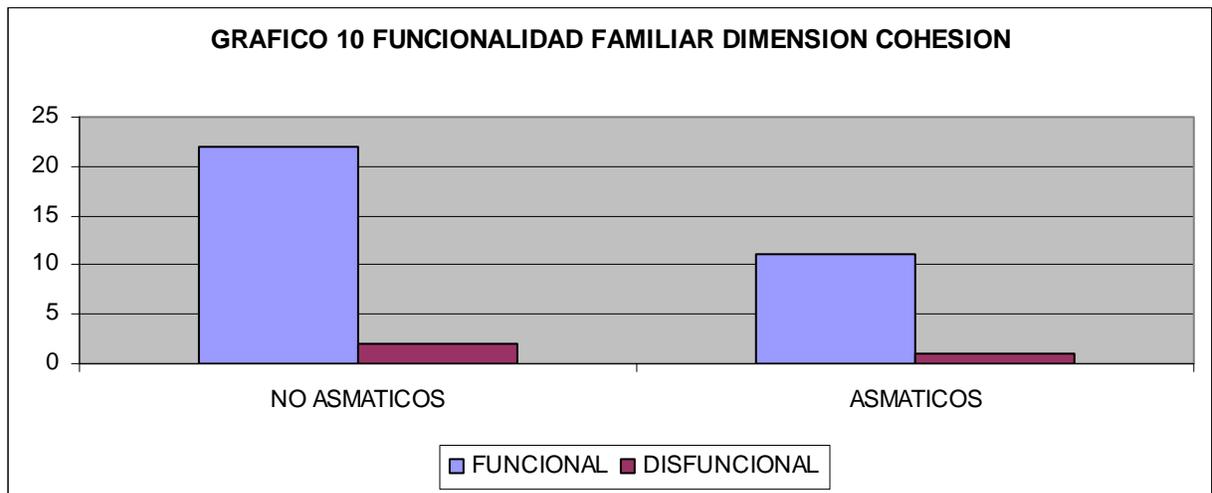
Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.



Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007

<b>TABLA 10</b>			
<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>			
<b>DIMENSION COHESIÓN</b>			
<b>TIPO</b>	<b>GRUPO CASOS</b>	<b>GRUPO CONTROL</b>	<b>TOTAL</b>
FUNCIONAL	11	22	33
DISFUNCIONAL	1	2	3
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>36</b>

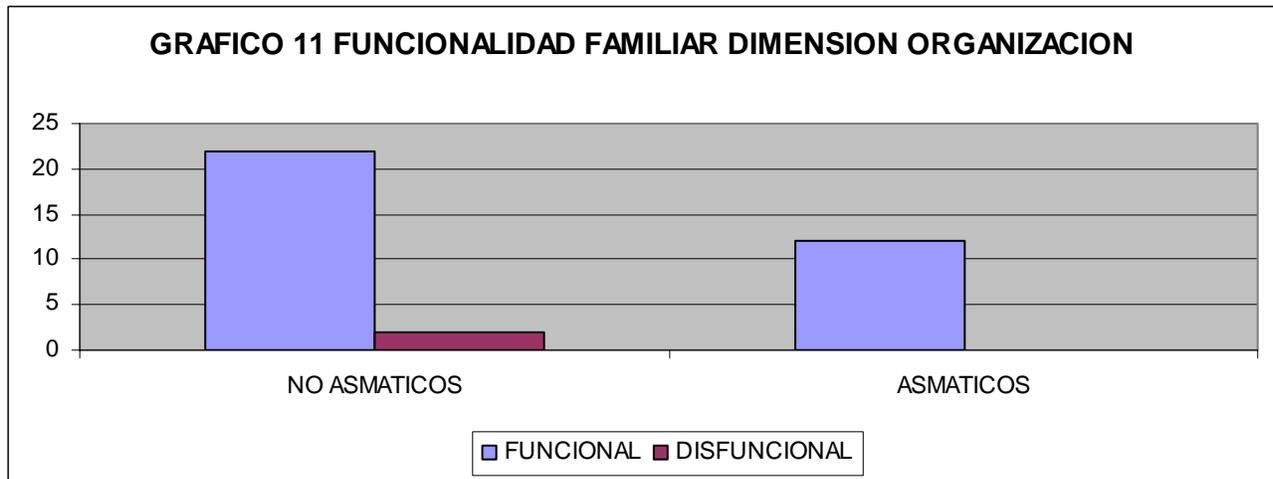
Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.



Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007

<b>TABLA 11</b>			
<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>			
<b>DIMENSION ORGANIZACIÓN</b>			
<b>TIPO</b>	<b>GRUPO CASOS</b>	<b>GRUPO CONTROL</b>	<b>TOTAL</b>
<b>FUNCIONAL</b>	12	22	34
<b>DISFUNCIONAL</b>	0	2	2
<b>TOTAL</b>	12	24	36

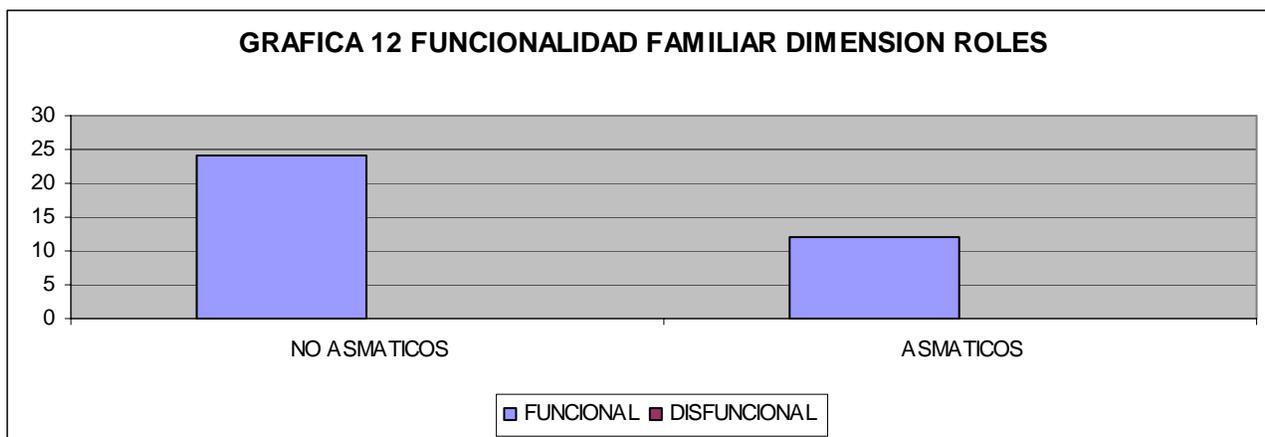
Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.



Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.

<b>TABLA 12</b>			
<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>			
<b>DIMENSION ROLES</b>			
<b>TIPO</b>	<b>GRUPO CASOS</b>	<b>GRUPO CONTROL</b>	<b>TOTAL</b>
<b>FUNCIONAL</b>	12	24	36
<b>DISFUNCIONAL</b>	0	0	0
<b>TOTAL</b>	12	24	36

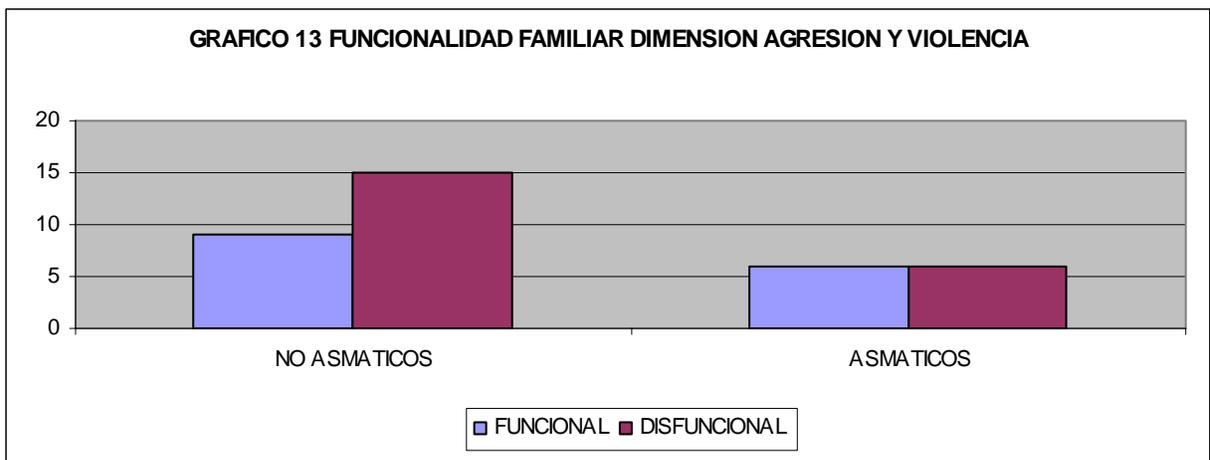
Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.



Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007

<b>TABLA 13</b>			
<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR DIMENSIÓN AGRESIÓN Y VIOLENCIA</b>			
<b>TIPO</b>	<b>GRUPO CASOS</b>	<b>GRUPO CONTROL</b>	<b>TOTAL</b>
FUNCIONAL	6	9	15
DISFUNCIONAL	6	15	21
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>36</b>

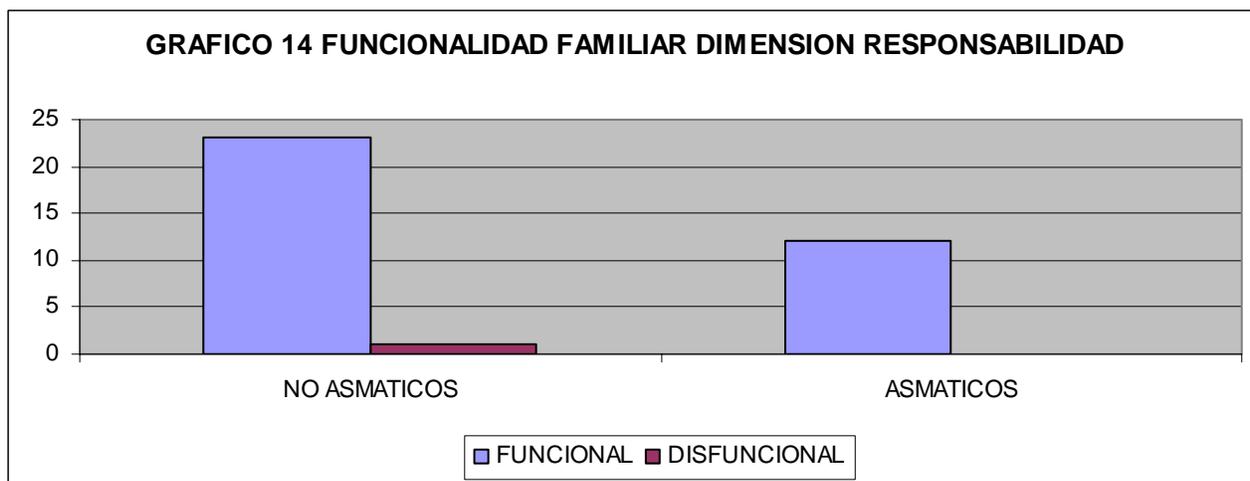
Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.



Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.

<b>TABLA 14</b>			
<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>			
<b>DIMENSIÓN RESPONSABILIDAD</b>			
<b>TIPO</b>	<b>GRUPO CASOS</b>	<b>GRUPO CONTROL</b>	<b>TOTAL</b>
FUNCIONAL	12	23	35
DISFUNCIONAL	0	1	1
<b>TOTAL</b>	12	24	36

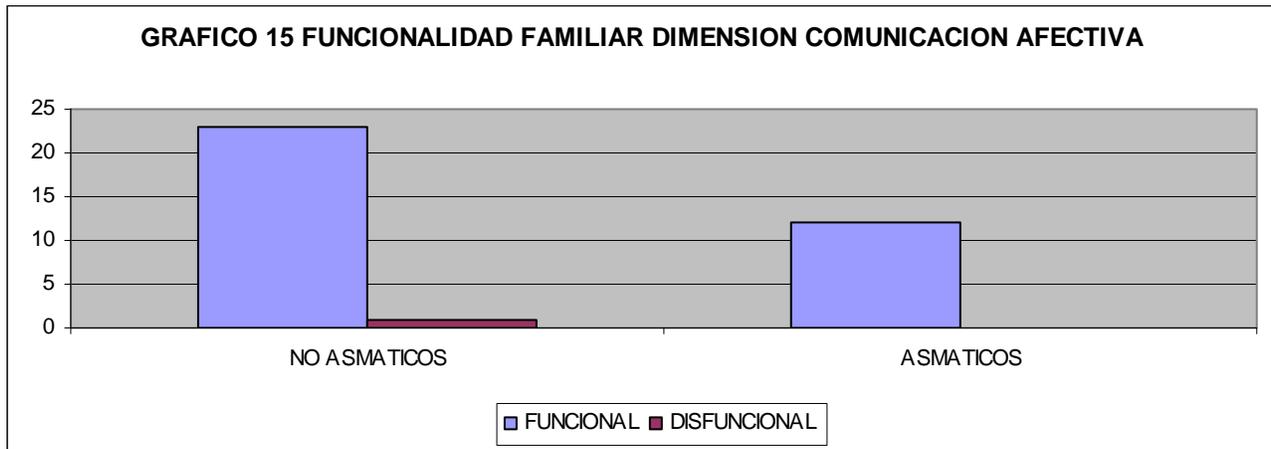
Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.



Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.

<b>TABLA 15</b>			
<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>			
<b>DIMENSIÓN COMUNICACIÓN AFECTIVA</b>			
<b>TIPO</b>	<b>GRUPO CASOS</b>	<b>GRUPO CONTROL</b>	<b>TOTAL</b>
FUNCIONAL	12	23	35
DISFUNCIONAL	0	1	1
<b>TOTAL</b>	12	24	36

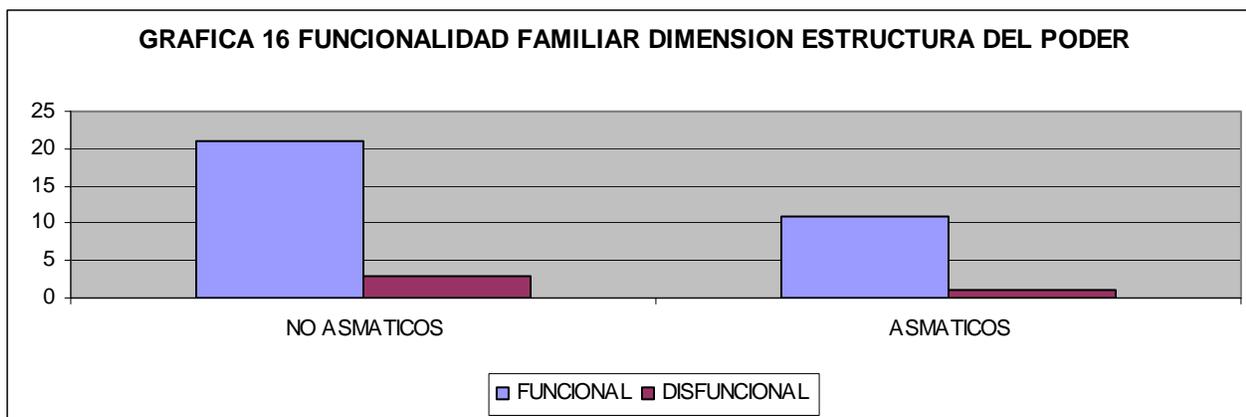
Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.



Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.

<b>TABLA 16</b>			
<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>			
<b>DIMENSIÓN ESTRUCTURA DEL PODER</b>			
<b>TIPO</b>	<b>GRUPO CASOS</b>	<b>GRUPO CONTROL</b>	<b>TOTAL</b>
<b>FUNCIONAL</b>	11	21	32
<b>DISFUNCIONAL</b>	1	3	4
<b>TOTAL</b>	12	24	36

Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.



Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.

<b>TABLA 17</b>					
<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>					
<b>DIMENSIÓN</b>	<b>GRUPO CON NIÑOS ASMATICOS 12</b>		<b>GRUPO CON NIÑOS SANOS 24</b>		<b>VALOR p</b>
	<b>FUNCIONAL</b>	<b>DISFUNCIONAL</b>	<b>FUNCIONAL</b>	<b>DISFUNCIONAL</b>	
<b>Reglas</b>	12	0	23	1	0.66
<b>Autonomía/Asertividad</b>	11	1	23	1	0.56
<b>Cohesion</b>	11	1	22	2	0.74
<b>Organización</b>	12	0	22	2	0.43
<b>Roles</b>	12	0	24	0	0.0
<b>Agresión y Violencia</b>	6	6	9	15	0.473
<b>Responsabilidad</b>	12	0	23	1	0.66
<b>Comunicación Afectiva</b>	12	0	23	1	0.66
<b>Estructura del poder</b>	11	1	21	3	0.59
<b>Total</b>	12	0	23	1	0.66

Fuente: Encuesta UMF 33 Diciembre 2007.

## DISCUSIÓN

En México existe una prevalencia de asma del 10 al 15% en la edad pediátrica, con una relación hombre mujer de 1:2 reportada por García Imperial (16), en la unidad de medicina familia número 33 del IMSS encontramos una relación 5:1, lo que concuerda con el estudio de Lara Pérez realizado a nivel del mar donde encontró una discreta prevalencia del sexo masculino sobre el femenino (5).

Se han realizado estudios sobre enfermedad crónica y funcionalidad familiar tomando en cuenta algunas dimensiones valoradas en nuestro estudio como son: cohesión, en el estudio de funcionalidad familiar y enfermedad crónica infantil de la Dra. Ramírez Lumberras en la Universidad de Monterrey se encontró que en esta dimensión se reportaron 48 (60%) familias funcionales y 32 (40%) disfuncionales, lo que no concuerda con el estudio realizado, ya que nosotros encontramos en el grupo de casos 11 (92%) son funcionales y 1 (4%) es disfuncional. En la dimensión de comunicación valorada en el estudio de funcionalidad familiar y parálisis cerebral de Álvarez Rubio (9), observaron que 82.5% de sus familias fueron funcionales y el 17.5% demostraron ser disfuncionales lo que coincide con nuestro estudio, donde todas las familias de la UMF 33 que cuentan con un niño asmático fueron funcionales; por otro lado en lo que respecta a la funcionalidad global encontramos en el estudio antes mencionado que el 82.5% fueron familias funcionales y el 17.5% familias disfuncionales, en nuestro estudio se encontró que el 100% de las familias del grupo de casos fueron funcionales, lo que nos indica que las familias con niños con alguna enfermedad crónica de alguna manera la mayoría de ellas son funcionales, al igual que en nuestro grupo control donde el 96% de las familias son funcionales, no existiendo diferencia significativa entre ambos grupos ya que la prueba de Fisher mostró una  $p > 0.05$ .

La incidencia y prevalencia de la violencia intrafamiliar en la población general en nuestro país no se conoce con precisión, sólo se cuenta con información proveniente de las autoridades judiciales y esporádicamente de los responsables de las instituciones y servicios de salud. Esto ocurre porque los países no cuentan con la normatividad y reglamentación que obligue a la notificación de casos de violencia doméstica, lo anterior lo mencionamos ya que en este estudio realizado en la clínica 33 del IMSS encontramos en ambos grupos en la dimensión de agresión y violencia que la mayor parte de las familias presentan disfunción en esta área, en el grupo de casos el 50% y en el control 62.5%, con una prueba de Fisher que muestra una  $p = 0.473$ .

El censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática en el año 2000 clasificó a las familias en dos grandes grupos: nucleares y no nucleares, así de cada 100 hogares, 74% son nucleares y 26% no nucleares, ésta última se subdivide en uniparentales (13.3%), reconstruidas (2%) y extendidas (10.7%). El tipo de familia que encontramos en nuestra investigación fue predominantemente de tipo nuclear en ambos grupos, en el grupo de casos 66.6%, y en el grupo control 55%, seguida de la extensa en el grupo control 25% y en el de casos 17%.

La etapa del ciclo vital familiar en la cual encontramos a las familias estudiadas fue el de dispersión, en el grupo de casos 84%, en el grupo control 87.5%, acompañado de la etapa de independencia en el resto de las familias, lo anterior probablemente debido al intervalo de edad de los niños incluidos en el estudio.

## CONCLUSIONES

Para que una familia se considere funcional debe de tener la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital de la familia y las crisis por las que atraviesa. En las familias con un enfermo crónico, en este caso con asma la funcionalidad familiar es importante para que el niño y su familia puedan enfrentar las crisis que la enfermedad crónica les propicia, en nuestro estudio podemos observar que las familias de los niños que conforman ambos grupos son funcionales (grupo de casos 100% funcionales, grupo control 96% funcionales) con una  $p > 0.05$  lo cual representa que no existe diferencia significativa entre ambos grupos, esto sugiere que deben existir mecanismos de ajuste que permitan mantener la homeostasis familiar dentro de límites funcionales; lo anterior muestra que los pacientes asmáticos tienen la percepción de que sus familias son funcionales lo cual puede ser un factor protector para un mejor control de la enfermedad en estos niños.

Debido a que el asma es una enfermedad crónica que es parte del individuo y éste parte de una familia resulta necesario pensar simultáneamente acerca de la interacción entre el individuo y su desarrollo familiar, dentro de este ciclo vital los individuos que conforman la familia interaccionan diferente dependiendo el ciclo de vida familiar en el que se encuentren, lo anterior podemos explicarlo con el modelo de Combrick-Graham el cual se refiere al sistema espiral el cual explica que la interacción entre los individuos puede oscilar entre periodos de acercamiento familiar y periodos de distanciamiento, los lapsos de cercanía se denominan centrípetos para indicar el predominio de fuerzas cohesivas dentro del sistema familiar. Los periodos de distanciamiento se conocen como centrífugos descubriendo así el predominio de fuerzas “disparadoras” que tienden a separar a los miembros de la familia. La enfermedad crónica en general ejerce una fuerza centrípeta sobre el individuo y la familia; en nuestros pacientes asmáticos y sus familias, la etapa del ciclo vital en que se encuentran es de dispersión e independencia, estas fases tienden a encontrarse en un sentido centrífugo, la primera para que sus miembros inicien la apertura hacia el exterior de la familia y posteriormente en la fase de independencia los individuos se independicen y formen nuevas familias a partir de las familias de origen, por lo que el medico familiar requiere informar a las familias de estos pacientes para que el sistema continúe superando cada una de las etapas del ciclo vital de familia y el sistema sea funcional, en lo referente a la independencia de cada individuo de sus familias, valoramos la autonomía en el instrumento de evaluación, en este caso ambos grupos presentaron un alto porcentaje de autonomía (grupo control 96% de autonomía y grupo de casos 92% de autonomía) con una  $p = 0.56$ , por lo que concluimos que los pacientes con asma pueden resolver por sí mismo sus problemas y tomar sus propias decisiones, sin que ello ocasione distanciamiento y/o desunión familiar; relacionado al punto anterior encontramos la responsabilidad que se define como la capacidad de establecer compromiso de acciones, acuerdos, obligaciones y roles para dar respuesta positiva o preactiva que puede ser un factor importante para que el niño con asma sea responsable de su tratamiento integral, en este estudio el 100% de los niños asmáticos son funcionales en esta dimensión.

La cohesión se refiere al grado en el cual los miembros de la familia tienen un sentido de unión y de pertenencia, reflejándose en el apoyo y cooperación entre los miembros de la familia para resolver problemas, en el estudio encontramos que los pacientes integrantes del grupo de casos presentan cohesión en la mayoría de las familias lo cual puede ayudar a resolver problemas relacionados con su enfermedad como son las crisis asmáticas.

Dentro de la evaluación que utilizamos encontramos que las familias de ambos grupos presentan agresión y violencia, considero que el médico familiar debe realizar acciones para detectar la presencia de violencia en las familias a su cargo, ya que la presencia de ella es un factor de riesgo social en estas familias, en el grupo de asmáticos como riesgo para descontrol de su enfermedad, y para ambos grupos como riesgo para trastornos en la esfera psicológica y violencia en las familias futuras.

El tipo de familia que encontramos en nuestra investigación fue predominantemente de tipo nuclear en ambos grupos, seguida de la extensa, esto se explica por los patrones culturales de nuestro país que sigue teniendo como familia ideal a la nuclear, así mismo sigue siendo importante el apoyo que la familia de origen ofrece a la familia nuclear sobre todo en etapas de crisis como en el caso de las familias con enfermos crónicos como el asma.

El manejo integral del médico familiar hacia este tipo de enfermos y sus familias debe de incluir aspectos tanto de prevención como de tratamiento a nivel individual y familiar. Dentro de la prevención, el médico familiar debe de identificar los factores de riesgo en los recién nacidos, lactantes y preescolares por medio de una adecuada historia clínica de sus antecedentes, para poder prevenir estos factores de riesgo modificables por medio de la orientación hacia los padres; con respecto a éstos factores se han identificado varios: antecedente de atopias en los padres de éstos niños sobre todo en las madres embarazadas; la exposición fetal y postnatal al humo del tabaco, se ha demostrado que los recién nacidos de madres fumadoras tienen peor función respiratoria y mayor prevalencia de enfermedad respiratoria o sibilancias. La lactancia materna tiene un efecto protector sobre la salud del recién nacido, se ha demostrado una mayor protección frente a la atopia y el asma en niños con lactancia materna hasta los 6 meses de vida; la exposición a alérgenos domésticos y el desarrollo de atopias se han relacionado con el desarrollo del asma (20).

Por otra parte el médico familiar al enfrentarse a un individuo con diagnóstico de asma debe de tomar en cuenta varios aspectos para el tratamiento y control de la enfermedad tanto a nivel individual como familia, en el primero se incluirán aspectos biológicos por medio de la orientación de los fármacos para el control de su enfermedad así como los factores predisponentes a la descompensación de esta enfermedad, a nivel psicológico con apoyo de servicios como psicología y psiquiatría para una mejor aceptación del niño a su enfermedad y a nivel social con el manejo de sus familias, en el punto anterior el médico tendrá que lograr que la familia haga frente a los siguientes problemas: aceptación de la enfermedad; manejo de los sentimientos de culpa; manejo de la depresión, enojo y desesperación de enfrentar la realidad;

evaluación y orientación familiar sobre cómo conducirse frente al padecimiento y manejo del niño, todos éstos factores tendrán que ser manejados por el médico con apoyo del equipo de salud como psicología y trabajo social.

Existen estudios en nuestro medio que relacionan la funcionalidad familiar con enfermedades crónicas como son la parálisis cerebral infantil, la insuficiencia renal crónica y la diabetes mellitus, en cuanto a relacionar la funcionalidad familiar y el asma podemos observar que no existen estudios en nuestro medio en adultos y menos en niños por lo que consideramos que a partir de este estudio se pueden desprender investigaciones relacionadas con este tema y así profundizar más sobre las enfermedades crónicas en este caso el asma y la familia; al incrementar la información sobre estos aspectos contribuiremos a aumentar el marco teórico en la especialidad de medicina familiar con la finalidad de mejorar el entendimiento del paciente crónico y su familia, ya que nuestro país se encuentra en una transición epidemiológica de la enfermedad, lo que ayudara al medico familiar a entender a éstas familias con un niño asmático y así brindarles un manejo integral.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hinojosa H. Repercusión de la dinámica familiar en el asma bronquial. México, D.F: Facultad de medicina Universidad Nacional Autónoma de México; 1988. 50 p. Tesis para obtener el título de especialista en Medicina Familiar.
2. Hernández AE. Asma. En: Hernández F. Enfermedades Respiratorias Pediátricas. 1a ed, México: El Manual Moderno, 2002: 313-335.
3. Coronel CC. El diagnóstico clínico del asma bronquial. Cómo orientarlo. Revista Mexicana de Pediatría 2004; 188-190.
4. Mendoza MA, Romero CJ, Peña RH, et al. Prevalencia de asma en niños escolares de la ciudad mexicana de Hermosillo. Gac Méd Méx 2001; 137: 397-401.
5. Lara PE. Prevalencia del asma infantil al nivel del mar. Alergia, Asma e Inmunología Pediátrica 2001; 10: 88-92.
6. Velasco M. La enfermedad crónica, el paciente y su familia. En: Velasco M. Manejo del Enfermo Crónico y su Familia. 1a ed, México: El Manual Moderno, 2001: 37-46.
7. Fernández OM. El impacto de la enfermedad en la familia. Rev Fac Med UNAM 2004; 47 (6): 251-254.
8. Álvarez RA, Ayala BA, Nuño LA, Efrén AM. Estudio sobre el nivel de funcionalidad en un grupo de familias que tienen un hijo con parálisis cerebral infantil (PCI). Medicina Física y Rehabilitación 2005; 17: 71-76.
9. Huerta GJ. El estudio de la salud familiar. En Huerta GJ. Medicina Familiar. 1a ed, México: Alfil, 2005: 57-117.
10. Andreu HL, Joseph DS. Asma en la infancia. En Nelson. Tratado de Pediatría. 17a ed. España: El Severe, 2004: 760-774.
11. Salcedo A. Evaluación del Apgar familiar en pacientes con VIH SIDA. México, Colima: Facultad de medicina; 2006. 33 p. Tesis para obtener el grado de especialista en Medicina Familiar.
12. Antolín CA. Evaluación de la funcionalidad familiar y su importancia en la salud. XX congreso nacional y 3er. Estatal de medicina familiar. Puebla, México. 17, 18 y 19 de mayo 2007.
13. Mendez LD, Gómez LV, García RM, Pérez LJ, Navarrete EA. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev Med IMSS 2004; 42 (4): 281-284.
14. Anzures LB. Asma. Hospital General de México 2001; 64: 251-258.
15. Irigoyen CA, Morales LH. Lineamientos para la elaboración de estudios de salud familiar. En: Irigoyen CA. Nuevos fundamentos de Medicina Familiar. 3a ed, México: Medicina Familia Mexicana, 2006: 173-203.
16. García ID, Huerta J. Asma en menores de 5 años. Alergia, Asma e Inmunología Pediátrica 2003; 12: 82-88.
17. Fernández OM, Gomez CF, Irigoyen CA, et al. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos en medicina familiar 2005; 7: 15-19.
18. Chavez AV, Velasco OR. Disfunciones familiares del subsistema conyugal criterios para su evaluación. Rev Med IMSS 1994; 32: 39-43.

19. Avalos CM. Instrumentos de evaluación familiar. XIX Congreso nacional y 1er congreso estatal de medicina familiar. Villahermosa Tabasco, México. 15,16 y 17 de Junio 2006.
20. Coronel CC. Sobre la prevención del asma bronquial en los niños. Revista Mexicana de Pediatría 2004; 71 (2): 82-86.

## ANEXOS

### ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS DE EDAD

Estas preguntas serán llenadas por el encuestador.

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Ocupación de mamá: \_\_\_\_\_ Escolaridad de mamá: \_\_\_\_\_

Ocupación de papá: \_\_\_\_\_ Escolaridad de papá: \_\_\_\_\_

Tus padres viven a) juntos b) separados o divorciados c) murió alguno  
d) Otro

#### Instrucciones:

A continuación, por favor, lee cuidadosamente cada oración y marca con una **X** la respuesta que pienses se da más en tu casa. Ejemplo.

**En mi familia hay la confianza para decirnos cuánto nos queremos**

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
		<b>X</b>		

Es importante aclararte que en estas oraciones no hay respuestas correctas o incorrectas, sino lo que tu crees que pasa en tu familia. El cuestionario es confidencial (nadie sabrá que tu lo contestaste).

Si ya estás preparado, entonces da la vuelta a la hoja y danos tus respuestas.....

**INSTRUMENTO DE EVALUACION DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR PARA NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS  
(IEFFN)**

	R E A C T I V O S	NUNCA	CASI	NUNCA	A VECES	CASI	SIEMPRE	SIEMPRE
1.	En mi familia hay la confianza para decirnos cuánto nos queremos							
2.	Cuando tengo un problema en la escuela mis papás me ayudan							
3.	Entre los miembro de mi familia nos contamos lo que hicimos durante el día							
4.	A todos nos toca hacer algo de quehacer							
5.	Mi familia me apoya cuando quiero obtener algo que me gusta							
6.	En mi casa todos hacemos el mismo número de quehaceres							
7.	En mi familia mi papá manda							
8.	Mi mamá cocina para la familia							
9.	En mi familia nos gusta divertirnos juntos							
10.	Yo le platico a mis papás lo que hago en la escuela							
11.	Mis papás me dan tarea que puedo realizar							
12.	Mis papás me dicen que me quieren							
13.	En mi familia nos llevamos bien							
14.	Si alguien de la familia se enoja le damos tiempo a que se le pase porque lo entendemos							
15.	En mi familia sabemos quien manda (papá o mamá)							
16.	En mi familia nos hacemos cariñitos y nos decimos que nos queremos							
17.	En mi familia me dan tareas que puedo realizar fácilmente							
18.	Cada uno de nosotros hace el quehacer que le toca							
19.	En la familia si tomamos algo lo ponemos en su lugar cuando lo desocupamos							
20.	Si mis padres me ordenan algo lo cumpro							
21.	En la casa nos decimos las cosas que nos hacen falta en la escuela o casa							
22.	En mi familia nos gusta compartir los juegos							

	REACTIVOS	NUNCA	CASI	NUNCA	A VECES	CASI	SIEMPRE	SIEMPRE
23.	En la casa si alguien se enoja se desquita con el que lo hizo enojar							
24.	Para poder ir a una fiesta tengo que pedir permiso a mis padres							
25.	Las obligaciones dentro de la casa quedan claras para cada quién							
26.	Si quiero ayudar en algo, lo hago							
27.	Mis hermanos y yo nos llevamos muy bien con mis papás							
28.	En mi familia nos decimos las cosas de frente, directamente							
29.	En mi familia hacemos actividades juntos							
30.	Es importante llegar temprano a todos lados							
31.	Cuando alguien de mi familia tiene un problema buscamos entre todos la solución							
32.	Cuando alguien en mi familia dice lo que siente se le escucha							
33.	En mi familia mis papás me enseñan a cuidarme del peligro							
34.	Mi mamá se encarga de cuidarnos cuando estamos enfermos							
35.	En mi casa cada uno se responsabiliza de hacer sus cosas							
36.	Si le digo a mis padres o hermanos que estoy molesto me comprenden							
37.	En mi familia nos gusta ser libres							
38.	En mi familia platicamos y paseamos							
39.	En mi familia cada quien hace su quehacer							
40.	Tengo un horario para dormir de lunes a viernes							
41.	En mi casa nos ayudamos entre sí							
42.	En mi familia nos gusta hablar para ponernos de acuerdo antes de hacer algo							
43.	Mi mamá y mi papá me piden mi opinión cuando hay que decidir algo importante							
44.	Las tareas domésticas van de acuerdo a lo que puedo hacer							
45.	En mi familia podemos decir si estamos tristes							

	REACTIVOS	NUNCA	CASI	NUNCA	A VECES	CASI	SIEMPRE	SIEMPRE
46.	Solo mi papá es el que decide a donde pasear							
47.	En mi familia nos gustan las mismas cosas							
48.	Si yo me niego a hacer algo, mi familia me respeta							
49.	Cuando tomo mis propias decisiones mi familia me las respeta							
50.	En mi familia disfrutamos juntos el tiempo libre							
51.	En casa somos muy cariñosos							
52.	En mi familia nos enseñan como hacer los quehaceres							
53.	En nuestra familia cada año vamos de vacaciones							
54.	Cuando hay problemas económicos lo hablamos en la familia							
55.	En mi familia alguien se pelea frecuentemente							
56.	En mi familia nos gusta salir al campo							
57.	Yo puedo decir dónde quiero ir a pasear							
58.	Mi mamá es la que nos da permiso de jugar cuando acabamos las tareas							
59.	En la familia tenemos horarios para realizar las actividades							
60.	Con mis hermanos me peleo							
61.	Solo podemos ver la televisión cuando terminamos nuestras tareas							
62.	Si mis padres quieren salir a pasear salimos							
63.	Mi papá trabaja para mantenernos							
64.	En mi familia comemos juntos							
65.	Debemos obedecer a nuestros padres							
66.	Si alguien de la familia tiene algún plan, se le permite que lo haga							

## Tipología Familiar y ciclo vital familiar

Contesta las siguientes preguntas eligiendo la respuesta que defina a tu familia:

67. ¿Tu mamá trabaja y aporta a los gastos de tu familia?

Sí  No

68. Tu familia vive en:

La ciudad.  El campo.

69. ¿A qué se dedica tu papá?

Profesionista  Obrero  Campesino  Empleado.

70. Tu familia está compuesta por:

Dos papas y uno a tres hijos.

Dos papas y más de cuatro hijos.

Un papá e hijos.

Tus papas, hijos y una o más personas como abuelos, tíos o sobrinos.

Tus papas, hijos y una o más personas que no tienen parentesco con las personas de tu familia.

71. ¿La familia está conformada por la pareja sin hijos?

Sí  No

72. ¿El niño más grande de la familia tiene menos de 3 años 11 meses?

Sí  No

73. ¿El niño más grande de la familia tiene más de 4 años y va al kínder?

Sí  No

74. ¿En tu familia tienes hermanos que trabajen y vivan fuera de tu casa o ya se hayan casado?

Sí  No

75. ¿La familia está compuesta solo por la pareja, ya con sus hijos grandes y viviendo fuera del hogar o casados?

Sí  No

**¡TERMINASTE!**



**Gracias.**



## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: \_\_\_\_\_  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “**ASMA BRONQUIAL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DE LA UMF 33**” registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC \_\_\_\_\_

1. El objetivo del estudio es: Comparar la frecuencia de funcionalidad familiar de familias con niños que padecen asma con las familias con niños sanos, usuarios de la unidad de medicina familiar número 33 del IMSS.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en permitir al investigador buscar en el expediente electrónico y expediente tradicional la información acerca del diagnóstico y tratamiento de asma de mi familiar en esta unidad.

Declaro que se me ha informado ampliamente que no se tienen riesgos, ni inconvenientes, ni molestias y si beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: ayudar a obtener una evaluación más comprensiva, integral y válida que nos encamine a conocer la frecuencia de disfunción familiar en familias con niños que padecen asma. El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que otorgo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del médico

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y matrícula del investigador

\_\_\_\_\_  
Testigos

CLAVE 2810-003-002