



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33
“EL ROSARIO”**



**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE FAMILIAS CON HIJOS ASMÁTICOS DE 7 A
11 AÑOS DE EDAD DE LA UMF 33 “EL ROSARIO”**

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JEHÚ ARTURO TAMAYO CALDERÓN
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

ASESORA:

DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL.
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”

2013



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:

DRA. MÓNICA SÁNCHEZ CORONA
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 “EL ROSARIO”

DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL.
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar y asesora de
Tesis.
Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”

DRA. MÓNICA CATALINA OSORIO GRANJENO.
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”

AUTOR DE TESIS

DR. JEHÚ ARTURO TAMAYO CALDERÓN
MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 “EL ROSARIO”

AGRADECIMIENTOS

...Primeramente, al Gran Arquitecto del Universo ofrezco mi infinito agradecimiento por darme la oportunidad de velar por su más grande y perfecta obra...el ser humano y su familia...

...A mi querida familia, empezando por mi hermosa esposa quien me ha demostrado paciencia y amor en todos estos años y me ha apoyado en esta dura etapa de residencia, sin dejar atrás a mis padres que con su infinito amor y sencillez me han educado y formado con las bases y principios espirituales que me hacen ser quien soy, y que a su vez me inspiran a crecer y mejorar día a día para continuar mi admiración y compromiso con la vida en todas y cada una de sus manifestaciones...

...A todos los pacientes quienes me inspiraron a llevar a cabo este trabajo y quienes a su vez participaron de forma desinteresada, siendo parte insustituible y fundamental de este trabajo...

...A mis compañeros, verdaderos guerreros que han escogido luchar hombro a hombro junto a mí desde la trinchera del primer nivel de atención en aras del bien estar individual y familiar y en quienes veo reflejados mis mismos temores, sufrimientos y logros, haciéndome saber que no estoy solo en esta batalla...

...Agradezco a la Dra. Haydee Martini Blanquel quien estuvo presente con su apoyo y asesorías durante todo el arduo proceso de plasmar una idea, en un proyecto de investigación; y finalmente lograr materializarlo con la impresión de la presente Tesis...

...A la Dra. Mónica Sánchez Corona, Jefa de Enseñanza de la UMF 33 El Rosario por transmitirme sus conocimientos así como también su apoyo durante la realización del curso de Especialidad en Medicina Familiar...

...Por último a todos aquellos médicos de los que tuve el privilegio de absorber sus valiosos conocimientos, compartiendo experiencias buenas y malas, que solo en la práctica clínica se tiene la fortuna de vivenciar...

ÍNDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
ANTECEDENTES	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
MATERIAL Y MÉTODOS	13
RESULTADOS	16
TABLAS Y GRÁFICOS	18
DISCUSIÓN	28
CONCLUSIONES	30
SUGERENCIAS	31
BIBLIOGRAFÍA	32
ANEXOS	34

"Todas las familias felices se parecen unas a otras; pero cada familia infeliz tiene un motivo especial para sentirse desgraciada"

Lev Tolstoj, Anna Karenina, 1873.

RESUMEN

Martini BH, Tamayo CJ. Funcionalidad familiar de familias con hijos asmáticos de 7 a 11 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”. IMSS 2013.

La funcionalidad familiar se entiende como la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Se ha observado la relación entre el funcionamiento familiar del paciente asmático y la severidad de la disnea, representando un evento tensionante que afecta a cada uno de sus integrantes y a la familia como un todo.

Objetivo: Determinar la funcionalidad familiar de familias con hijos asmáticos de 7 a 11 años de edad. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo en una muestra de 52 familias pertenecientes a la UMF 33 con al menos un hijo asmático de 7 a 11 años de edad, en el que se midió la funcionalidad familiar por medio de los instrumentos Cuestionario de Evaluación de Funcionamiento Familiar para adultos y el Instrumento de Evaluación del Funcionamiento Familiar para Niños. El análisis descriptivo e inferencial se realizó con el programa informático SPSS versión 21. **Resultados:** El 50% de las familias mostraron una conformación nuclear, la disfunción familiar se encontró en 23% de familias con hijos asmáticos siendo las áreas más disfuncionales en los pacientes la organización en 36.54%, agresión/violencia 42.31%, responsabilidad 38.46%, estructura del poder 34.62% y en el resto de la familia las áreas más afectadas fueron el involucramiento afectivo disfuncional 50%, patrones de comunicación funcional 34.62% y patrones de control de conducta 38.46%, **Conclusiones.** La gran mayoría de las familias estudiadas presentaron una adecuada funcionalidad general sin embargo existe baja funcionalidad en áreas como la organización, violencia, el afecto y la comunicación lo cual coincide con lo reportado en la literatura.

Palabras clave: Asma infantil, Funcionalidad familiar.

INTRODUCCIÓN

Las familias aún en las sociedades más modernas necesitan ser dinámicas, evolutivas y tienen funciones que se deben cumplir durante las etapas del desarrollo de la misma, principalmente las funciones de afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar.¹ Estos aspectos interesan a la medicina contemporánea llamándola funcionalidad familiar y corresponde a uno de los parámetros principales a evaluar en el estudio de la salud familiar.² La funcionalidad familiar se entiende como la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, apoyado en el cumplimiento de las funciones de cada miembro del sistema.¹

Desde la perspectiva de la teoría sistémica, la familia se define como un sistema, es decir: *“La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior”*.³ A partir del enfoque sistémico, los estudios de familia se basan no tanto en los rasgos de personalidad de sus miembros y sus características estables temporal y situacionalmente, sino en el conocimiento de la familia como un grupo con una identidad propia y como escenario en el que tienen lugar un amplio entramado de relaciones.⁴

El funcionamiento familiar es una categoría dinámica que se mueve entre dos polos: el funcional y el disfuncional, con cuidado de no etiquetar a ninguna familia como “anormal o enferma”. La disfuncionalidad ocurre cuando la familia no obtiene ni encuentra los recursos (individuales y familiares) necesarios para enfrentar algún trance crítico, como lo es el caso de una enfermedad, que no solo invade al individuo sino a todo su contexto, de ahí la necesidad del médico familiar de realizar modificaciones en diferentes niveles de prevención que faciliten la adaptación al proceso y demandas de la enfermedad, al mismo tiempo que se adquiere control de la misma²

Cuando una familia sufre este tipo de crisis paranormativa, una característica importante es la temporalidad, por lo que las crisis pueden ser transitorias o continuas. Las familias con un enfermo crónico, por su carácter de permanente, provocan mayores dificultades en la respuesta adaptativa de la familia, ya que representa un evento tensionante que afecta no sólo al enfermo, sino a cada uno de sus integrantes y a la familia como un todo¹ y con ello provoca cambios en su organización interna y externa, y por supuesto, repercute en su funcionamiento.

El Asma Bronquial, representa el 15% de las consultas en la atención primaria⁵, y en México existen nueve millones de niños menores de ocho años con este

diagnóstico, por lo que es considerada la enfermedad crónica más común de la infancia⁶. Es una patología crónico-inflamatoria de la vía aérea, cuya evolución y, en particular los episodios de exacerbación, se han asociado a trastornos en la inserción social del paciente en la familia y en la sociedad. Representa la primera causa de ausentismo escolar, consultas urgentes al pediatra o al servicio de urgencias y hospitalización. Esta enfermedad tiene un gran impacto, no solo por su alta morbilidad, sino por el efecto económico y social asociado a ella. Frecuentemente, la enfermedad y los síntomas nocturnos acompañados con las alteraciones del sueño, tanto en los niños como en sus padres, dan como resultado un desempeño escolar pobre y días de trabajo perdidos⁷.

Se ha observado la relación entre el funcionamiento familiar del paciente asmático y la severidad de la disnea declarada por el sujeto, y que esta última constituye una forma de comunicación emocional en las relaciones interpersonales, incluidas las conyugales, por lo que el análisis del síntoma en el contexto familiar ofrece una perspectiva más dinámica de la enfermedad. También se ha demostrado que el funcionamiento psicológico de los cuidadores y la severidad de la enfermedad son factores pronósticos de adaptación familiar y apego de los niños al tratamiento, y que continuamente se perciben influencias del mismo y de su familia en la evolución de la enfermedad⁸.

ANTECEDENTES

El asma es una de las enfermedades con mayor prevalencia en la infancia y sus costos no sólo impactan la economía familiar, además se traducen en días de trabajo perdidos por los padres, días de ausencia en la escuela e importantes trastornos en la dinámica familiar. El enfoque del asma requiere una evaluación más integradora que incluya el análisis de la relación del individuo enfermo con su medio, en especial en el contexto familiar. En el trabajo realizado por Rodríguez-Orozco et al, al describir el perfil organizativo funcional de familias con hijos asmáticos, encontró que las familias son medianamente funcionales en casi todos los rubros, menos en el afecto, comunicación y recursos en donde presentaron una baja funcionalidad⁹.

La personalidad de los niños asmáticos ha sido estudiada por Rogerson, Hardcastle y Duguid (1935) quienes encontraron que eran muy ansiosos y con una gran falta de autoconfianza; muy inteligentes, con gran agresividad latente y muy egocéntricos. Señalando la influencia de los padres como inductores, en parte, del estado psíquico de los niños. En la enfermedad crónica el apoyo familiar es muy importante, sobre todo, si hablamos de enfermedad crónica infanto-juvenil. El impacto de las enfermedades alérgicas en los progenitores es considerable (Bloomberg, 1992) y puede llegar a constituir el centro de la vida familiar, provocando cambios significativos en la conducta y en la vida personal de todos sus miembros. En numerosos casos se observa en los padres del niño asmático conductas de sobreprotección, en un intento por mantener los síntomas bajo control. Esto puede suponer un retraso en la adquisición de hábitos de autonomía y disminución significativa de las habilidades para sus relaciones sociales, incrementando paralelamente su dependencia del grupo familiar (Vázquez y Buceta, 1996)¹⁰.

Baider¹¹ y colaboradores nos describe las alteraciones en el subsistema marital de familias americanas con enfermedad oncológica. Cook-Darzenz¹² et al, ha descrito la funcionalidad familiar de familias francesas con adolescentes anoréxicas. En México la doctora Concepción Vargas¹³ ha descrito la cohesión, adaptabilidad y satisfacción familiar en pacientes con enfermedad ácido péptica. Donnelly¹⁴ y col. en EE.UU. nos han hablado específicamente de la función familiar de familias con un hijo asmático, en su estudio la autora encontró una correlación significativa entre la resistencia familiar, estresores familiares y la funcionalidad familiar medida por medio de la cohesión y adaptabilidad familiar. Éste estudio fue realizado por el departamento de enfermería del Salve Regina University.

Existen diferentes instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar. Uno de ellos es el Cuestionario de Evaluación de Funcionamiento Familiar (EFF), el cual evalúa

la percepción que un miembro de la familia tiene acerca de su funcionamiento familiar. Este modelo explora la funcionalidad familiar por medio de seis factores que basados en la teoría sistémica familiar, y son: 1) Involucramiento afectivo funcional, 2) involucramiento afectivo disfuncional, 3) patrones de comunicación funcional, 4) patrones de comunicación disfuncional, 5) resolución de problemas y 6) patrón de control de conducta².

Por lo anterior, resulta importante realizar una valoración integral de todos los miembros del grupo familiar, incluyendo al paciente con alguna enfermedad crónica, sin embargo, pocos son los instrumentos que se pueden aplicar a población pediátrica para evaluar la funcionalidad familiar a través de los hijos sanos y enfermos menores de 12 años. Sin embargo, existe un instrumento de evaluación del funcionamiento familiar para niños (IEFFN), creado en México para personas de 7 a 11 años de edad, y está conformado por nueve dimensiones (reglas, autonomía/asertividad, cohesión, organización, roles, agresión y violencia, responsabilidad, comunicación afectiva y estructura del poder). Ambos cuestionarios fueron elaborados a partir del Modelo McMaster de funcionamiento familiar y la teoría familiar sistémica y fueron validados para población mexicana, obteniendo alfas de Cron-Bach para el inventario general de 0.92 en ambos instrumentos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad crónica es un padecimiento de larga evolución, con desarrollo generalmente insidioso, progresivo, con gran deterioro físico, mental, o ambos, no curable, que origina complicaciones, con gran repercusión individual y familiar.

La experiencia de enfermedad no se circunscribe únicamente al miembro enfermo sino que se extiende al grupo social del que forma parte, su familia; lo que va a desencadenar situaciones de preocupación, tensión e incertidumbre ante la aparición de signos y síntomas que condicionaran cambios en la forma de vida de la familia en una amplia gama de situaciones, desde limitaciones y modificaciones en las actividades de la vida diaria y laboral, así como en aspectos económicos por generación de gastos en medicamentos, utensilios u hospitalizaciones, hasta temores por la nueva situación ante las complicaciones que se van sucediendo y que modificarán patrones, límites y jerarquías en el núcleo familiar¹⁵.

El padecer una enfermedad crónica no es privativa de los miembros de la familia de mayor edad, se puede presentar en todas las épocas de la vida, desde padecimientos congénitos en los recién nacidos hasta los ancianos. Es así que a través de las diferentes fases del ciclo de vida familiar podremos estar en contacto con familias que presentan uno o más miembros con patologías crónicas que ameriten la atención ambulatoria, domiciliaria u hospitalaria³.

La enfermedad crónica dada su evolución a largo plazo puede presentarse a través de todas las fases del ciclo de vida familiar, desde la fase de expansión hasta la de retiro, y enfrentarse a ella resultará un verdadero reto para todo el núcleo familiar, en que se van a involucrar recursos económicos, educacionales, mentales, emocionales, físicos y sociales.

El impacto psicosocial de la enfermedad crónica en los miembros de la familia es considerable, requiriendo un cambio de roles y una distribución de las tareas. La adaptabilidad de la familia se pone a prueba, la enfermedad crónica equivale a tener un miembro nuevo en la familia: hay que hacer ajustes para vivir con su presencia.

La familia debe encontrar su propio equilibrio entre tener en cuenta las necesidades de los miembros individuales y la unidad familiar como un todo, lo que permite que todos tengan relaciones satisfactorias entre sí o con su contexto social.

En el caso de ser un niño quien padezca la enfermedad, el reto abarcará a sus padre, pues ellos tendrán que superar los sentimientos y emociones de la pérdida

del niño idealizado para enfrentar el peligro que representara la enfermedad, la cual condicionará cambios en el estilo de vida del grupo familiar, cuidados especiales a estos niños o niñas, que no deben llegar a la sobreprotección, pues resultaría totalmente dañina al contribuir a provocar su aislamiento social e incrementar e incrementar manifestaciones de rechazo y rebeldía ante la enfermedad, lo cual repercutirá negativamente en su adhesión terapéutica e impedirá el desarrollo de su autonomía¹⁶.

Mucho se ha escrito con respecto a la enfermedad crónica y su familia a nivel internacional como ya describimos los estudios de Baider¹¹ y colaboradores, Cook-Darzenz¹² et al. En México la doctora Concepción Vargas¹³ ha descrito la cohesión, adaptabilidad y satisfacción familiar en pacientes con enfermedad ácido péptica. Donnelly¹⁴ y col. en EE.UU. nos han hablado específicamente de la función familiar de familias con un hijo asmático, en su estudio la autora encontró una correlación significativa entre la resistencia familiar, estresores familiares y la funcionalidad familiar medida por medio de la cohesión y adaptabilidad familiar. Sin embargo no existen en nuestro medio, estudios realizados por expertos en familia que exploren la funcionalidad familiar en familias asmáticas, siendo ésta enfermedad una de las más importantes de la infancia, lo que me lleva a formular la siguiente pregunta:

¿Cuál es la funcionalidad familiar de familias con hijos asmáticos de 7 a 11 años de edad?

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se realizó un estudio abierto, retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”, ubicada en la Delegación Azcapotzalco, con el objetivo de determinar la funcionalidad familiar de familias con hijos asmáticos de 7 a 11 años de edad. La población accesible fueron todas las familias que tuvieran por lo menos un hijo asmático de 7 a 11 años de edad previamente diagnosticado, sin importar el nivel socioeconómico, nivel de control o tiempo de evolución, y que aceptaran participar en el estudio. Mediante un muestreo no probabilístico de casos consecutivos, finalmente se incluyeron a 52 familias con al menos un hijo asmático, pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar número No. 33 “El Rosario” que acudieron a consulta externa de pediatría del HGR 72 y Medicina Familiar de la UMF No. 33 de ambos turnos.

Previo consentimiento informado, y una vez explicado de forma verbal en qué consistía el estudio, a los integrantes de la familia se les aplicó un cuestionario diseñado exprofeso para valorar las variables sociodemográficas que incluyó: Edad y sexo del paciente asmático, tenencia de la vivienda en la que habitaba la familia, ésta se dividió en propia, prestada o rentada; número de integrantes de la familia; conformación de la familia clasificándose en nuclear simple toda familia integrada por ambos padres y al menos tres hijos, nuclear numerosa las compuestas por ambos padre y más de tres hijos; nuclear compuesta aquella familia conformada por ambos padres con hijos y algún otro personaje con o sin parentesco, mononuclear a las familias conformadas por alguno de los padre e hijos. Ocupación se investigó si el jefe de familia era profesionista, obrero o empleado y el desarrollo se dividió en tradicional y moderna.

Posteriormente, se aplicaron los instrumentos “Cuestionario de Evaluación de Funcionamiento Familiar”¹⁷ (EFF) (anexo 2), a mayores de 12 años de edad, y el “Instrumento de Evaluación del Funcionamiento Familiar para Niños”¹⁸ (IEFFN) (anexo 1) aplicado a niños de 7 a 11 años de edad, ambos validados para población mexicana. Se excluyeron todas aquellas familias que no completaron completamente los cuestionarios.

El IEFFN es un instrumento de evaluación probado y validado en niños mexicanos de 7 a 11 años de edad. Está diseñado para evaluar el funcionamiento familiar, conformado por nueve dimensiones: 1) reglas, 2) autonomía/asertividad, 3) cohesión, 4) organización, 5) roles, 6) agresión y violencia, 7) responsabilidad, 8) comunicación afectiva y 9) estructura del poder, teniendo como marco de referencia teórico el modelo de McMaster y la teoría familiar sistémica. Está conformado por 66 reactivos que evalúan nueve dimensiones de la funcionalidad

familiar: Reglas que se evalúan con los reactivos 11, 17, 18, 19, 20, 24, 25, 30, 32, 40, 41, 42, 52, 53, 54, 58, 61, 66; siendo el punto de corte para este rubro 54. Autonomía/Asertividad se evalúa por medio de los reactivos 21, 26, 27, 28, 33, 37, 39, 57 y el punto de corte es 24. Cohesión que es evaluada por los reactivos 2, 3, 9, 13, 22, 29, 31, 38, 47, 50, 56, 59, 62 y 64, siendo el punto de corte 42. La Organización es evaluada por medio de los ítems 4, 5, 6, 10 y 43, tomando 15 como punto de corte. Roles, evaluados por los ítems 8, 34, 46, 63 y 65, también con 15 como punto de corte. Agresión/Violencia evaluados con los ítems 23, 5 y 60 con punto de corte 9. Responsabilidad evaluada con los ítems 35, 44, 48 y 49 con punto de corte 12. Comunicación afectiva que es evaluada por los ítems 1, 12, 14, 16, 36, 45, y 51 con punto de corte 24; y por último Estructura del Poder evaluados con los ítems 7 y 15 y con factor de corte 6.¹⁹

El EFF es un instrumento que evalúa la percepción que un miembro de la familia tiene acerca de su funcionamiento familiar explorando por medio de 40 ítems seis áreas de la misma: 1) Involucramiento Afectivo funcional, 2) Involucramiento Afectivo/disfuncional, 3) Comunicación disfuncional, 4) Comunicación funcional, 5) Resolución de problemas, 6) P. de control de conducta. El cuestionario fue elaborado a partir del Modelo Mc Master de funcionamiento familiar y la teoría familiar sistémica, su constructo fue valorado para población mexicana. El EFF está conformado por 40 ítems que evalúan seis aspectos de la funcionalidad familiar: Involucramiento Afectivo Funcional evaluado por medio de los ítems 1, 2, 4, 10, 11, 12, 13, 18, 19, 20, 21, 24, 26, 29, 33, 35 y 38 teniendo punto de corte en 51; el Involucramiento Afectivo disfuncional compuesto por ítems 3, 6, 7, 14, 15, 22, 30, 32, 34, 37 y 39, con punto de corte 33, todos redactados en negativo por lo que antes de realizar la suma de las respuestas se deberán transformar los valores, poniendo 1 en lugar de 5, 2 en lugar de 4, 3 conserva su valor, cuatro en lugar de 2 y 5 en lugar de 1. Patrones de Comunicación Disfuncionales, con ítems 5, 16, 25 y 27 también redactados en negativo y con punto de corte 12; Patrones de Comunicación funcionales redactados en positivo y conformado por los ítems 8, 36 y 40 y con 9 como punto de corte. Resolución de problemas compuesto por los ítems 17, 23 y 31 y con punto de corte 9. Por último, Patrones de Control de Conducta compuesto por los ítems 9, 28 y con 6 como punto de corte.²⁰

Estos instrumentos son cuestionarios con escalas tipo Likert que utilizan cinco opciones para valorar cada reactivo: totalmente de acuerdo (5), de acuerdo (4), ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), en desacuerdo (2) y totalmente en desacuerdo (1).

Se promediaron los resultados de las encuestas realizadas a los miembros de la misma familia para compararlas con los puntos de corte, primero por cada factor

para detectar las áreas más afectadas de la funcionalidad familiar y posteriormente de forma global para determinar la funcionalidad general de la familia. Se determinó también por aparte el funcionamiento familiar presentado por el paciente para su reporte por separado.

El análisis de datos se realizó a través de una base de datos, utilizando estadística descriptiva a través del programa SPSS versión 21, obteniendo frecuencias y porcentajes, de las cuales se elaboraron gráficas y tablas en Excel para la presentación de los resultados.

El presente estudio se realizó tomando en cuenta y respetando los lineamientos y aspectos éticos que norman la investigación en humanos a nivel internacional, nacional e institucional.

RESULTADOS

La muestra fue conformada por 52 familias. El total de las familias contaban con un solo hijo asmático. La distribución de la edad de los pacientes se muestra en la tabla 1 y gráfica 1, en donde se puede ver que la edad más frecuente fue de los 10 años con doce pacientes, seguida por 8 años con 11 pacientes. Para 7 y 11 años mostraron la misma distribución con 10 pacientes respectivamente y por último 9 años con 9 pacientes.

La tabla 2 expone los datos sociodemográficos de la población estudiada, mismos que se representan en la gráfica 2. En la muestra prevalecieron las familias modernas, nucleares simples, de ocupación empleada y con casa rentada. El 55.77% de los pacientes pertenecieron al sexo masculino, mientras que el 44.23% al sexo femenino. El 48.08% de los pacientes habitaban en casa rentada, el 30.77% en casa prestada y solo el 21.15% cuentan con casa propia. La conformación de la familia fue la siguiente: Nuclear simple el 50%, nuclear extensa el 21.15%, nuclear extensa 13.56% y mononuclear el 15.38%. La ocupación de los jefes de familia prevalecieron los obreros con 50% seguida por los obreros con 28.85% solo el 21.15% fueron profesionistas. El 65.38% de las familias fueron modernas en su desarrollo y el 34.62% fueron tradicionales.

La media del número de integrantes por los que está formada la familia es de 4, siendo más frecuente que sean de tres con 32.69% (17 familias), seguidas por cuatro integrantes con 25% (13 familias), seis integrantes representó el 15.38% (8 familias), cinco integrantes 9.62% (5 familias) dos integrantes 7.69% (4 familias), ocho y siete integrantes ocuparon los últimos lugares con 5.77% (3 familias) y 3.85% (2 familias) respectivamente (Tabla y gráfica 3).

La gráfica y tabla 4 muestran la Funcionalidad Familiar global mostrada por las 52 familias. El 76.92% de las familias muestran una adecuada funcionalidad familiar correspondiendo a 40 familias. Sin embargo, mostraron disfuncionalidad en ciertas áreas como la organización en 36.54%, Agresión/Violencia en 42.31%, responsabilidad en 38.46%, estructura del poder 43.62%, Involucramiento afectivo en 50%, comunicación 34.62% y patrones de control de conducta en 38.46%.

Se explicará en primer lugar la funcionalidad mostrada por los pacientes y posteriormente la funcionalidad mostrada por los otros integrantes de la familia. En el área de Reglas, el 88.46% correspondiente a 46 pacientes se mostraron funcionales, mientras que el 7.69% (4 pacientes) fueron disfuncionales (Tabla y Gráfica 5). En la autonomía/Asertividad, el 88.46% (46 pacientes) de la muestra mostraron adecuada funcionalidad y el 7.69% (4 pacientes) mostraron disfuncionalidad (Tabla y Gráfica 6). La funcionalidad en la Cohesión se presentó

en 88.54% de los pacientes estudiados (45 pacientes) y mientras que el 7.69% (4 pacientes) mostraron disfuncionalidad en ésta área (Tabla y Gráfica 7). La organización del paciente asmático se mostró funcional en el 55.77% de la muestra (29 pacientes) y el 36.54% (19 pacientes) fue disfuncional (Tabla y Gráfica 8). La funcionalidad en los roles de los pacientes se mostró en un 49 pacientes (94.23%) y el 5.77% de ellos (3 pacientes) fueron disfuncionales (Tabla y Gráfica 9). En el campo de Agresión/Violencia, 27 pacientes (51.92%) fueron funcionales mientras 22 disfuncionales (42.31%) (Tabla y Gráfica 10). El 59.462% (31 pacientes) mostraron una responsabilidad funcional, mientras que el 38.46% (20 pacientes) fueron disfuncionales en ésta área (Cuadro y Gráfica 11). La comunicación afectiva se mostró funcional en un 82.69% de los pacientes mientras que solo el 15.38% de ellos fueron disfuncionales (Tabla y Gráfica 12). Por último la Estructura del Poder fue funcional en 30 pacientes (57.62%) mientras que 18 de ellos (34.62%) fue disfuncional (Tabla y Gráfica 13).

En cuanto a la funcionalidad que mostraron el resto de las familias por las diferentes áreas que se evaluaron, el involucramiento afectivo funcional mostro un 82.69% (43 familias) funcionales, mientras solo el 17.31 (9 familias) fueron disfuncionales (Tabla y Gráfica 14). En cambio el involucramiento afectivo disfuncional presentó el 50% para funcionalidad y el 50% para disfuncionalidad (26 familias respectivamente, Tabla y Gráfica 15). 29 familias (55.77%) mostraron funcionalidad en los Patrones de Comunicación Funcional mientras que 18 de ellas (34.62%) fueron disfuncionales (Tabla y Gráfica 16). Los Patrones de Comunicación Disfuncional alcanzó un 69.23% de funcionalidad (36 familias) mientras que solo el 28.85% (15 familias) fueron disfuncionales (Tabla y Gráfica 17). En cuanto a la Resolución de Problemas el 71.15% de las familias mostraron funcionalidad (37 familias) mientras que el 28.85% fueron disfuncionales (15 familias, Tabla y Gráfica 18). Patrones de control de conducta, se observó en ésta área una funcionalidad en 30 de las familias estudiadas (57.69%), mientras que 20 de ellas (38.46%) mostró disfuncionalidad (Tabla y Gráfica 19).

TABLAS Y GRÁFICOS

Edad	Frecuencia	Porcentaje
7	10	19.23
8	11	21.15
9	9	17.31
10	12	23.08
11	10	19.23
Total	52	100

Tabla 1. Distribución de la edad de los niños asmáticos

Gráfica 1. Distribución de la edad de los pacientes asmáticos

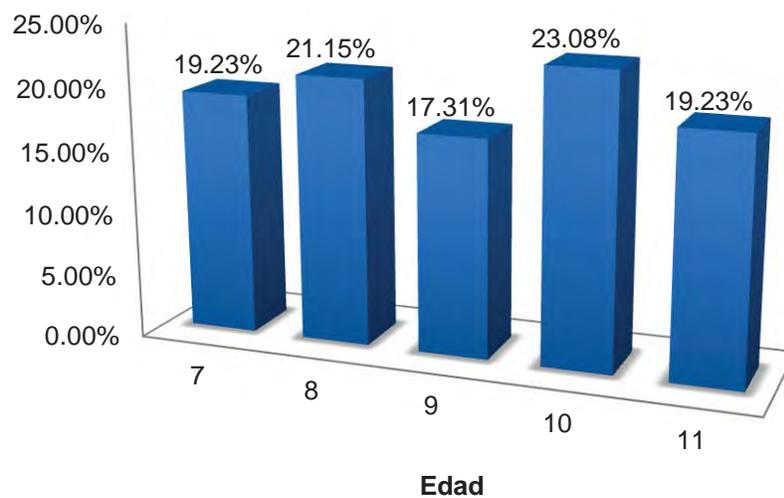
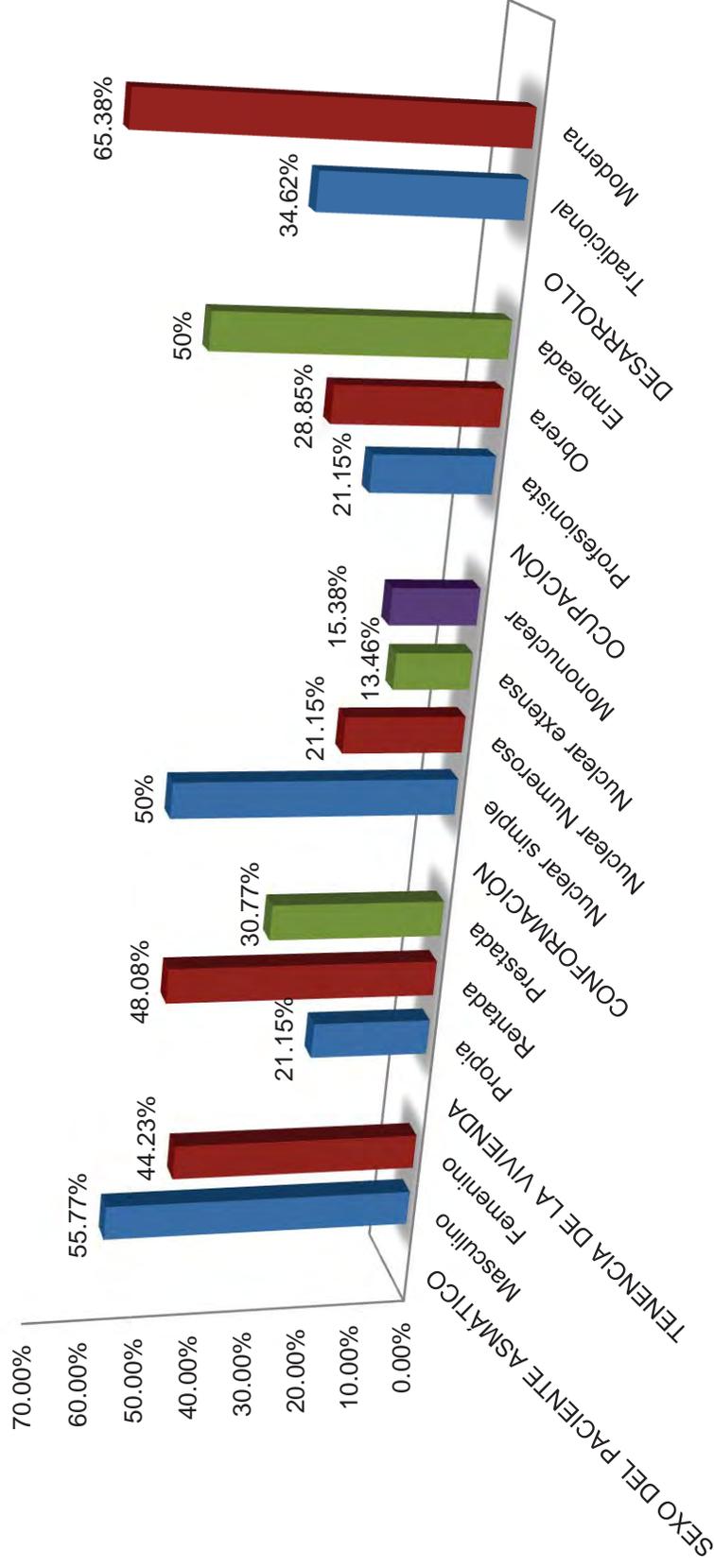


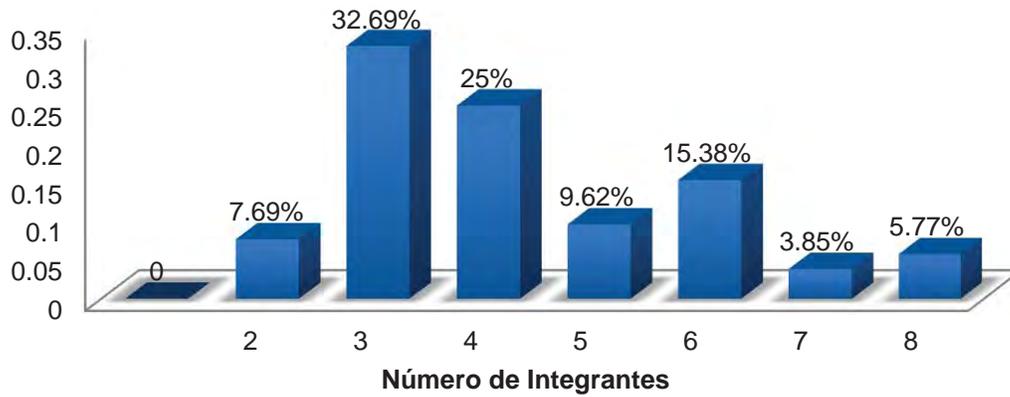
Tabla 2. Datos Sociodemográficos

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo del paciente asmático		
Masculino	29	55.77%
Femenino	23	44.23%
Tenencia de la Vivienda		
Propia	11	21.15%
Rentada	25	48.08%
Prestada	16	30.77%
Conformación		
Nuclear simple	26	50%
Nuclear Numerosa	11	21.15%
Nuclear extensa	7	13.46%
Mononuclear	8	15.38%
Ocupación		
Profesionista	11	21.15%
Obrera	15	28.85%
Empleada	26	50%
Desarrollo		
Tradicional	18	34.62%
Moderna	34	65.38%

Gráfica 2. Datos Sociodemográficos.



Gráfica 3. Número de integrantes de las familias con hijos asmáticos



Número de integrantes	Número de casos	Porcentaje
2	4	7.69
3	17	32.69
4	13	25.00
5	5	9.62
6	8	15.38
7	2	3.85
8	3	5.77

Tabla 3. Número de integrantes de las familias con hijos asmáticos

Gráfica 4. Funcionalidad Familiar

■ Funcional ■ Disfuncional

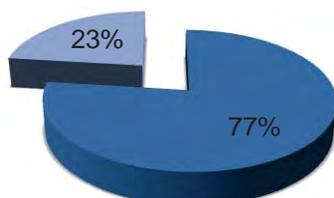


Tabla 4. Funcionalidad Familiar

	No. Casos	Porcentaje
Funcional	40	76.92%
Disfuncional	12	23.08%

FUNCIONALIDAD EXPRESADA POR LOS PACIENTES ASMÁTICOS

Gráfica 5. Reglas

■ Funcional ■ Disfuncional ■ No Definido

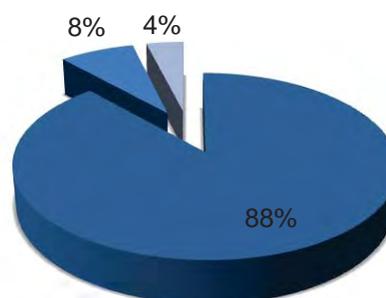


Tabla 5. Reglas

	No. Casos	Porcentaje
Funcional	46	88.46%
Disfuncional	4	7.69%
No Definido	2	4%

Gráfica 6. Autonomía/Asertividad

■ Funcional ■ Disfuncional ■ No Definido

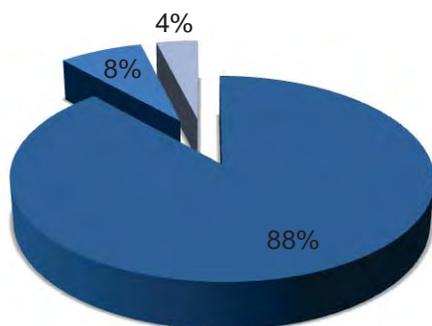


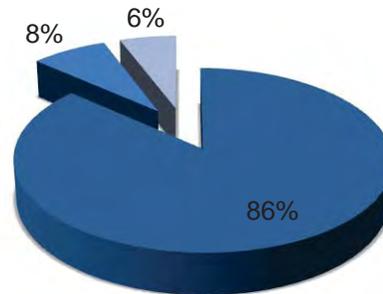
Tabla6. Autonomía/Asertividad

	No. Casos	Porcentaje
Funcional	46	88.46%
Disfuncional	4	7.69%
No Definido	2	3.85%

Tabla 7. Cohesión		
	No. Casos	Porcentaje
Funcional	45	86.54%
Disfuncional	4	7.69%
No Definido	3	5.77%

Gráfica 7. Cohesión

■ Funcional ■ Disfuncional ■ No Definido



Gráfica 8. Organización

■ Funcional ■ Disfuncional ■ No Definido

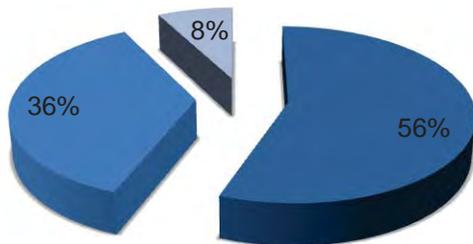
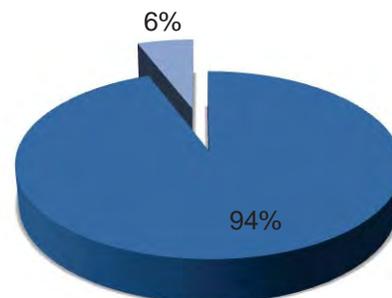


Tabla 8. Organización		
	No. Casos	Porcentaje
Funcional	29	55.77%
Disfuncional	19	36.54%
No Definido	4	7.69%

Tabla 9. Roles		
	No. Casos	Porcentaje
Funcional	49	94.23%
Disfuncional	3	5.77%

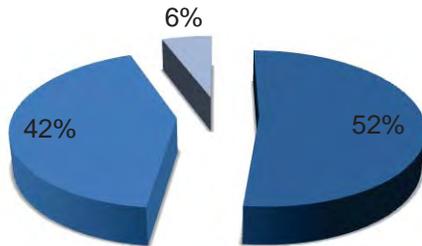
Gráfica 9. Roles

■ Funcional ■ Disfuncional



Gráfica 10. Agresión/Violencia

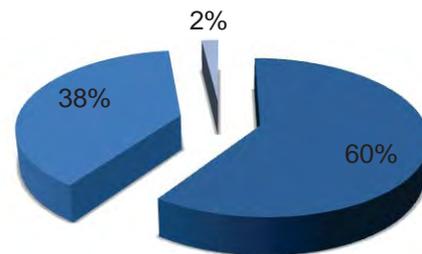
■ Funcional ■ Disfuncional ■ No definido



	No. Casos	Porcentaje
Funcional	27	51.92%
Disfuncional	22	42.31%
No definido	3	5.77%

Gráfica 11. Responsabilidad

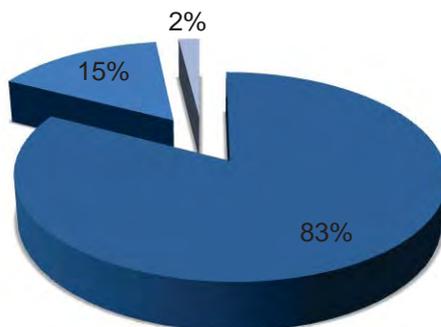
■ Funcional ■ Disfuncional ■ No definido



	No. Casos	Porcentaje
Funcional	31	59.62%
Disfuncional	20	38.46%
No definido	1	1.92%

Gráfica 12. Comunicación Afectiva

■ Funcional ■ Disfuncional ■ No definido



	No. Casos	Porcentaje
Funcional	43	82.69%
Disfuncional	8	15.38%
No definido	1	1.92%

Gráfica 13. Estructura del Poder

■ Funcional ■ Disfuncional ■ No definido

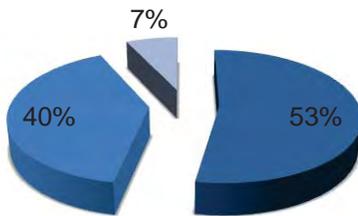


Tabla 13. Estructura del Poder

	No. Casos	Porcentaje
Funcional	30	57.69%
Disfuncional	18	43.62%
No definido	4	7.69%

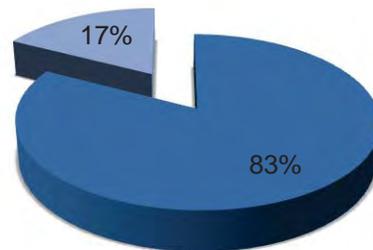
FUNCIONALIDAD PRESENTADA POR LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES ASMÁTICOS

Tabla 14. Involucramiento Afectivo Funcional

	No. Casos	Porcentaje
Funcional	43	82.69%
Disfuncional	9	17.31%

Gráfica 14. Involucramiento Afectivo Funcional

■ Funcional ■ Disfuncional



Gráfica 15. Involucramiento Afectivo Disfuncional

■ Funcional ■ Disfuncional

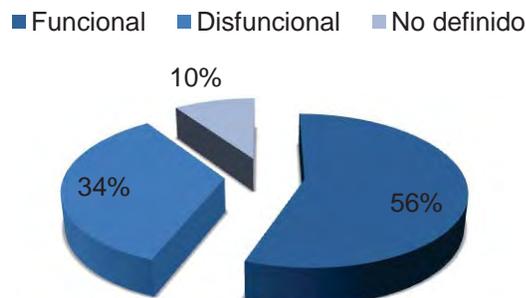


Tabla 15. Involucramiento Afectivo Disfuncional

	No. casos	Porcentaje
Funcional	26	50%
Disfuncional	26	50%

Gáfica 16. Patrones de Comunicación Funcional

	No. Casos	Porcentaje
Funcional	29	55.77%
Disfuncional	18	34.62%
No definido	5	9.63%



Gráfica 17. Patrones de Comunicación Disfuncional

■ Funcional ■ Disfuncional ■ No Definido

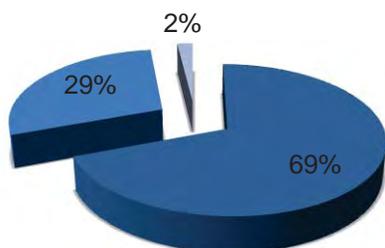


Tabla 17. Patrones de Comunicación Disfuncional

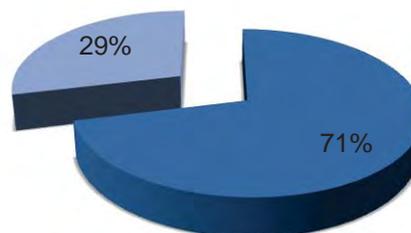
	No. casos	Porcentaje
Funcional	36	69.23%
Disfuncional	15	28.85%
No Definido	1	1.92%

Tabla 18. Resolución de problemas

	No. casos	Porcentaje
Funcional	37	71.15%
Disfuncional	15	28.85%

Gráfica 18. Resolución de problemas

■ Funcional ■ Disfuncional



Gráfica 19. Patrones de Control de Conducta

■ Funcional ■ Disfuncional ■ No definido

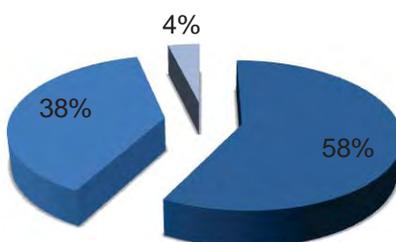


Tabla 19. Patrones de Control de Conducta

	No. casos	Porcentaje
Funcional	30	57.69%
Disfuncional	20	38.46%
No definido	2	3.85%

DISCUSIÓN

Al estudiar la prevalencia del asma en atención primaria, Bercedo Sanz⁵ et encontró hasta un 14.4% de ésta enfermedad en niños de los cuales 59% fueron varones cifra muy próxima a la encontrada en el presente estudio 55.77% en el que también predominó el sexo masculino.

Al comparar la funcionalidad familiar en grupos de familias con diferentes enfermedades crónicas se observó que la mayoría de los estudios muestran una mediana funcionalidad; como son los casos de la funcionalidad encontrada en familias con un integrante con enfermedad ácido péptica de la Doctora Vargas¹³, quien describe un 32% a 48% de familias medianamente funcionales. El mismo resultado lo obtuvo Donnelly al explorar la funcionalidad de familias con hijos asmáticos en su estudio realizado en Estados Unidos, describe un 52% de familias medianamente funcionales¹⁴. En contraste con lo anterior y coincidiendo con nuestros resultados, citaremos el estudio realizado por Cook-Darzens et al quienes refutan un patrón patológico en familias con adolescentes anoréxicas, encontrando una adecuada funcionalidad familiar en el 82% de las familias estudiadas¹².

Debido a que en nuestro medio se cuenta con poca información con respecto a la funcionalidad de familias con hijos asmáticos, citaremos el estudio que Rodríguez-Orozco²¹ y cols, quienes realizaron un estudio en el año 2007 en población mexicana, en el que se describe la funcionalidad de familias nucleares psicosomáticas con un hijo asmático, siendo éste el estudio más próximo al nuestro.

En dicho estudio se describe a la familia con hijos asmáticos como medianamente funcional en casi todos los rubros, en contraste con nuestro estudio en el que el 76.92% de las familias estudiadas mostró una funcionalidad general adecuada, sin embargo no todos las áreas estudiadas fueron funcionales en nuestras familias.

En el rubro de afecto Rodríguez-Orosco describe un 80% de disfuncionalidad en contraste con en el presente trabajo en donde se encontró un 82.68% de familias con adecuada involucramiento afectivo. El mismo autor describe un 60% de familias con una comunicación poco funcional a diferencia a lo encontrado en éste mismo aspecto por nosotros en donde 15.38% de familias fueron disfuncionales en éste aspecto.

La estructura del poder descrita en nuestro estudio se vio disfuncional en el 40% de las familias encuestadas, mientras que Rodríguez-Orozco describe una mediana funcionalidad en el 75% de sus familias. En los patrones de control de conducta encontramos coincidencia con el citado autor, quien describe un 50% de familias funcionales, cifra muy cercana a la nuestra, ya que nosotros encontramos un 57.69% de familias funcionales.

La Organización en el presente estudio se vio funcional en 55.77% de las familias en coincidiendo a lo encontrado por el equipo dirigido por Rodríguez-Orozco, en

donde aunque no se hace referencia al porcentaje solo a que su muestra presentó un mejor perfil organizacional. En lo que respecta al área de roles, el autor tampoco define porcentualmente sus resultados, solo los refiere bien definidos concordando con nuestros resultados en donde éstos fueron adecuadamente funcionales en 94% de las familias. La toma de decisiones fue de las funciones mejor establecidas en la muestra del citado autor igual que nuestra muestra ya que nosotros lo evaluamos por medio de la resolución de problemas en donde se encontró el 71% de funcionalidad.

En el presente estudio se vio que el 88% de los pacientes asmáticos reconocen y siguen las reglas establecidas por sus padres, concordando con lo descrito por el equipo de Rodríguez-Orozco quienes relatan que en su muestra los hijos siguen las reglas y las respetan.

Por otro lado en su tesis la Doctora Rocío Martín¹⁰ explica el carácter de los niños asmáticos con una gran agresividad latente, situación que se ve reflejada en nuestro estudio en donde 42% de los niños mostraron disfuncionalidad en el apartado de agresión/violencia.

CONCLUSIONES

El presente estudio aborda a la familia basado en la teoría familiar sistémica, para ayudarnos a comprender su comportamiento ante el gran reto que es cuidar de un hijo crónicamente enfermo, particularmente con asma, con la finalidad de conocer de antemano las áreas de la funcionalidad familiar de mayor susceptibilidad o fortaleza para así poder incidir de una forma positiva y oportuna, buscando siempre el bienestar no solo de nuestros pacientes sino de toda la familia.

El panorama epidemiológico del asma en nuestro país no ha sido suficientemente estudiado, encontrando diferentes resultados en su prevalencia. Nosotros encontramos una distribución por sexo de la enfermedad parecida a la encontrada en lo descrito por la literatura internacional.

La conformación familiar encontrada en nuestra muestra fue mayormente nuclear (84%), lo que dificultó su comparación con otros estudios en los que solo se utilizaron de forma intencionada familias nucleares. Esta situación puede aparentemente afectar nuestra comparación ya que se podría pensar que familias nucleares pueden guardar mejor grado de funcionalidad, sin embargo vemos que en nuestra muestra más homogénea se presenta mejor grado de funcionalidad general.

Las áreas de menor funcionalidad en nuestra muestra son similares a las encontradas en la literatura nacional como son la organización, la agresión, la responsabilidad, la estructura del poder, el afecto, la comunicación y los patrones de conducta. Sin embargo en ningún rubro la disfuncionalidad afectó a más del 50% de las familias. Por lo que la funcionalidad general de la muestra fue adecuada.

Se sabe que los niños asmáticos suelen ser altamente dependientes con madres sobreprotectoras. Esta sobreprotección se puede ver reflejada en nuestra muestra al ser el Afecto, la comunicación, la estructura del poder, la violencia y responsabilidad las áreas con peor funcionalidad.

Este gran sistema llamado familia juega un papel importante en la modulación del síntoma, pudiendo repercutir de forma positiva o negativa en la gravedad del asma de sus integrantes más susceptibles: sus hijos, hasta el punto en que puede disminuir la necesidad de medicación de rescate o por el contrario, aumentar el número de ingresos al servicio de urgencias por la gravedad o la dificultad en la reversibilidad de las crisis.

SUGERENCIAS

Es bien sabido que al enfrentarnos a nuestros distintos pacientes en el día a día de nuestra práctica profesional, debemos individualizar el abordaje de cada una de las personas que confían su salud a nuestras manos.

Sin embargo en el actuar médico debemos tomar en cuenta la presentación y distribución en que las enfermedades se manifiestan, esto en aras de no divagar en el extenso mar de información que compone el conocimiento médico.

Son muchos los aspectos a tomar en cuenta en el caso de enfrentarnos a la familia asmática, por lo que con los resultados anteriormente expuestos proponemos aplicar una postura basada en la visión sistémica familiar.

El asma, ya sea en su forma estable o en su cuadro más florido, no debemos considerarlo como un problema individual, sino inmerso en el sistema, involucrando a todos sus integrantes, es decir a todos los miembros de la familia, en caso de existir a los académicos involucrados en el cuidado y/o educación del paciente, e incluso al mismo médico tratante.

Al considerar el síntoma (exacerbación) de la enfermedad, debemos tomar en cuenta que dentro del sistema familiar hay áreas que la familia puede mejorar para que éste no se presente o se pueda controlar mejor; así como otras áreas que se pueden aprovechar y explotar dada su adecuada funcionalidad en beneficio de la familia completa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Huerta JL. La familia en el proceso de salud enfermedad 1ª edición. México, D.F. Editorial Alfil 2005: 37-45.
2. Rodríguez-Orozco AR, López-Peñaloza J, Kanán-Cedeño EG, Villalón-Santillán S y col. El sistema familiar y el niño alérgico. Apuntes sobre el papel del síntoma en el funcionamiento familiar. Rev AlergMex 2009;56(6):217-22.
3. Velasco ML., Sinibaldi J.F. Manejo del Enfermo crónico y su Familia (Sistemas, Historia y Creencias). México D.F. Ed. Manuel Moderno, 2001: 221-40.
4. Espinal I, Gimeno A, González F. El Enfoque Sistémico en los estudios sobre la Familia. México. 2011.
5. Bercedo SA, Lastra MLA, Redondo FC, Gortáza AP, Fraile MA, López HM, et al. Perfil del niño y adolescente asmático en atención primaria. Bol Pediatría Vol. 49 No. 209, 2009: 248-58
6. Del Rio-Navarro BE, Hidalgo-Castro EM, Sierra-Monge JLL. Asma. Bol MedHospInfantMexVol. 66, enero-febrero 2009pp 3-33.
7. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2012. Available from: <http://www.ginasthma.org/>
8. Rodríguez-Orozco AR, López-Peñaloza J, Kanán-Cedeño EG, Villalón-Santillán S y col. El sistema familiar y el niño alérgico. Apuntes sobre el papel del síntoma en el funcionamiento familiar. Rev AlergMex 2009;56(6):217-22.
9. Rodríguez OAR, Kanán CG, Vázquez RE, León GA, Barbosa SCE, TejadaCRG. Perfil organizativo-funcional de la familia nuclear psicósomática con un hijo asmático. Salud Mental 2008;31:63-8.
10. Rocío Martín Martín. Tesis doctoral, Estudio de las variables psicológicas, calidad de vida e intervención psicoeducativa en el asma bronquial infantil. España 2008, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Pediatría, Universidad de Salamanca.
11. Baider, L., Koch, U., Esacson, R. & De Nour, A.K. (1998): Prospective study of cancer patients and their spouses: the weakness of marital strength. Psycho-Oncology, 7(1), 49-56.
12. Cook- Darzens, S, Doyen, C., Falissard, B. y Mouren, M.C. Selfperceivedfamily functioning in 40 French families of anorexic adolescents: implications for therapy. EuropeanEatingDisordersReview, (2005) Vol 13(4), 223-236.

13. Vargas LC, Gómez CFJ, Pérez BR, Torres SAB. Cohesión, adaptabilidad y satisfacción familiar en pacientes con enfermedad ácido péptica. *AtenFam* 2007;14 (3):68-71.
14. Donnelly, E. (1994): Parents of children with asthma: an examination of family hardiness, family stressors, and family functioning. *Journal of Pediatric Nursing*. Vol 6, 398-408.
15. Anzures CR, Chávez AV, García PMC, Pons AON. *Medicina Familiar*. Editorial Corinter 2008. Pp333-36.
16. Castro E K, Moreno-Jiménez B. Resiliencia en niños enfermos crónicos: aspectos teóricos. *PsicologiaemEstudio*, Maringá, jan/abr 2007 v 12, n 1, p 81-6.
17. Velasco CM. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. Editorial Pax México 2006: 5-12.
18. Antolín CA. Evaluación de la funcionalidad familiar y su importancia en la salud. XX Congreso Nacional y 3er Congreso Estatal de Medicina Familiar. Puebla, México. 17, 18 y 19 de mayo 2007.
19. Antolín CA. Manual del Instrumento De Evaluación del Funcionamiento Familiar Para Niños Instituto de Terapia Familiar "CENCALLI" (IEFFN) M.T.F.
20. Avalos CM. Instrumentos de evaluación familiar. XIX Congreso Nacional y Primer Congreso Estatal de Medicina Familiar. Villa Hermosa Tabasco, México. 15, 16 y 17 de junio 2006.
21. Gortáza AP, Fraile MA, López HM, et al. Perfil del niño y adolescente asmático en atención primaria. *Bol Pediatría* Vol. 49 No. 209, 2009: 248-58.

ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE FAMILIAS CON HIJOS ASMÁTICOS DE 7 A 11 AÑOS DE EDAD**

Patrocinador externo (si aplica): Ninguno

Lugar y fecha: México DF, Delegación Azcapotzalco.

Número de registro: 000

Justificación y objetivo del estudio: A pesar de que la incidencia de enfermedades crónicas infantiles alcanza un 10 a 15% no se cuenta con estudios que aborden la funcionalidad familiar en que se desarrollan estos pacientes, siendo esta un medio importante para la adaptación al cambio que representan dichas enfermedades que puede propiciar o no el apego al tratamiento así como el adecuado desarrollo biopsicosocial. Por lo que conocer de antemano la funcionalidad familiar que predomina en las familias asmáticas ayudará al médico familiar a brindar una mejor asesoría a estas familias. Determinar la funcionalidad familiar de familias con hijos asmáticos de 7 a 11 años de edad.

Procedimientos: Encuesta.

Posibles riesgos y molestias: Ninguno

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Ayudar a conocer la funcionalidad familiar en que se desarrollan niños asmáticos.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Los resultados se reportaran en forma global en el reporte de investigación.

Participación o retiro: _____

Privacidad y confidencialidad: Los datos son confidenciales y la encuesta es anónima.

Beneficios al término del estudio: Conocer mejor la funcionalidad familiar en que se desarrollan niños asmáticos.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: **Dra. Haydee Alejandra Martini Blanquel.**

Colaboradores: **Dr. Jehú Tamayo Calderón**

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP. 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

Instrumentos de aplicación, Información sociodemográfica, diagnóstico, IEFFN y EFF.

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

El presente cuestionario es confidencial (nadie sabrá que tú lo contestaste). Por favor contesta las siguientes preguntas anotando sobre la línea la respuesta.

1. Edad y sexo del paciente: _____
2. ¿A qué se dedica tu papá? ___Profesionista, ___Obrero, ___Empleado.
3. La familia vive en casa propia, rentada o prestada. _____
4. La familia está constituida por: Papá Mamá e ___ hijos (número).
5. ¿Vive algún otra persona con la familia, familiar o no familiar? _____
6. ¿Tu mamá trabaja y aporta a los gastos de tu familia? _____
7. Número de integrantes de la familia. _____

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

En mi familia hay confianza para decirnos cuánto nos queremos

Es importante aclararte que en estas oraciones no hay respuestas correctas o incorrectas, sino que lo que tú crees que pasa en tu familia.

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

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
			X	

	REACTIVOS	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 quién 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 cumplo					
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					
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					

	REACTIVOS	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
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					
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					

	REACTIVOS	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
51.	En casa somos muy cariñosos					
52.	En mi familia nos enseñan cómo 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					

¡TERMINASTE!



Gracias.

Cuestionario de Evaluación de Funcionamiento Familiar.

Instrucciones: Por favor, lea cuidadosamente las instrucciones antes de contestar.

A continuación presentamos una serie de enunciados, los cuales le suplicamos contestar de la manera más sincera y espontánea posible. La información que usted nos proporcione será absolutamente confidencial.

Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con su familia (con la que vive actualmente). Le agradecemos de antemano su cooperación. Por favor, no deje enunciados sin contestar. La forma de responder es asignando un número que mejor se adecue a su respuesta, con base en la siguiente escala.

Totalmente de acuerdo (5)
De acuerdo (4)
Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
En desacuerdo (2)
Totalmente en desacuerdo (1)

1. Mi familia me escucha ____
2. si tengo dificultades mi familia estará en la mejor disposición de ayudarme ____
3. En mi familia ocultamos lo que nos pasa ____
4. En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos ____
5. No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia ____
6. Raras veces platico con la familia de lo que me pasa ____
7. Cuando se me presenta algún problema me paraliza ____
8. En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas ____
9. Mi familia es flexible en cuanto a las normas ____
10. Mi familia me ayuda desinteresadamente ____
11. En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones ____
12. Me siento parte de mi familia ____
13. Cuando me enojo con algún miembro de mi familia, se lo digo ____
14. Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas ____
15. Las tareas que me corresponden sobrepasan mi capacidad para cumplirlas

16. Cuando tengo algún problema, se lo platico a mi familia ____
17. En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartir los quehaceres de la casa

18. En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño ____
19. Me siento apoyado por mi familia ____
20. En casa acostumbramos a expresar nuestras ideas ____
21. Me duele ver sufrir a otro miembro de mi familia ____
22. Me avergüenza demostrar mis emociones con mi familia ____
23. Si falla una decisión, intentamos una alternativa ____
24. En mi familia hablamos con franqueza ____

25. En mi casa mis opiniones no son tomadas en cuenta ____
26. Las normas familiares están bien definidas ____
27. En mi familia no expresamos abiertamente los problemas ____
28. En mi familia, si una regla no se puede cumplir, la modificamos ____
29. Somos una familia cariñosa ____
30. En casa no tenemos un horario para comer ____
31. Cuando no se cumple una regla en casa, sabemos cuáles son las consecuencias ____
32. Mi familia no respeta mi vida privada ____
33. Si estoy enfermo mi familia me entiendo ____
34. En mi casa, cada quien se guarda sus problemas ____
35. En mi casa nos decimos las cosas abiertamente ____
36. En casa logramos resolver los problemas cotidianos ____
37. Existe confusión acerca de lo que debemos hacer cada uno de nosotros en nuestra familia ____
38. En mi familia expresamos la ternura que sentimos ____
39. Me molesta que mi familia me cuente sus problemas ____
40. En mi casa respetamos nuestras reglas de conducta ____