



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON MODULOS DE
ENFERMERIA No. 66 APODACA, NUEVO LEON

**ESTILOS DE RELACIÓN EN PACIENTES ASMÁTICOS Y
FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

HILDA GUADALUPE GUZMÁN VILLASANA

REGISTRO No. R- 2013 – 1912 - 49



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.

**ESTILOS DE RELACIÓN EN PACIENTES ASMÁTICOS Y
FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

HILDA GUADALUPE GUZMÁN VILLASANA

A U T O R I Z A C I O N E S:

DRA. JANET SOLTERO ESPARZA.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS, ADSCRITO A
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR C/MODULOS DE ENFERMERIA N 66

DR. HUGO ALEJANDRO FONSECA MONTES

ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS
MÉDICO FAMILIAR
UMF C/ME No 66

DRA. MARÍA ISABEL CRUZ

ASESOR DEL TEMA DE TESIS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF c/ME N 66

DRA. MARÍA ISABEL CRUZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF c/ME N 66

DR. MANUEL FIDENCIO GUERRERO GARZA

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO EN EDUCACIÓN

DRA. LAURA HERMILA DE LA GARZA SALINAS

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO EN INVESTIGACION

DRA. IRAZEMA ELENA HERNÁNDEZ MANCINAS

COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

**ESTILOS DE RELACIÓN EN PACIENTES ASMÁTICOS Y
FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

HILDA GUADALUPE GUZMÁN VILLASANA

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1912
H. GRAL. ZONA -MP- NUM 6, NUEVO LEÓN

FECHA 13/09/2013

DR. HUGO ALEJANDRO FONSECA MONTES

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Estilos de relación en pacientes asmáticos y funcionalidad familiar

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2013-1912-49

ATENTAMENTE

DR.(A). ALEJANDRO LÓPEZ VILLARREAL

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1912

IMSS

SECRETARÍA INSTITUCIONAL



MÉXICO

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2014, Año de Octavio Paz"

Dictamen de Modificación Autorizada

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 1912
II GRAL ZONA -MF- NUM 6, NUEVO LEÓN

FECHA 17/09/2014

DR. HUGO ALEJANDRO FONSECA MONTES

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que la modificación al protocolo de investigación en salud con título: **Estilos de relación en pacientes asmáticos y funcionalidad familiar** y con número de registro institucional: **R-2013-1912-49** y que consiste en:

Cambio de autor responsable

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **MODIFICACION AUTORIZADA.**

ATENTAMENTE

DR. (A) CARLOS ALEJANDRO DELGADO CORTEZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD No. 1912

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL

AGRADECIMIENTOS

A Dios por la oportunidad de vida con la que me ha bendecido.

A mis hijos por su amor y comprensión, Kevin por su ayuda en computación, Adly por animarme cuando me sentía cansada para preparar mis clases o tareas, gracias mis grandes tesoros, los amo.

A mi esposo por el apoyo que me brindó desde que tomé la decisión de emprender este reto tan importante para mí, gracias Alberto por tu confianza, por motivarme a seguir a delante, por estar ahí cada vez que claudiqué , gracias corazón.

A mi mamá, mi brazo derecho, sin ti mami simplemente no hubiera podido, gracias por cuidar a mis hijos y por creer en mí.

A mi papá y mis hermanos que más de una vez me apoyaron con mis hijos.

A mi sobrina Ale y a Walter por su ayuda y asesoría en el uso de los diversos programas de computación.

A mis tías Tere, Esthela y Mary por sus palabras de apoyo.

A mis amigas de toda la vida Arce, Juany, Letty, Tere y Maricela, gracias chicas porque cada vez que nos veíamos me alentaban para seguir adelante.

A mis maestros por su dedicación, paciencia y apoyo.

**ESTILOS DE RELACIÓN EN PACIENTES ASMÁTICOS Y
FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INDICE

1. Título.....	1
2. Índice general.....	2
3. Marco teórico (marco de referencia o antecedentes).....	3
4. Planteamiento del problema.....	18
5. Justificación.....	20
6. Objetivos.....	22
- General	
- Específicos	
7. Hipótesis (no necesaria en estudios descriptivos).....	23
8. Metodología.....	24
- Tipo de estudio	
- Población, lugar y tiempo de estudio	
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.....	25
-Información a recolectar (Variables a recolectar).....	26
-Método o procedimiento para captar la información.....	30
-Consideraciones éticas.....	33
9. Resultados.....	34
- Descripción (análisis estadístico) de los resultados	
- Tablas (cuadros) y gráficas	
10.Discusión (interpretación analítica) de los resultados encontrados.....	42
11.Conclusiones (incluye sugerencias o recomendaciones del investigador).....	43
12.Referencias bibliográficas.....	44
13.Anexos.....	47

MARCO TEORICO

El asma se define como una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas en la que participan diversas células y mediadores químicos; se acompaña de una mayor reactividad traqueobronquial (hiperreactividad de las vías aéreas), que provoca en forma recurrente tos, sibilancias, disnea y aumento del trabajo respiratorio, principalmente en la noche o en la madrugada. Estos episodios se asocian generalmente a una obstrucción extensa y variable del flujo aéreo que a menudo es reversible de forma espontánea o como respuesta al tratamiento (GINA 2006).

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y adolescencia. La importancia de esta patología radica en el carácter de enfermedad crónica que afecta a la calidad de vida, al ausentismo escolar y en los elevados costos sanitarios que genera. Se estima que un elevado porcentaje del costo que origina el asma está ocasionado por su inadecuado control. La trascendencia de esta patología se destaca en su elevada prevalencia y su gran variabilidad, siendo su prevalencia entre 8 y 20%. Se menciona que, actualmente, ninguna enfermedad requiere mayor cantidad de estudios de índole epidemiológico que el asma bronquial. A pesar de la profundización significativa en el conocimiento de su fisiopatología, curso clínico y tratamiento, numerosos autores advierten sobre un incremento en su prevalencia, morbilidad e incluso mortalidad, particularmente en niños.

En algunos países, el asma y los trastornos alérgicos han alcanzado proporciones alarmantes, afectando hasta una tercera parte de los niños en la población en general¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula en la actualidad 300 millones de pacientes en el mundo. En el 2005 fallecieron 255.000 personas.

Reportes en Estados Unidos refieren que la tasa estimada de visitas al departamento de urgencias por asma aguda en niños y adolescentes menores de 14 años de edad es de 161.7 por cada 10,000 habitantes.

Su prevalencia se ha estimado gracias a grandes estudios poblacionales, siendo el más relevante para Latinoamérica el Estudio Internacional de Asma y Alergia en la Infancia (ISAAC, por sus siglas en inglés). El ISAAC es un proyecto mundial de investigación sobre la prevalencia y factores de riesgo asociados asma y enfermedades alérgicas en la infancia. El total de centros colaboradores (donde se desarrolla efectivamente cada estudio) es de 156, distribuidos en los 5 continentes del globo. En su fase 1, se han investigado 721.601 niños ².

En estudios efectuados en la India, región Asia Pacífico, Estados Unidos, Reino Unido y Latinoamérica se ha comunicado que el ausentismo escolar debido al asma es una problemática social y económica importante³.

En aquellos países latinoamericanos donde se ha realizado el ISAAC, tenemos que México, Chile y Argentina sitúan su prevalencia entre el 5-10%. Uruguay, Panamá y Paraguay entre el 15-20%. Por encima de este porcentaje aparecen Perú, Costa Rica y Brasil.

El asma es la enfermedad respiratoria crónica más frecuente en pediatría. En 1966 el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica de la

Secretaría de Salud de México reportó la incidencia de asma de 239.7 por cada 100,000 habitantes, con elevación a 298.1 en 2003, y señaló que la proyección a 2007 sería de 308.2, es decir, un incremento de 22.4%.³ Además, la incidencia de asma por entidad federativa en pacientes menores de 14 años de edad fue más frecuente en los estados de Yucatán, Tabasco, Tamaulipas y Campeche, todos ellos ubicados en las costas del Golfo de México. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reportó que, entre 1996 y 1999, 6.1% de las consultas otorgadas por sus Unidades de Medicina Familiar se asociaron con enfermedad asmática. Esta enfermedad ocupó el octavo lugar entre los motivos de atención médica, por arriba de la hipertensión arterial y la diabetes.⁴

El asma infantil es un serio problema de salud pública que va en aumento. En México, recientemente se han publicado los primeros resultados del estudio ISAAC realizado de septiembre de 2002 a enero de 2003, donde se informa que en la Ciudad de México padecen asma el 4.5% de los niños entre 6 y 7 años de edad, y el 8.0% de los adolescentes entre 13 y 14 años. A pesar de que México no es de las naciones con mayor prevalencia de asma en el mundo, la gran densidad poblacional que tiene la convierte en una de las enfermedades más comunes en la infancia y por lo tanto, en una prioridad para la salud pública.

En México hay 5 millones de personas con asma, el 40% se presenta en pacientes pediátricos de 2 a 6 años, 90% de ellos con presentación leve y 2% con presentación grave.⁵

Debido a que el asma ocupa los primeros lugares de morbilidad infantil en la mayoría de las naciones, se ha venido impulsando la investigación y el desarrollo de nuevas tecnologías, generando cambios en la fisiopatogenia, clasificación y

tratamiento del asma. Estos avances clínicos han ampliado la visión sobre el tratamiento del asma, buscando la atención integral del paciente y subrayando la necesidad de intervenciones multidisciplinarias, donde el objetivo primordial sea mantener y/o mejorar la calidad de vida del paciente y su familia. Se pueden señalar dos grandes contribuciones; en primer lugar, la identificación de los dominios implicados en el impacto de la enfermedad, incluyendo el bienestar físico, psicológico, funcional y emocional del paciente, y en segundo lugar, la evaluación de la percepción de síntomas, ya que juega el papel de mediador entre el estado de salud del paciente y la información que éste y su cuidador proporcionan al médico.

La percepción de síntomas es definida como "la precisión con que el paciente y su cuidador perciban los síntomas". La precisión o agudeza a la que hace alusión la definición, ha sido estudiada en la literatura y los autores coinciden en que estará determinada por la compleja interacción de múltiples variables relacionadas con el paciente y con el cuidador.

El estudio de las variables relacionadas con el paciente se divide en variables biomédicas y psicológicas. Dentro de las variables biomédicas se encuentran las que pretenden identificar el efecto que tiene la inflamación y las interrupciones del flujo aéreo sobre la agudeza perceptual del niño, las variables objetivas como la gravedad, la función pulmonar y los indicadores de morbilidad, que han sido empleadas para comparar la agudeza de las percepciones y son consideradas como estándares dentro de la investigación. Las variables psicológicas relacionadas con el paciente consideran por un lado, las emociones negativas generadas por la disnea (ansiedad, distrés o pánico) y por otro lado, el patrón de

respuestas aprendidas mediante su experiencia con la enfermedad (la negación, la habituación, la negligencia, la percepción selectiva y/o la falsa interpretación de síntomas).

Estas variables que son adquiridas mediante la experiencia con la enfermedad se estudian también en el cuidador, lo que ha permitido identificar las tendencias interpretativas en la percepción parental de síntomas. Otras variables estudiadas con frecuencia para identificar la influencia que ejercen sobre la percepción de síntomas, son las variables sociodemográficas (tales como la clase social del paciente y el cuidador, el género y la edad de los niños). Sin embargo, sobre las variables género y clase social aún no hay conclusiones claras. En relación con la edad del paciente, es frecuente encontrar que establece una relación negativa con la percepción parental de síntomas, es decir, a mayor edad de los niños los padres perciben menos síntomas.⁶

El asma es una de las principales causas de morbilidad en edad pediátrica, que ha presentado un incremento considerable en su prevalencia en los últimos 20 años a escala mundial, sobre todo en poblaciones pediátrica. Esta enfermedad requiere constante atención por parte de los padres de los niños afectados. Debido a su evolución puede llegar a ser origen de múltiples visitas al médico e incluso de hospitalizaciones continuas. Sin embargo, estas situaciones ocasionan serios cambios en la vida diaria de la familia, con importantes repercusiones en el funcionamiento familiar normal. La influencia de la familia en el proceso salud-enfermedad es de vital importancia, ya que el grupo puede funcionar como fuente de salud o enfermedad, o viceversa, y el paciente puede llegar a comprometer la salud emocional de los individuos que componen la familia.⁷

Los trabajos de investigación que se publican actualmente incluyen instrumentos de valoración (como la espirometría, que mide la repercusión en la función pulmonar , el diario de síntomas que informa sobre el impacto del asma y el uso de medicación de alivio por el paciente y los cuestionarios sobre calidad de vida que permiten valorar cómo influye el asma en la calidad de vida del paciente incluso de sus cuidadores) de la respuesta de la enfermedad ante diferentes tratamientos farmacológicos, de inmunoterapia o incluso de educación terapéutica. Todo bajo un enfoque muy orientado hacia la enfermedad que soslaya el enfoque biopsicosocial que debe prevalecer en la atención de los pacientes, olvidando en cierta medida las repercusiones que tiene el asma en la familia de la que forma parte el enfermo. Siguiendo la teoría sistémica de la familia, si uno de sus miembros enferma, puede haber consecuencias para la salud de la dinámica familiar porque la enfermedad representa una situación estresante a la que tendrá que adaptarse no sólo la persona enferma, sino también toda su familia.

La investigación ha mostrado que las familias que tienen un niño con enfermedad crónica pueden tener déficit en su cohesión, en su adaptabilidad y en la interacción padre-hijo, pueden aparecer conflictos familiares y escasas habilidades para resolver conflictos.

Según sea la dinámica familiar, ésta puede influir directamente de forma positiva o negativa en los cuidados que se otorgan al enfermo por parte de su familia ⁸.

Es de gran utilidad conocer la magnitud del impacto de la enfermedad desde la perspectiva clínica y el efecto percibido por pacientes y cuidadores, evaluando la relación del grado de afectación y los indicadores de morbilidad con la Calidad de Vida del paciente y el impacto familiar. Evaluar la percepción que tiene sobre la

enfermedad el paciente y su cuidador, puede ayudar también a conocer cuáles son los problemas que tiene cada uno en el día a día, pues algunas investigaciones sugieren que los padres tienen una pobre percepción de los problemas que afrontan sus hijos con asma ⁹.

El impacto familiar del asma ha cobrado gran interés en años recientes, ya que la familia del paciente será quien le proporcione soporte al niño para aprender a controlar su enfermedad, gran parte de su recuperación dependerá del impacto que la enfermedad genere en la familia, favoreciendo o no la adherencia al tratamiento y la modificación de hábitos para acceder a estilos de vida más saludables.

La percepción parental de síntomas ha identificado que los padres desarrollan un estado de vigilancia constante hacia el niño con asma, con la finalidad de detectar la aparición de síntomas de manera temprana, evitando así la aparición de crisis. Sin embargo cuando hay una deficiente percepción de síntomas, los padres pueden polarizar sus respuestas, por un lado siendo negligentes (poco perceptivos) con los síntomas, dejando que el niño empeore sin tomar las medidas adecuadas para evitar las crisis, o por otro lado, sobreestimando los síntomas, lo cual puede generar una hiperdependencia de los servicios sanitarios o un mal manejo de fármacos.

Así también se ha visto que una mala percepción de síntomas lleva al abandono del tratamiento preventivo y al abuso de los medicamentos de rescate en episodios de crisis.

El asma pediátrica tiene fuertes repercusiones en las dimensiones funcional, emocional y social del paciente y su familia. En el caso del paciente, este vive con

limitaciones en sus actividades cotidianas, deportivas y recreativas, mostrando un alto ausentismo escolar, visitas de urgencias y hospitalizaciones, que modifican las rutinas de su familia. Estas limitaciones en la vida del paciente y su familia, generan días de baja laboral en los padres, causando tensión en las relaciones familiares entre padres e hijos y en los vínculos sociales de los padres con sus familiares y amigos ¹⁰.

Las enfermedades no transmisibles como el asma, se encuentran entre las primeras causas de morbilidad y mortalidad. Por lo tanto el objetivo estratégico de mayor prioridad es su reducción para mejorar la salud de la población. Lo más importante de esta enfermedad son los episodios agudos o crisis asmáticas debidas a la falta de control de la enfermedad. Entre los factores desencadenantes de estos episodios, se encuentran los alérgenos y las infecciones respiratorias. Además de estos factores, una causa posible son los factores biopsicosociales como el estrés y las alteraciones en la dinámica familiar. En efecto, el asma es uno de los padecimientos con un fuerte componente psicossomático; los factores psicológicos no sólo favorecen la enfermedad sino que son consecuencia de ella.

La familia es un sistema dinámico donde el bienestar de uno de los miembros repercute directamente en el bienestar del resto, haciendo que la familia se comporte como si fuera una unidad. Tomando en cuenta que un criterio de salud mental es la adecuada percepción de la realidad externa, el sistema familiar es susceptible de ser evaluado a través de alguno de sus miembros o de la familia reunida ¹¹.

Shuman (1999), señala que una enfermedad puede limitar el rol de una persona en nuestra sociedad; con frecuencia quienes tienen alguna enfermedad se les

impide desempeñar o tomar parte en sus obligaciones habituales, lo cual tiene consecuencias sociales y personales, dado que con frecuencia no realizan lo que se espera socialmente de ellos, ni incluso lo que ellos mismos desean. Por todo ello, es importante analizar cómo es que el niño con asma se desenvuelve socialmente e interactúa con las personas de su medio, ya que aquellos que padecen una enfermedad crónica, suelen tener problemas psicológicos, sociales, familiares y escolares.

Los padres en ocasiones pueden caer en una protección excesiva hacia su hijo(a) enfermo(a), lo que puede influir en el desarrollo de habilidades sociales y en su autoestima; con frecuencia el mensaje que envían los padres hacia sus hijos es que no los consideran capaces de hacer las cosas por sí solos, lo que ocasiona en el niño sensaciones de angustia y la necesidad de separarse de sus padres. Para que la familia enfrente todas las posibles dificultades que puedan surgir a partir de la enfermedad, es necesario que cuente con recursos psicológicos tanto individuales como familiares o de la comunidad, los cuales les permitirán tener mayores elementos para el manejo de las crisis asmáticas de sus hijos, además de que todos los integrantes de la familia puedan trabajar en el fortalecimiento de sus recursos personales como lo son la autoestima, la autoeficacia y el sentido de competencia ¹².

Familias funcionales son aquellas capaces de crear un entorno que facilite el desarrollo personal de sus miembros, son familias que en general no sufren crisis ni trastornos psicológicos graves. La funcionalidad aparece asociada a diferentes características del sistema familiar: niveles de cohesión, flexibilidad, comunicación,

estrés, conflictos, emociones, vínculos, etc., que la literatura especializada ha valorado con diferentes instrumentos cuantitativos y cualitativos.

Otra de las características que aparece asociada a las familias funcionales es el bajo grado de discrepancia mostrado entre sus miembros al percibir la vida familiar; altos grados de discrepancia que puede existir entre los propios padres, o bien entre éstos y sus hijos, por el contrario, aparecen asociados a problemas en el desarrollo personal y social de los miembros de la familia ¹³.

El desarrollo de instrumentos de evaluación para el cuidador del niño con asma debe ser un objetivo prioritario de la investigación actual, ya que sólo hay dos instrumentos publicados en la literatura especializada: Paediatric Asthma Caregivers Quality of Life Questionnaire (PACQLQ) ²⁶ y el Impacto Familiar del Asma Bronquial Infantil-Revisado (IFABI-R).²⁷ El PACQLQ es un cuestionario ampliamente utilizado en la literatura, inicialmente se diseñó para angloparlantes y posteriormente se adaptó a otros países, entre ellos México. Sin embargo, este instrumento compuesto por 13 ítems sólo evalúa las dimensiones funcional y emocional, dejando fuera los aspectos sociales que son considerados de gran importancia en la investigación reciente. Un equipo de investigadores de la Universidad Autónoma de Barcelona diseñó el cuestionario IFABI-R, que evalúa las dimensiones funcional, emocional y socio laboral.

El cuestionario muestra adecuadas propiedades psicométricas, la reproducibilidad es buena, ya que ha obtenido una consistencia interna alta (puntuación global $\alpha = 0.90$, dominio funcional $\alpha = 0.85$, dominio emocional $\alpha = 0.82$ y dominio socio laboral $\alpha = 0.84$); la relación que muestra el instrumento con los indicadores de morbilidad ha sido positiva y moderada (absentismo escolar $r = 0.55$, permanecer

en casa en días festivos $r = 0.54$, visitas de urgencia $r = 0.51$; $p < 0.01$); de igual manera, la sensibilidad del IFABI-R ante el grado de afectación asmática es satisfactoria, ya que la diferencia en los resultados al comparar asma leve con asma moderada-grave ha sido significativamente alta ($t = 3.723$, $p < 0.001$). Estas buenas propiedades psicométricas hacen evidente que el IFABI-R es un instrumento tridimensional válido, fiable y útil para la población española ¹⁴.

En cuanto a la medición del control parental existen varios instrumentos, sin embargo el primero y el más utilizado en las investigaciones es el Child's Report of Parental Behavior Inventory (CRPBI), el cual fue desarrollado por Schaefer (1965), cuyo propósito fue medir la percepción que tenían los niños acerca de las conductas de los padres.

Se han desarrollado varias versiones de este instrumento: no obstante, la versión original contiene 260 reactivos que se agrupan en 26 factores de 10 reactivos cada uno. Por medio de un análisis factorial, el autor redujo la escala a 192 reactivos que se concentran en 18 factores que a su vez forman tres escalas: aceptación-rechazo, control de psicológico-autonomía, control laxo –control firme ¹⁵. La Escala Argentina de relación parental dirigida a niños de 8 a 12 años (Richarud de Minizi, 2007) es una adaptación que consta de 32 ítems en dos versiones, una para la madre y otra para el padre, tratando de reflejar, de acuerdo al criterio de dos psicólogos, los conceptos propuestos por Schaefer (1965). Adopta las opciones de respuesta Sí, A veces, No, para que resulte más fácil de contestar para los niños y niñas¹⁶.

Dada la importancia de analizar el estilo de relación con los padres percibido por los niños, es necesario contar con instrumentos de evaluación precisos, válidos y

confiables. Desde una perspectiva cognitivista, se ha sugerido que la fuente más importante de información acerca de la relación entre padre/ madre e hijos/as es el niño o niña mismo/a, y que la calidad de la relación afecta el desarrollo de la personalidad infantil sólo en función de la forma en que es percibido por el niño o niña (Ausubel, Balthazar, Rosenthal, Blackman, Schpoont, y Welkowitz, 1954; Serot y Teevan, 1961). Por ello, desde esta perspectiva se entiende que la percepción que tiene el niño o niña acerca del comportamiento de su padre o madre estará más relacionada con su capacidad de adaptación que el comportamiento “real” de los mismos (Schaefer, 1965).

Si bien existen instrumentos para estudiar la percepción que tienen los niños/as de la relación con su padre/madre (Roe & Siegelman, 1963; Schaefer, 1965; Parker, Tupling, & Brown, 1979) éstos han sido desarrollados para niños y niñas de más de 12 años.

Con base en la hipótesis de que la percepción que tienen los niños acerca del comportamiento de sus padres es la que verdaderamente influye en su capacidad de adaptación, Schaefer (1965) construyó el Children Report of Parental Behavior (CRPBI) para niños de 12 a 18 años, e incluyó las siguientes escalas: aceptación, centrado en el niño, implicación positiva, aceptación de la individualidad, alejamiento hostil, retiro de las relaciones, rechazo, posesividad, control, coacción al cumplimiento de órdenes, intrusividad, control a través de la culpa, instilación de ansiedad persistente y control hostil, disciplina inconsistente, no coacción y autonomía extrema. Estas escalas se combinaron en tres factores: aceptación versus rechazo; autonomía psicológica versus control psicológico y disciplina laxa versus Disciplina firme. Dada la anteriormente comentada¹⁷.

El ambiente familiar ocupa un lugar central en el desarrollo de un niño desempeñando una función esencial: la socialización. La forma que los padres tienen de relacionarse con sus hijos se denomina estilo parental; Musitu y García definen el estilo de socialización parental como “la persistencia de ciertos patrones de actuación y las consecuencias que esos patrones tienen para la relación paterno-filial”. Sin embargo, según Bleichmar es la percepción que el niño construye acerca de comportamiento de sus padres y no el comportamiento "real" de los mismos, el que fomentará o no su capacidad de adaptación.

A este respecto, Richaud de Minzi expresa que cuando el niño percibe que es aceptado por sus padres, que respetan sus opiniones y están orgullosos de él (familias democráticas), puede enfrentar las situaciones adversas de manera adaptativa ya que percibe un apoyo familiar. Por otro lado, las malas relaciones, caracterizadas por el control patológico de ambos padres (familias autoritarias) o familias con baja aceptación que pueden ejercer un control agresivo y rechazante o infundir ansiedad persistente (familias rechazantes), se relacionan con escasa o inadecuada capacidad por parte del niño para enfrentar situaciones adversas.

Por último, cuando el niño percibe baja aceptación y poco control de parte de sus padres (familias permisivas o familias negligentes) busca apoyo en personas ajenas a su entorno familiar para enfrentar este tipo de situaciones.

Es el modo de percibir la relación con sus padres, la que permitirá a los niños aprender diferentes formas o estrategias para enfrentar las situaciones que pueden resultarles amenazantes. Lazarus y Folkman definen las estrategias de afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas

específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” 18.

Evaluar la funcionalidad de la familia se ha convertido en una necesidad sentida y real de la práctica integral de la medicina de familia. Tanto en México como en España, se ha usado con mayor frecuencia el Apgar familiar. Sin embargo, su utilización en la práctica clínica del médico de familia en México no es generalizada, argumentándose que es un instrumento breve y que la información que se obtiene para evaluar la funcionalidad familiar es escasa, por lo que es necesario utilizar, además del Apgar, otros instrumentos. Existen diversos instrumentos que pretenden evaluar la funcionalidad de la familia.

Entre los más importantes se encuentran los siguientes: Family Assessment Device (FAD), Self-report Family Inventory (SFI), Family Assessment Measure (FAM), Family Environment Scale (FES), Family Functioning Index (FFI), Family Functioning Questionnaire (FFQ), Family APGAR y Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale¹⁹.

La evaluación de la funcionalidad familiar es una de las características que más distinguen al médico de familia de otras disciplinas generalistas, por esta razón, los instrumentos que se usan para evaluar la funcionalidad de la familia deben ser utilizados con la mayor confianza y ser percibidos como herramientas relativamente «seguras» para que los profesionales de esta disciplina y las afines confíen en sus resultados ²⁰.

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 enfermedad ²¹.

La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III; de Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson, 1992) es la 3ª versión de la serie de escalas FACES y ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del Modelo Circunflejo: la cohesión y la flexibilidad familiar. Se ha adaptado a una variedad de contextos culturales y se calcula que existen más de 700 estudios que utilizan FACES en sus distintas versiones (Kouneski, 2001; citado en Gorall, Tiesel y Olson, 2004). En la mayoría de los casos, la escala logra discriminar diferentes grupos familiares (por ejemplo, clínico y no clínico), lo cual constituye una fuerte evidencia de validez de constructo de la misma.

FACES III en español (México) contiene 20 preguntas planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert (10 para evaluar cohesión familiar y 10 para adaptabilidad familiar) ²².

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El asma infantil es un serio problema de salud pública que va en aumento. En México recientemente se han publicado los primeros resultados del estudio ISAAC realizado de septiembre de 2002 a enero de 2003, donde se informa que en la Ciudad de México padecen asma el 4.5% de los niños entre 6 y 7 años de edad, y el 8.0% de los adolescentes entre 13 y 14 años. A pesar de que México no es de las naciones con mayor prevalencia de asma en el mundo, la gran densidad poblacional que tiene la convierte en una de las enfermedades más comunes en la infancia y por lo tanto, en una prioridad para la salud pública. Esta enfermedad puede causar cambios en la vida diaria de la familia, así como importantes repercusiones en el funcionamiento familiar. La influencia de la familia en el proceso salud-enfermedad es de vital importancia, ya que el grupo puede funcionar como fuente de salud o enfermedad, o viceversa, y el paciente puede llegar a comprometer la salud emocional de los individuos que componen la familia. Así mismo la percepción que el niño construye acerca de comportamiento de sus padres y no el comportamiento "real" de los mismos, es el que fomentará o no su capacidad de adaptación. Cuando el niño percibe que es aceptado por sus padres, que respetan sus opiniones y están orgullosos de él (familias democráticas), puede enfrentar las situaciones adversas de manera adaptativa ya que percibe un apoyo familiar. Por lo tanto es importante conocer el estilo de relación parental y que la familia tenga los conocimientos indispensables para reconocer no solamente los síntomas de la enfermedad de su hijo para evitar un mal manejo sino también por la salud de la dinámica familiar.

En base a esto nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los Estilos de Relación y la Funcionalidad Familiar en pacientes asmáticos?

JUSTIFICACIÓN

Este estudio es de gran importancia ya que el asma es una enfermedad cuya prevalencia va en aumento. En la Ciudad de México padecen asma el 4.5% de los niños entre 6 y 7 años de edad, y el 8.0% de los adolescentes entre 13 y 14 años.

Es una de las principales causas de morbilidad en edad pediátrica, que ha presentado un incremento considerable en su prevalencia en los últimos 20 años a escala mundial.

Es de vital importancia cuando existe una enfermedad crónica en niños como lo es el asma el conocimiento que los padres tengan de la enfermedad de su hijo ya que ellos van a ser los encargados de los cuidados y de administrar los tratamientos que sean necesarios para el buen control de la enfermedad además es importante para el niño sentir el apoyo y la seguridad de sus padres de esto dependerá su estado emocional y desarrollo social ante su enfermedad, las malas relaciones, caracterizadas por el control patológico de ambos padres (familias autoritarias) o familias con baja aceptación que pueden ejercer un control agresivo y rechazante o infundir ansiedad persistente (familias rechazantes), se relacionan con escasa o inadecuada capacidad por parte del niño para enfrentar situaciones adversas, por el contrario cuando se trata de familias democráticas el niño percibe que es aceptado por sus padres, que respetan sus opiniones y están orgullosos de él , puede enfrentar las situaciones adversas de manera adaptativa ya que percibe un apoyo familiar.

La percepción que tienen los padres de los síntomas ha identificado que los padres desarrollan un estado de vigilancia constante hacia el niño con asma, con la finalidad de detectar la aparición de síntomas de manera temprana, evitando así

la aparición de crisis. Sin embargo cuando hay una deficiente percepción de síntomas, los padres pueden polarizar sus respuestas.

Por lo tanto es imperativo conocer el estilo de relación parental y valorar la funcionalidad familiar para una mejor percepción de los padres y de esta manera poder contribuir a un mejor control del asma, evitar atenciones innecesarias en el servicio de urgencias, ausentismo escolar del niño, ausentismo laboral por parte de los padres y gastos innecesarios de lo contrario se vería mermada no solo la salud del niño sino también la salud de la dinámica familiar.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Identificar los estilos de relación y funcionalidad familiar en pacientes asmáticos en edad pediátrica.

Objetivos Específicos

- 1.- Evaluar la Funcionalidad Familiar.
- 2.- Determinar la Percepción que tienen los niños asmáticos de sus padres.
- 3.- Conocer los Estilos de Relación de los padres con sus hijos asmáticos.

HIPÓTESIS

Por ser un estudio de tipo descriptivo no se justifica la hipótesis.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional con el objetivo de buscar los estilos de relación en pacientes asmáticos y funcionalidad familiar, por lo que a través de una muestra por conveniencia se estudiaron 60 niños con asma bronquial en edades de 8 a 12 años derechohabientes que acudieron a la consulta de la unidad de medicina familiar número 66 de Apodaca N.L. en los meses de enero a marzo del 2014. Para determinar el tipo de relación parental se les aplicó La escala Argentina de Percepción de la Relación con los Padres. Dicha escala consta de 32 ítems que se responden con las opciones nunca (1), a veces (2), siempre (3). Permite discriminar cinco tipos de relaciones parentales: a) aceptación, b) control normal o aceptable, c) control estricto, no patológico pero menos aceptado, d) control patológico y e) autonomía extrema. Para la Funcionalidad Familiar se les aplicó el Faces III para evaluar Adaptabilidad y Cohesión Familiar.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN

Criterios de inclusión:

- Niños asmáticos de 8 a 12 años de edad, derechohabientes de la unidad de medicina familiar número 66.
- Ambos géneros
- Padres o tutores que acompañen a los menores y que acepten participar en el estudio
- Padres o tutores que firmen el consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Niños con patologías agregadas.
- Edad fuera de rango de 8 a 12 años.

Criterios de eliminación:

- Cambio de adscripción de la unidad medicina familiar.
- Encuestas incompletas
- Cuestionarios llenados de forma incompleta

VARIABLES DEL ESTUDIO

Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Fuente de Información
Estilos de relaciones parentales	<p>La forma que los padres tienen de relacionarse con sus hijos se denomina estilo parental.</p> <p>Cuando el niño percibe que es aceptado por sus padres, que respetan sus opiniones y están orgullosos de él (familias democráticas), puede enfrentar las situaciones adversas de manera adaptativa ya que percibe un apoyo familiar.</p>	<p>Es el tipo de relación que los padres tienen con sus hijos. Esto influye en el desarrollo emocional del niño ya que si él percibe que es apoyado por sus padres se sentirá más seguro de sí mismo lo que le permitirá afrontar de mejor manera situaciones adversas de lo contrario si siente sobreprotección o indiferencia por sus padres esto influirá de forma negativa</p>	<p>Cualitativa nominal</p> <p>1.- Aceptación</p> <p>2.-Control normal o aceptable</p> <p>3.-Control estricto no patológico</p> <p>4.-Control patológico</p> <p>5.-Autonomía extrema</p>	<p>Escala Argentina de percepción de la relación con los padres para niños de 8 a 12 años de Richauld de Minzi</p>
Funcionalidad familiar	<p>Es la capacidad de la familia para enfrentar y superar, cada una de las etapas del ciclo vital y las</p>	<p>Se refiere al buen funcionamiento de la familia de manera que cada integrante realice sus roles, lo cual permite que sus integrantes se</p>	<p>Cualitativa nominal</p> <p>1. Balanceadas o funcionales</p> <p>2. Rango medio o moderadamente</p>	<p>Instrumento de evaluación FACES III</p>

	crisis por las que atraviesa	sientan , valorados , respetados y apoyados, facilitando el manejo cualquier tipo de crisis que tuvieran que afrontar	e disfuncionales 3.Extremas o severamente disfuncionales	
Género	Es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en femenino y masculino	Clasificado en base a los comportamientos diferentes y desiguales según el genero	Cualitativa Dicotómica 1.masculino 2.Femenino	Cuestionario de datos sociodemográficos
Edad del niño	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Tiempo que ha vivido una persona en el momento del estudio	Ordinal 8 a 12 años	Cuestionario de datos sociodemográficos
Edad de los padres	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Tiempo que ha vivido una persona en el momento del estudio	Ordinal 20 a 30 años 31 a 40 años 41 a 50 años 51 a 60 años 61 a 70 años	Cuestionario sociodemográfico
Escolaridad del niño	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Años escolares que ha cursado un estudiante hasta el momento del estudio	Cualitativa nominal 1.Primer 2.Segundo	Cuestionario sociodemográfico

			3.Tercero 4.Cuarto 5.Quinto 6.Sexto	
Escolaridad de los padres	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Grado de estudios que curso hasta el momento	Cualitativa Nominal 1.Primaria 2.Secundaria 3.Preparatoria 4.Profesionista	Cuestionario sociodemográfico
Estado civil de los padres	Situación personal en el que se encuentra o no una persona física, en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente constituyendo con ella una institución familiar	Situación legal bajo la cual vive una persona en relación a su pareja	Cualitativa nominal 1.Soltero 2.Casado 3.Divorciado 4.Unión libre 5.Viudo 6.Separado	Cuestionario sociodemográfico
Ocupación de los	Acción y efecto de	Actividad a la que se dedica una	Cualitativa	Cuestionario sociodemogr

padres	trabajar. Es un conjunto de empleos cuyas tareas presentan una gran similitud	persona y por la cual recibe una remuneración económica	nominal 1.Obrero 2.Empleado 3.Técnico 4.Profesionista 5.Desempleado	áfico
Número de hijos	Aquel individuo respecto de su padre y de su madre	Cantidad de hijos que tienen los padres	Cuantitativa Discreta Uno Dos Tres Cuatro Cinco	Cuestionario sociodemográfico

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Se trata de un estudio descriptivo observacional donde se utilizó una estadística por conveniencia de los estilos de relación parental y la funcionalidad familiar en una muestra de 60 niños asmáticos de 8 a 12 años de edad que acudieron a la consulta de la UMF con módulos de enfermería N° 66. Los datos obtenidos fueron analizados utilizando el paquete estadístico de Excel.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

Para evaluar la percepción del estilo de relación parental se utilizó la Escala Argentina de Percepción de la Relación con los Padres (Richaud de Minzi, 2007a). Dicha escala consta de 32 ítems que se responden con las opciones nunca (1), a veces (2), siempre (3). Permite discriminar cinco tipos de relaciones parentales: a) aceptación, b) control normal o aceptable, c) control estricto, no patológico pero menos aceptado, d) control patológico y e) autonomía extrema. Siendo considerados los 2 primeros (a y b) como normal, la (c) como limítrofe y las 2 últimas (d y e) como patológicas.

Escalas de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar (FACES III). Fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias, integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar: Adaptabilidad: habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo.

Cohesión: grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia.

Comunicación: la cohesión y la adaptabilidad son las dimensiones principales, en tanto que la comunicación favorece el mantenimiento óptimo de las otras dos.

El modelo circunflejo dio lugar a un paquete de instrumentos de evaluación, entre los cuales se incluye FACES III, que es un instrumento de auto aplicación que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 para

adaptabilidad y 10 para cohesión). Cuenta con una escala que incluye cinco opciones (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre).

Aplicación: el cuestionario se aplica a personas mayores de 10 años, que sean miembros de familias con hijos y que sepan leer y escribir, se pide al entrevistado que responda las preguntas de acuerdo con la escala de calificaciones aparecen en la parte superior del cuestionario (de 1 a 5), considerando cada aseveración con la relación a su familia, se debe contestar el cuestionario en cuanto a la forma en que el entrevistado considera que su familia reacciona en forma habitual, no de la manera en que piensa que debería reaccionar. El encuestador se abstendrá de dar lectura al cuestionario, permitiendo que la persona entrevistada lo haga por si misma.

Calificación: la calificación en cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones, la de adaptabilidad lo es a la de los ítems pares. Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones, se obtendrán calificaciones de 40 puntos para cohesión y 27 para adaptabilidad que corresponde a familias semirelacionadas y familias flexibles.

ASPECTOS ÉTICOS

Consideraciones éticas. El estudio se realizará de acuerdo, con la declaración de Helsinki modificada en Tokio, sobre investigación biomédica no terapéutica en sujetos Humanos. Incluyendo las últimas enmiendas, también se realizará de acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en su título segundo, capítulo primero, artículo 16, artículo 17, fracción I,II, III y en la obligación de los investigadores clínicos. El presente estudio se ajusta a las normas institucionales en materia de investigación científica, por lo tanto, se realizará, hasta que haya sido aprobado por la comisión institucional, de ética e investigación. La información se manejará de forma anónima, no se difundirán los resultados sin previo consentimiento del participante aún para fines de investigación. En el caso que algún participante no acepte participar en forma voluntaria en la investigación, no se le coaccionará.

RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional por conveniencia, en pacientes asmáticos de 8 a 12 años de edad, ambos sexos, derechohabientes de la UMF con módulos de enfermería N° 66, que acudieron a la consulta en los meses de enero a marzo del 2014 la muestra estuvo conformada por 60 niños.

Se aplicó la escala Argentina de percepción parental a los niños asmáticos cuyas edades oscilaron entre 8 y 12 años, de los cuales 19 corresponden a la edad de 10 años (32%), 12 a la edad de 12 años (20%), 10 a los 11 años (17%), 10 a los 9 años (16%) y 9 a los 8 años que corresponden al 15%. (Ver tabla 1)

Edad	Núm. de niños	Porcentaje
8 años	9	15%
9 años	10	16%
10 años	19	32%
11 años	10	17%
12 años	12	20%

Tabla 1. Distribución por edad

En relación al género el 58 % (35) fueron masculinos y el 42% (25) femenino. Todos son estudiantes de primaria, el 30% (18) en 6 año ,30% (18) en 5 año, el 18% (11) en 4 año, el 15% (9) en 3 año, el 5% (3) en 2 año y el 2% (1) en 1 año. (Ver tabla 2 y 3).

Género	Núm. de niños	Porcentaje
Masculino	35	58 %
Femenino	25	25 %

Tabla 2. Distribución por género

Grado escolar	Núm. de niños	Porcentaje
Primero	1	2%
Segundo	3	5%
Tercero	9	15%
Cuarto	11	18%
Quinto	18	30%
Sexto	18	30%

Tabla 3. Distribución por grado escolar

Se encontró que 38%(23) de los padres están casados, el 32%(19) viven en unión libre, el 12%(7) es divorciado, el 11%(7) están separados y el 7%(4) son solteros. (Ver Gráfica 1).



Gráfica 1. Distribución por estado civil de los padres

Las edades de los padres oscilaron de 20 años a 61 años, encontrándose que el 50% (30) tienen de 31 a 40 años, el 23% (14) de 41 a 50 años, 12% (7) de 51 a 60 años, el 10% (6) de 20 a 30 años y el 5% (3) 61 a 70 años.

En relación a las madres el 53% (32) se encuentran en el rango de 31 a 40 años, el 27% (16) entre 41 a 50 años, el 18% (11) entre las edades de 20 a 30 años y el 2% (1) entre las edades de 51 a 60 años de edad. (Ver tabla 4).

Rango de edad	Padres		Madres	
	No	%	No	%
20 a 30 años	6	10%	11	18%
31 a 40 años	30	50%	32	53%
41 a 50 años	14	23%	16	27%
51 a 60 años	7	12%	1	2%
61 a 70 años	3	5%		

Tabla 4. Distribución por rango de edad de los padres

En relación a la escolaridad de los padres el 30%(18) tiene preparatoria, el 27% (16) secundaria, el 23% (14) primaria, el 10% (6) profesionalista y un 10% (6) sin estudios, mientras que las madres el 28%(17) tienen secundaria, 28%(17) preparatoria, el 20%(12) primaria, el 14%(8) es profesionalista y el 10%(6) no tiene estudios. (Ver Gráfica 2).



Gráfica 2. Distribución por escolaridad

En cuanto a la ocupación de los padres el 35%(21) es empleado, el 32%(19) es obrero, el 15%(9) está desempleado, el 11%(7) es técnico y el 7%(4) es profesionalista, la ocupación de las madres es el 35%(21) empleada, el 27%(16) obrera, el 20%(12) desempleada, el 13%(8) es técnica y solo el 5%(3) es profesionalista.(Ver tabla 5).

Ocupación	Padres		Madres	
	No	%	No	%
Desempleado	9	15%	12	20%
Obrero	19	32%	16	27%
Empleado	21	35%	21	35%
Técnico	7	11%	8	13%
Profesionista	4	7%	3	5%

Tabla 5. Distribución por ocupación

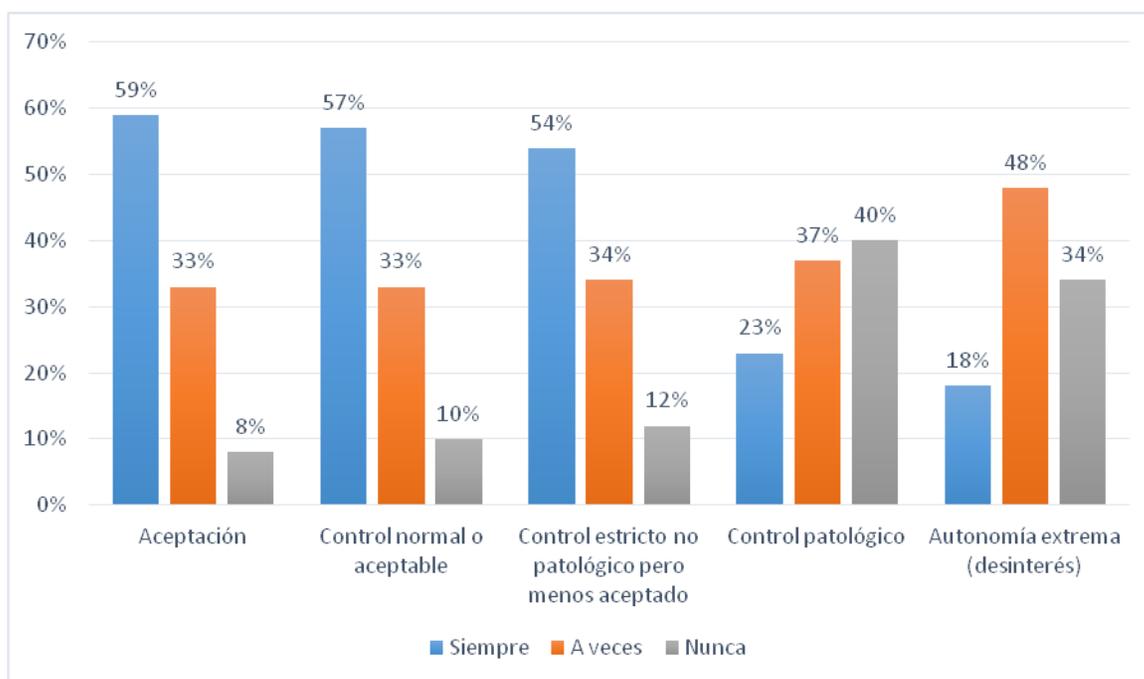
En relación al número de hijos el 38%(23) tienen 3 hijos, el 35%(21) tienen 2 hijos, el 12%(7) tienen 1 hijo, el 10%(6) tienen 4 hijos y el 5%(3) tienen 5 hijos.

Con la aplicación de la escala Argentina de percepción parental, se estableció el estilo de relación que el niño percibe con mayor frecuencia hacia el padre y la madre, esta encuesta fue aplicada dos veces por cada menor. Para obtener los resultados se separaron las encuestas de los padres y de las madres, se contabilizó el número de niños que contestaron SIEMPRE, A VECES y NUNCA este mismo proceso se aplicó por igual para los 32 reactivos de la encuesta, a su vez se hizo lo mismo para las encuestas sobre la percepción enfocada a las madres.

De las encuestas enfocadas a los padres, en los parámetros de Control Estricto no patológico pero menos aceptado, Aceptación y Control Normal o Aceptable la respuesta más común fue SIEMPRE y la menos común fue NUNCA. (Ver tabla 6 y gráfica 3).

Parámetros	Respuestas		
	Siempre	A veces	Nunca
Control estricto no patológico pero menos aceptado	59%	33%	8%
Aceptación	57%	33%	10%
Control normal o aceptable	54%	34%	12%
Control patológico	23%	37%	40%
Autonomía extrema (desinterés)	18%	48%	34%

Tabla 6. Estilos de relación parental de los padres

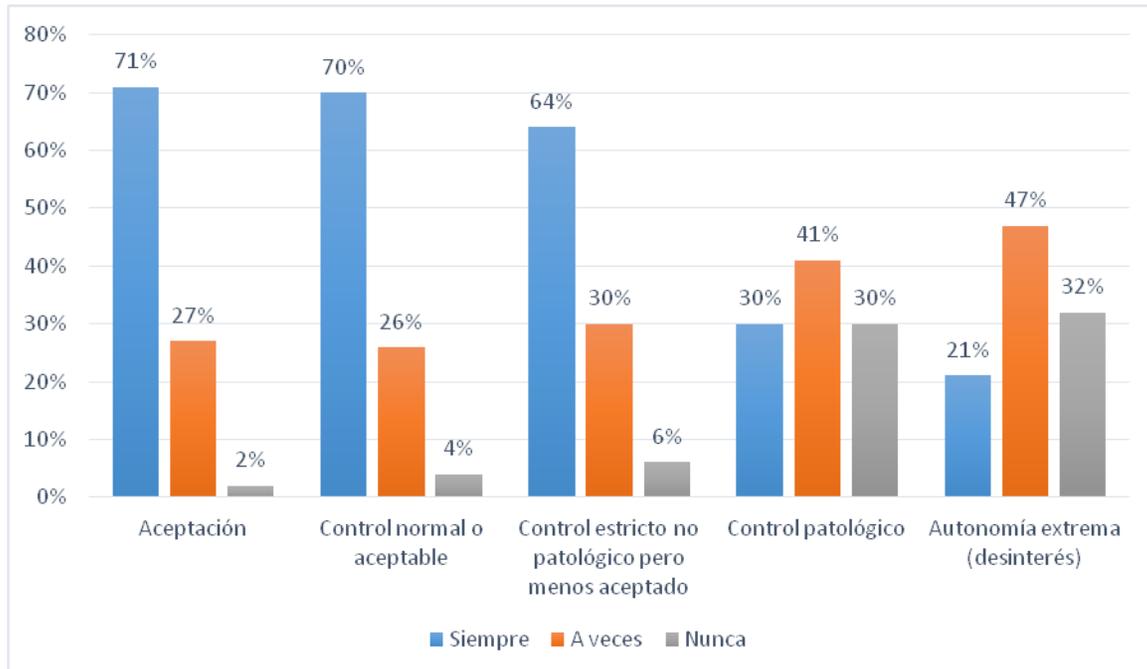


Gráfica 3

De igual manera en las encuestas enfocadas a las madres, en los parámetros de Control Estricto no patológico, Aceptación y Control Normal o Aceptable, la respuesta más común fue SIEMPRE y la menos común fue NUNCA. (Ver tabla 7 y gráfica 4).

Parámetros	Respuestas		
	Siempre	A veces	Nunca
Control estricto no patológico pero menos aceptado	71%	27%	2%
Aceptación	70%	26%	4%
Control normal o aceptable	64%	30%	6%
Control patológico	30%	41%	30%
Autonomía extrema (desinterés)	21%	47%	32%

Tabla 7. Estilos de relación parental de las madres



Gráfica 4. Estilos de relación parental de las madres

También se aplicó el instrumento FACES III de Funcionalidad Familiar obteniendo como resultado que 47% (28) de las familias se encuentran en el rango medio o moderadamente disfuncional, el 28% (17) son balanceadas y funcionales y el 25% (15) son familias extremas o severamente disfuncionales. (Ver tabla 8)

Funcionalidad Familiar		
Balanceada y funcional	28%	17
Rango medio o moderadamente disfuncional	47%	28
Extremo o severamente disfuncional	25%	15

Tabla 8. Funcionalidad Familiar

De los resultados en la clasificación de Cohesión un 35% (21) de las familias son semirelacionadas, el 32% (19) relacionada, el 23% (14) aglutinada y el 10% (6) no relacionada. (Ver tabla 9).

Resultado de Cohesión		
Semirelacionada	21	35%
Relacionada	19	32%
Aglutinada	14	23%
No relacionada	6	10%
Total	60	100%

Tabla 9. Cohesión

En relación a Adaptabilidad el 53% (32) de las familias resultaron caóticas, el 23% (14) flexible, el 13% (8) estructurada y el 10% (6) rígida. (Ver Tabla 10).

Resultado de Adaptabilidad		
Caótica	32	53%
Flexible	14	23%
Estructurada	8	14%
Rígida	6	10%
Total	60	100%

Tabla 10. Adaptabilidad

Los tipos de familia que se encontraron fueron: 22% (13) semirelacionada y caótica 17% (10) aglutinada y caótica, 13% (8) semirelacionada y flexible, 13% (8) relacionada y caótica, 7% (4) semirelacionada y estructurada, 5% (3) relacionada y flexible, 5% (3) aglutinada y flexible, 5% (3) no relacionada y rígida, 3% (2) relacionada y estructurada, 3% (2) no relacionada y estructurada, 2% (1) semirelacionada y rígida, 2% (1) relacionada y rígida, 2% (1) no relacionada y caótica, 2% (1) aglutinada y rígida. (Ver tabla 11)

Tipo de Familias		
Semirelacionada y flexible	8	13%
Semirelacionada y estructurada	4	7%
Relacionada y flexible	3	5%
Relacionada y estructurada	2	3%
Semirelacionada y caótica	13	22%
No relacionada y flexible	0	0%
No relacionada y estructurada	2	3%
Semirelacionada y rígida	1	2%
Relacionada y rígida	1	2%
Aglutinada y estructurada	0	0%
Aglutinada y flexible	3	5%
Relacionada y caótica	8	13%
No relacionada y caótica	1	2%
No relacionada y rígida	3	5%
Aglutinada y caótica	10	17%
Aglutinada y rígida	1	2%

Tabla 10. Tipos de familia

DISCUSIÓN

El asma es una de las enfermedades más frecuente en la infancia y adolescencia. Esta patología afecta a la calidad de vida y favorece el ausentismo escolar. Siguiendo la teoría sistémica de la familia, si uno de sus miembros enferma, provoca consecuencias para la salud de la dinámica familiar porque la enfermedad representa una situación estresante a la que tendrá que adaptarse no sólo la persona enferma, sino también toda su familia.

Los resultados obtenidos en esta investigación coinciden a los obtenidos de un estudio realizado por Richaud de Minzi que expresa que cuando el niño percibe que es aceptado por sus padres, que respetan sus opiniones y están orgullosos de él, puede enfrentar las situaciones adversas de manera adaptativa ya que percibe un apoyo familiar.

Al igual que el estudio realizado por Bazán y Osorio obtuvimos familias con déficit en su cohesión, en su adaptabilidad y en la interacción padre-hijo como consecuencia de la enfermedad del niño.

De acuerdo a los resultados de este estudio se concluye que tanto la funcionalidad familiar como la percepción que tienen los hijos de sus padres influyen para afrontar situaciones estresantes como lo es una enfermedad crónica y de ello depende el impacto que tenga en la salud familiar y en el desarrollo personal del niño.

CONCLUSIÓN

En la literatura se tiende a suponer que los niños con asma podrían estar expuestos a modelos de crianza compensatoria y formas de socialización marcadamente sobreprotectoras principalmente por la madre. Sin embargo al realizarse el presente estudio podemos establecer que el estilo de percepción de la relación parental que los niños asmáticos de 8 a 12 años de edad tienen hacia sus padres en mayor proporción es de un estilo de relación de control estricto no patológico pero menos aceptado (límitrofe) tanto hacia los padres como hacia las madres.

Uno de los más importantes recursos para el niño es la percepción del apoyo y la seguridad de sus padres, de esto dependerá su estado emocional y desarrollo social ante su enfermedad. De ahí la importancia de un adecuado estilo de relación parental y de que éste sea percibido como tal por el niño. Encontramos que la cantidad de padres que trabajan es muy similar a la cantidad de madres que trabajan por lo que el cuidado de los hijos es compartido por ambos, estableciendo por igual los límites y jerarquías en la familia lo que podría ser el motivo por el cual la percepción del estilo de relación sea de control estricto no patológico hacia ambos padres. Así mismo en investigaciones se ha mostrado que las familias que tienen niños con enfermedades crónicas como lo es el asma pueden tener déficit en su cohesión y adaptabilidad lo cual se confirmó con este estudio al obtener un 47 % de familias en rango medio o moderadamente disfuncional y en cuanto al tipo de familia en base a su cohesión y adaptabilidad un mayor porcentaje (22%) como familias semirelacionadas y caóticas.

REFERENCIAS

- 1.-Roa FM, Toral S, Roa VH, Zavala JA, Duran LM, Herrera BP, et al. Estimaciones sobre la tendencia del asma en México para el período 2008 -2012. An Med (Mex) 2009; 54(1):16-22
- 2.-Lezana V, Arancibia C. Consideraciones epidemiológicas del asma en Latinoamérica. www.neumología-pediátrica.cl
- 3.-González SN, Arias A, González AY, Félix JA; Macías A. Validación de un cuestionario de conocimientos acerca del asma aplicado a maestros de educación primaria de Monterrey, México. Rev Alerg Mex 2010; 57(2):44-49.
- 4.-Aguilar J, León V, Baeza M. Prevalencia de asma aguda en niños y adolescentes de Mérida Yucatán, México. Rev Alerg Mex 2009; 56(1):3-8
- 5.-Bazán G, Forns D, Remei S, Validación del cuestionario “Percepción parental de síntomas infantiles de asma en México”, Rev Inst Enf Resp Mex , Vol 21-Num 3
- 6.- Guzmán J, Reyes E, Luce E, Valadez F, Gutiérrez E , Robles M. Disfunción familiar en pacientes pediátrico con asma. Aten Primaria, 2008; 40 (11):543
- 7.-Praena M, Valorar la funcionalidad familiar puede mejorar el enfoque terapéutico del asma pediátrica. Aten Primaria .2008; 40(11):543-8
- 8.-Bazán G, Prat R, Torres L, Sandoval J, Forns D. Asma pediátrica:calidad de vida del paciente relacionada con el impacto familiar. Neumol Cir Torax vol 69 No 2, Abril-junio 2010.
- 9.-Bazán G, Osorio M, Impacto del asma infantil en familias mexicanas: dos instrumentos para su evaluación. www.iztacala.unam.mx

- 10.-Guzmán J, Barajas E, Luce E, Disfunción Familiar y nivel de control de asma en pacientes pediátricos. *Aten, Primaria*.2008, 40(11)543-8
- 11.- Zamora O, Cisneros C, Rivera M, Las habilidades sociales en niños con asma y sin asma .*Uaricha Rev de Psicología (nueva época)*, 8 (17), 78 -91(2011).
- 12.-, González F, Collado A, Méendez J, Córdoba A, La percepción de la Funcionalidad Familiar. Confirmación de su estructura bifactorial .*Escritos de Psicología Vol. 5 num 1 pp 34-39 Enero-Abril 2012*.
- 13.- Bazán G, Torres L, Santaolara R, Sandoval J, Impacto Familiar del asma pediátrica .*Versión Mexicana Rev Inst Nal Enf Resp Mex. Vol. 22 num 2 Abril-Junio 2012*.
- 14.-Richaud MC, Lemos M, Mesurado B. Relaciones entre la percepción que tienen los niños de los estilos de relación y empatía de los padres y la conducta prosocial en la niñez media y tardía. *Avances en psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia) / Vol.29(2)/pp.330-343/2011*.
- 15.-Betancourt D, Andrade P. Escala de percepción del control parental de niños. *Inv Univ Multidisciplinaria- año 6 no 6 Diciembre 2007*.
- 16.-De la Iglesia G, Ongarato P, Fernández M. Propiedades Psicométricas de una Escala de Estilos Parentales e Inconsistencia Parental Percibida (EPIPP). *Evaluar*, 10 (2010), 32-52.
- 17.-Richaud MC. La percepción de estilos de relación con su padre u madre en niños y niñas de 8 a 12 años. *RIDEP No. 23 Vol. 1 2007-63-81*
- 18.--Aguilar MJ, Carolina M, Urquijo S. Estilos de percepción de la relación parental y afrontamiento en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner. *Anales de psicología*, vol. 27 núm. 3, octubre, 2011, pp.745-749.

- 19.-Ponce ER, Gómez FJ, Terán M, Irigoyen AE, Landgrave S. Validez de Constructo del Cuestionario FACES III en español. Aten primaria 2002 diciembre. 30(10):624-630.
- 20.- Rodríguez A, López J, Kanán EG, Villalón S, Caballero P, Medellín M, et al. El sistema Familiar y el niño alérgico. Apuntes sobre el papel del síntoma en el funcionamiento familiar. Rev Alerg Mex 2009; 56(6):217-22.
- 21.-Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III ¿Modelo de dos o tres factores? Escritos de Psicología, Vol 3, no 2 pp.30-36.
- 22.-Suárez L, Huerta JG, del Olmo H. Aspectos psicológicos del Asma. Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas. Vol.19, núm.1 enero-abril 2010 pp.18-22.
- 23.- Pérez L, Mercado M X, Espiosa I M. Percepción Familiar de la Enfermedad Crónica. www.iztacala.unam.mx/carreras/psicología/psiclin 14, (4) ,2011.
- 24.-Rodríguez AR, Kanán G, Vázquez M E, León A, Barbosa C E, Tejeda R G. Perfil Organizativo-Funcional de la Familia nuclear psicósomática con un hijo asmático. Salud mental 2008; 31: 63-68.
- 25.-Rodríguez A R, López J, Kanán E G, Villalón S, Caballero P, Medellín M, et al. El Sistema Familiar y el niño alérgico. Apuntes sobre el papel del sistema en el funcionamiento familiar. Rev. Alerg. Mex. 2009; 56(2): 217-22

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION

Escala Argentina de Percepción de la relación con los padres para niños de 8 a 12 años (Madre)

Nombre y Apellido: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Escuela: _____ Grado: _____

INSTRUCCIONES

Cada una de las siguientes oraciones describen actitudes que tu **mamá** puede tener hacia ti.

Leé cada frase con atención: Marca con una cruz, en la columna correspondiente, en cuánto se parece el enunciado de la frase a cómo actúa ella.

Si tu mamá actúa de acuerdo a la frase: colocá una cruz en el casillero de la columna **SIEMPRE**. Si tu mamá actúa algunas veces de acuerdo a la frase: colocá una cruz en el casillero de la columna **A VECES** Si tu mamá nunca actúa de acuerdo a la frase: colocá una cruz en el casillero de la columna **NUNCA**

		SIEMPRE (3)	A VECES (2)	NUNCA (1)
1	A mi mamá le gusta hablar y estar conmigo la mayor parte del tiempo.			
2	Mi mamá controla que llegue a casa a horario.			
3	Mi mamá me dice que me quiere mucho.			
4	Mi mamá siempre quiere saber todo el tiempo dónde estoy y lo que hago.			
5	Mi mamá decide con qué amigos puedo juntarme.			
6	Mi mamá se preocupa poco si yo me porto mal.			
7	Mi mamá me deja salir todas las veces que yo quiera.			
8	Mi mamá me hace sentir la persona más importante de su vida.			
9	Mi mamá se mete en mis cosas.			
10	Mi mamá cree que castigándome va a corregir mi mal comportamiento.			

11	Mi mamá siempre escucha lo que yo opino y pienso.			
12	Mi mamá está siempre pendiente de lo que yo hago en la escuela y en el tiempo libre.			
13	Mi mamá siempre me dice las cosas que hace por mí, me echa en cara todo lo que tiene que hacer por mi culpa.			
14	Mi mamá quiere controlar todo lo que yo haga.			
15	Mi mamá le importa cuando hago algo que no debo.			
16	Mi mamá me deja hacer lo que yo quiero.			
17	Mi mamá me protege cuando tengo miedo.			
18	Mi mamá insiste que tengo que hacer todo lo que me dice.			
19	Mi mamá me castiga cuando no le hago caso.			
20	Mi mamá a menudo tiene largas charlas conmigo sobre el porqué de las cosas.			
21	Mi mamá me dice que, si realmente la quiero, me tengo que portar bien para no amargarle la vida,			
22	Mi mamá insiste en que haga mis tareas.			
23	Si insisto, mi mamá afloja y puedo quedarme levantado hasta más tarde los días de semana.			
24	Mi mamá dice que portarse mal es muy grave y puedo tener problemas cuando sea grande.			
25	Mi mamá, si hago algo que le duele, deja de hablarme hasta que me disculpe.			
26	Mi mamá se muestra orgullosa de lo que yo hago.			
27	Mi mamá quiere que me quede en casa para saber lo que yo hago.			
28	Mi mamá hace que yo cumpla lo que me manda.			
29	A mi mamá le interesa lo que yo hago.			
30	Mi mamá, cuando fallo en algo, no quiere saber nada conmigo hasta que yo encuentro la forma de contentarme con ella.			
31	Mi mamá me deja ir a jugar cuando quiero.			
32	Mi mamá, cuando me porto mal, se preocupa porque voy a sufrir las consecuencias cuando sea grande.			

FACES III

1 nunca 2 casi nunca 3 algunas veces 4 casi siempre 5 siempre

DESCRIBA A SU FAMILIA:

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



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

ESTILOS DE RELACIÓN EN PACIENTES ASMÁTICOS Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Nombre del estudio:	
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 66 APODACA NUEVO LOEON MAYO 2014
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	NO SE CUENTA CON PUBLICACIONES SUFICIENTES SOBRE ESTE TEMA EN MÉXICO MOTIVO POR EL CUAL CONSIDERAMOS DE VITAL IMPORTANCIA INICIAR UNA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN DE DICHO TEMA.
Procedimientos:	SE APLICARA UNA ENTREVISTA PARA OBTENERN LOS ESTILOS DE RELACIÓN PARENTAL Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR
Posibles riesgos y molestias:	NO APLICA
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	INFORMACION DE LOS NIÑOS CON ASMA BRONQUIAL QUE EL MEDICO DE PRIMER CONTACTO UTILICE COMO HERRAMIENTA PARA QUE ESTOS NIÑOS Y SU FAMILIAS LLEVEN UNA VIDA LO MÁS FUNCIONAL POSIBLE, DETECTANDO LA SOBREPOTECCIÓN HACIA EL NIÑO ENFERMO.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS PRUEBAS ESTADÍSTICAS SERAN INFORMATIVOS PARA APLICAR LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA FACILITAR EL CONOCIMIENTO SOBRE EL ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES COMO PARTE DE SU TRATAMIENTO INTEGRAL. SE DARAN A CONOCER LOS RESULTADOS DE ESTA INVESTIGACION EN SESIONES ACADEMICAS Y SE PUBLICARA EN CASO DE SER SOLICITADO.
Participación o retiro:	LA PARTICIPACION SE LLEVARA A CABO DE MANERA VOLUNTARIA DE IGUAL MANERA SE PODRA BFRETIRAR DEL ESTUDIO EN EL MOMENTO EN QUE EL PARTICIPANTE ASI LO DECIDA SIN TEMOR A REPRESALIAS.
Privacidad y confidencialidad:	LOS DATOS PERSONALES QUE SE RECABAN EN EL ESTUDIO SON CONFIDENCIALES Y SOLO SE PUBLICARAN CON FINES ESTADUÍSTICOS RESPALDADOS POR LO S PRINCIPIOS ETICOS EN LA DECLARACION DE HELSINSKI
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	NO APLICA
Beneficios al término del estudio:	MEJORAR LA ATENCION INTEGRAL EN PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL.

En caso de colección de material biológico (si aplica)

- No autorizo que se tome la muestra.
 Si autorizo que se me tome la muestra solo para este estudio.
 Si autorizo que se me tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

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

Investigador Responsable:

DRA. HILDA GUADALUPE GUZMÁN VILLASANA

Colaboradores:

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 Congressos, 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

Resumen Final

Introducción: Funcionalidad Familiar es la capacidad del sistema familiar para cumplir sus funciones, enfrentar y superar las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Conocer el estilo de relación parental es importante ya que los padres en ocasiones pueden caer en una protección excesiva hacia su hijo(a) enfermo(a), lo que puede influir en el desarrollo de habilidades sociales y en su autoestima, las malas relaciones, caracterizadas por el control patológico de ambos padres o familias con baja aceptación pueden ejercer un control agresivo y rechazante o infundir ansiedad persistente en el niño.

Objetivo: Identificar los estilos de relación y funcionalidad familiar en pacientes asmáticos en edad pediátrica.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional para determinar los estilos de relación en pacientes asmáticos y funcionalidad familiar, por lo que a través de una muestra por conveniencia se estudiaron 60 niños con asma bronquial en edades de 8 a 12 años derechohabientes que acudieron a la consulta de la unidad de medicina familiar número 66 de Apodaca N.L. se les aplicó La escala Argentina de Percepción de la Relación con los Padres para conocer el estilo de relación parental y el FACES III para evaluar Adaptabilidad y Cohesión Familiar.

Resultados: De los 60 niños estudiados se encontró que el 59% el estilo de relación parental que perciben hacia sus padres es de control estricto no patológico pero menos aceptado, prevaleciendo el mismo estilo de relación que perciben hacia la madre en un 71%, siendo éste un estilo limítrofe de relación parental. De la aplicación del FACES III se obtuvo que el 47% de las familias se encuentran en el rango medio o moderadamente disfuncional, en base a la cohesión el 35% es semirelacionada y en cuanto a la adaptabilidad 53% es caótica siendo el tipo de familia semirelacionada y caótica (22%) la que se observó con mayor frecuencia.

Conclusión: Se concluyó que el estilo de relación parental que prevalece en los niños con asma hacia sus padres es un estilo limítrofe (control estricto no patológico pero menos aceptado), encontrándose disfuncionalidad familiar en el mayor porcentaje de las familias.