

11226
2ej
181



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Unidad de Medicina Familiar No. 21

DINAMICA FAMILIAR EN EL NIÑO
ASMATICO

T E S I S

PARA OBTENER EL POSTGRADO EN LA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA. ANA ESTELA MIRANDA MARTINEZ



México, D. F.



1984



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.

I N D I C E

	Pág
Introducción	1
Antecedentes Científicos	2
Planteamiento del Problema	27
Objetivos	28
Hipótesis	29
Material y Métodos	30
Resultados	37
Conclusiones	55
Bibliografía	58

INTRODUCCION

La génesis multifactorial del asma ha dificultado la creación de un criterio uniforme en los planes de estudio y manejo de las familias de los pacientes asmáticos.

Por otra parte, los casos rebeldes al tratamiento, con recaídas frecuentes y múltiples hospitalizaciones constituyen problemas de difícil solución debido a las alteraciones psicológicas que repercuten tanto en la dinámica de la familia como en la escuela y la sociedad.

La crisis de asma, cualquiera que sea su origen, es una experiencia angustiante para el paciente y sus familiares.

La respuesta de los individuos ante la angustia, varía según su temperamento, las circunstancias que lo rodean y los patrones conductuales prevalentes dentro de su ambiente sociofamiliar.

Este estudio tiene por objeto hacer hincapié en la magnitud de los factores psicológico, ambiental y principalmente familiar, como coadyuvantes en la aparición del asma, y, como apoyo para el Médico Familiar en el manejo del niño asmático como entidad bio-psico-social.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Desde épocas remotas aparece en la literatura médica el término de Asthma, la palabra deriva del griego y traduce un estado "jadeante o anhelante".

Areteo, contemporáneo de Galeno (300 años A.C.) fue el primero que describió con acierto un acceso de asma, que quedó como un dato histórico de carácter clásico.

Thomas Willis, a fines del siglo XVII, afirma que el asma es una enfermedad y la divide en dos fases: Neumónica y Convulsiva, la primera debida a obstrucción bronquial por secreciones y la segunda, por contracción de las fibras musculares de los bronquios, diafragma y otros músculos del tórax.

En 1668, Sir John Fleyer publica su libro sobre asma y acepta dos formas clínicas parecidas a las de Willis: el asma Continua (Neumónica) y el asma Periódica (Convulsiva).

Reisseisen, en 1822, lanzó la teoría del broncoespasmo, logrando un gran avance en cuanto al tema.

En 1910, Aver y Lewis realizaron una serie de experimen--

tos en ratones de laboratorio muertos por choque anafiláctico, notando distensión pulmonar por broncoespasmo; por esta época, Meltezen deduce que los fenómenos por anafilaxia están en relación directa con la patogenia del asma.

Noen, en Inglaterra, y Cooke, Schless y Walter en los Estados Unidos comenzaron a utilizar pruebas cutáneas con sustancias proteicas.²

Aunque algunos autores antiguos daban preferencia a la génesis infecciosa del asma, hace 150 años que Laënnec ya mencionaba el "asma nerviosa", basándose en el estudio de historias-clínicas.

Posteriormente también otros autores subrayaban una y otra vez el componente psicológico de la afección, evocado por términos como neurosis vagal, y que implica procesos de regulación centrales, a nivel del diencéfalo, con acción sobre los sistemas endócrino y nervioso autónomo.⁴

A pesar de haberse descrito el asma desde la más remota antigüedad y de los avances notables en el conocimiento de su etiología, patogenia, métodos de diagnóstico y tratamiento, la enfermedad sigue constituyendo en estos días un problema médico, que en ocasiones es difícil de resolver.

El Asma es un padecimiento recurrente de las vías aéreas periféricas, caracterizado por grados variables de insuficien-

cia respiratoria debidos a obstrucción bronquial. La causa primordial es hiperreactividad bronquial con respuesta exagerada a estímulos inmunológicos y no inmunológicos, que cede espontáneamente o con el uso de medicamentos.^{3,10,18}

El asma en el niño, es un padecimiento multifactorial, de tipo crónico y recurrente, que puede presentarse en cualquier época del desarrollo. Esta característica le da ciertas peculiaridades clínicas que han confundido al médico quien lo designa de diferentes maneras: bronquitis asmática, bronquiolitis recurrente, bronquitis obstructiva reversible, bronquitis con componente espasmódico, etc.

Las diferentes formas de expresión clínica están íntimamente relacionadas con el grado de hipersensibilidad, con el crecimiento y desarrollo del niño y con la factibilidad de exposición a los diversos agentes etiopatogénicos; se podría considerar que el enfermo asmático tiene una personalidad biológica diferente al resto de la población.^{1,3}

Se han realizado estudios para determinar si existe relación entre la frecuencia de crisis de asma y el nivel socioeconómico del que proceden, no siendo concluyentes, ya que se ve que existe prevalencia en familias de clase media y alta, con padres profesionistas y capacitados, mientras que en otros estudios, fue más frecuente en familias de medio socioeconómico-bajo. El tamaño de la familia, orden de nacimiento y lugar de

residencia no pareció ejercer ningún efecto significativo.^{1,8,15}

Existe controversia en cuanto a si los factores como historia familiar de atopia, edad de inicio, severidad del asma, tipo y duración de la enfermedad, presencia o ausencia de - - otras enfermedades, aspectos sociales y ambientales, personalidad del niño y conducta familiar, tienen efecto directo en la historia natural de dicho padecimiento. Aunque muchos estudios longitudinales han sido publicados con este propósito, -- las conclusiones son difíciles de interpretar por los diferentes criterios clínicos utilizados en definir el asma, la naturaleza retrospectiva de algunas revisiones y, la gran variedad de observaciones actuales.¹⁵

INCIDENCIA

En Norteamérica se estima que de 1 a 3% de la población general padece asma, pero en menores de 15 años se incrementa hasta un 5 y 15%. Muchas veces se presenta con carácter de urgencia en los menores de un año; 20 a 30% de los casos comienzan hacia los 2 años, la mayoría antes de los 5. En la mayor parte de las publicaciones se considera que 25% de los niños con bronquitis evolucionan hacia asma.^{10,14,18} Parece que el asma tiene un aspecto evolutivo peculiar, ya que más de la tercera parte de los asmáticos infantiles se vuelven asintomáticos a los 15 años.^{4,6,14}

ASPECTOS CLINICOS Y FISIOPATOLOGICOS

Independientemente del factor desencadenante de la crisis asmática, tres son las alteraciones más importantes que se observan a nivel bronquial y que nos explican la sintomatología: broncoespasmo, edema e hipersecreción. Desde el punto de vista fisiopatológico se traducen por un aumento en la resistencia al flujo de las vías aéreas y clínicamente por crisis de disnea paroxística de predominio nocturno, que se acompaña de insuficiencia respiratoria, tos y sibilancias.

En términos generales se puede señalar que durante el período de la lactancia y la etapa preescolar son las infecciones virales de las vías aéreas superiores la causa más frecuente que desencadena la crisis, por lo que se acompañan de fiebre sin ataque al estado general. En el niño escolar predomina el factor alérgico y en el adolescente el factor emocional, principalmente en aquellos pacientes que se desarrollan en un ambiente con alteraciones en la dinámica familiar.^{3,9,10,11,12,18}

El asma durante la edad pediátrica es de etiología multifactorial, en la que se van agregando factores conforme se va desarrollando el niño. Los pacientes más difíciles de controlar son aquéllos que además de presentar infección persistente de las vías aéreas superiores (sinusitis y amigdalitis crónicas), presentan factor alérgico y en los cuales se agrega pro-

blema emocional por tener una enfermedad crónica que los invalida desde el punto de vista físico y mental. En la mayoría de los casos se demuestra gran hiperreactividad bronquial tanto con el ejercicio como con los cambios climatológicos, lo que hace más difícil el control del paciente.^{3,18}

CLASIFICACION ETIOPATOGENICA DEL ASMA

1. Factores Inmunológicos.

- a) Asma alérgica Tipo I o por hipersensibilidad inmediata⁺
- b) Asma tipo III o por complejos Inmunes⁺⁺

2. Factores no Inmunológicos.

- a) Asma Infecciosa⁺
- b) Asma Emocional⁺
- c) Asma por Ejercicio⁺
- d) Asma por cambios climatológicos (frío, humedad, etc.)⁺
- e) Asma por aspirina o analgésicos no esteroides⁺⁺⁺
- f) Asma por polvos o agentes irritantes⁺⁺⁺

+ Frecuente
 ++ Poco frecuente
 +++ Rara

En el asma Tipo I, generalmente hay antecedentes de atopia familiar o personal, frecuentemente se acompaña de rinitis

alérgica. La respuesta al contacto con el alérgeno es inmediata, se presenta como máximo de 20 a 30 minutos y suele desaparecer espontáneamente o con tratamiento, antes de 24 horas.

El asma Tipo III es poco frecuente en los niños, y en los adultos está casi siempre relacionada con su ocupación o trabajo; es producida por complejos inmunes, no hay antecedentes de atopia familiar o personal, el cuadro clínico se inicia 4 a 6 horas después del contacto con el alérgeno, alcanza su máxima intensidad a las 8 horas y tiende a resolverse en 24 a 36 horas.

Con respecto a los factores no inmunológicos no se tiene una explicación clara, pero se cree es por un desequilibrio -- del sistema nervioso autónomo con predominio del parasimpático, que origina alteraciones neuroendócrinas y farmacológicas produciéndose un aumento relativo del guanosin-monofosfato o una disminución del adenosin cíclico intracelulares.⁹

COMPLICACIONES

Insuficiencia cardíaca, Bronconeumonía; son excepcionales el Neumotórax, Neumomediastino y la Atelectasia Pulmonar masiva.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

En el lactante debe hacerse con Bronquiolitis, alergia a las proteínas de la leche, mucoviscidosis, alteraciones en la mecánica de la deglución, malformaciones congénitas y raramente con compresiones extrínsecas de las vías aéreas. En la etapa preescolar y escolar con cuerpos extraños en tráquea o bronquios, Neumonía eosinofílica secundaria a parasitosis, y con menos frecuencia con mucoviscidosis y deficiencia de 1-alfa-antitripsina.

TRATAMIENTO

Manejo de la fase Aguda: Adrenalina, Salbutamol, Aminofilina o Hidrocortisona, de acuerdo a la gravedad del padecimiento, además de medidas generales y uso de medicamentos no broncodilatadores.

Manejo de la fase Crónica: Debe valorarse integralmente para reconocer la importancia de todos y cada uno de los factores que están involucrados con el objeto de dar un enfoque multidisciplinario en el manejo. Se debe tomar en cuenta tres aspectos fundamentales:

1. Tratamiento específico. Modificar el medio ambiente del hogar para evitar el contacto con posibles agentes alérgicos; hiposensibilización cuando se ha identificado el alérgico

no; erradicación de focos infecciosos, pues actúan como factores desencadenantes de las crisis, y Psicoterapia Familiar en los que se demuestre alteraciones emocionales que interfieren en el control del padecimiento.

2. Tratamiento Sintomático. Se sugiere la asociación de aminofilina y salbutamol por su acción sinérgica, durante la crisis y hasta una semana después de controlada la misma. El cromoglicato de sodio y el Ketotifeno se usan como profilácticos en el asma con factor alérgico y por ejercicio.

3. Tratamiento de Sostén. Con pláticas de orientación educativa a los miembros de la familia del niño asmático que suministran información respecto a la enfermedad y llenan esa falta de comunicación existente entre el médico, el paciente y los padres de éste, situación que limita su participación en el control del padecimiento.^{3,8,9,10,11,12,18}

ASPECTOS PSICOSOMATICOS DEL ASMA INFANTIL

Hay enfermedades cuya aparición y evolución dependen en gran parte de los factores psicológicos y conflictivos, pudiendo actuar éstos últimos como factores predisponentes, concomitantes, precipitantes y también como factores de mantenimiento de los trastornos psicosomáticos. Entre los factores predisponentes resaltan las particulares estructuras psíquicas del niño o de la madre (alteraciones psicosomáticas o relacionadas con el funcionamiento corporal). Entre los factores de mantenimiento se pueden citar: la forma de reactividad, manifestada desde el nacimiento, determinados comportamientos de la familia y los conflictos que fijan las reacciones del niño en un nivel somático.

La incidencia y la epidemiología de las enfermedades psicosomáticas no se conoce bien. Según Pless y Roghmann, un niño de cada diez sufre una enfermedad crónica antes de la edad de diez años, entre ellas, el asma es la más frecuente.

Con respecto a la importancia de la relación madre-hijo, para Spitz y Soulé, el modo de comunicación entre madre-hijo tiene un papel determinante. Ocurre que la madre emite señales contradictorias poniendo al niño en una situación de neurosis experimental.

Es de suma importancia el conocer el fantasma de pertenencia del cuerpo del niño al de la madre (fantasía de ella). -- Cuando se estudian las alteraciones psicósomáticas del niño, -- más impresión causa la influencia que tiene este fantasma de -- simbiosis corporal, que permite a la madre descargar a nivel -- del cuerpo de su hijo angustias, presiones y afectos que a -- duras penas puede ella contener en su propio cuerpo. Este fenómeno explica que a menudo la resolución del síntoma en el niño sea inmediatamente seguido por la aparición de síntomas parecidos en la madre.

La patología no concierne a un solo individuo, sino que -- es el resultado de la interacción de diferentes miembros de la -- familia, quienes escogiendo al niño como receptáculo de los -- conflictos familiares refuerzan en él, actitudes agresivas que se acompañan de somatizaciones. 10,14

Algunos autores consideran que el asma sería el resultado de una interacción particular entre el niño y los padres, dado que existen factores emocionales interpersonales y otros que -- provienen del medio ambiente que lo rodea.

Según Sperling, si aumenta el número de casos de asma hacia los 2-3 años de edad, es precisamente porque el proceso de independencia en relación con la madre alcanza su punto crucial en esa edad. Con frecuencia el asma se repite en las 3 -- generaciones: abuela, madre e hijo. A pesar de que esto puede

indicar predisposición hereditaria, hay que tener en cuenta a los fenómenos de identificación entre la madre y el niño, existiendo además una especie de contacto psíquico que termina por reproducir en el niño ciertos problemas inhibidos en la madre.¹⁴

El componente psíquico del asma infantil fue reconocido - hace ya mucho tiempo, incluso hubo una época en que fue considerado factor esencial; sea cual sea su etiología, el medio ambiente tiene un papel fundamental, puesto que las crisis de asma aparecen a menudo después de un traumatismo afectivo, y posteriormente el niño sufre sus crisis en condiciones bien determinadas: en presencia o no de una misma persona, en igual lugar o circunstancia, sin que nada de esto tenga que ver directamente con el alérgeno.⁶

Cuando se analizan los factores desencadenantes de la enfermedad puede apreciarse que los elementos somáticos y emocionales se imbrican en casi todas las ocasiones, como consecuencia de que el desarrollo orgánico y el psicológico siguen un curso paralelo, con relaciones múltiples, de modo que lo que afecta a uno repercute sobre el otro.

Es un hecho que la constitución alérgica influye en la descendencia, especialmente cuando ambos progenitores sufren padecimientos por sensibilización espontánea y gradualmente se asocia con ambiente psicosocial adverso, para ejemplificar lo anterior, se ha observado en muchas ocasiones que antes de ser

engendrado el producto, ya se ha gestado un rechazo, fundamentalmente materno, que se acentúa durante el embarazo; este impacto puede comprobarse mediante el estudio social orientado a la valoración de actitudes maternas. La aparición de algunas manifestaciones alérgicas se relaciona frecuentemente al destete precoz, como ocurre con la dermatitis atópica, por privación del afecto materno; es decir, si se rompe la comunicación entre la madre y el niño, se evita que al mamar tenga la sensación de apoyo al estar en contacto directo con la madre; sin la protección de la madre o sustituto, el niño es incapaz de hacer frente al mundo exterior en su proceso de emancipación, siendo un rasgo característico de los enfermos asmáticos la dependencia materna represiva. La pérdida de la madre puede vivenciarla como un choque, según nos demuestra el traumatismo que supone para un niño el estar hospitalizado y separado de su madre,^{7,14} encontrando como otro rasgo la regresión a la fase oral y anal del desarrollo.

A medida que el niño crece es mayor el número de agentes sensibilizantes con los que tiene contacto: polvo casero, pólenes, hongos atmosféricos, caspas humana y de animales, etc., que pueden condicionar la aparición de síntomas alérgicos.

Al lado de los casos típicamente inmunológicos, hay otros en donde el paciente sufre síntomas ante una exposición simultánea a alérgenos, por ejemplo, cuadros de asma al ver polvaredas en una pantalla de televisión o cine, que pudiera interpretar-

se como la respuesta a estímulos psicológicos, de un órgano enfermo. Cabe preguntarse pues, en que medida las pesadillas de encadenan las frecuentes crisis nocturnas de asma, ya que el mundo de los fantasmas desempeña un papel capital en la percepción del cuerpo, irreal y mágico aunque tiene de sí mismo el niño asmático angustiado.^{4,13,15}

Llama la atención el hecho de que los niños sean alérgicos precisamente a sus animales preferidos como el caballo, el gato o el perro, lo cual denota problemas de índole psicoterapéutica. Por otro lado, el desarrollo del niño sufre cambios - constantes, incluso por lo que se refiere a sus mecanismos de defensa. Esto acaso explique porque un tercio, más o menos, de los niños se cura definitivamente del asma - con o sin tratamiento - durante la pubertad.

La presencia de un factor psicogenético en el asma infantil ha sido siempre señalada por clínicos experimentados, no obstante se duda que exista un asma puramente psicógena.^{4,12,15,20} Se supone que debido a las frecuentes infecciones durante la infancia, se produce una sensibilización clínicamente muda que constituye la base sobre la que luego un choque emocional o una situación conflictiva provocan la primera crisis asmática.

En los primeros años del desarrollo, todo niño está expuesto a tensiones conflictivas, que marcarán más tarde sus relaciones con los padres, quienes constituyen su principal modelo de conducta.

Es un hecho que la manifestación del asma en el niño pequeño en muchas ocasiones se desencadenan con los celos que siente con motivo del nacimiento de un hermanito.⁴

La ansiedad es un problema psicossomático central, especialmente la que padece el niño asmático. Según Freud, el modo primario del niño es el temor, desde su nacimiento, de perder a su madre. Clínicamente, por la estrechez del árbol bronquial, se produce disnea, que constituye una amenaza vital y crea por ende, ansiedad existencial.

Observaciones clínicas indican que niños con enfermedad crónica están propensos a stress inusitado físico, social y emocional durante el desarrollo, lo que puede llevar a reacciones de ansiedad en muchos de estos pacientes. La dificultad respiratoria va acompañada de miedo. Los ataques de asma no sólo son traumáticos, además interfieren en las actividades normales como la escuela, actividades atléticas y papel social.

El niño asmático es algunas veces visto con antipatía por otros niños y con frecuencia es incapaz de participar satisfactoriamente en las actividades de la niñez. Por otra parte, los medicamentos utilizados para su manejo en ocasiones tienen efectos colaterales por lo que éstas y otras circunstancias en la vida del niño crónicamente enfermo pueden estar asociadas con ansiedad, depresión, desesperación, pavor, ira y sentimientos de inferioridad condicionándole un pobre concepto de sí --

mismo, demostrando al mismo tiempo agresión latente; es un niño egocéntrico, muy inteligente para su edad, raramente ordenado y limpio, incapaz de tolerar la frustración, supersensitivo, muy demandante e inhibido en la expresión de sentimientos; tiene carácter compulsivo, temeridad, irritabilidad y tendencia a argumentar. 6,7,12,13,16,20

La ansiedad puede ser una consecuencia de desesperanza y depresión que resulta de una forma frustrada sobre el control de la enfermedad, miedo al aislamiento y no aceptación social y las limitaciones para llevar una vida normal.

Existen factores psicosociales que juegan un papel importante para el manejo del asma crónica, que incluyen ciertas actitudes acerca de la enfermedad y su manejo, como optimismo o pesimismo, factores conductuales como el apearse al tratamiento, situación social y familiar, el conocimiento que se tenga de la enfermedad y su cuidado. Si el médico no es cuidadoso en diferenciar entre estos factores y desconoce el papel que cada uno juega, no logrará un manejo adecuado de la enfermedad, lo cual condicionará más ansiedad en el paciente y en sus padres. 7,19,20

Las agresiones reprimidas del niño asmático se descargan contra sí mismo, con una tendencia inconciente a la autodes-trucción.

La unión con la madre y la separación de ella desempeña un papel capital en el niño pequeño, quien, ante la angustia de ser abandonado, se da por perdido. Las agresiones del niño también se dirigen hacia el exterior, es decir, contra todas las personas que ponen en peligro la simbiosis con la madre, principalmente los hermanos, quienes viven a la sombra del niño enfermo y preferido y tienen que soportar el peso de la enfermedad en el seno de la familia. Es importante reconocer este hecho, ya que, después de curarse el niño, uno de los hermanos podría contraer la misma afección con objeto de ganarse -- por este método la atención de la madre y los demás. El papel del padre es pasivo y débil y a veces puede asumir la función simbiótica de la madre.^{4,10}

Al llegar a la edad escolar, cambia la situación, el asma provoca un retraso en el desarrollo corporal¹⁵ y, por ende, -- una menor resistencia física. Esto hace que se aconseje diferir el ingreso en la escuela. Necesita una atención especial y respeto por su afección cuando no puede hacer frente a las exigencias del programa escolar, pero no deberá ser mimado ni dispensado de ciertas obligaciones, ya que de por sí, es causa importante del ausentismo escolar.^{12,17} Muchos niños intentan resolver por sí mismos, motivados por el amor propio, los problemas escolares originados por su enfermedad.⁴

En un estudio realizado por Parcel y Cols. en Galveston, encontró que los niños asmáticos tuvieron un promedio de ausen

tismo escolar de 8.4% días, mientras que los niños no asmáticos fue de 5.9% ($P < 0.001$) lo cual es significativo. Además, - en los niños mayores, el ausentismo disminuía. Por otra parte, realizó un cuestionario a las madres de los pacientes con el fin de observar la percepción de severidad de la enfermedad, - encontrando que las madres que consideraban "severo" el padecimiento de su hijo, eran los niños que tenían mayor frecuencia de ausentismo escolar. Concluye que si los medicamentos se administran en la escuela y se capacitara a los niños y maestros, podría reducirse la ausencia escolar debida al asma.¹⁷

Se han realizado encuestas para valorar las actitudes maternas y una serie de dibujos que realiza el niño, a quien se le pide dibuje: una casa (concepción del hogar); un árbol (concepto de autoridad); una figura humana seguida de otro dibujo de figura humana (identificación del paciente consigo mismo y con sus progenitores), y un animal (identificación consigo mismo). En los niños asmáticos se observa con frecuencia una casa sin ventanas o ventanas pequeñas (¿falta de aire?), puerta pequeña, cerrada (¿privación de libertad?), sin chimenea, sin humo (¿falta de afecto?), sin vida exterior (salvo cuando hay gran fantasía); raíces en el árbol, nudos en el tronco (¿conflictos con la autoridad?); rechazo a la figura materna o ambos, identificación con animales agresivos (¿agresividad?). - En general, los dibujos son pequeños, trazados débilmente sobre el papel, con numerosos borrarientos y apoyados sobre una-

línea o en el borde del papel (¿inseguridad?).

Las encuestas maternas revelan rechazo, actitud dominante y utilización del paciente como instrumento de dominio.¹³

Existen numerosas conductas maternas en esta enfermedad, Biermann coincide con otros autores, que se dan fundamentalmente dos tipos de madres. Uno de ellos es la madre protectora, quien, sobre todo si es de constitución obesa, reduce con su sola presencia el espacio que el niño necesita para respirar e impide consciente o inconscientemente, acaso boicoteando las medidas terapéuticas, su curación y la emancipación que ello supone. A la madre dominante y sobreprotectora se le opone la fría y fanática de la limpieza, que rechaza a su hijo. Este tipo de madre es capaz de leer una revista, sentada junto a la cama de su hijo, mientras la ambulancia está en camino para conducir al pequeño a la clínica. Dado su perfeccionismo, estas madres suelen seguir correctamente todas las instrucciones relativas al tratamiento de su hijo.

Existen también numerosos niños asmáticos que viven en un ambiente familiar normal. Es natural que sus madres se sientan angustiadas cuando una crisis parece poner en peligro la vida del niño. Pero sobre este terreno se instauran todos los mecanismos neuróticos secundarios que con el tiempo marcan inevitablemente el ambiente familiar patógeno en torno al niño asmático y enfermo crónico y que provocan en la madre el compor-

tamiento neurótico que se le reprocha.⁴

Con respecto a la familia, se observa que los padres de los pacientes asmáticos crónicos tienden a ser muy dependientes de los médicos.^{16, 19} Frecuentemente imaginan que el médico es una persona poderosa que posee ciertas cualidades mágicas que podrán curar a su hijo, y tienden a dejar mucha responsabilidad para su cuidado al médico.

La repetición de los cuadros de asma hace que los padres tomen una actitud sobreprotectora (aún cuando en el fondo puede ser rechazante) y limiten las actividades de los niños, los priven de los juegos para que no se "agiten", les evitan salir para que no sufran enfriamiento; se les abriga en exceso; no se les baña; se les suprime en la dieta determinados alimentos porque al parecer les hace daño. Muchas de estas indicaciones pueden estar complementadas por el médico: la casa debe estar perfectamente limpia, lo más libre de polvo posible, los animales domésticos sacados, un programa de desensibilización es recomendado para disminuir la alergia a los pólenes, las relaciones con su grupo de amigos y actividades extracurriculares son cortadas, se recomienda que deje deportes competitivos, incluyendo educación física en la escuela.^{12,13,16}

Este régimen tradicional afecta a la familia entera. Uno de los padres, usualmente la madre, comienza a sobreproteger al paciente y descuida las necesidades de los otros miembros -

de la familia, la sobreprotección ocurre a expensas de las relaciones maritales. Si la familia permanece intacta, se desarrollan conflictos y stress entre los padres y el paciente, lo que condiciona mal funcionamiento familiar.

La familia entera comienza a organizarse alrededor de las emergencias asociadas con los síntomas del paciente, con el fin de llevarlo al médico u hospital lo más pronto posible. Como resultado, el trabajo del padre se ve alterado y su futuro se ve comprometido. Las vacaciones y viajes comienzan con problemas significativos por la posibilidad de un ataque. Los padres raramente salen fuera por el miedo de que el paciente se enferme en su ausencia. Los otros miembros de la familia son descuidados y guardan sentimientos de odio hacia el paciente. En ocasiones, el niño es excluido de las actividades planeadas por los familiares. Todo esto va a condicionar que el niño desarrolle disminución de su autoestima y confianza, así como la imposibilidad para la solución de problemas, como resultado se aísla y sus relaciones interpersonales en la casa, escuela y comunidad están deterioradas.

Todo esto desencadena hostilidad en el paciente, que puede ser directa y abierta hacia quien lo priva de la libertad, o manifestada indirectamente desplazándose hacia otras personas que simbolizan la autoridad o aún a sí mismo.

Cuando la energía psíquica, generada como consecuencia de

diversas actitudes es bloqueada y se evita su liberación, se canaliza al sistema nervioso neurovegetativo, desencadenando síntomas diversos y entre ellos el cortejo sintomático del asma. Es frecuente que cuando el niño asmático está en situación conflictiva, presente la crisis, sea como expresión de agresión, para exigir más atención, o como mecanismo de defensa.¹³

El rol especial del paciente en la familia depende de la presencia de sus síntomas, el niño posee un tremendo poder de manipulación a través de ellos,^{14,16,19} y los padres se ven impedidos en su intento de fomentar la independencia o en disciplinar al niño, y se le dan privilegios especiales porque sus padres tienen miedo de ponerse contra él. El rol del paciente es el de miembro enfermo o portador de síntomas de la familia, y se descuidan los roles de los padres y el resto de familiares lo que condiciona la perpetuación de los síntomas.^{16,19} Estas familias se muestran frecuentemente como normales, sin problemas, excepto por la condición médica del paciente, niegan la necesidad de cambiar y existe un bajo umbral para los conflictos, existen diferencias de opinión y la autonomía de cada individuo es evitada o difusa y mantiene la cronicidad de conflictos no resueltos. La comunicación es defectuosa,¹⁰ perpetuando el stress y la tensión. Existe una fuerte alianza entre la madre y el niño mientras que el padre permanece aislado, enfadado y periférico. La tos aleja al padre y llama la aten-

ción a la madre y al resto de los familiares para la protección del niño.¹⁶

El paciente y la enfermedad son utilizados para mantener un sistema disfuncional como en el caso de conflictos conyugales de los padres ocultos o desviados por la enfermedad del niño.^{8,9} Los asmáticos crónicos, con cuadros severos y recaídas frecuentes a pesar de un manejo adecuado, frecuentemente mejoran después de separarlos de la familia, pero pueden recaer al regresarlos a casa. Estos niños con asma intratable, representan una alteración psicosomática en la cual la alteración alérgica primaria ha sido profundamente complicada por factores emocionales, especialmente conflictos crónicos no resueltos en la familia, que engendran stress que precipita ataques agudos y perpetúa la cronicidad de la enfermedad, estos niños constituyen el 10-12% de los casos.

Cuando la psicoterapia falla, el médico frecuentemente concluye que el paciente debe ser excluido de su familia para evitar las recaídas (Parentectomía).^{7,14,16,19} Los padres, impotentes, frustrados y desesperados con frecuencia aceptan esta resolución, que es nociva para el paciente y amplifica los sentimientos de desesperación e impotencia que se extiende a la familia entera. Además, al paciente le forma una imagen negativa de sí mismo, se percibe como defectuoso, enfermo e impotente, se vuelve un inválido que está lisiado por sus síntomas.

Ya que los síntomas del paciente ocurren dentro del contexto de su familia y son reforzados por la misma, es apropiado el considerar a la familia la unidad básica que requiere -- cambio, especialmente en su estructura y funcionamiento.

La Parentectomia, como ya se mencionó, es un proceso emocionalmente traumático y deteriorante para la familia y particularmente para el paciente, por lo cual no es la forma ideal de manejo. Liebman, Minuchin y Baker han desarrollado una terapia familiar en el manejo de los niños con asma, que se realiza en sesiones semanales y consta de tres fases:

1. El alivio de los síntomas para evitar que se utilice al paciente como una forma de desvío de los conflictos familiares, de esta manera habrá más libertad y flexibilidad para el cambio en la familia.

2. Identificar y cambiar los patrones familiares y del medio ambiente que tienden a exacerbar y perpetuar los síntomas.

3. Cambiar la estructura y funcionamiento del sistema familiar, con el fin de evitar la recurrencia de síntomas en el niño.

Es importante disminuir la dependencia paterna del médico, dando cada vez mayores responsabilidades para el manejo del niño a éstos, así como al propio paciente de acuerdo a su edad.

Una de las formas de cambiar la estructura familiar, es enseñando al paciente ejercicios respiratorios, en donde ambos padres deben ser participes, así disminuyen las coaliciones entre ellos mejorando las relaciones familiares. De esta manera se controlan los síntomas y se obtiene esperanza y optimismo, se desliga al paciente de los problemas maritales y se reintegra a su subsistema que lo prepara para sus actividades futuras.

Además se adiestra a los padres y familiares en el manejo de un ataque y se estimula para que salgan solos dejando al niño con otro familiar y disminuir su dependencia.

Al disminuir los síntomas del niño, los conflictos maritales ocultos deben resolverse para evitar recurrencias. ^{3,10,12,}
14,16,18 .

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el asma, como en la mayoría de las enfermedades crónicas, se producen alteraciones emocionales en la familia que interfieren en la dinámica de la misma. Es muy importante distinguir si estas alteraciones son producto de un equilibrio -- que se rompe por la enfermedad, o bien, si la dinámica de la familia ya estaba alterada por otras causas.

OBJETIVOS**GENERAL:**

**Estudiar la Dinámica Familiar y los Factores Emocionales-
en el niño asmático.**

INDIVIDUALES:

- a) **Detectar las alteraciones en la dinámica familiar del
niño asmático.**
- b) **Investigar si la disfunción familiar es factor predis
ponente o perpetuante de las crisis de asma.**

HIPOTESIS

Alternativa: En las familias de niños asmáticos existen alteraciones en la dinámica de la familia que perpetúan la presencia del padecimiento.

Nula: En las familias de niños asmáticos a pesar de que se presentan alteraciones en la dinámica de la familia, no se perpetúa la presencia del padecimiento.

MATERIAL Y METODOS

Esta investigación se llevó a cabo en la Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 y en los Servicios de Hospitalización, Urgencias y Consulta Externa Pediátricas del Hospital General de Zona No. 30 del I.M.S.S., Delegación No. 5 del Valle de México, durante el periodo comprendido del 1o. de mayo al 31 de diciembre de 1984.

Se estudiaron 25 familias de pacientes pediátricos portadores de Asma Bronquial, de ambos sexos, cuyas edades fluctuaron entre los 2 y 12 años, teniendo un padecimiento de más de 6 meses de evolución diagnosticado por clínica, laboratorio y o radiológicamente.

Se excluyeron pacientes con retraso mental, malformaciones congénitas, imposibilidad física y otras enfermedades crónicas e incapacitantes.

Se utilizó el método de Observación Directa por medio de la Entrevista personal y aplicación de un cuestionario tipo -- complemento en forma impresa, con preguntas abiertas y cerradas, que consta de dos secciones, la primera, que comprende de la pregunta 1 a la 15, para investigar las Funciones Familiares, y la segunda, de la pregunta 16 a la 30 para investigación del Factor Emocional, basados en el manual de la Clínica-

de Asma del Hospital de Pediatría del I.M.S.S., el Paradigma - de Maslow y las encuestas de Staudenmayer.^{3,5,14,15} Cada pregunta fue calificada con un valor de 1 a 3, dando mayor puntaje cuando la respuesta fue considerada como inadecuada y de esta forma obtener que funciones familiares estaban alteradas y que factores emocionales se encontraban presentes en cada familia.

El método estadístico empleado fue el Coeficiente de Correlación de Pearson, para demostrar la dependencia de los fenómenos estudiados, utilizando la fórmula: $r = \frac{\sum xy}{\sqrt{\sum x^2 \cdot \sum y^2}}$ en donde "x" fue cada una de las funciones familiares y "y" representó a los factores emocionales.

Además se utilizaron algunos elementos de estadística descriptiva como las Gráficas de Barras, Gráficas de Pastel, Cuadros, obtención de proporciones y Desviación Standard - - - -

$$S = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{n}}$$

Finalmente se elaboró un Familiograma de cada paciente, y se obsequió un Manual del Paciente Asmático a cada familia para proporcionar más información a los padres sobre el padecimiento.

A continuación se anexa el cuestionario elaborado para este estudio. La pregunta 1 evalúa la función de Socialización, la 2, 3 y 4 el Cuidado, de la 5 a la 9 el Afecto, la 10 y 11 -

la Reproducción, y de la 12 a la 15 el Status; 16 y 17 el factor Manipulación, 18 a 22 el Stress, 23 a 25 la Comunicación, 26 y 27 la Sobreprotección y 28 a 30 la Interferencia.

CUESTIONARIO

Fecha:

Domicilio y teléfono:

Edad de la madre:

Escolaridad:

Ocupación:

Edad del padre:

Escolaridad:

Ocupación:

Nombre del paciente:

Sexo:

Edad:

Escolaridad:

Evolución del asma:

1. ¿Su hijo (a) realiza alguna actividad extraescolar?

Si ()

No ()

Cuál?

2. ¿Quién se encarga de su hijo cuando está enfermo?

Padre ()

Madre ()

Ambos ()

Otros ()

Se queda solo ()

3. ¿Quién lleva al niño a la escuela?

Padre ()

Madre ()

Ambos ()

Otros ()

Se va solo ()

4. ¿Quién le da las medicinas a su hijo?

Padre ()

Madre ()

Ambos ()

Otros ()

Solo ()

5. Cuando el niño presenta una crisis de asma, Usted:

Lo regaña ()

Lo tranquiliza ()

Le pega ()

Lo ignora ()

6. Antes de salir de casa ¿se despide de su hijo?

Si ()

No ()

7. Si el comportamiento del niño es bueno, Ud:

Le da un regalo ()

Le da palabras de ánimo ()

Lo besa ()

Lo ignora ()

Lo abraza ()

8. Cuando el niño necesita estar hospitalizado, Ud:

- Se angustia y se queda a cuidarlo ()
 Lo encarga con otro familiar ()
 Se molesta ()
 Lo deja solo ()

9. Cuando acuesta a su hijo:

- Le cuenta cuentos () Ve que no necesite nada ()
 Le da un beso () Se va a dormir solo ()

10. ¿Utiliza algún método anticonceptivo?

- Si () No ()

11. Sus relaciones sexuales a partir de la enfermedad del niño - han sido:

- No ha habido cambios () Son ocasionales ()
 Son más frecuentes () Son nulas ()

12. Su hogar es:

- Casa propia () Vecindad ()
 Departamento () Otros () Especificar:

13. El ingreso mensual en su hogar es:

14. La información sobre la enfermedad de su hijo se la ha proporcionado:

- Médicos () Familiares o amigos ()
 Libros () Nadie ()

15. ¿A qué atribuye la enfermedad de su hijo?

- Cambios de temperatura () Herencia ()
 Alergia () Ignora ()
 Otros () Especificar:

16. ¿El niño utiliza su enfermedad para obtener lo que desea?
 Si () No ()
17. Con la enfermedad su hijo se ha vuelto:
 Berrinchudo () Aislado ()
 Agresivo () Sin cambio ()
 Temeroso () Otros () Especificar:
18. La enfermedad de su hijo le causa:
 Preocupación () Indiferencia ()
 Disgusto () Otros () Especificar:
19. Cuando la familia desea salir de paseo:
 Siempre llevan sus medicamentos ()
 Lo dejan con otros familiares ()
 No sale porque el niño puede tener un ataque ()
 No acostumbran salir ()
20. El último disgusto familiar se presentó:
 Posterior a la aparición de la crisis de asma ()
 Antes de que el niño presentara la crisis ()
 No hubo relación con la crisis asmática ()
21. ¿Existe alguna persona alcohólica en su familia?
 Si () No ()
 Sólo en caso afirmativo responder la siguiente pregunta.
22. El alcoholismo se presentaba:
 Antes de la enfermedad del niño ()
 Después de la enfermedad del niño ()
23. Cuando se presenta algún problema familiar:
 Lo discuten ambos padres () Se discute con otros familiares ()
 Lo discuten padres e hijos () No se habla del problema ()

24. ¿Ha hablado con su hijo respecto a su enfermedad?

Si ()

No ()

25. Cuando tiene un compromiso importante, Ud:

Le explica a su hijo que necesita salir ()

Encarga a su hijo con otro familiar ()

No asiste ()

Lo deja sólo sin darle explicaciones ()

26. ¿Cree que su hijo necesita de más cuidados por ser asmático?

Si ()

No ()

27. Desde que el niño está enfermo, Ud.:

Se angustia cuando está lejos de él ()

El niño duerme con Ud. ()

Procura que haga una vida normal ()

Lo ignora ()

28. Desde que el niño está enfermo, sus otros hijos:

Pelean frecuentemente ()

Se orinan en la cama ()

Tienen dificultad para dormir ()

Otros () Especificar:

29. Sus familiares o amigos:

La visitan con la misma frecuencia ()

Ocasionalmente () Nunca ()

30. El niño, a partir de su enfermedad, asiste a la escuela:

Siempre o casi siempre ()

Ocasionalmente () Nunca ()

R E S U L T A D O S

Se encontró mayor incidencia de asma infantil en los niños, 16 casos (64%), que en las niñas, 9 casos (36%).

El rango de edad de los pacientes estudiados fue de 3 a 9 años.

De los 25 pacientes, 6 (24%) fueron lactantes mayores, 5- (20%) cursaban Preprimaria, 11(44%) Primaria y 3(12%) Secundaria.

El tiempo de evolución del padecimiento fue de 1 a 3 años.

El rango de edad paterna fue de 23 a 42 años, con escolaridad inadecuada (secundaria incompleta) en 11 (42.82%), adecuada en 12 (52.17%) y únicamente 3 profesionistas (13%).

El rango de edad materna fue de 23 a 37 años, con escolaridad adecuada sólo en 10 (40%), llevando el papel de esposa/madre 14 (56%) y de esposa/colaboradora 11 (44%).

El ingreso mensual fue calificada como bajo, cuando fue menor de 30,000 pesos (36%), regular de 31 a 60,000 pesos (40%), y alto más de 60,000 pesos (24%).

El cumplimiento de las funciones familiares de Cuidado y Afecto fue adecuado, mientras que el de Socialización, Reproducción y Status fue inadecuado. Ver Cuadro y Gráfica No. 1.

Al investigar si los padres tenían conocimiento sobre el padecimiento de su hijo, en cuanto a su etiología, evolución, cuidados, manejo y profilaxis, se encontró que no habían recibido información 11 (44%), y de los 14 restantes (56%) que respondieron si haber recibido información, sólo 6 (24%) tenían información adecuada. Ver Cuadro No. 2. Los factores etiológicos atribuidos con más frecuencia por los padres fueron: el cambio de temperatura y enfriamientos (32%), alergias (16%), y atribuidos a más de una causa en 6 (24%). Sólo 2 respondieron como único factor desencadenante el emocional. Ver Cuadro No. 3.

Los factores emocionales se encontraron presentes en un alto porcentaje en todas las familias, el stress en el 100% de los casos, calificándolo de + a +++ según su intensidad. Ver Cuadro No. 4 y Gráfica No. 2.

El Coeficiente de Correlación de Pearson demostró que existe dependencia entre las variables factores emocionales y funciones familiares, ya que el índice resultó mayor de 0.89 - en todos los casos, lo cual es altamente significativo. Ver Cuadro No.5.

El índice de Correlación entre el nivel socioeconómico y la aparición de crisis asmática fue de 0.90.

En relación a la estructura familiar se obtuvieron los siguientes resultados: Desarrollo: tradicional 14 (56%), Moderno-

11 (44%); Demografía: Urbana 23 (92%), Suburbana 2 (8%); Integración: Integrada 2 (8%), Semiintegrada 9 (36%), Desintegrada 14 (56%), de los cuales 2 (8%) fueron por muerte del padre, 5 (20%) por separación de los padres, y 7 (28%) por disfunción familiar importante. Ver Gráfica No. 3; Tipología: Obrera 21 (84%), Profesionista 4 (16%); Estructura: Extensa 11 (44%), Nuclear 14 (56%). El Ciclo de Vida familiar fue en fase de Expansión en 17 (68%) y en fases de Expansión y Dispersión en 8 (32%).

Los roles desempeñados por el niño, la madre y el padre se señalan en la Gráfica No. 4 y los Cuadros No. 6 y 7 respectivamente.

La utilización del niño para enmascarar los conflictos entre los padres fue evidente en 8 casos (32%).

La aparición de crisis asmática tuvo relación con la presencia de conflictos familiares en 15 casos (60%). Ver Cuadro No. 8.

Se ilustran 3 familiogramas de los casos más representativos de familias desintegradas que se encontraron en el presente estudio.

A continuación se presenta el código elaborado por S. Minuchin para su interpretación.



Hombre



Mujer



Muerte



Matrimonio



Separación



Unión Libre



Familiares bajo el mismo techo



Aborto



Buena relación



Conflictos, no comunicación



Dependencia excesiva

CUADRO No. 1

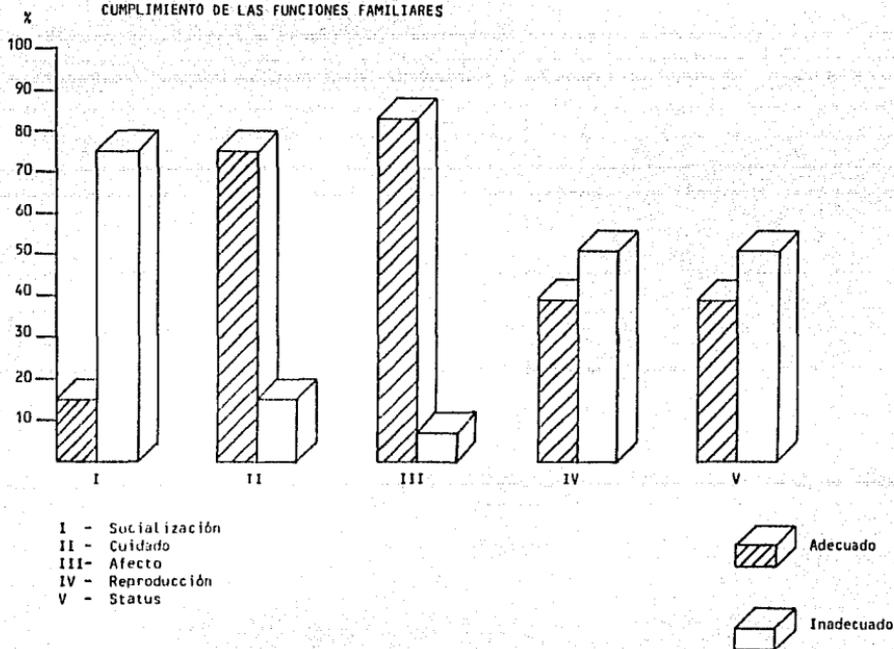
CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES FAMILIARES

FUNCIONES	Adecuado		Inadecuado	
	No.	%	No.	%
Socialización	5	20	20	80
Cuidado	20	80	5	20
Afecto	22	88	3	12
Reproducción	11	44	14	56
Status	11	44	14	56

Fuente: Encuesta aplicada a 25 familias de niños asmáticos. I.M.S.S.
U.M.F. No. 21. H.G.Z. No. 30. 1984.

GRAFICA No. 1

CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES FAMILIARES



- I - Socialización
- II - Cuidado
- III - Afecto
- IV - Reproducción
- V - Status

 Adequado

 Inadecuado

Fuente: Encuesta aplicada a 25 familias de niños asmáticos.
 I.M.S.S. U.M.F. No. 21. H.G.Z. No.30. 1984.

CUADRO No. 2.

CONOCIMIENTO DE LOS PADRES ACERCA DEL PADECIMIENTO

INFORMACION	No.	%
No han recibido	11	44
Si han recibido	14	56
Adecuada	6	24
Inadecuada	8	32

Fuente: Encuesta aplicada a 25 familias de niños asmáticos.

I.M.S.S. U.M.F. No.21 H.G.Z. No.30 1984.

CUADRO No. 3

FACTORES ETIOLÓGICOS ATRIBUIDOS POR LOS PADRES.

F A C T O R E S	No.	%
Cambios de temperatura	8	32
Más de una causa	6	24
Alergia	4	16
Emocional	2	8
Ignora	2	8
Herencia	1	4
Infección	1	4
Otros	1	4

Fuente: Encuesta aplicada a 25 familias de niños asmáticos. IMSS U.M.F. No. 21. - H.G.Z. No. 30. 1984.

CUADRO No. 4.

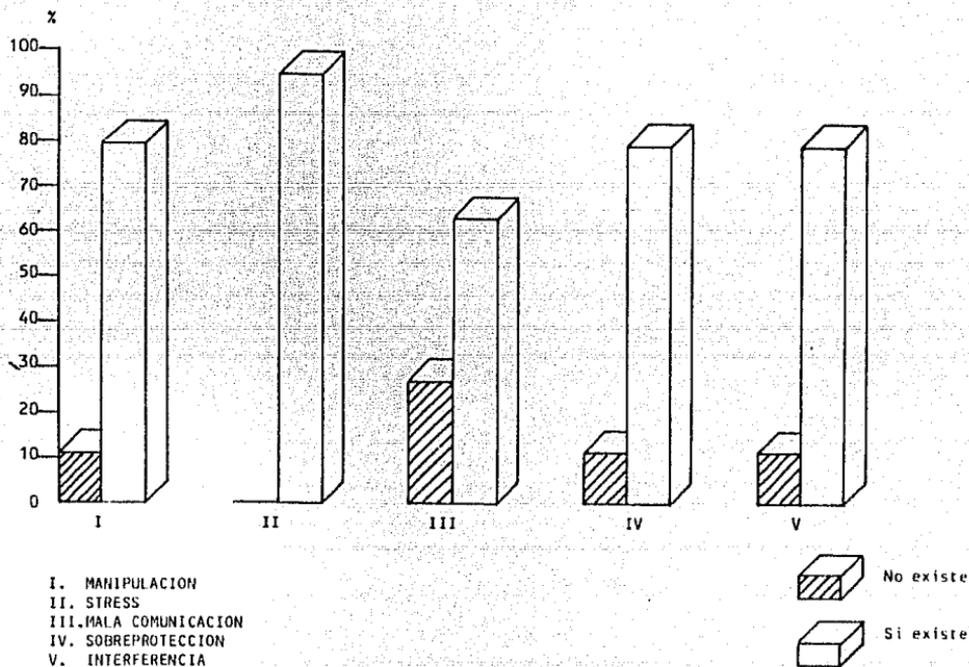
PRESENCIA DE FACTORES EMOCIONALES

FACTORES	No existe		Si existe	
	No.	%	No.	%
Manipulación	4	16	21	84
Stress			+5	20
			++9	36
			+++11	44
Mala comunicación	8	32	17	68
Sobrepotección	4	16	21	84
Interferencia	4	16	21	84

Fuente: Encuesta aplicada a 25 familias de niños asmáticos.
I.M.S.S. U.M.F. No. 21. H.G.Z. No. 30. 1984.

GRAFICA No. 2.

PRESENCIA DE FACTORES EMOCIONALES



Fuente: Encuesta aplicada a 25 familias de niños asmáticos.
I.M.S.S. U.M.F. No. 21. H.G.Z. No.30. 1984.

CUADRO No. 5.

COEFICIENTES DE CORRELACION ENTRE FUNCIONES FAMILIARES Y FACTORES EMOCIONALES.

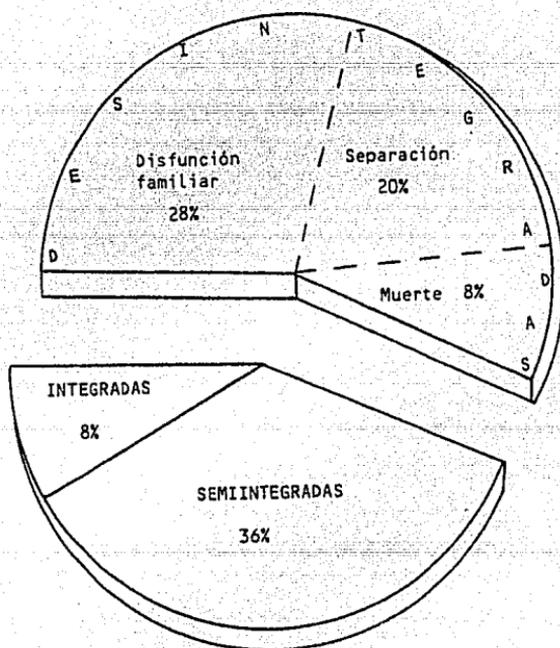
	Socialización	Cuidado	Afecto	Reproducción	Status
Manipulación	0.97	0.92	0.95	0.95	0.94
Stress	0.93	0.89	0.89	0.94	0.89
Comunicación	0.95	0.92	0.94	0.96	0.92
Sobreprotección	0.97	0.92	0.93	0.96	0.93
Interferencia	0.95	0.91	0.95	0.93	0.94

Fuente: Coeficiente de Correlación de Pearson

$$r = \frac{\Sigma XY}{\sqrt{\Sigma x^2 \cdot \Sigma y^2}}$$

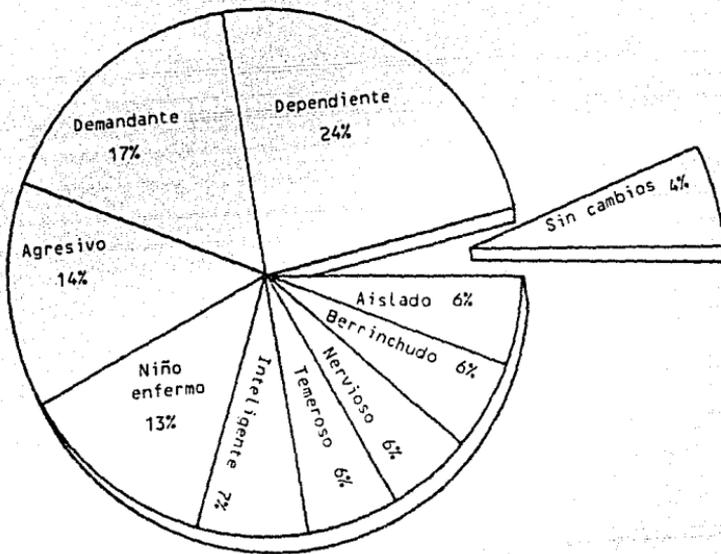
GRAFICA No. 3

INTEGRACION FAMILIAR



Fuente: Encuesta aplicada a 25 familias de niños asmáticos.
 I.M.S.S. U.M.F. No. 21. H.G.Z. No. 30. 1984.

GRAFICA No. 4.
CARACTERISTICAS DEL NIÑO ASMATICO



Fuente: Encuesta aplicada a 25 familias de niños asmáticos.
I.M.S.S. U.M.F. No. 21. H.G.Z. No.30. 1984.

CUADRO No. 6
CARACTERISTICAS DE LA MADRE.

M A D R E	No.	%
Sobreprotectora	12	48
Sobreprotectora/Rechazante	13	52

CUADRO No. 7
CARACTERISTICAS DEL PADRE.

P A D R E	No.	%
Función Simbiótica	3	12
Pasivo/comunicación indirecta	10	40
Sobreprotector	6	24
Alcohólico	5	20
Rechazante	1	4

Fuente: Encuesta aplicada a 25 familias de niños asmáticos. I.M.S.S. U.M.F. No. 21. -- H.G.Z. No. 30. 1984.

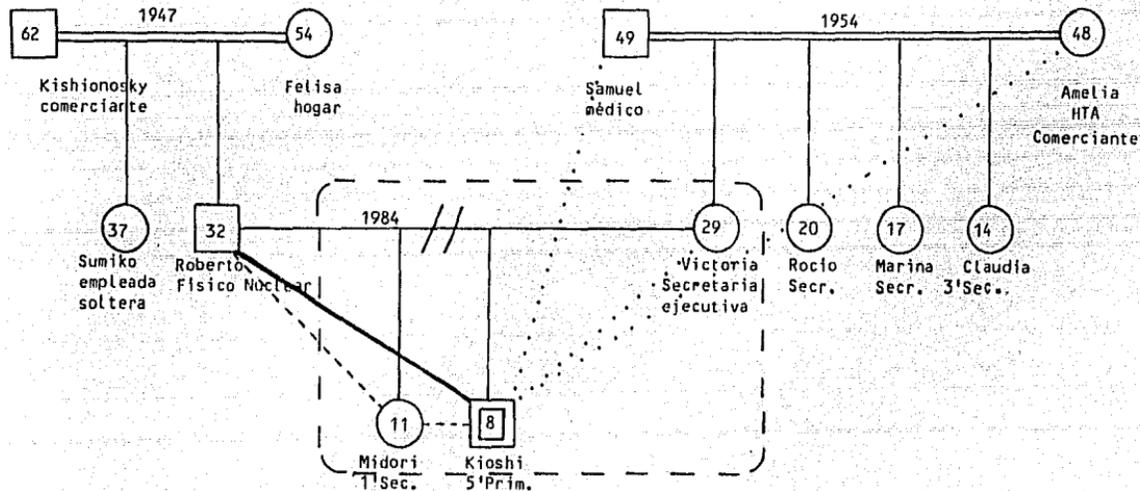
CUADRO No. 8.

PRESENCIA DE CONFLICTOS FAMILIARES EN RELACION
A LA APARICION DE CRISIS ASMÁTICA.

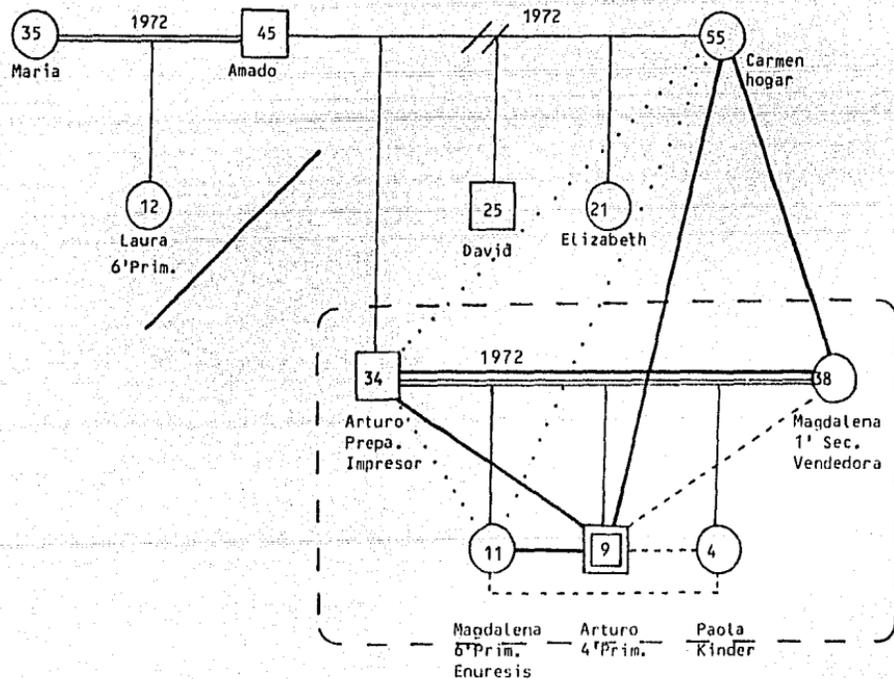
C O N F L I C T O S	No.	%
Antes de la crisis asmática.	10	40
Después de la crisis asmática.	2	8
Antes y después de la crisis asmática	3	12
Sin relación con la crisis asmática	10	40

Fuente: Encuesta aplicada a 25 familias de niños asmáticos. I.M.S.S. U.M.F. No. 21. H.G.Z. - No. 30. 1984.

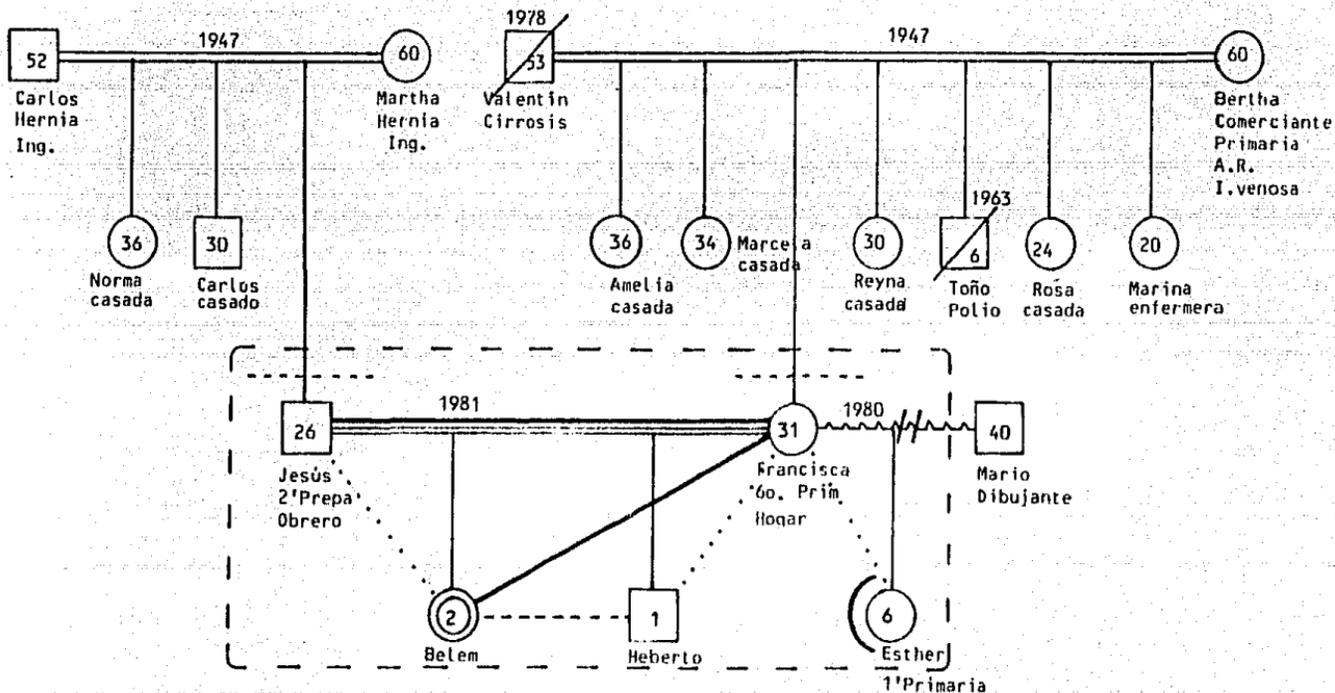
FAMILIA H - H



FAMILIA G - E



FAMILIA V - S



CONCLUSIONES

1. El asma infantil es más frecuente en el sexo masculino con una relación de 1.77 a 1, lo cual coincide con lo encontrado por otros autores.^{3,10}
2. El medio socioeconómico proveniente de los pacientes estudiados fue medio bajo en su gran mayoría (76%).
3. A más bajo estrato social, mayor incidencia de crisis asmática.
4. Las funciones de Socialización y Status van íntimamente relacionadas de acuerdo al nivel socioeconómico proveniente del paciente.
5. Las Funciones de Cuidado y Afecto se cumplieron en forma exagerada, llegando a la Sobreprotección (84%). Cuadro No. 5.
6. La función de Reproducción se encontró descuidada tanto -- por disfunción familiar en sí, como por interferencia debida a la enfermedad del niño. Cuadro No. 5.
7. Existe mayor Stress cuando las funciones de Cuidado y Afecto

to llegan a la sobreprotección y cuando la función de Reproducción se ve alterada en su aspecto emocional. Cuadro No. 5.

8. En general, La Comunicación familiar fue rígida, siendo -- adecuada únicamente entre el niño y su madre o padre cuando existía dependencia y/o sobreprotección. Ver familiares.
9. A pesar de que el asma es causa de ausentismo escolar importante, los pacientes no se retrasaron en el grado escolar que debían cursar, incluso hubo 3 (12%), que iban un-- año adelantados.
10. El niño asmático utiliza su enfermedad para obtener ganancias secundarias provocando descuido del resto de los miembros de la familia, generando mayor disfunción.
11. La mayoría de las familias de niños asmáticos presentan -- disfunción familiar que favorece la perpetuación de la enfermedad.
12. El niño asmático, por la cronicidad de su padecimiento, -- ocasiona disfunción familiar.
13. La disfunción familiar importante es capaz de generar las crisis de asma.
14. El médico únicamente se limita a dar indicaciones sobre -

dosis del medicamento que debe tomar el niño, sin proporcionar información adecuada y verdadera acerca de la enfermedad, lo que genera stress en los padres y perpetúa el padecimiento.

BIBLIOGRAFIA

1. Anderson HR, Cooper JS. Influence of Morbidity, Illness -- label, and social, family, and health service factors on -- drug treatment of childhood asthma. Lancet 1981; 2:1030--32.
2. Antúnez UVM. Revisión de 100 casos de Asma en el servicio de Urgencias. Matamoros, Tamaulipas, 1984: 1-5.
3. Arana MO. Manual de la Clínica de Asma. I.M.S.S. C.M.N. Hospital de Pediatría 1980.
4. Biermann G. Aspectos psicossomáticos del asma bronquial in infantil. Hexágono Roche 1984; 4:11-16.
5. Coon HF: Medicina Familiar. Teoría y Práctica. Philadelphia: Saunders Company, 1974: 2-15.
6. De Ajuriaguerra J. Manual de Psicopatología del Niño. España: Toray Masson, S. A. Barcelona, 1982.
7. Dubo S, McLean JA, Ching AYT. A study of relationship between family situation, bronchial asthma, and personal adjustment in children. Pediatrics 1961; 59: 402-414.

8. Fireman P, Friday GA. Teaching self-management skills to asthmatic children and their parents in an ambulatory care setting. *Pediatrics* 1981; 68:341-48.
9. Fisher L. New Frontiers in the treatment of asthma in children. *Am Lung Ass Bull* 1976: 1-9.
10. Gardida A, Arana O. Estudio y manejo integral del niño asmático. *Rev Mex Pediatr* 1980; 42:79-94.
11. Gardida CHA, Arana MO, Tapia CR. Atención Multidisciplinaria del Asma en Los niños. *Rev Med IMSS* 1981; 19:580-82.
12. Gómez OL. El niño asmático. *Alergia* 1972; 20:89.
13. Gómez OL. Medicina Psicosomática y enfermedades alérgicas. *Bol Méd Hosp Infant (Méx)* 1966; 23:519-526.
14. Haynal H. Manual de Medicina Psicosomática. España: Terray Masson, S. A. Barcelona, 1980.
15. Kuzemko JA. Natural history of childhood asthma. *J. Pediatr* 1980; 97: 886-92.
16. Liebman R, Minuchin S, Baker L. The Use of Structural Family Therapy in the Treatment of Intractable Asthma. *Am J Psychiatry* 1974; 131: 535-539.
17. Parcel GS, Gilman SC. A comparison of absences rates of elementary schoolchildren with asthma and nonasthmatic schoolmates. *Pediatrics* 1979; 64: 878-81.

18. Picazo E. Palacios TJL. Introducción a la Pediatría. México, D. F.: Méndez Oteo Editor, 1983: 778-85.
19. Staudenmayer H. Parental anxiety and other psychosocial factors associated with childhood asthma. J Chronic Dis - 1981; 34: 627-36.
20. Staudenmayer H. Medical manageability and psychosocial factors in childhood asthma. J Chronic Dis 1982; 35:183-98.