

11226

61  
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
División de Estudios de Postgrado  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Unidad de Medicina Familiar No. 94

ALTERACIONES EMOCIONALES EN  
RELACIÓN A LOS CUADROS DE  
REPETICIÓN DE ASMA BRONQUIAL EN  
NIÑOS DE HGZ No. 29 ARAGÓN

TESIS CON  
VALIA

T E S I S  
Para obtener el Título de  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
p r e s e n t a

DRA. BEATRIZ LUNA KANO



ASESORES: DRA. ELVIRA BOLAÑOS DIAZ  
DRA. MA. TERESA MARTINEZ TREJO  
MEXICO, DF 1992



## **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 está 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

	Pags
I	INTRODUCCION ..... I
II	OBJETIVOS ..... 3
III	MARCO TEORICO ..... 4
IV	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ..... 16
V	HIPOTESIS GENERAL ..... 16
VI	DISEÑO DEL ESTUDIO
	A. TIPO DE ESTUDIO ..... 17
	B. UNIVERSO DE TRABAJO ..... 17
	C. CRITERIOS DE INCLUSION ..... 18
	D. CRITERIOS DE NO INCLUSION ..... 18
	E. TAMAÑO DE LA MUESTRA ..... 19
	F. ANALISIS ESTADISTICO ..... 19
	G. REDACCION DE ACTIVIDADES ..... 21
	H. INSTRUMENTO DE TRABAJO ..... 22
VII	RESULTADOS ..... 24
VIII	ANALISIS DE RESULTADOS ..... 30
IX	CONCLUSIONES ..... 31
X	BIBLIOGRAFIA ..... 33

## I INTRODUCCION

Desde que el niño nace, requiere desarrollar sus capacidades físicas, afectivas, sociales y cognoscitivas, por lo cual el papel que juegan los padres en su vida, es de vital importancia, es especialmente el de la madre ya que el niño está ligado emocional y afectivamente con ella, por lo tanto, la calidad de interacción que la familia tenga con el niño será determinante en su personalidad.

Es necesario recalcar la relevancia del aspecto afectivo dentro de la vida cotidiana normal o patológica de todo individuo, ya que es fundamental durante los primeros años de vida, pues es activador del proceso del desarrollo del niño.

El asma bronquial en los últimos años ha incrementado su incidencia y ocupa uno de los primeros lugares de morbilidad en pediatría. Su etiología se constituye por varios factores y uno de ellos es el emocional. En ocasiones se presentan alteraciones emocionales que son trastornos en el desarrollo de la personalidad del niño, manifestándose como problema de adaptación a la sociedad y tiene su origen por lo general en factores exógenos, fundamentalmente de tipo familiar; éstas dificultades provocan en el niño angustia, ansiedad, agresividad, indisciplina, inhibición, indiferencia, dependencia. Estos comportamientos se presentan en la personalidad del niño asmático, principalmente en aquél que desencadena cuadros de repetición, con objeto de atraer la atención de sus padres. Ocasionando visitas frecuentes al médico y hospitalizaciones que causan tensión emocional al paciente en su micro y macro ambiente, afectando su capacidad física para un adecuado desarrollo.

El médico familiar debe detectar oportunamente éstas alteraciones ya que pueden intervenir en la dinámica familiar, en lo económico, en desarrollo del niño, en la escuela y medio que la rodea.

El modelo de éste proceso va de la clínica a lo familiar, on donde las necesidades de salud individual en éste caso el niño, repercuten en el grupo primario. A éste nivel las relaciones intrafamiliares se circunscriben en su ecosistema de salud y explican la influencia del miembro enfermo.

Este estudio podría ser útil como guía para la investigación de estas determinantes sociales condicionantes para la salud familiar y nos ofrece una medicina integral para el niño con una perspectiva Bio-psico-social.

## II OBJETIVOS

- Determinar si existen alteraciones emocionales en niños con cuadros de repetición de asma bronquial.

- Identificar que tipo de alteración emocional se presenta en niños con asma bronquial.

## III MARCO TEORICO

El Asma Bronquial es una enfermedad respiratoria que se presenta a cualquier edad, sobretodo en la infancia. La etiología es multifactorial, de manera intrínseca o extrínseca. El ataque típico del Asma Bronquial ocurre con un espasmo del músculo involuntario de los bronquios, constituyendo un obstáculo para la respiración, mayor en la expiración que en la inspiración con la consecuencia de que los pulmones se distienden y el enfermo tiene una dificultad mayor para expulsar aire y poder inspirar de nuevo, a lo que se suman efectos secundarios como las secreciones espesas que son expulsadas lentamente, lo que produce congestión pulmonar.

Las crisis pueden desencadenarse por contacto, inhalación o ingestión de ciertas sustancias extrañas a las cuales existe la posibilidad de ser ya inmune. Aunque nadie duda que la alérgia juega un papel importante en la mayor parte de casos de Asma, se sabe que la frecuencia, el ritmo y la profundidad de la respiración se alteran en los estados de miedo o angustia.(1)

En el Asma, participan mecanismos mentales inconscientes que operan en combinación con factores constitucionales y alérgicos, además de que se ha encontrado en muchos estudios que los en

fermos asmáticos muestran una gran dependencia en figuras maternales, que tienen una gran necesidad de ser amados y aceptados por sus madres y los ataques se precipitan como respuesta a las situaciones en las que se presenta simbólicamente el peligro de verse separados de sus madres y/o padres. (2)

Ha fines del siglo pasado, cuando Sigmund Freud hizo su ingreso al campo de la psicología, penetró más allá de la conducta y llevó su estudio a fuentes más profundas y determinantes que impiden recordar experiencias emocionales que parecen olvidadas, aunque no indefinidamente.

Freud, divide los cambios de motivación en una secuencia de etapas caracterizadas por los objetos necesarios para la gratificación del individuo durante cada una de ellas: (3)

ETAPA	EDAD APROXIMADA
Oral	0 - 8 meses
Anal	8 - 18 meses
Fálica	2 - 6 años
Latencia	6 - 11 años
Genital	11 - 18 años



## ESTRUCTURA FAMILIAR

Es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que se interactúan los miembros de una Familia. Una Familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales.

El sistema Familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de subsistemas en el interior de una Familia. Los cuáles pueden ser formados por generación, sexo, intereses o funciones. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades interpersonales en diferentes niveles. (?)

Además de la distribución del poder, el sistema Familiar tiene otros atributos importantes, como son: el tipo de límites que diferencian a sus subsistemas, las alianzas establecidas entre algunos de sus miembros y la capacidad del sistema para cambiar.

Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quienes participan. Su función reside en proteger la diferencia del sistema.

El sistema Familiar está formado por 3 subsistemas:

- Subsistema conyugal: Constituye un momento, cuando 2 adultos de sexo diferente se unen con la intervención expresa de conformar

una Familia; sus principales cualidades son:

- a) La complementariedad, cada cónyuge apoya a la acción del otro, deben desarrollar pautas que permitan a cada uno ceder sin sentir que se ha dado por vencido, sino por el contrario, será con el fin de lograr un sentido de pertenencia.
- b) La acomodación mutua, es una cualidad, que consiste en que los cónyuges puedan actualizar sus aspectos creativos y así apuntalan los mejores rasgos de cada uno.

El subsistema conyugal debe llegar a un límite que lo proteja de las interferencias de los demás y necesidades de otros subsistemas, pero sin perder el contacto con los miembros de dichos subsistemas--.

- Subsistema Parental: Se forma cuando nace el primer hijo, alcanzándose un nuevo nivel de formación familiar. El subsistema conyugal debe diferenciarse entonces para desempeñar las tareas de socialización del niño sin renunciar al mutuo apoyo que caracterizan dicho sistema.

A medida que el niño crece, sus requerimientos para el desarrollo tanto de la autonomía como de la orientación, impone demandas al subsistema parental que debe modificarse para satisfacerlas.

- Subsistema Fraternal: Es el primer laboratorio social en el que

los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales. En el marco de este contexto, los niños se apoyan, se aíslan, descargan sus energías y aprenden mutuamente; aprenden a cooperar, competir, a tener amigos y a lograr el reconocimiento de sus habilidades.

Otro de los elementos teóricos que le proporcionan conocimientos indispensables para el estudio de la Familia al Médico Familiar es la Dinámica de la Familia. (?)

Según Jackson, "La Dinámica Familiar, consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad". Chagoya agrega que la Dinámica Familiar normal "Es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la Familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislados y de poder contar con el apoyo de los demás". Desde el punto de vista de la Teoría de los Sistemas, nos permiten comprender que la Familia, al interrelacionarse entre sí, produce una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento.

Podremos entonces resumir en un concepto básico lo que es la Dinámica Familiar, "Un conjunto de interrelaciones mutuas entre cada uno de los miembros de una Familia con intercambios de sentimientos, comportamientos y expectativas, manteniendo una ho-

homeostasis familiar, para crear individuos funcionales a la sociedad con identidad e independencia en constante cambio y crecimiento". (8)

Los autores Saucedo y Foncerrada, hicieron una síntesis - respecto a la tipología de la familia, tomando como criterios para clasificarla, los siguientes:

- a) Desde el punto de vista de su integración, la familia puede ser integrada, semi-integrada o desintegrada.
- b) Desde el punto de vista de sus hábitos y costumbres, o patrones de comportamiento, puede ser tradicional o moderna, o bien tipificarse como rural y urbana.
- c) Desde un enfoque psicosocial y basándose en la dinámica de las relaciones intrafamiliares, puede clasificarse en funcional y disfuncional.
- d) En función de los elementos que la constituyen, puede denominarse nuclear o extensa. (8)

#### FUNCIONES DE LA FAMILIA

Los problemas de adaptación que tienen las familias, se relacionan con sus capacidades para llenar las funciones básicas que la sociedad espera de ellas, las funciones principales son cinco:

I. **Adaptación social o socialización:** La familia tiene la responsabilidad primaria de transformar al niño en un ser capaz de - completa participación en la sociedad. El niño tiene que aprender un lenguaje, sus papeles en las diversas etapas de la vida, normas y esperanzas socioculturales; la madre, tiene la responsabilidad primaria de adaptar socialmente al pequeño a través de los años preescolares; los hermanos y el padre, tienen papeles de sostén durante este tiempo. La responsabilidad es compartida más adelante por las escuelas, grupos de amigos y en menor grado instituciones eclesiales.

Parte del proceso de adaptación social abarca la adquisición de conceptos, actitudes y conductas de salud que la mayoría de las veces son enseñadas por la madre.

II. **Atención y cuidado:** Significa llenar las necesidades físicas y sanitarias básicas de los miembros de la Familia. Los respuestas o las demandas de cuidado dependen no sólo del acceso de recursos sociales, sanitarios y de bienestar, sino también del nivel de conocimientos de la Familia acerca del uso de los servicios.

III. **Afecto:** La Familia debe llenar las necesidades afectivas de sus miembros, tanto de los padres como de los hijos.

Atención y afecto son parte del proceso de adaptación social insuficiente cuando se emplean en exceso al igual que las re-

compensas o castigos.

IV. Reproducción: La función única de la Familia consiste en reproducirse y reemplazar para la sociedad. Matrimonio y Familia tienen por objeto regular y controlar la conducta social, lo mismo que la reproducción.

La insistencia en la planificación familiar demuestra la necesidad de reestructuración de las prioridades de las funciones familiares. Los métodos actuales, eficaces del control de la natalidad, ponen la mayor parte de las responsabilidades en la mujer y es ella la afectada de manera más directa por el embarazo desde los puntos de vista social, psicológico y físico.

La información acerca del sexo, frecuentemente es errónea y afectada por factores emocionales negativos, o porque se recibe de compañeros de grupo por medio de chistes en doble sentido. Es muy poca la información que se recibe por el maestro y mucho menor la dada por los padres. La mayoría de los que aprenden bases fundamentales de su sexualidad, las obtienen demasiado tarde para aplicarlas durante el periodo inicial de adaptación sexual. Por lo tanto es necesaria una correcta educación sexual en el momento necesario.

V. Estatus: La Familia adaptada a un niño desde el punto de vista social, en una clase social determinada. El Estado está rela-

cionado directamente con la tradición familiar y el establecimiento de derechos y obligaciones en el lugar en donde viven.

La familia tiene la responsabilidad de proporcionar la adaptación social necesaria y las experiencias educativas que permitan al individuo adquirir una vocación y ciertos papeles en los grupos que se encuentran a su alrededor. La familia en expansión, en particular los abuelos, participan en el proceso de adaptación social cubriendo las necesidades del niño y las esperanzas del Estado. (3)

Hay una diferencia sexual bastante clara cuando se habla de la educación del niño, es decir, la madre es responsable de orientar a los niños dentro de la casa y de la familia, por el contrario, el padre es el responsable de dirigir al niño en el exterior, para que se integre en grupos más grandes en la sociedad. Las diferencias de los niveles socioeconómicos de las familias resultan de las variaciones del estilo de vida y de las oportunidades que recibe el individuo.

Toda esta estructura familiar y sus funciones son el fundamento para el buen desarrollo del niño, si esta organización no se presenta así y las experiencias que recibe son negativas su desarrollo emocional entrará en crisis sintomatizándolo de alguna forma.

El niño es un organismo cuya sensibilidad está dispuesta a recibir la influencia de la realidad o el medio ambiente, por lo tanto, son muy importantes las experiencias infantiles para la formación de su personalidad posterior.

Una vez descartado el problema de naturaleza orgánica, hay que pensar en el emocional o psíquico del niño, que es derivado del medio ambiente que le rodea, tanto familiar como social, es posible encontrar que ellos son los verdaderos causantes del problema por alteración en la Dinámica Familiar que les rodea.

También una exagerada sobreprotección de los padres hacia el niño hará que éste altere aún más su comportamiento; la actitud que tomen los padres frente al niño será definitiva para que él, se sienta más o menos enfermo, hasta donde sea posible hay que ayudarlo a llevar una vida normal. Algunas de las actitudes que los padres toman respecto a sus hijos y que obstaculizan su desarrollo son:

- a) Rechazo pasivo y/o activo
- b) Posesividad
- c) Dominio
- d) Sumisión en respuesta a un chantaje del niño
- e) Fijación incestuosa debido a una sobreestimulación sexual.
- f) Angustia en la relación materno-infante.



- Familia evitadora: que no tolera los conflictos.
- Familia centrada en los hijos: toda la atención es desviada a los hijos y no a la pareja.
- Familia con un sólo padre: el niño tiene que asumir el rol del padre faltante.
- Familia pseudo-democrática: los padres son incapaces de corregir a sus hijos y no establecen límites.
- Familia inestable: no establecen metas seguras, todo es difuso.
- Ideal de familia: creándose formas de transacción conforme a las necesidades del niño. Es pertinente delimitar la autoridad pero no impidiendo las ideas.

En la Dinámica Familiar se manejan valores como, guardar turno, enfrentar dificultades, cooperación mutua, dominio de sí mismo, tener paciencia, consideraciones para con los demás, etc., sobretodo es necesario que se respeten las diferencias individuales y saber descubrir lo mejor que hay en cada uno de sus miembros para que de esta manera se pueda dar una mejor orientación al niño. (10)

De esta forma, el niño se constituirá mejor emocionalmente, ayudando a su buen desarrollo físico y disminuyendo el número de cuadros repetitivos de asma bronquial.

#### IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Existe relación de asociación entre niños con alteraciones emocionales y cuadros de repetición de asma bronquial, a diferencia de niños con asma bronquial sin cuadros de repetición ?

#### V HIPOTESIS GENERAL

Hay relación de asociación entre niños con alteraciones emocionales y los cuadros de repetición de asma bronquial, a diferencia de niños con asma bronquial sin cuadros de repetición.

## VI DISEÑO DE LA INVESTIGACION

### A) TIPO DE INVESTIGACION :

- Prospectivo
- Transversal
- Observacional
- Comparativo

### B) UNIVERSO DE TRABAJO :

Todos los pacientes con asma bronquial, de ambos sexos, - de edad escolar (6-10 años) que se encuentren en la consulta externa y estén hospitalizados en el servicio de pediatría adscritos al HGZ # 29, Aragón.

### C) CRITERIOS DE INCLUSION :

1. Niños con diagnóstico de asma bronquial que se encuentren en la consulta externa y estén hospitalizados en el servicio de pediatría del HGZ # 29, Aragón.

2. Pacientes que se encuentren dentro de la edad de 6-10 años y sean de ambos sexos.

3. Que tengan por lo menos más de 2 cuadros de bronquiolitis en 2 meses como crisis de repetición.

4. Que acepten estar dentro del estudio.

5. Que no tengan otra patología agregada.

### D) CRITERIOS DE NO INCLUSION :

1. Niños que no estén hospitalizados ni en consulta externa del HGZ # 29, Aragón y los que no tengan diagnóstico de asma bronquial.

2. Todos los niños menores de 6 años y mayores de 10 años con cuadros de repetición de asma bronquial.

3. Que no acepten estar dentro del estudio.

4. Que tengan menos de 2 cuadros de bronquiolitis.

### E) TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Dentro de nuestro estudio nuestra muestra fué en forma -  
intencionada con una población de 30 pacientes de los cuales;  
contamos con dos grupos un experimental y uno de control:

El grupo experimental: está formado por una población in-  
fantil de 6-10 años de edad con cuadros de repetición de asma bron-  
quial (de más de 2 cuadros de bronquiolitis) con alteración emocio-  
nal. Este grupo se compone de 15 pacientes.

El grupo control: formado por una población de 6-10 años de  
edad sin cuadros de repetición de asma bronquial sin alteración -  
emocional. Componiéndose de 15 pacientes.

### F) ANALISIS ESTADISTICO DEL ESTUDIO:

Para el análisis de la información debemos tomar en cuenta  
la hipótesis general: "Hay relación de asociación entre niños con  
alteraciones emocionales y los cuadros de repetición de asma bron-  
quial, a diferencia de niños con asma bronquial sin cuadros de re-  
petición."

El grupo A: representa a los niños con cuadros de repeti-  
ción con asma bronquial y alteración emocional.

El grupo B: representa a los niños sin cuadros de repeti-  
ción de asma bronquial sin alteración emocional.

$H_1$  (hipótesis alterna) :  $A \neq B$

$H_0$  (hipótesis nula) :  $A = B$

$H_0$  población  $F_o = F_e$        $H_1$  población  $F_o \neq F_e$

$H_0$  muestra  $F_o = F_e$        $H_1$  muestra  $F_o \neq F_e$

El tamaño de la muestra = 30

Número de muestras : una

Número de grupos : dos

Número de categorías: dos (con alteración emocional y cuadros de repetición de asma bronquial).

Variable nominal con una distribución asociada. Esto es que la prueba estadística utilizada es el coeficiente "Q" de Kendall, - que mide la asociación entre dos variables a nivel nominal.

Sin obtenerse grado de libertad .

Lo que se concluye que la magnitud de la asociación de acuerdo al valor del coeficiente que hay una asociación media baja.

## G) REDACCION DE ACTIVIDADES

El presente estudio se efectuó del mes de Abril al mes de Enero de 1992.

Durante el primer mes de trabajo, se revisó y se dió inicio a la elaboración del protocolo; en Mayo se elaboró el planteamiento del problema; en el mes de Junio y Julio se estructuró el marco teórico y conceptual del protocolo y en los meses de Agosto y Septiembre se captó la muestra para la realización de la investigación.

Para ésto último, se identificaron aquellos pacientes pediátricos (de 6 a 10 años de edad), con diagnóstico de asma bronquial bien establecido, adscritos al RGZ # 29 IMSS, tanto en consulta externa como hospitalizados.

Se eligieron 30 niños para la muestra, seleccionando 15 en un grupo control, sin cuadros de repetición y sin alteración emocional, así también, 15 niños con cuadros de repetición y con alteración emocional.

El método de estudio que se eligió para este trabajo fué la aplicación de un cuestionario, diseñado para tal propósito. Está dirigido al niño asmático y consta de 15 preguntas de tipo semiabiertas, en las que se investigaron datos personales, relación intrafamiliar y extrafamiliar (roles, límites y vínculos), su comportamiento emocional y de personalidad, así como la conducta ante una crisis asmática.

De esta manera se trataron de demostrar los aspectos señalados en los objetivos previamente elaborados.

Los resultados estadísticos se presentan por medio de cuadros, gráficas de barras y de sectores circulares, de donde se obtuvieron los análisis y las conclusiones.

## B) INSTRUMENTO

NOMBRE DEL NIÑO: -----

EDAD: ----- SEXO: M F GRADO ESCOLAR: -----

LUGAR DE NACIMIENTO: ----- MEDICO TRATANTE: -----

DOMICILIO DEL NIÑO: -----

TEL: -----

1.-¿Cuántas personas hay en tu familia? (todas las que viven con  
 (1.) -----

2.-¿Tus papás platican contigo? a) Siempre b) A veces c) Nunca  
 ¿De qué hablan? -----

3.-¿Con quién, de los miembros de tu familia, te llevas mejor?  
 a) papá b) mamá c) hermano d) otros -----  
 ¿Porqué? a) platican contigo b) juegan contigo  
 c) te comprende más d) está más tiempo contigo

4.-¿Cuántos amigos tienes? a) Muchos b) Pocos c) Ninguno

5.-¿Quién te atiende cuando estás enfermo? -----

6.-¿Qué persona te gustaría que te visite más cuando estás hospi-  
 talizado?

a) mamá b) papá c) hermano d) amigos e) otros  
 ¿Porqué? -----

7.-¿Cómo te sientes cuando tienes una crisis? -----

8.-¿Te gustaría practicar algún deporte? ¿Cuál? -----

9.-¿Cuál es tu diversión favorita? o ¿A qué te gusta jugar más?  
 -----



10.- ¿Realizas algún trabajo en la casa? (ayuda)

a) No porque-----

b) Sí qué o con quién?-----

11.- ¿Tus padres te ayudan en las tareas de la escuela?

Si No

12.- ¿Durante tus ratos libres juegas con tus hermanos?

Si No

13.- ¿Has repetido algún grado escolar?

Si No

14.- ¿A quien de tus padres o hermanos le tienes miedo?

15.- ¿Te da miedo ir a la escuela?

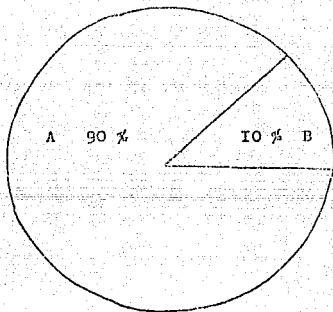
Si No

## VII RESULTADOS

## GRAFICA A

En esta gráfica se muestra la frecuencia de los pacientes asmáticos sometidos al estudio para determinar la naturaleza de su enfermedad, ocurriendo sólo el 10% de casos pudieron recibir pruebas de sensibilización.

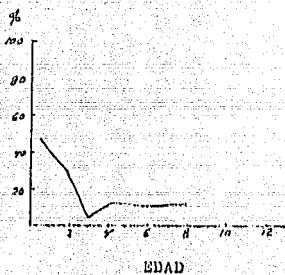
Relación de pacientes asmáticos estudiados y no estudiados.



A. No estudiados

B. Estudiados

GRAFICA B



Relación entre la edad de inicio del cuadro asmático  
y su frecuencia.

TABLA # I

Distribución de frecuencia de internamientos por grupo de sexo en niños con asma bronquial.

SEX.	FREC.	%	TOTAL
FEM.	10	30%	10
MASC.	20	70%	20
TOTAL	30	100%	30

GRAFICA # I

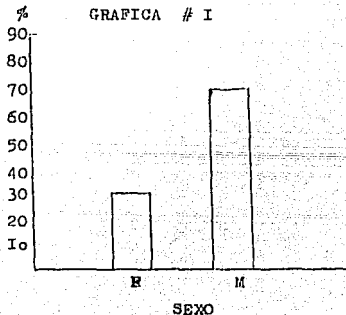


TABLA # 2

Distribución de frecuencia de internamientos por grupo de edad en niños con asma bronquial.

Edad	Frec.	%	Total
6 a 7	10	40	10
7.5 a 8	9	30	9
8.5 a 9	5	10	5
9.5 a 10	6	20	6
Total	30	100	30

GRAFICA # 2

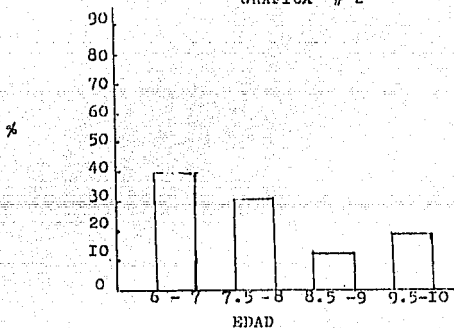
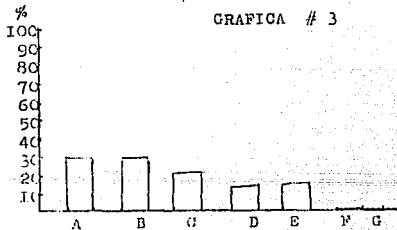


TABLA # 3

Frecuencia de alteraciones emocionales en niños con cuadros de repetición

ALTERACIONES	PRECUENCIA	%	TOTAL
Angustia	4	30	4
Ansiedad	4	30	4
Dependencia	3	20	3
Indisciplina	2	10	2
Inhibición	2	10	2
Indiferencia	0	0	0
Agresividad	0	0	0
TOTAL	15	100	15



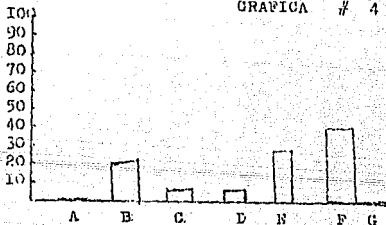
- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| A) Angustia     | E) Inhibición   |
| B) Ansiedad     | F) Indiferencia |
| C) Dependencia  | G) Agresividad  |
| D) Indisciplina |                 |

TABLA # 4

Frecuencia de alteraciones emocionales en niños sin cuadros de repetición.

ALTERACIONES	FRECUENCIA	%	TOTAL
Angustia	0	0	0
Ansiedad	2	20	2
Dependencia	1	5	1
Indisciplina	1	5	1
Inhibición	4	30	4
Indiferencia	7	40	7
Agresividad	0	0	0
TOTAL	15	100	15

GRAFICA # 4



- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| A) ANGSTIA      | E) INHIBICION   |
| B) ANSIEDAD     | F) INDIFERENCIA |
| C) DEPENDENCIA  | G) AGRESIVIDAD  |
| D) INDISCIPLINA |                 |

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA





## VIII ANALISIS DE RESULTADOS

Dentro de los resultados encontraremos una gráfica A con la relación de pacientes asmáticos no estudiados y los estudiados con una frecuencia del 10% en los cuales se determinará la naturaleza de su enfermedad.

En la Gráfica B está la relación existente entre la edad de inicio del cuadro asmático y su frecuencia fué de un 10% de la edad estudiada.

Por otra parte, en la Gráfica y Tabla 1, se demuestra la distribución de frecuencia de internamiento por sexo, con un incremento de un 70% en el sexo masculino. Y por su parte, la siguiente Gráfica y Tabla 2 nos marca la frecuencia de internamiento por edad de acuerdo a la muestra total en donde se marca que la frecuencia es mayor de 6 a 7 años con un 40%.

En la tabla y gráfica 3 nos indica la frecuencia de alteraciones emocionales con cuadros de repetición de asma bronquial, teniendo un 30% de predominio en angustia y ansiedad y un 20% de dependencia.

En la tabla y gráfica 4, nos indican la frecuencia de alteraciones emocionales, sin cuadros de repetición, en donde encontramos menos alteraciones emocionales, resultando un 40% con indiferencia y un 30% se mostraron con cierta inhibición.

Lo que nos demuestra es que hay más alteración emocional con cuadros de repetición que en niños sin cuadros de repetición. Por lo tanto, del trabajo efectuado en los meses de Abril a Enero de 1992 en HGZ # 29 encontramos que el factor emocional es un importante agente etiológico en la génesis de crisis asmática.

## IX CONCLUSIONES

De acuerdo con el análisis de resultados antes expuesta, podemos concluir que si existe relación asociativa entre niños con alteraciones emocionales y los cuadros de repetición, presentando, en gran medida comportamientos de angustia, inseguridad, hiperactividad, ansiedad y dependencia, en cambio, aquellos niños que no presentan cuadros de repetición, disminuyen las características de alteraciones emocionales.

Por lo cual, cuando se diagnostique asma bronquial en niños en edad escolar principalmente, y se presenten cuadros repetitivos, después de descartar la etiología orgánica, debemos buscar si hay alteraciones en la Dinámica Familiar, ya que, si no ponemos atención al problema, el niño asmático puede tener serias consecuencias en su desarrollo físico, psicológico y emocional que lo impedirán desempeñarse de forma adecuada en su medio ambiente.

Aunque los niños no están totalmente conscientes del comportamiento psicológico de su reacción, algunas veces no dan cuenta de que cuando están preocupados surgen o se exacerban sus síntomas somáticos. En otros casos, el reflejo de sus problemas en los cuadros asmáticos, no lleva a cabo sin un reconocimiento consciente del hecho.

En el modelo del sistema abierto propuesto por Minuchin, se amplía el foco del niño enfermo, a niño enfermo en la familia, el modelo postula que:

"Ciertos tipos de organización Familiar se relacionan estrechamente con el desarrollo y mantenimiento de los síntomas psicosomáticos, lo cual juega un papel importante para el mantenimiento de la homeostasis Familiar" (7)

Debido a ésto, para el niño, la Familia y el medio social pueden reforzar la expresión de emociones por vía somática más que a través del comportamiento y la verbalización, ya que, no dan la importancia debida a sus problemas. Por lo cual, los niños presentan molestias, que utilizan para llamar la atención de sus padres, han descubierto que al sufrir alteraciones respiratorias, éstos los atienden.

Este factor psicógeno importante, fué claramente visto en nuestro estudio. Por ejemplo, cuando el niño sufre una crisis asmática generalmente ocurre con una gran atención Familiar, y quizás ésto provoca que el ataque se haga más grave.

De nuestros pacientes asmáticos, sólo el 10% habían sido estudiados en cuanto a la etiología de su problema. Este hecho es significativo y denota la falta de interés del médico en la mejoría real del problema, su atención se desvía a sacarlo de la fase aguda, sin llegar a conocer a fondo los factores que están desencadenando la crisis.

De la misma manera, observamos que un problema en la Dinámica Familiar (la mayoría de las familias son desintegradas, por alcoholismo, divorcio, separación, etc.), funciona como precipitador de alteraciones emocionales, y por consiguiente provoca que los pacientes desarrollen crisis asmáticas, sobretudo en aquellos que no tuvieron foco infeccioso agregado.

Por todo lo anterior, esperamos que este estudio, sirva como estímulo, para despertar en el Médico, el interés por el reconocimiento integral que requiere el paciente pediátrico con asma bronquial, disminuyendo el número de sus cuadros y logrando el desarrollo bio-psico-social del individuo.

## X BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ferreras VP. "Asma Bronquial" En Ferreras VP. Medicina Interna, Tomo I, Ed. Marín, México 1975, p. 680-689.
- 2.- Francois Dolto, Psicoanálisis y Pediatría, Ed. Siglo XXI, México, 1974.
- 3.- Guy R. Lefrancois, Acerca de los niños, F.C.E., México 1980
- 4.- Kending, Trastornos Pulmonares, Ed. Salvat, Barcelona España, p. 440-448.
- 5.- Merleau Ponty Maurice, La relación del niño con los otros, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba.
- 6.- Miller, Alice, El drama del niño dotado, Editores Tusquets, España 1988, p. 86-98.
- 7.- Minuchin S., Familia y Terapia Familiar, Ed. Gedisa, México 1988, p. 86-98.
- 8.- Saucedo G., Psicoterapia Familiar, El enfoque estratégico estructural, Primer Simposium sobre la Dinámica y la psicoterapia de la Familia, México 1981, p. 26.
- 9.- Tellez FI., Análisis de la relación Médico-Familiar. En. III Jornadas de Medicina Familiar, México.
- 10.- El Gran Libro de la Salud, Enciclopedia Médica, México 1971, p. 399-400.
- 11.- Los padres son maestros, Guía práctica para la correcta formación de sus hijos, V.I, Ed. Educar, México 1988, 24 pp.
- 12.- Raúl Rojas Soriano., Guía para realizar investigaciones sociales, PYV, México 1989, 163-275.
- 13.- French Thomas M., Psicología y Asma Bronquial, Ed. Hormé - Paidós, Buenos Aires 1987, 185 pp.