

89 11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Hospital General de Zona No. 24 "INSURGENTES"

DINAMICA FAMILIAR EN EL ASMA BRONQUIAL

T E S I S

Que para obtener el Reconocimiento Universitario de
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
(FAMILIATRA)

PRESENTAN:

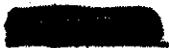
DRA. MA. CRISTINA HINOJOSA RODRIGUEZ (1)

DR. JUAN B. FELIX ACOSTA

DR. RENE GONZALEZ CEBALLOS

DR. JOSE MANUEL GARCIA RIVERA

GENERACION 79 - 81



2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DINAMICA FAMILIAR EN EL ASMA BRONQUIAL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A NUESTROS PADRES

A NUESTROS CONYUGES

A NUESTROS HIJOS

A LAS PERSONAS QUE CONTRIBU
YERON EN NUESTRA FORMACION.

QUE CON SU EJEMPLO Y APOYO NOS HAN
ENSEÑADO EL SENDERO DE LA VIDA, -
LLENANDO DE LUZ, ALEGRIA Y AMOR.

I N V E S T I G A D O R E S

DR. RODRIGUEZ DE LA O, C.

DRA. HINOJOSA RODRIGUEZ, M.C.

DR. FELIX ACOSTA, J.B.

DR. GONZALEZ CEBALLOS, R.

DR. GARCIA RIVERA, J.M.

Dr. Enrique Betancourt Castilla

Jefe de Enseñanza e Investigación

Hospital General de Zona Insurgentes # 24

Instituto Mexicano del Seguro Social

E Betancourt



DEFATURA DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION DE LA
CLINICA HOSP. No. 24

Dr. Carlos L. Rodríguez de la O.

Coordinador de la Residencia de Medicina Fam.

Hospital General de Zona, Insurgentes # 24

Instituto Mexicano del Seguro Social

[Handwritten Signature]

Asesor de la Tesis

La Familia como estructura social básica que se configura por el interjuego de roles diferenciados (padre, madre, hijo), no puede funcionar si no mediante las diferencias individuales que -- existen entre sus miembros, las cuales les asignan los tres roles íntimamente relacionados, si estas diferencias son negadas o desatendidas, - aunque sea por solo un miembro del grupo, se modifica la configuración esencial que condiciona la vida normal, creandose un estado de confusión y caos.

"E Pichon Riviere".

Tu amas la Verdad y la Belleza y la Rectitud
y, por tí, digo que es bueno y propio que
ames tales cosas. Pero en mi fuero interno-
me río de tu amor. Aún así no te permitiría
ver mi risa. Reiría sólo.

Amigo mío, eres bueno y cauto y sabio: no,
eres perfecto y yo, también, hablo contigo
sabiamente y con cautela. Y sin embargo -
estoy loco. Pero oculto mi locura. Estaré
loco a solas.

Amigo mío, tu no eres mi amigo, pero como
puedo hacértelo entender. Mi senda no es
tu senda, y sin embargo caminamos juntos,
cogidos de la mano.

"Kahlil Gibran: The Madman".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

1.- INTRODUCCION	1
2.- OBJETIVOS	6
3.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS	
a) Historia	7
b) Definición	10
c) Prevalencia	10
d) Etiología	11
e) Fisiopatología	23
g) Anatomía Patológica	25
h) Cuadro Clínico	26
i) Diagnóstico	29
j) Pronóstico	32
k) Tratamiento	34
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	38
5.- HIPOTESIS	41
6.- PROGRAMA DE TRABAJO	42
7.- RESULTADOS	
a) Síntesis de Estudios Familiares.	
Estudio Familiar # 1	46
Estudio Familiar # 2	55
Estudio Familiar # 3	63
Estudio Familiar # 4	70

Estudio Familiar # 5	.....77
Estudio Familiar # 6	.....84
Estudio Familiar # 7	.....91
Estudio Familiar # 8	.....98
Estudio Familiar # 9	.....105
Estudio Familiar # 10	.....110
Estudio Familiar # 11	.....116
Estudio Familiar # 12	.....121
b) Análisis de Resultados	.....127
8.- CONCLUSIONES	.....137
9.- DEFINICION GLOBALIZADORA	.....139
10.- BIBLIOGRAFIA	.....140

I N T R O D U C C I O N

Es la medicina familiar la respuesta más adecuada y pertinente para responder y resolver la problemática de salud social e institucional? si la respuesta es en sentido afirmativo es necesario hacer una serie de consideraciones en torno a dicha respuesta.

Por lo tanto el análisis de dicha respuesta debe partir desde varios niveles de reflexión, de esta manera es posible pensar en un nivel social, en un nivel institucional y en un nivel teoricopráctico que se encuentra estrechamente relacionado con el tipo de práctica médica institucional existente y el tipo de práctica emergente planteada como alternativa de respuesta contemporánea.

Es por todos conocido que la problemática de salud generada en las actuales condiciones históricosociales, momento que se caracteriza fundamentalmente por sociedades que se estructuran, organizan y se instrumentan en base a un modo de producción dominante, ideología dominante, tipo de educación dominante, las que determinan de algún modo cierta patología prevalente, de acuerdo a las condiciones de desarrollo de un país o de una región, observándose de manera alarmante las grandes contradicciones que surgen en este tipo de sociedades entre la salud y la enfermedad entre la riqueza y la pobreza, entre la nutrición y la desnutrición, entre la oportunidad para el acceso a los centros de salud y clínicas u hospitales y la no oportunidad para el mismo etc., de los dife-

rentes sectores de la población algunos con más facilidad que --
otros.

La alternativa institucional, particularmente la del Instituto -
Mexicano del Seguro Social, fundamentada sólidamente en uno de -
los principios de la Seguridad Social, que pretende responder y
resolver no sólo la problemática de salud que demanda la pobla -
ción amparada bajo su régimen sino hacer extensiva una serie de
prestaciones sociales a la misma, con la intención de cubrir a -
toda la población asalariada del país, girando gran parte de es-
tos servicios en torno a las prestaciones de tipo médico, esto
es la relación directa entre la demanda de salud-enfermedad y la
respuesta médica adecuada a cada planteamiento y las acciones de
fomento o medicopreventivas y sociales para mantener o elevar los
niveles de salud de la población amparados bajo su régimen y a -
través de esta acción mejorar las condiciones de la población en
general.

La otra se plantea como un intento serio, fundamento en una serie
de supuestos básicos, como respuesta a nivel de la operación, en
relación con la práctica dominante o prevalente de medicina que
se práctica en los diferentes niveles de atención de la institu-
ción, la Medicina Familiar ubicada fundamentalmente en el primer
nivel de atención médica toma como fundamentos teóricos los si -
guientes: el concepto de hombre definido como un ser biopsicoso-
cial no como una instancia abstracta sino también concreta o ma-

terial con expresión propia, el concepto de salud; definido como el completo bienestar biopsicosocial y no sólo como la ausencia de enfermedad, el concepto de integral; entendiendo por lo mismo no sólo la atención de el todo (paciente identificado) a través de un equipo multidisciplinario de salud, sino desde la concepción misma del enfoque, al considerar al enfermo como una parte de el grupo familiar esto es como un integrante de un sistema -- más amplio que es la familia, sistema en que el enfermo es un -- subsistema y donde la enfermedad es la expresión sintomática de una alteración del todo que afecta de diferente manera o grado -- a cada elemento constitutivo del todo y esta condición afecta -- nuevamente al todo, entendiéndose este proceso como un estado di námico en constante cambio ó dialecto.

Y por último y no por que sea el menos importante, el que se relaciona con la familia la que es para la medicina familiar, lo que el corazón para la cardiología, el cerebro para la neurología, o el niño para la pediatría, esta, no sólo define a la medi cina familiar como una disciplina médica diferente de las otras disciplinas médicas sino le permite a la misma a través de una praxis crítica, abierta y liberadora construir su marco teórico de esta forma es posible vincular la teoría con la práctica rela cionándose directamente con la razón de ser de la disciplina, es to con lleva la finalidad de brindar una atención y cuidado al -- objeto concreto, sujeto de atención de la praxis de la medicina familiar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La familia como tal, como una estructura, como un grupo con sus características particulares que la hacen diferente a otros grupos humanos, es tomada como una unidad, una gestalt, donde necesariamente se incluye el concepto de totalidad, que comprende - no sólo a los elementos del grupo, incluye a sus relaciones, a la situación, al campo, a las condiciones históricas y las ahis-tóricas para explicarse una serie de efectos o conductas en el aquí y ahora, posteriormente partir de este momento con el propósito y objetivo de lograr cambios en la dinámica de el grupo, considerando a la enfermedad como una parte constitutiva del -- grupo, donde el rol o papel que juega la enfermedad en tanto no se esclarezca se considera como un rol perturbador del proceso dinámico de la familia, manteniendo una estructura rígida, este reotipo, que a través de un proceso dialectizador, que pasa por varios momentos iniciándose en un estado que consideramos como la estructura previa configurada en base a una serie de supuestos básicos, pretendemos desestructurar a través de un proceso de indagación y esclarecimiento pasando de lo implícito a lo explícito, con la finalidad de que la lectura de la realidad - sea más clara por el grupo venciendo los miedos básicos (angustia depresiva, angustia persecutoria) que son coexistentes e - interactuantes, hasta llegar al momento de la elaboración de - los miedos básicos lográndose así una reestructuración de el - grupo familiar.

El método utilizado para el abordaje familiar toma a todos los

elementos que configuran la situación grupal, donde el médico familiar, o terapeuta queda inmerso en la situación grupal viviendo la problemática familiar desde dentro con la óptica de la familia y desde fuera con la óptica de él como un elemento catalizador favorecedor o esclarecedor de los supuestos básicos, -- abriendo, desestructurando y reestructurando con el grupo y para el grupo los estereotipos familiares, mejorando la comunicación, la pertenencia, la pertinencia, el aprendizaje y el tele (sensación de lejos) escala básica de evaluación de un grupo con un esquema conceptual referencial operativo que tiene una tarea implícita o explícita, el aprendizaje o adaptación activa a la realidad.

Carlos L. Rodríguez de la O.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I. OBJETIVOS

- A).- Conocer tipo de estructura familiar de los pacientes identificados.
- B).- Identificar los roles, límites y vínculos de cada núcleo familiar estudiado.
- C).- Determinar si el paciente asmático juega el rol de chivo expiatorio del grupo familiar.
- D).- Identificar tipo de crisis familiar en relación con el momento asmático.
- E).- Estructurar un concepto globalizador del Asma Bronquial.

II.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS (Marco de Referencia)

A) HISTORIA

El término "asthma" aparece desde la época más remota en la literatura médica, sin tener exactamente la significación que le damos hoy en día. La palabra deriva del griego y traduce un estado "jadeante o anhelante" .

Las referencias más antiguas se encuentran en la Biblia, en Homero y en los escritos de Herodoto. Hipócrates, sin hablar especialmente del asma, emplea el término en algunos de sus aforismos.

Galeno en cambio, no menciona el asma en sus numerosos escritos. Areteo, contemporáneo de Galeno (300 años A.J.), fué el primero que describió con acierto un acceso de asma, quedando como un dato histórico de carácter clásico, mencionado por la gran mayoría de los autores.

Celso consideró tres variedades en las dificultades de la respiración: disnea, el asma y la ortopnea. Desde entonces, el asma fué considerada más bien como un síntoma que como una enfermedad.

A principios del siglo XVII, Helmont desarrolla la primera hipótesis, sobre la patogenia del asma invocando la intervención de varios "espíritus" en las alteraciones de los bronquios finos.

Al final del mismo siglo, Thomás Willis afirma que el asma es una enfermedad y que puede tener dos formas distintas: la neumónica y la convulsiva. El asma neumónica se debería a la obstrucción de los bronquios por pesadas secreciones en tanto que el asma convulsiva se debería a la contractura de las fibras mus-

culares de los bronquios, del diafragma y de otros músculos del tórax.

En 1698, Sir John Fleyer publica su libro sobre el asma, que fué aceptado en todos los aspectos durante 100 años. Fleyer fué un asmático y la obra era excelente para su tiempo. Aceptaba también dos formas clínicas, muy semejantes a las de Willis: el asma periódica (convulsiva) y el asma continua (neumónica). A mediados del siglo XVIII se multiplican las formas del asma, imperando en realidad una gran anarquía en los conceptos, como: el asma húmeda, el asma seca, el asma abdominal, el asma artítica, el asma cardíaca, el asma nerviosa, etc. Años más tarde, muchos autores se distinguieron por sus esfuerzos para ordenar y sistematizar los conceptos sobre el asma, como Culler, Withers, Ryan, Bree, Bergson, etc.

Reisseisen, en 1822, después de estudiar en detalle las fibras musculares de los bronquios lanzó la teoría del broncoespasmo abriendo la puerta de la experimentación sobre este aspecto del intricado problema.

Boston y Andral, basados en seis autopsias afirman que el asma es un síntoma de las lesiones del corazón y de los gruesos vasos. Laennec habla del catarro seco de los bronquios y del papel indudable del sistema nervioso.

En 1842, Longet demuestra la importancia del factor nervioso, cuando produce la contracción de los bronquios al excitar el extremo distal del vago, sirviendo de base a los notables trabajos clí-

nicos de Hyde Salter, haciendo hincapié en el papel del vago, en la presencia de eosinófilos en el esputo, en la influencia de ciertas emanaciones animales para determinar la crisis paroxística, y en diversos matices de sus numerosos casos perfectamente estudiados.

A principios de este siglo, los autores alemanes experimentando alrededor de dos factores que a veces se suceden: el broncoespasmo y la congestión de la mucosa bronquial.

En 1910, Auer y Lewis encuentran que los pulmones de los cuyos que mueren por choque anafiláctico se encontraban distendidos por broncoespasmo, Meltezen deduce que la patogenia del asma está en relación con los fenómenos de la anafilaxia. Welff-Eisner, por su parte sostiene que la fiebre del heno ("hay-fever") era también de naturaleza anafiláctica. Blackley establece que el polen de ciertas plantas causa la fiebre del heno. Se principian a usar los "test" cutáneos con sustancias proteínicas por Noen en Inglaterra, y por Cooke, Schless y Walker en E.E.U.U.

Con estos trabajos se inicia la época actual de la historia del asma, en la que imperan las investigaciones de los alergistas, que son casi universalmente aceptadas en sus conclusiones.

Debemos mencionar que en México, Mario Salazar Mallén ha iniciado la investigación peculiar de la flora de nuestro país, dando una estimable contribución original para la clínica del asma en nuestro medio.

Sin embargo, hasta la fecha se consideran tres formas princi-

pales del asma: la alérgica, cuyo substratum radica en una hiper - sensibilidad específica; la bacteriana, en cuya etiología priva - un factor infeccioso, y la refleja, con un mecanismo nervioso de de sencadenada por una espina irritativa, según los clásicos (12).

B) DEFINICION:

Es un ataque disneico reversible con espiración sibilante y laboriosa, que tiene una base constitucional y una patogenia in munológica (reacción antígeno-anticuerpo), tipo I de Cooms en cer ca de la mitad de los casos. Aún más brevemente, el symposium Ci ba y la American Thoracic Society lo definen como "una obstrucción intermitente y reversible de las vías aereas" (14).

C) PREVALENCIA

La prevalencia del asma en nuestro medio se ha investiga - do sólo en parte; según un estudio realizado recientemente entre 23 996 habitantes de la ciudad de México se hallaron 2 996 (12.49 %) casos con algún padecimiento alérgico entre los cuales el asma ocupó 1.17% (16). En Norteamérica se estima que 1% de la pobla - ción general padece asma, pero en los menores de 15 años se obser - vó entre 5 y 15% (14).

En el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional del - Instituto Mexicano del Seguro Social, en el transcurso de 14 años la proporción anual de bronquiolitis aguda y asma se han incremen - tado paulatinamente, lo cual es de interés por que en la mayoría de las publicaciones se considera que 25% de los niños con bron -

quiolitis evolucionan hacia asma. (16)

Durante 1977, en la Consulta Externa de Neumología del mismo Hospital, de 707 consultas, 381 (55%) fueron por asma; en la sala de hospitalización de dicho Servicio, de 838 pacientes, 218 (22%) presentaron diagnóstico de asma, y el laboratorio de pruebas funcionales pulmonares, de 1 037 estudios, 752 (73%) se practicaron a niños con el mismo padecimiento. (16)

D) ETIOLOGIA

Como dice Charpin, "en materia de asma la plurietiología es la regla y la causa única la excepción". (14)

Las causas son de acción compleja, que obligan a que cada autor las enfoque de diversas maneras, de acuerdo con su criterio personal. Consideramos tres grupos principales de causas: las intrínsecas, las extrínsecas y las específicas.

1.- Causas intrínsecas.- Son éstas las concernientes al sujeto, que condicionan la disposición patológica, y que serán examinadas por separado.

a) Raza.- Todas las razas dan lugar al asma, pero no con igual incidencia. Las más atacada es la raza blanca, muy especialmente los sajones y hay casos poco numerosos entre los indios y mestizos. En la República Mexicana, se dan casos en todas las zonas y climas, a veces explicados por la aridez y el polvo, y otros por humedad y fertilidad excesiva del lugar. (12.14)

b) Sexo.- Algunos autores (12, 14, 18, 22, 25, 36) afirman que el asma es más frecuente en el hombre que en la mujer, supues

tamente por factores de trabajo, sin embargo, éstas últimas han invadido todas las actividades masculinas, inclusive las industriales. (12)

c) Edad.- El padecimiento se inicia antes de la edad de 10 años en aproximadamente la mitad de los casos y antes de los 30 años en una tercera parte, pero puede iniciarse en edad muy avanzada. Antes de los 10 años, el asma es dos veces más frecuente en los niños, pero hacia la edad de 30 años la frecuencia es igual en hombre y en mujeres. (18)

d) Condición Social.- No existe diferencia en la incidencia en relación al estrato socio-económico.

e) Herencia.- Es éste uno de los aspectos más debatidos de la etiología del asma bronquial, en virtud de que muchas veces encontramos este padecimiento, y otras manifestaciones alérgicas, en los padres, abuelos o tíos. Sin embargo, el factor familiar, lógicamente debe influir por lo que hace a muchos elementos: lugar de vida, hábitos de alimentación, oficio, costumbres, etc. (12)

Según los cuidadosos estudios de Shain y Cooke, y de Van Der Veer y Cooke, el 60% de los alérgicos tienen antecedentes hereditarios. Jiménez Díaz y Ojeda en España, afirman que la transmisibilidad genética de la disposición asmógena, existe en el 33% de los enfermos. De cualquier manera, cabe decir imparcialmente, que, cuando menos, en el 50% de los casos no se encuentran antecedentes hereditarios.

f) Sistemas nervioso vegetativo.- A través del sistema nervi

so vegetativo se manifiestan muchos fenómenos alérgicos, por lo - que en el síndrome asmático se han estudiado sus relaciones, so - bre todo después de que Eppinger y Hess idearon el concepto de la vagotonía. Para estos autores, el asma representaría un caso per - fecto de vagotonía: broncoespasmo, eosinofilia, dermatografismo, -- bradicardia, hipotensión, hiperhidrosis, etc. Así como por la ac - ción de la pilocarpina, que desecadena la crisis asmática, en tan - to que la adrenalina y la atropina la hacen desaparecer o la miti - gan.

La situación descrita es muy común en los asmáticos, sin du - da alguna, pero no podemos decir que siempre se presenta. (12)

En efecto, hay asmáticos con franca simpaticotonía; hay otros con fenómenos de anfotonía o neurodistoria, y algunos que alter - nan entre el desequilibrio del vago y del simpático, presentándo - se en forma sucesiva los síntomas correspondientes.

Son indudables las alteraciones del sistema nervioso vegeta - tivo en los asmáticos, de las cuales las más frecuentes correspon - den a la vagotonía, las que se han pretendido explicar por la ac - ción de algunas sustancias liberadas o producidas por la reacción alérgica, que provoquen la irritabilidad vegetativa. (12.22)

Además, se sabe que los medicamentos que ayudan a corregir - el desequilibrio vegetativo, son de gran utilidad en el asma, co - mo terapéutica de la crisis o de la enfermedad misma.

g) Glándulas Endocrinas.- La enorme importancia del buen fun



cionamiento de las glándulas de secreción interna en la personalidad psicosomática y vegetativa del hombre y de la mujer, ha determinado que en muchas enfermedades se haya investigado su acción patogénica, sobre todo en aquellas en que se supone un trastorno del equilibrio neurohumoral, y el asma ha sido una de ellas.

Las bases de partida para estos estudios han sido múltiples: la buena acción de la adrenalina, los accesos de disnea que presentan relaciones cronológicas evidentes con la menstruación, con el embarazo, o con la menopausia; las crisis asmáticas que siguen al coito; la acción favorable, en algunos casos, de la ministración de tiroides, etc.

La buena acción de la adrenalina hizo pensar en posible insuficiencia suprarrenal, pero nadie la ha comprobado y, además, en la enfermedad de Addison no se presenta el asma.

En cuanto a las hormonas femeninas, el problema es muy confuso y complejo. En efecto, a veces se establece la enfermedad con la menarquía y otras con la menopausia, en ocasiones, la asmática se mejora durante el embarazo y otras se empeora notablemente, en algunas mujeres coincide el asma con una regla absolutamente normal y en otras forma parte del cortejo de una dismenorrea.

El asma se presenta indistintamente en hipotiroideos y en hipertiroideos.

El asma que aparece después del coito, tiene más bien una explicación nerviosa que endocrina, que puede encontrarse con un

interrogatorio inteligente y hábilmente conducido.

En resumen, las acciones de las glándulas endocrinas son aún confusas.

h) Elementos Neuropsíquicos.- La literatura sobre los aspectos psicosomáticos del asma señala ciertos fenómenos significativos. Alérgias específicas están frecuentemente presentes, aunque no universalmente. Alérgias respiratorias y dérmicas coexisten con frecuencia, aunque tampoco en forma universal. Algunos autores distinguen entre una alérgia real de tipo inmunológico y una alérgia clínica. El factor alérgico puede ser constitucional; puede existir antes del nacimiento, pero hay algunas pruebas que sugieren que puede estar condicionado por experiencias en los primeros meses de la vida. En otras palabras, ciertas reacciones desviadas del sistema autónomo puede aprenderse, pero esta forma de estar condicionado puede ocurrir tan precozmente como ser, en efecto, irreversible. Se supone también que fuertes influencias emocionales pueden destruir el umbral de la sensibilidad alérgica. Algunos creen que el asma involucra una hiperfunción parasimpática especial y que esta inervación tiene forma regresiva. Alexander habla de un "retroceso vegetativo". Latham y Saul insisten en que el proceso regresivo no necesita darse en toda la personalidad sino solo en ciertas reacciones componentes.

Particularmente importante es el hecho de que una falla del

motor de descarga en el sistema neuromuscular voluntario puede resultar en una desviación de energía en el sistema autónomo, esto es, una falla en la liberación motora efectiva causa un desborde de estimulación nerviosa autónoma en ciertos enfermos. Aún desde otro punto de vista existe una cuestión de posible hipersensibilidad en los bronquios terminales. Otra observación interesante de la tendencia a la exclusión mutua entre asma y psicosis. Pueden alternar, - pero habitualmente no coexisten. En aquellos casos donde están presentes ambas, asma y psicosis, el asma desaparece durante la psicosis, y tiende a reaparecer cuando la psicosis declina. (1)

En épocas recientes, hay un menor entusiasmo por la búsqueda - de las correlaciones específicas entre desordenes psicósomáticos y tipo de personalidad, o entre estos desordenes y el contenido simbolico del conflicto. Hay más bien tendencia a tratar de entender la especialidad en fenómenos psicofisiológicos; en términos de la desorganización de los mecanismos de adaptación específicos de la personalidad, esto es, en funciones desviadas del yo y en formaciones patológicas de defensa contra el peligro exterior y la angustia interna.

i) Psicodinamia de la relación.- Parece ser realidad a menudo que los niños asmáticos son incapaces de comunicar sus necesidades emocionales a través del acto de llorar. Pero esto no parece ser todo. Esta particular inhibición tal vez, ser evaluada en el contexto de una más amplia inhibición del comportamiento significati

vo. De seguro que hay signos de agresividad oral reprimida. Existe restricción en la boca. Estos niños no logran una liberación total de su hostilidad ambivalente en un ataque oral sobre la madre. Sino, más que eso, parecen distantes, desapegados. Usan una especie de cara de piedra, o una expresión alejada y ansiosa; la expresión facial a menudo es descolorida, despojadas de afecto, helada o llena de angustia. Se esfuerzan por negar sus anhelos de dependencia y sustituirlos por una actitud de separación y autosuficiencia compensatoria exagerada. A menudo muestran pautas compulsivas, pero éstas no son estables, ni operaciones de defensa bien integradas. Los mecanismos compulsivos operan erráticamente y se intercalan a episodios de agresión explosiva o a signos de aislamiento y desconfianza.

La capacidad de estos niños para usar su cuerpo para controlar la agresividad del medio está menoscabada. El uso del cuerpo es torpe y variablemente coartado. Los niños asmáticos no tienden a mostrar una espontaneidad sostenida en el comportamiento motor, pero pueden mostrar liberaciones de tensión periódicas, agitadas y pobremente reguladas a través de la actividad corporal. En el polo opuesto, cuando son gratificados, son incapaces, a menudo, de mostrar espontáneamente alegría o entusiasmo. Así, parece, hay una variable coartación de liberación emocional en el llanto, y también en otras formas de expresión motora, en el hablar y en la musculatura del cuerpo. El cuerpo habla, por cierto, a través del sistema -

de expresión motora voluntaria. (1, 3, 26, 29)

j) Factores Bioquímicos y Metabólicos.- La fisiopatología del sistema nervioso vegetativo, y sus relaciones con el equilibrio de la relación de los iones de calcio y potasio del organismo, hizo -- que algunos investigadores buscaran sus posibles influencias en el asma bronquial. (12)

Chiari demostró que la hipocalcemia aumenta la irritabilidad - vegetativa, exagera la permeabilidad vascular y ayuda a la forma--- ción de los trasudados. Zondek y Kraus encuentran el aumento de -- las contracciones del corazón, sobre la rana, añadiendo iones de po tasio. Se averigua que la calcemia se haya controlada por el simpá tico, y la potasemia por el vago. Todos estos hallazgos imponían - su trascendencia en las causas y patogenia del asma; así vemos que Belligheiner la atribuye a la hipocalcemia y Pottenger la achaca al aumento del potasio celular, sin embargo, estas hipótesis no han si do confirmadas en los asmáticos, según los trabajos de experimenta- ción clínica de Crip y McEroy, Greenberg y Gunther, Novak y Hollen der, etc.

Algo semejante puede decirse por lo que se refiere a la defi - ciencia de ciertas vitaminas: B, C y D, pues hay muchos enfermos -- que las presentan y no tienen asma y, por otra parte, muchos asmáti cos que tienen tales carencias vitamínicas.

Lo mismo podemos asentar respecto a algunos trastornos metabó- licos (hiper uricemia, toxemia de origen nutritivo, variaciones, --

del ph, etc.), a los se les ha querido conceder una primacía inmerecida, ya que no han pasado de ser tesis bien presentadas sin la debida comprobación práctica.

2.- Causas extrínsecas.- Son aquellas que obran como condiciones ambientales, ajenas al sujeto mismo, de explicación difícil y, sin embargo, indudables en muchos casos.

a) Clima- Este se encuentra determinado por factores muy diversos, que hay que tomar en consideración: altitud, latitud, vientos dominantes, lluvias, composición del suelo, etc. Además, en relación con el clima habría que tomar en cuenta la flora y la fauna propia de cada región.

Es indudable el efecto del clima en muchos asmáticos, pues -- basta con que cambien de lugar para que desaparezcan los fenómenos patológicos, sin medicina alguna, y basta también que regresen al mismo lugar para que vuelvan a enfermarse, a pesar de todos los intentos terapéuticos. Así, sabemos que los asmáticos de los sitios altos se mejoran a nivel del mar, y viceversa. En cambio, en aquellos que están igualmente mal en climas distintos habrá que pensar más bien en las causas intrínsecas. Hay asmáticos cuyas molestias patológicas los hacen suponer cambios de tiempo, llamándose así -- mismos "barómetros humanos".

El clima en general tiene acción a través de las posibilidades alérgicas, del sistema vegetativo, del elemento psicosomático (descanso, falta de preocupaciones actuales, compañías nuevas, etc.)

En la ciudad de México el asma no es muy frecuente, diciendo -

Salazar Mallén al respecto: "Por razones de razas y de situación geográfica (altitud), el asma no parece ser entre nosotros tan frecuente enfermedad. Los pólenes, tan importantes agentes asmógenos, no se encuentran en concentración adecuada en nuestra atmósfera, la flora que da pólenes reconocidos como importantes patológicamente, está poco extendida, y el alto nivel sobre el mar implica cierto grado de purificación atmosférica.

b) Temperatura.- La influencia de la temperatura, más bien dicho, de los cambios de temperatura, está en íntima relación con el clima. Los enfriamientos son el pretexto para que se desencadene el asma bacteriana, jugando el papel que les hemos atribuido en padecimientos descritos con anterioridad: rinitis, la rinitis, bronquitis, etc., y que estriba en romper de momento las defensas orgánicas y favorecer el brote infeccioso.

c) Ocupación.- Hay ocupaciones que obligan a inhalar sustancias irritantes para las vías respiratorias y actúan como inespecíficos: vapores, humo, polvos, filamentos vegetales, etc., y que influyen en algunos casos de asma. Lo mismo podemos decir de las ocupaciones que exigen cambios bruscos de temperatura, recordando a este respecto el caso de un carnicero que diariamente tenía que entrar varias veces a los refrigeradores y que mantenía un estado asmático permanente, el cual desapareció con el cambio obligatorio de oficio. Finalmente la ocupación puede influir en forma verdaderamente específica, a través de diversos alérgenos, se han observado casos de alergia al algodón (obreros), al maíz



(expendedores), al chile (empleados de recaudería), a substancias terapéuticas (boticarios), etc. (12, 14, 18, 22, 25, 26, 30, 44).

3.- Causas específicas.— Entre éstas tendremos que considerar: alergenós, como causas específicas del asma alérgica, algunas infecciosas, como causas del asma bacteriana, y las espinas irritativas, como causas del asma refleja.

a) Alergenos.— Los alergenós principales son los que actúan por inhalación, y mencionaremos los más comunes; pólenes, polvos de casa, hongos, plumas, caspas, y pelos de animales (caballo, gato, perro, etc.), lana, harina, polvos de cereales, formalina, neftalina, etc.

Siguen en importancia los alergenós o antígenos de la alérgia, que obran por ingestión, que son también muy numerosos y variados, de los cuales señalaremos los más comunes: la leche, el huevo, los pescados y mariscos, las carnes, las fresas, las nueces, el chocolate, la miel, las especies, los condimentos, algunos medicamentos (yoduros, aspirina, etc.)

Hay alérgenos que actúan por contacto, determinando urticaria, eczemas alérgicos y, algunas veces, el asma. Entre éstos mencionaremos: la seda, cosméticos (polvos, cremas y perfumes), la lana, la lanolina, etc.

Algunos parásitos obran como alergenós (endozoantígenos), como lo demostró Casoni en 1911, con reacción intracutánea para el diagnóstico del quiste hidatídico, entre los cuales cabe mencionar: el ascaris lumbricoides, la tenia solium, la triquina, los

los oxiuros, etc.

Con el simple enunciado de los alérgenos, como lo hemos hecho basta para darse cuenta de lo complejo que es el problema de descubrir las causas específicas, de la importancia enorme y decisiva - de un buen interrogatorio, y de las pruebas o "test" cutáneos, para llegar a un diagnóstico exacto.

b) Infecciones.- Este es un punto muy debatido, pues para - - unos autores no se trata sino de alérgia bacteriana, en tanto que otros consideran a la infección misma como causa específica.

Las infecciones más aceptadas como asmógenos son: la sinusitis, las adenoiditis, las amigdalitis, las dentarias, y las rino - bronquiales de repetición,

Otras infecciones, más lejanas del aparato respiratorio, han sido mencionadas pero son discutibles, como las apendicitis, las - colecistitis, las anexitis, etc., a pesar de que hay casos señalados en la literatura médica de curaciones de asma con las intervenciones quirúrgicas respectivas, pero constituyen hechos excepcionales y no habituales.

c.) Espinas irritativas.- Estas son muy importantes en el asma refleja, aunque en rigor no sean verdaderas causas específicas, -- pues sin indicios de trastornos humorales básicos, se supone que - tales espinas irritativas, sirven de punto de partida de reflejos asmógenos.

Las principales espinas irritativas son: desviaciones del tabique nasal, pólipos nasales y malformaciones de los cornetes. HU



bo una época en que se exageró su acción motivándose una serie de intervenciones quirúrgicas, sobre todo entre los norteamericanos, que a corto plazo demostraron un beneficio muy discutible. En -- realidad los pólipos son los que se siguen operando con provecho, pero las demás espinas irritativas deben ser muy cuidadosamente -- consideradas antes de aconsejar el tratamiento radical.

Otras espinas irritativas son aún menos interesantes: ptosis de víceras abdominales, hernias, etc.

Sin embargo, hay casos indudables de asma refleja por espina irritativa, como en el caso de un paciente del Hospital General, citado por Salazar Mallén, en el cual los ataques típicos de asma se desencadenaban con la presión digital al nivel de la apófisis espinosa de la séptima vertebra cervical (12, 18, 22, 30, 44).

E) FISIOPATOLOGIA

En términos demasiado sencillos, una crisis asmática depende del espasmo de la musculatura lisa que recubre los bronquios terminales, acompañada de edema de la mucosa; al haber espasmo y edema, la abertura del bronquio durante la espiración desaparece y -- hay cierre, de manera que se necesita fuerza positiva para vaciar el aire retenido.

En este trastorno siempre se isiste en la obstrucción bron -- quial por espasmo muscular, y resta importancia a la obstrucción producida por edema de la mucosa. Este edema puede ser por reten -- ción líquida de tipo alérgico, semejante a la hinchazón de la mu -- cosa nasal en la fiebre del heno y al edema angioneurótico. El

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

edema inflamatorio de la infección también parece ser muy importante para algunos asmáticos. A estos factores se añaden los trastornos de la circulación pulmonar con edema, congestión y, en caso de hipoxia duradera, permeabilidad capilar netamente aumentada, lo cual añade otro elemento al círculo vicioso. Resultan muy útiles las medidas terapéuticas que disminuyen el edema inflamatorio (cortisona y medicamentos afines), y las que producen deshidratación (glucosa hipertónica por vía venenosa). Son perjudiciales los climas con humedad y neblina, que pueden dificultar la transpiración pulmonar; los climas secos son beneficiosos.

Durante la crisis hay depósito anormal de moco y líquido de edema en los bronquios; su presencia y su gran viscosidad aumentan considerablemente la obstrucción mecánica. En los pacientes que fallecen de asma se observan en la autopsia tapones firmes de moco rico en proteínas, que bloquean muchos bronquios. (12,22)

Las crisis asmáticas repetidas acaban causando cierto grado de enfisema pulmonar; en los períodos asintomáticos el paciente presenta insuficiencia valorable de la eficacia pulmonar. Lo demuestran la disminución de la capacidad respiratoria máxima, el aumento del aire residual y el trastorno de la mezcla intrapulmonar de gases. Este trastorno aumenta considerablemente el problema de la circulación en el asmático crónico. Quienes no gozan de gran elasticidad pulmonar, y los que han desarrollado fibrosis del pulmón por inflamaciones repetidas, son los que más sufren.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los trastornos emocionales tienen importancia primordial en casi todos los casos de asma grave. La sed de aire, necesidad -- primitiva y urgente, no puede soportarse con mucha calma cuando no es satisfecha. Es indudable que la reacción intensa tiene -- consecuencias fisiológicas y psicológicas poco conocidas. Lo -- cierto es que el miedo es causa y consecuencia del asma.

G) ANATOMIA PATOLOGICA

Letterer describe: hiperemia de los capilares en la submucosa bronquiolar, edema seroso intraalveolar con hialinización y - engrosamiento de la membrana basal de los alveolos. En la submucosa de los bronquios, infiltrando inflamatorio no polinuclear - como en la bronquitis, sino preferentemente histiocitario, plasmático y linfocitario con eosinófilos. (12, 14, 36)

Las secreciones que ocupan la luz de los bronquios tienen - el aspecto "perlado" descrito por Laennec, y contienen principal- mente las espirales de Curshmann, los cristales de Charcot-Leyden y eosinófilos.

Algunos de los cambios anatómicos principales en el asma se observan en los bronquios y bronquiolos, a menudo se acompaña de alteraciones secundarias, de la índole del hiperinflamamiento de - alveolos o áreas focales de atelectasia, pero el diagnóstico depende de demostrar tapones mucosos tenaces dentro de bronquios y bronquiolos que a menudo los ocluyen por completo. Las paredes bronquiales pueden tener aspecto algo más grueso que el normal y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a veces hay desprendimiento o esfacelo de epitelio; junto a un aumento de las células caliciformes y de las glándulas mucíparas. -- Los pocos que fallecen en plena crisis asmática macroscópicamente denotan una obstrucción bronquiolar difusa con gran edema y tapones mucosos.

Los musculos bronquiales se encuentran hipertrofiados, según Marchand y Monckeberg, Huber y Koessler, lo que robustece la teoría del broncoespasmo. (12)

Como lesión rara y ocasional se ha señalado la degeneración -- del cartílago en forma de vacuolas, cuya causa no ha sido explicada satisfactoriamente.

H) CUADRO CLINICO

Desde el punto de vista clínico podemos considerar dos formas principales: asma aguda o paroxística, y asma crónica (12. Jiménez Díaz refiere que las crisis pueden durar más de una hora y menos de un día, se habla de ataque asmático y de estado asmático -- cuando el ataque dura más de 24 horas o semanas. (14,22)

La forma aguda se caracteriza porque los enfermos, fuera de -- los accesos, se encuentran como normales, o como prácticamente normales. En cambio, en la forma crónica, los enfermos fuera de las crisis paroxísticas presentan síntomas y signos más o menos atenuados. Ahora bien tanto las formas agudas como las crónicas pueden presentar tres variedades: ligera, moderada y severa de acuerdo -- con la importancia de los síntomas y de los signos, así como de su mayor o menor resistencia a los tratamientos habituales.

ASMA AGUDA

a) Ligera.- Hay disnea moderada, especialmente con los esfuerzos, poca tos y escasa expectoración; el paciente puede desempeñar sus ocupaciones habituales, los estertores roncantes y silbantes se perciben con el estetoscopio y no a distancia. El cuadro desaparece con la medicación por vía oral: efedrina, aminofilina, luminal, papaverina, etc. El paciente estará completamente bien hasta el ataque siguiente.

b) Moderada.- El enfermo necesita guardar cama o esforzarse para trabajar o estudiar. La disnea es intensa, en forma de ortopnea: la tos es frecuente, seca al principio y después con expectoración; sin necesidad de estetoscopio, se oyen los estertores roncantes y silbantes, puede haber fiebre y taquicardia, especialmente en los niños. Casi siempre hay que recurrir a los inyectables; adrenalina, aminofilina, etc., con los que cede el cuadro y el paciente queda bien hasta el ataque siguiente.

c) Severa.- La disnea se presenta muy intensa, espectacular, con gran angustia y temor las primeras veces, en forma inesperada y especialmente durante el sueño en la noche. El enfermo no puede estar acostado, adoptando a veces actitudes grotescas; los músculos respiratorios accesorios entran en juego, la respiración es poco frecuente y laboriosa, sobre todo durante la respiración, hay cianosis y taquicardia. Al principio se presenta tos seca y penosa, para después acompañarse de expectoración abundante, los estertores son audibles en toda la habitación. Se requieren los inyecta-

bles dosis repetidas: adrenalina, aminofilina, también los fluidificantes y expectorantes: yoduro de potasio, benzoato de sodio, -- terpina, etc. con los que cede el cuadro y el paciente queda bien hasta el ataque siguiente.

ASMA CRONICA

a) Ligera.- La disnea es ligera pero constante, impidiendo toda actividad física fuerte, y obliga a dormir semisentado, o al menos con la cabeza más alta de lo habitual. Son tosedores crónicos, con más molestias cuando expectoran con dificultad. Presentan estertores perceptibles con el estetoscopio para el médico, y audibles para el enfermo durante las épocas de exacerbación.

b) Moderada.- Los síntomas de la forma anterior son más acentuados y los signos más evidentes. Casi siempre se complica enfisema pulmonar incipiente. La vida en general se llena de limitaciones. El estado general empieza a ser atacado, en forma de astenia y adelgazamiento. Los medicamentos que los mejoran son tomados en dosis mayores y en forma permanente. Las complicaciones agudas son frecuentes: bronquitis agudas y severas, bronconeumonía, neumonía, etc.

Una complicación crónica se presenta en muchas ocasiones: la dilatación bronquial.

c) Severa.- Esta forma representa la peor situación de los asmáticos y equivale a la que los autores clásicos designaban con el nombre de "estado asmático".

Los sufrimientos de estos pacientes son tremendos, comparables

con las peores enfermedades, pero difícilmente se concibe que pueden ser superados.

La disnea continúa, terrible o aún exacerbaciones, la tos a toda hora, las grandes cantidades de expectoración, más o menos penosamente expulsada, la cianosis, la imposibilidad de hacer el menor esfuerzo, el sueño interrumpido, la alimentación restringida, las dificultades para hablar, los episodios infecciosos agudos, -- etc., hacen de la vida del enfermo un verdadero y trágico calvario.

Los signos físicos son los mismos de la forma clínica anterior pero son más constantes y más acentuados.

Las complicaciones broncopulmonares son habituales: enfisema pulmonar, esclerosis bronquial, bronquiectasia, grave insuficiencia respiratoria, etc.

Todas las medicaciones son debilmente paliativas y hay que emplear recursos extremos: inactividad absoluta, dieta severa, vida a nivel del mar etc.

Además, las complicaciones cardiacas no son excepcionales: hipertrofia del ventrículo derecho, infarto del miocardio, "cor pulmonales", etc.

I) DIAGNOSTICO

Esta sección comprende tres cuestiones fundamentales:

- 1a. ¿Se trata de asma bronquial?
- 2a. Si se trata de asma bronquial, ¿existen complicaciones?
- 3a. ¿Cuál es la forma clínica del asma bronquial y cuáles son sus causas?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1a. La primera parte del diagnóstico es sencilla. Fuera de los accesos paroxísticos de disnea, tos seca al principio, posteriormente con expectoración que alivia gran parte de las molestias, los estertores audibles para el enfermo, la mejoría o la desaparición del acceso con la medicación adecuada, etc. (12)

Los espirogramas mostrarán anomalías notables durante una crisis asmática, pero no son imprescindibles para el diagnóstico. De todas formas, cuando se desee diferencias los trastornos ventilatorios por enfisema permanente, de los causados por broncoespasmo, el laboratorio de fisiología respiratoria prestará gran ayuda. Lo que conviene hacer es tomar trazados espirográficos y medir la capacidad respiratoria máxima antes y después de administrar dosis elevadas de un broncodilatador. En esta forma, a veces puede descubrirse asma crónica no sospechada en pacientes en quienes se pensaba sufrían solamente enfisema esencial. (22)

2a. Las complicaciones son propias del asma crónica, sobre todo de las variedades moderada y severa. El interrogatorio, la exploración física y de los métodos de gabinete, revelarán el enfisema, la dilatación bronquial, las lesiones cardiacas.

3a. Es la parte más delicada del diagnóstico y la más indispensable para hacer una terapéutica útil y radical.

Un buen examen clínico, los exámenes de laboratorio y las pruebas cutáneas específicas no servirán para identificar la forma clínica del asma: alérgica, bacteriana o refleja. Después habrá que -

definir si se trata de asma aguda o de asma crónica y al mismo tiempo, precisar si es un caso ligero, moderado o severo.

En los casos de asma alérgica, es necesario hacer el diagnóstico específico por medio de las pruebas de hipersensibilidad, que tienen su base en que la mayoría de los sujetos alérgicos, la piel posee "reaginas", substancias demostrables para producir mediante la aplicación del alérgeno correspondiente, una reacción típica: fenómenos de edema local (pápula edematosa, vasodilatación, mácula).

Las pruebas cutáneas por escarificación son las más sencillas de practicar y las más utilizadas. Generalmente, las escarificaciones se hacen en la piel de la cara externa del brazo, en número necesario para los alérgenos que se van a estudiar, casi nunca más de diez en una sesión, procurando que quede relativamente distantes -- unas de otras, y sobre ellas se deposita una gota de los diversos alérgenos.

Después de 30 minutos ya se pueden leer los resultados. Si son negativos, no aparecen modificaciones; si son positivos, pueden presentarse una mácula roja discreta y la prueba se considera debilmente positiva; puede aparecer una eritema más extendida con pápula edematosa central y la prueba se juzga como positiva; puede presentarse un eritema más pronunciado, con pápula edematosa amplia, sin límites precisos y pruriginosa, constituyendo la reacción positiva intensa.

Las pruebas intracutáneas pueden practicarse en la misma región

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

pero también se hacen en el dorso o en las caras anterior y lateral del muslo. Generalmente las reacciones aparecen más rápidamente, un cuarto de hora y son más intensas.

En algunas ocasiones se colocan los alergenos en la mucosa ocular o en la mucosa nasal, sobre todo en los casos de asma oculonasal; las reacciones positivas en el primer caso, se caracterizan por enrojecimiento conjuntival, prurito y lagrimeo; en el 2do. caso, se manifiestan por congestión, estornudos y secreción acuosa. Ambas técnicas son muy poco usadas.

Las pruebas cutáneas tienen un gran valor y siempre que se sospeche un síndrome asmático de tipo alérgico hay practicarlas. Ahora bien, su interés será definitivo cuando puedan comprobarse con la clínica y con la terapéutica apropiada. Por otra parte, serán más fáciles de interpretar y de manejar sus resultados, en los casos que son muy numerosos los alergenos que dan reacciones positivas, pues de lo contrario es muy difícil dictar medidas dietéticas y cuidados ambientales de carácter práctico. (12,12)

J) PRONOSTICO

El pronóstico del asma bronquial es notoriamente incierto, pues depende de muchos elementos que trataremos de analizar, aunque sea brevemente.

Comenzaremos por estimar dos situaciones extremas: ¿es curable el asma?, ¿es mortal el asma?

El asma es curable en algunas ocasiones. Conocemos sujetos --

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

adultos adultos y viejos que fueron asmáticos en su niñez y que --
quedaron bien sin tratamiento alguno, o con tratamiento de efica -
cia dudosa. Conocemos adultos que tuvieron hace años algunos acce -
sos asmáticos que no han vuelto a presentarse jamás. Existen ca -
sos que han curado tratando una espina irritativa evidente; o bien
con el tratamiento adecuado de una infección local, o con la supre -
sión de alergenos bien identificados. Luego, la curación es posi -
ble, pero depende de muchos factores: la edad, del enfermo, es más
fácil curar niños, menos fácil curar adultos y muy difícil curar -
viejos; la edad de la enfermedad, mientras más viejo sea el padeci -
miento las esperanzas de curación son menores; la forma clínica, -
es más curable el asma aguda que el asma crónica; las variedades -
de la forma clínica, son más dominables los casos ligeros que los
moderados, y éstos más que los severos las complicaciones, son --
más remediabiles los casos de asma no complicada, pues las complica -
ciones (enfisema, dilatación bronquial, esclerosis de bronquios,
"cor pulmonale", etc.) ensombrecen el diagnóstico; un buen diagnós -
tico y una terapéutica apropiada favorecen la curación siempre que
se llegue hasta la determinación de las causas; el temperamento --
nervioso del paciente, pues en los neurópatas se instalan en círcu -
los viciosos que dificultan la curación.

Se acepta que el asma no pone en peligro la vida, o al menos,
que que muy rara vez es una enfermedad mortal. Es bien conocido -
el viejo aforismo de Andral: "El asma es compatible con una larga

vida".

Sin embargo, en mi experiencia cuento con tres casos de muerte durante el acceso asmático: dos mujeres y un hombre, y los tres de asma crónica severa, con enfisema y alteraciones cardiacas. -- Dentro del enorme número de asmáticos que no curan, entre los dos extremos considerados, pero que no mueren por el asma en sí. Las causas se encuentran en motivos múltiples: enfermos que no buscan la curación conformándose con la mejoría, diagnósticos equivocados o incompletos, terapéuticas inapropiadas, formas crónicas, complicaciones que son por sí mismas incurables, etc. (12)

El pronóstico del asma bronquial es muy disímulo, y resulta difícil colocarlos en un cuadro general. Deberá hacerse en cada caso particular, teniendo en cuenta todos los datos de la historia del enfermo, y concluyendo si se tiene un diagnóstico integral, con recursos terapéuticos eficaces, y no el simple diagnóstico del síndrome con los recursos de tratamiento de carácter paliativo.

K) TRATAMIENTO

En primer lugar nos ocuparemos del aspecto sintomático del -- tratamiento, o sean los recursos de que disponemos para yugular los accesos paroxísticos y para evitar, o cuando menos retardar, su repetición (12, 14, 15). Todos los medicamentos sintomáticos del -- asma tienen bases siguientes: excitar el simpático inhibir el vago, fluidificar las secreciones, hacer más útil la tos y controlar el -- nerviosismo del enfermo. (12,14)

TRATAMIENTO SINTOMATICO DEL ACCESO O CRISIS ASMATICA

1.- ADRENALINA.- Principio activo de la secreción de la médula suprarrenal, obtenida actualmente por síntesis, fue usada por primera vez por Solís Cohen en 1898, cuyo conocido se generalizó gracias a las publicaciones de Jagie, de Viena, en 1907. (12) Es la Adrenalina un fármaco de mucha utilidad y práctico en los momentos de más urgencia, por sus efectos antiedematoso y antibroncoespasmódico (12, 14, 16, 18, 19, 22). Se administra por distintas vías (nunca intravenosa) y con varias asociaciones: a) en inyecciones subcutáneas, que es la forma clásica y a dosis de 0.5 a 1 ml, de su solución al 1 x 1000 (1/2 - 1 mg); en tres dosis con intervalo de 5' - 15', si se desea actuar más rápidamente se inyecta el contenido de la ampula repartido en varios puntos. No pasar al día, de 10 inyecciones de 0.50 ml.; b) en aerosol se utiliza la adrenalina en solución al 1%, sola o asociada a otros fármacos, pulverizada cada 1-2 horas, con un inhalador.

2.- EFEDRINA.- El sulfato de efedrina tarda más tiempo que la adrenalina en actuar y se puede dar en inyecciones o por vía oral (esta última más útil en los accesos nocturnos), y a dosis de 25 mg. por vez/6 horas la efedrina tiene ventaja sobre la adrenalina en su eficacia es más duradera y se absorbe por vía gástrica. (14)

3.- ISOPRENALINA Y ORCIPRENALINA).- La primera puede administrarse por vía perlingual, siendo sus efectos muy rápidos. El Alupent (orciprenalina) es de efectos más suaves y duraderos. Puede admi-



nistrarse en tabletas y en aerosol, en solución al 2%, o en aerosol dosificador de bolsillo al 5%. (12, 14, 18, 20, 22).

4.- AMINOFILINA.- Es uno de los medicamentos broncodilatadores que se utiliza en el ataque agudo como para el tratamiento de estado -- crónico, por las siguientes características: 1.- Por sus efectos más duraderos que los de la adrenalina y similares. 2.- Porque su reiteración no causa broncoespasmo secundario.

3.- No excita el simático ni perturban la circulación coronaria y -

4.- Puede quedarse por todas las vías. La dosis máxima de aminofilina es de 3 grs. en 24 horas. En la crisis asmática suele adminis - trarse diluida directamente en 20', o disuelta 200 ml. de sol gluco sa 5%, para pasar en 1-2 horas lo cual suele suficiente para cohi - bir la crisis.

5.- EXPECTORANTES.- En el asma grave están indicados para aumentar la productividad de la tos, al rehidratar y diluir el moco espeso - que tiende a quedarse pegado en las mucosas del árbol bronquial. -- Existe una gran variedad de expectorantes, lo cual no consideramos necesarios mencionarlos aquí.

6.- ACTH Y CORTICOESTEROIDES.- La hidrocortisona es de mucha utili - dad sobre todo en el estado agudo y espasmo bronquial severo, la -- prednisona se usa en casos que ha sido determinado el factor alérgi - co como desencadenante o perpetuador del cuadro asmático.

TRATAMIENTO DE SOSTEN O DE FONDO

La terapéutica etiológica del asma deberá enfocarse en los as - pectos siguientes:

- a) Modificar la condición reaccional del asmático, influyendo sobre el fondo neurohumoral.
- b) Actuar sobre el elemento específico (alergeno) directamente (desalergenización) o a través del organismo alérgico (desensibilización), dificultando o impidiendo el desencadenamiento.
- c) Controlar las infecciones focales, si el asma es bacteriana.
- d) Extirpar la espina irritativa, si el asma es refleja.
- e) Aerosolterapia, ventiloterapia y cinesiterapia.
- f) Broncodilatadores y expectorantes.
- g) Corticoterapia.
- h) Normas higiénico-dietéticas generales.
- i) Psicoterapia individual y del grupo familiar.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.- El papel de la familia en las enfermedades psicosomáticas plantea dificultades especiales. Algunos estudiosos del problema enfatizan el concepto de diátesis familiar, una vulnerabilidad constitucional familiar hacia el derrumbe del funcionamiento de determinados sistemas orgánicos. Otros enfatizan el papel de la tensión emocional en las relaciones interpersonales, especialmente dentro del grupo familiar. El valor del factor emocional en condiciones tales como el asma es ampliamente conocida. (12)

El estudio de las enfermedades psicosomáticas tomando como principal punto de referencia a la relación familiar y conflictos entre personas y ambiente constituyen un aspecto importante para la investigación futura.

Acerca del asma, French y Alexander dicen: la inhibición del impulso a llorar parece ser el factor emocional nuclear en estos casos. La función de llanto en el lactante está destinada a requerir atención y protección maternal. Más tarde, el mismo efecto se consigue por funciones fisiológicas más complejas (la palabra) que, como el llanto, evoca la fase espiratoria de la respiración. La inhibición a confesar ha sido establecida por estos estudiosos como factor sobrepuesto a la inhibición de llorar. El temor a ser separado de la madre o de una figura materna trae apareada la necesidad urgente de recuperar el amor materno a través de la confesión de pensamientos e impulsos prohibidos. Si el impulso es inhibido,



el paciente que tiene una sensibilidad alérgica puede responder con una típica perturbación de la función respiratoria conocida como asma. Los factores psicológicos aparecen habitualmente en combinación con factores somáticos específicos (sensibilidad alérgica). La coexistencia de ámbos factores explican porque en muchos casos los síntomas pueden desaparecer trayendo cambios en uno de estos dos tipos de factores, psicológico o alérgico. En la mayoría de los casos sólo la combinación de ambos tipos de factores provoca la enfermedad.

La capacidad de estas personas para usar su cuerpo para controlar la agresividad del medio está menoscabada. Los asmáticos no tienden a mostrar una espontaneidad sostenida en el comportamiento motor pero puede mostrar liberaciones de tensión periódica, agitadas y pobremente reguladas a través de la actividad corporal. El cuerpo habla, a través del sistema nervioso vegetativo, más que a través de sistemas de expresión motora voluntaria.

Este comportamiento es inadecuado. Un comportamiento adecuado está destinado a la conservación de la vida, a asegurar el suministro ininterrumpido para las necesidades vitales. La respiración entrecortada del asmático no cumple ese propósito. Lo que ello implica es una significativa ruptura de la conexión del organismo con el medio. La pérdida del control del medio se acompaña de un proceso paralelo de desequilibrio homeostático dentro del organismo y de una canalización de energías emocionales en el sistema nervioso automático. Esta reacción indica una desorganiza-

ción selectiva de los procesos básicos de adaptación bio-social.

Los episodios de asma parecen ocurrir a continuación de experiencias traumáticas. Los denominadores comunes de estos casos son los siguientes: graves reacciones de ansiedad ante la separación - la abrupta confrontación de una agresión amenazante de la figura materna y el súbito desbaratamiento de las pautas habituales de seguridad. En gran parte, el problema de la especificidad orgánica es todavía un misterio no resuelto. (1,30)

No existe en nuestro medio, hasta el momento, reportes acerca de la posible vinculación entre los episodios asmáticos de un individuo y las crisis familiares.

Por otra parte la gran afluencia de pacientes asmáticos al servicio de urgencias y neumología, donde son tratados en forma sintomática sin importar el origen o causa posible de esa crisis; aunando el hecho estadístico que muestra un aumento en la incidencia de la enfermedad. Por lo anteriormente expuesto, consideramos se justifica el present trabajo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.- HIPOTESIS

Suponemos que la dinámica familiar alterada desempeña un papel importante en la génesis de la crisis asmática, manifestada por disnea paroxística espiratoria en el depositario de la angustia (depósito) del grupo familiar, que suele fluir a través del miembro más fuerte (portavoz); una vez que los mecanismos de defensa han fracasado contra las agresiones del medio ambiente, produciéndose la enfermedad; teniendo ésta probablemente la finalidad de restaurar o reubicar los roles familiares, mejorando las relaciones interpersonales del núcleo familiar.

4.- PROGRAMA DE TRABAJO

1.- Se estudiará la Dinámica Familiar de un total de 12 familias en las que se haya detectado uno o más integrantes con Asma -- Bronquial. Los casos pista serán captados durante la crisis asmática, en la Consulta Externa de la UMF # 20 y de Servicio de Urgencias del HGZ # 24 del I.M.S.S., durante el período comprendido entre los días 15 de marzo al 15 de abril de 1980; y se tomarán del total, -- los primeros 12 casos que acepten el estudio de la Dinámica Fami -- liar, independientemente de las características del paciente y aun cuando se sospeche de componente alérgico.

2.- El tiempo de duración de la investigación será de 9 meses.

3.- Serán requisitados de cada uno de los pacientes:

a).- Nombre

b).- Número de Afiliación

c).- Adscripción de Clínica

d).- Domicilio

e).- Número Telefónico (si cuenta con él)

f).- Aceptación por escrito del Estudio Dinámica Familiar

4.- Para los Estudios de la D.F. se utilizará un Consultorio - Colectivo de la Unidad, en el cual existirán la menor cantidad posible de elementos distractores, ocasionalmente en el domicilio de la Familiar en estudio. El consultorio colectivo aludido es el que se identifica con el número 6 en la UMF # 20.

5.- Las entrevistas serán realizadas por 4 Médicos Residentes de 2do. año en la Especialidad de Medicina Familiar y un Coordina -

dor Experto en Familia. Se formarán 4 equipos de trabajo, integrados cada uno, por un Terapeuta, y un Co-Terapeuta, en los cuales - el Médico funja como Terapeuta en la primera entrevista con una Familia "X", lo hará hasta terminar el número de entrevistas planeadas. El mismo hecho se dará para el Co-Terapeuta.

6.- Las entrevistas se realizarán con la Técnica de Grupos -- Operativos, la cual en forma clara y concisa puede resumirse en el siguiente apartado:

Podemos resumir la finalidad y propósitos de los Grupos Operativos diciendo que la actividad está centrada en la movilización - de estructuras estereotipadas, dificultades de aprendizaje y Comunicación, debidas al monto de ansiedad que despierta todo cambio - (Ansiedad Depresiva, por abandono del vínculo anterior y Ansiedad Paranoide creada por el vínculo nuevo y la inseguridad). Estas -- dos ansiedades son coexistentes y cooperantes, y si son intensas - pueden lograr el cierre del Sistema (círculo vicioso).

Los roles tienden a ser fijos en el comienzo, hasta que se configura la situación de liderazgos funcionales, es decir, liderazgos operativos que se hacen más eficaces en "cada aquí y ahora" de la tarea.

Los grupos pueden ser verticales, horizontales, homogéneos o - heterogéneos, primarios o secundarios, pero en todos se observa -- una diferenciación progresiva (heterogeneidad adquirida) en la medida en que aumenta la homogeneidad en la tarea. Si se trata de - un grupo terapéutico, la tarea es resolver el común denominador de

de la ansiedad del grupo que adquiere en cada miembro características particulares. Es la curación de la enfermedad del grupo.

El propósito general es el esclarecimiento, en términos de -- las ansiedades básicas, aprendizaje, comunicación, esquema referencial, semántica, decisiones, etc. De esta manera coinciden el -- aprendizaje, la comunicación, el esclarecimiento y la resolución -- de tareas con la curación. Se ha creado un nuevo esquema referencial.

El Terapeuta con su técnica, favorece el vínculo entre el grupo y el campo de su tarea, en una situación triangular. El vínculo transferencial debe ser comprendido siempre en este último contexto.

La aplicación de ésta técnica a grupos primarios (Familia) donde de la tarea es curar a alguno de sus miembros ofrece el ejemplo -- significativo. La familia se reorganiza con las características -- de un grupo operativo contra la ansiedad del grupo, acaparada por su portavoz (el enfermo). Los roles se redistribuyen, adquieren -- características de liderazgos funcionales; los mecanismos de segregación que alienan al paciente disminuyen progresivamente; la ansiedad es redistribuida y cada uno se hace cargo de una cantidad determinada. Así, el grupo familiar se transforma en una empresa y el negocio que realiza es la curación de la ansiedad del grupo -- a través de uno de sus miembros. La envidia intra o intergrupala -- disminuye observándose como cambio de un buen pronóstico la aparición de reacciones de gratitud de ambos campos. (+++)

7.- El promedio de las entrevistas por familiar será de 7.

8.- La duración de cada entrevista será de 1:30 horas.

9.- La frecuencia de las entrevistas será de una por semana y en caso necesario dos o más.

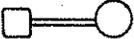
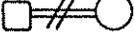
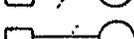
10.- Se utilizará como recurso de apoyo, una grabadora, que -- tendrá como finalidad el análisis de cada entrevista, el cual se - efectuará inmediatamente después de ésta, por el equipo de trabajo con el objeto de normar criterios a seguir en entrevistas posteriores.

11.- El costo estimativo de la Investigación será aproxima damente de \$35,000.00 (treinta y cinco mil pesos00/100 M.N.)

NOTA: (+++) Pichón, el Proceso Grupal.

SIMBOLOGIA

FAMILIOGRAMAS ESTRUCTURALES

	HOMBRE
	MUJER
	CASAMIENTO
	UNION LIBRE
	DIVORCIO - SEPARACION
	PACIENTE IDENTIFICADO
	EMBARAZO
	ABORTO
	MUERTE
	GEMELOS
	VINCULO RIGIDO
	VINCULO CLARO
	VINCULO DIFUSO

FAMILIOGRAMAS SOCIODINAMICOS

	ACEPTACION
	ACEPTACION-RECHAZO
	RECHAZO
	RELACION DOMINANTE - DOMINADO
	SOBRE PROTECCION Y-O DEPENDENCIA

45-17

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FAMILIA SANTIAGO TORRES

I.- PACIENTE IDENTIFICADA

Fabiola Santiago Torres, segunda hija de tres años de edad, fue -- captada en el servicio de Observación Pediatría del Hospital General de Zona No. 24 Insurgentes, durante su internamiento en mayo - de 1980, por presentar padecimiento desde el 14/12 de edad con cua - dro semejante al que ameritó su internamiento y el cual se caracte - riza por rinorrea hialina abundante, hipertermia, tos en accesos - frecuentes, disneizante, emetizante, la cual es húmeda acompañada de expectoración escasa de tipo hialino, sibilancias audibles a - distancia, manifestaciones de insuficiencia respiratoria y llanto constante; integrándose al diagnóstico tradicional de asma bron - quial.

II.- EVOLUCIÓN HISTORICA DE LA FAMILIA

José procede de una familia extensa, campesina, tradicionalista, - fué producto de la gesta VII de un total de once. Hace 11 años -- abandona su lugar de origen (San Luis Potosí) para venir a estudiar al D.F., en México ingresa a la Escuela Superior de Comercio y Ad - ministración del I.P.N., pero al mismo tiempo que estudiaba se encon - traba trabajando para pagarse sus estudios. Terminó la carrera de Contador Público, pero aún no está graduado, aunque desempeña este puesto en una compañía.

Ma. de los Angeles procede de una familia semiintegrada, urbana, - obrera, en la que los padres vivieron exclusivamente en unión li - bre. En 1965 el padre abandona el hogar por conflictiva conyugal

debida fundamentalmente al alcoholismo de éste; tomando el rol -- ejecutivo y proveedora Dolores, junto con Margarita (2a. hermana). En 1972, Dolores hija se une en unión libre a Edmundo llevándolo a vivir a la casa de éstas; pero hay épocas en que Edmundo sale de -- la casa por temporadas cortas para después volver nuevamente. En 1977 Dolores y Edmundo tienen un problema en el que interviene Mar garita y éste tra de golpearla poniéndole la disyuntiva a Dolores de que se fuera su familia de la casa o se iba él; a lo que Dolo -- res decidió que se fuera su familia y sin avisarles éstos llegan -- a casa de Ma. de los Angeles y José diciéndoles a éstos que Dolo -- res los había corrido de la casa y que sólo por esa noche se queda -- rían con ellos, hecho que se prolongó por 30 días.

José y Ma. de los Angeles se conocen seis años antes de contraer -- matrimonio por la proximidad de sus lugares de residencia. Los -- primeros dos años sólo entablan relaciones amistosas. Su noviazgo se prolongó por cuatro años en los cuales se dió una identificación complementaria. La programación del matrimonio fué dos años antes de éste con expectativas explícitas por parte de José de formar una familia con las limitaciones económicas con las que contaba en ese entonces y sin expectativas por parte de Ma. de los Angeles, pero sí con el fin de resolver su soledad; programan el primer embarazo de Ma. de los Angeles un año después del matrimonio y en el que de positán todas sus expectativas, prevalorando que el sexo de su fu -- turo hijo sería masculino. Su primer hijo Erick llega en un ambien

te de cordialidad. En esta época llega a México Silvino, hermano menor de José, a estudiar y realizó en forma voluntaria diversas actividades en el hogar de éstos en relación al aseo de la casa. El segundo embarazo de Ma. de los Angeles fué no deseado, no planeado y con dos intentos de aborto y al momento del nacimiento en que es informada que es niña presenta una etapa transitoria de de presión importante; ya que Ma. de los Angeles considera que el sexo femenino sigue siendo el oprimido, el débil, el que no tiene ni voz ni voto. Cuando la familia de origen de Ma. de los Angeles se separa de Dolores y viene a casa de ésta, Fabiola contaba con un año de edad y Ma. de los Angeles se encontraba embarazada por 3a. ocasión. El permiso que pidió la familia de Ma. de los Angeles de quedarse una noche se prolongó por 30 días más. Margarita encuentra una casa más grande y le propone a su madre que --convenza a Angeles para que todos vayan a vivir juntos. Hecho en que José no estuvo de acuerdo inicialmente, pero ante la necesidad de que Angeles trabajara decidió aceptar; ya que la madre de Angeles se ofreció para cuidar de sus hijos y bajo esta seducción por parte de la madre de Angeles se integran como familia compuesta, pero Silvino sale por problemas interpersonales con Virginia y --Juan, hermanos menores de Ma. de los Angeles. En forma esporádica Dolores hija, inicia visitas a su madre; introduciéndose cada vez más en casa de éstos, posteriormente depositando a sus hijos (Eva, Edmundo y Dolores) en casa de su madre y con introducción completa hacia su familia de Dolores hija y Edmundo, volviendo a

depositar Dolores hija en su madre, sus funciones de madre, por lo cual Dolores madre ya no acepta seguir dando el cuidado a los hijos de Angeles, por lo que ésta tiene que dejar de trabajar, condiciones inadecuadas en que se encontraban al inicio de la -- dinámica. Familiograma No. 1

III.- DINAMICA DE LA FAMILIA

José desempeña el rol de esposo proveedor, cumpliendo con sus funciones de compañero sexual. Guarda un vínculo difuso con Angeles claro con todos sus hijos, rígido con toda la familia de origen de Angeles y Edmundo. Ma. de los Angeles juega el rol de esposa y compañera sexual, guardando un vínculo difuso con José, claro con Erick, rígido con Fabiola y difuso con Oscar (3er. hijo). Guarda un vínculo difuso con su madre, rígido con su hermana Dolores no aceptando su liderazgo en la familia ni su dominancia, difuso con el resto de sus hermanos: Margarita, Juan y Virginia y rígido con Edmundo no aceptando su presencia en casa. Los límites se encuentran invadidos por Ma. de los Angeles hacia José fundamentalmente en el rol ejecutivo. Las relaciones sexuales son satisfactorias por ambas partes. En el subsistema fraterno existe un vínculo claro de acuerdo a sus edades entre Erick y Oscar, entre los dos hermanos y Fabiola existe un vínculo difuso que tiende a ser rígido, ya que ambos hermanos tienden a segregarse a Fabiola de los grupos de juego, lo mismo sucede con los primos de ésta que se encuentran viviendo con ellos. Fabiola es el portavoz, chivo expiatorio y depositario de la angustia grupal con segregación.

IV PROBLEMAS IDENTIFICADOS

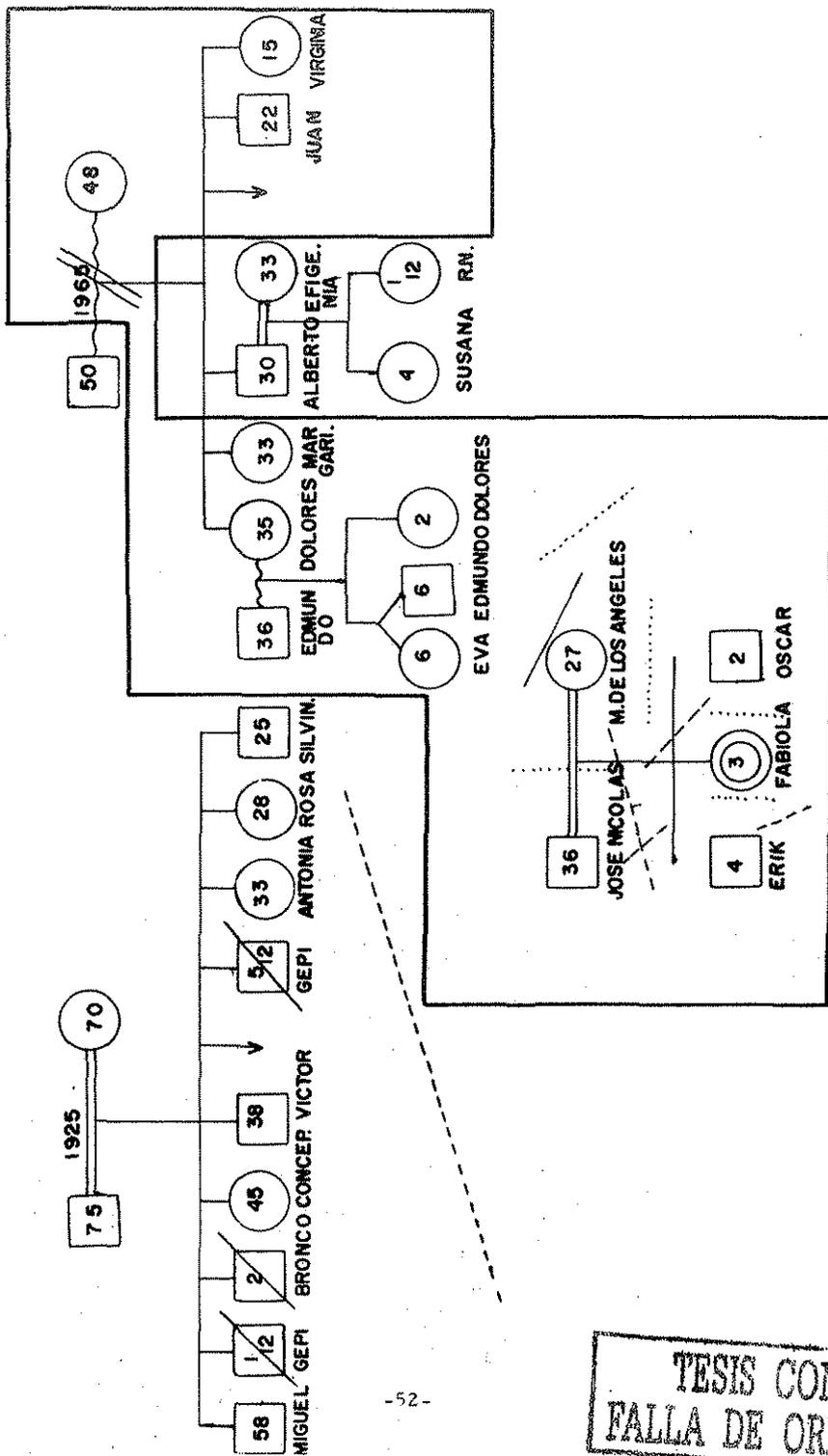
- a).- Asma bronquial en Fabiola
- b).- Segregación de Fabiola por el núcleo familiar
- c).- Rechazo de Fabiola por la madre
- d).- Demanda de cuidado y afecto por parte de Fabiola
- e).- No aceptación del rol ama de casa de Ma. de los Angeles.
- f).- Trastornos en la comunicación intrafamiliar e interpersonal.
- g).- Liderazgo autoritario no funcional por parte de Dolores hija
- h).- No desempeño de las funciones maternas en Dolores hija
- i).- Socialización de los hijos de Dolores sólo por la abuela
- j).- Baja autoestima en Ma. de los Angeles
- k).- Sobreprotección de Dolores Madre hacia Juan y Virginia
- l).- Reacción de ajuste a la adolescencia en Juan y Virginia
- m).- Desempleo en Juan
- n).- No desempeño del rol padre en Edmundo

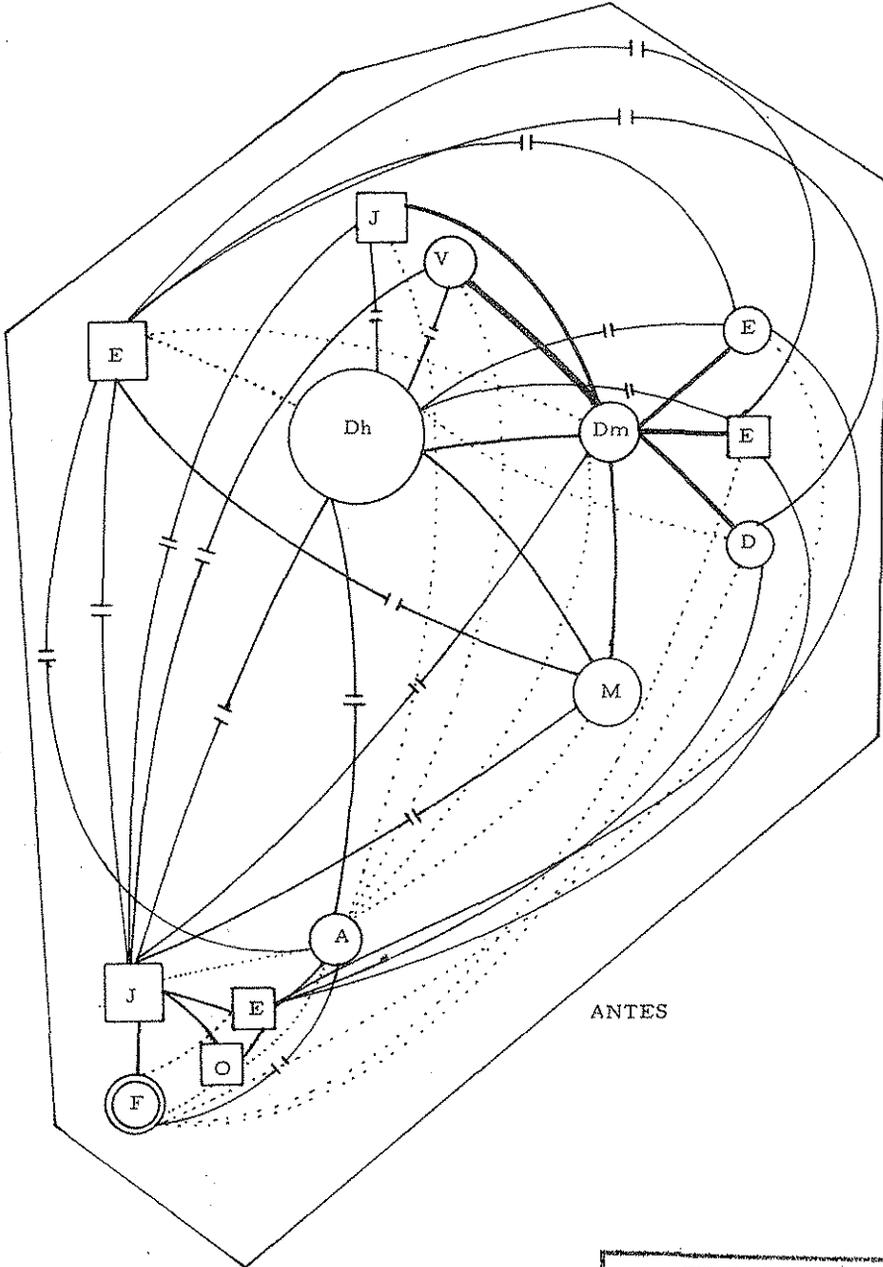
V.- ESTADO ACTUAL DE LA FAMILIA

Actualmente la familia de José y Ma. de los Angeles se encuentra integrada y viviendo como familia nuclear, esto se dió hasta la 8a entrevista. José continúa con sus funciones de esposo, compañero sexual y padre. El vínculo difuso que existía entre José y Ma. de los Angeles actualmente es claro, ya que ha mejorado notablemente la comunicación entre ellos y se da con gran fluidéz, incluyendo los errores cometidos por cada uno en la génesis de los conflictos intrafamiliares. Ma. de los Angeles ha clarificado su vínculo con Oscar, sin embargo, ahora su vínculo con Fabiola es -

es difuso por sentimiento de culpabilidad hacia la enfermedad y - por sobreprotección a ésta. Dada la integración como familia nuclear y la aceptación de la enfermedad como tal en la familia la segregación hacia Fabiola ha desaparecido y aunque fué embarazo - no deseado, actualmente es hija aceptada por Ma. de los Angeles y por lo tanto se han y se estan cubriendo sus demandas de afecto. Con la reeducación y reorientación de Ma. de los Angeles la auto-estima hacia el sexo femenino se ha elevado notablemente. La crisis de asma bronquial durante la dinámica familiar que duró aproximadamente seis meses se presentaron en dos ocasiones, de poca - intensidad, que no ameritaron hospitalización.

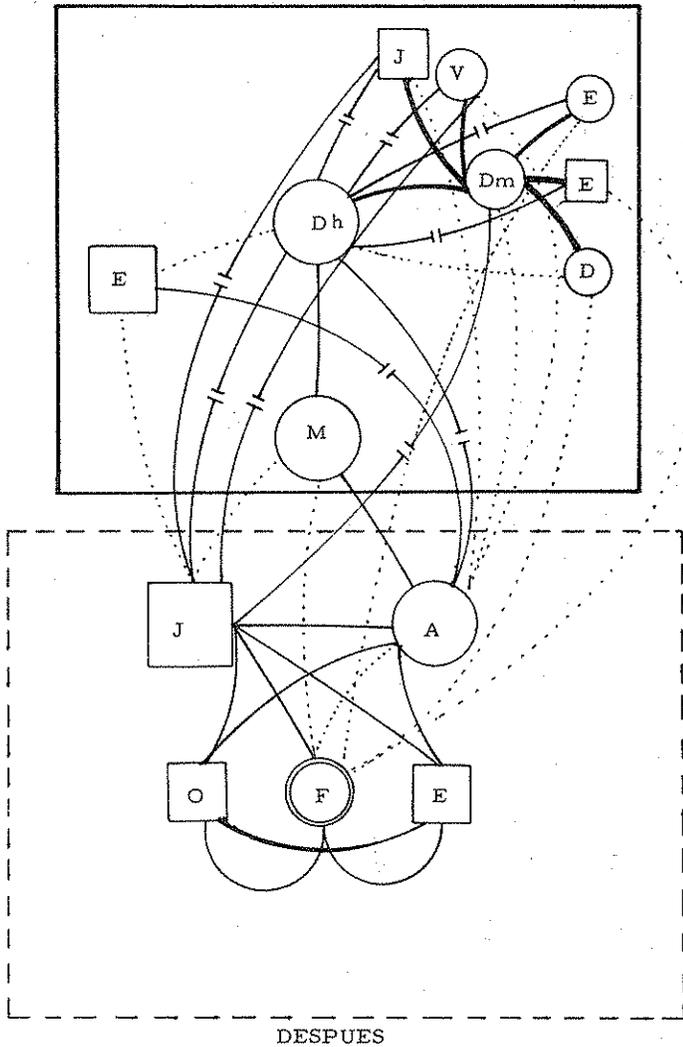
FAMILIOGRAMA N° I
FAMILIA SANTIAGO TORRES





TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENFOQUE SOCIODINAMICO DE LA FAMILIA SANTIAGO TORRES



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FAMILIA PERRUSQUIA IBARRA

I.- PACIENTE IDENTIFICADA

Veronica Perrusquia Ibarra, XI hija, producto de embarazo gemelar de 21 años de edad, fué captada en el servicio de Observación Adultos del Hospital General de Zona, Insurgentes; por padecimiento iniciado en enero de 1979, caracterizado por tos en accesos, húmeda, acompañada de expectoración aperlada, disnea, sibilancias, manifestaciones de insuficiencia respiratoria y llanto fácil al recordar como causa de su enfermedad el haber mantenido relaciones sexuales prematrimoniales, integrándose el diagnóstico tradicional de asma bronquial y neurosis conversiva.

II.- EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA

José proviene de una familia extensa, tradicional producto de la 2a. gesta de un total de siete. Haciendohincapié de que pertenecen a la religión evangelista y su padre al igual que sus dos hermanos menores son pastores. José desde los 15 años de edad desempeña labores de mecánico al igual que Pedro su primer hermano.

Ma. del Carmen procede de familia extensa, tradicional, siendo producto de la 5a gesta de un total de nueve, pertenece a la misma religión que José, así mismo su padre fué pastor al igual que sus tres hermanos menores.

José y Ma. del Carmen no sostuvieron noviazgo voluntario, sino -- que antes de casarse fué desición de los padres de ambos que sostuvieran relaciones amistosas, las cuales culminaron en el matri-

monio por disposición de los padres de cada uno, sin tomar participación activa ellos en dicha determinación y por consiguiente sin expectativas por parte de ninguno de los dos, cuando ambos contaban con 16 años de edad.

Desde que se casaron habían vivido en casas o departamento rentados hasta hace dos años en que con ayuda de sus hijos compra un --condominio a largo plazo. Nació el primer hijo al año de casados, teniendo un total de 18 hijos en 17 embarazos, uno de ellos fué gemelar, de los cuales fallecieron cuatro durante la etapa de lactantes y recién nacidos. Dado el trabajo que desempeña José y la cantidad de hijos que tuvieron, desde el inicio tuvieron fuertes --problemas de orden económico, no habiéndoles dado estudios profesionales; todos desempeñan labores de obreros incluyendo Verónica con excepción de Edmundo, el cual por esfuerzo propio realizó carriera profesional. En 1972 se le diagnóstica a Ma. del Carmen Madre Leucemia Crónica Linfocítica, en la actualidad se encuentra bajo tratamiento. Familiograma No. 2

III.- DINAMICA DE LA FAMILIA

José guarda un vínculo rígido con su padre, con profundos sentimientos de minusvalía, dado que él siempre deseó ser lo que su padre --"pastor", sin embar al obligarlo a casarse con Ma. del Carmen el --vínculo se volvió más rígido y actualmente sólo se ven los domingos por asistir a la iglesia donde su padre es aún pastor. En el subsistema ejecutivo José juega el rol de líder formal, pero Ma. del --Carmen lleva el rol ejecutivo, dado que desde un principio José se lo otorgó siendo el rol dado y asumido. José juega el rol de pro --

veedor, pasivo llevándo un vínculo difuso con Ma. del Carmen, la cual el rol de esposa, activa y dinámica a pesar de su enfermedad. En el subsistema conyugal las relaciones sexuales han sido insatisfactorias por ambas partes dado la gran cantidad de tabues que manejan en relación con su religión. Límites invadidos; aunque la invasión es permitida y dada por José. No pasan comunicación ni afecto. En el subsistema parental José guarda un vínculo rígido con todos sus hijos, no pasa comunicación ni afecto, no jugando el rol padre. Ma. del Carmen guarda un vínculo difuso con todos sus hijos tratando de cubrir a la vez el rol de padre y madre. Pasa afecto pero escasa comunicación. En el subsistema fraterno: en relación con la paciente identificada, Verónica sólo guarda un vínculo claro con Edmundo, llegando a admirarlo, porque sin la ayuda económica de sus padres pudo llegar a terminar una carrera profesional y comparándolo con ella; de que a pesar de que tenía la ayuda económica de Sócrates (amante), pero por su sentimiento de culpabilidad por sostener relaciones sexuales no pudo hacer carrera profesional mientras sostuvo esta relación, ya que su religión recrimina las relaciones sexuales prematrimoniales, tratando de expiar su culpa se introdujo más a su religión hasta terminar las relaciones con Sócrates, continuando con sentimiento de culpabilidad que no la deja crecer. Tiene un vínculo rígido con Ricardo, Luis, Ma. del Carmen hija, Enrique e Irma y tiene un vínculo difuso con Claudio, Víctor, Monica, Laura, Leticia, Sandra y Miriam. Los límites entre los hermanos se encuentran conservados. Verónica juega el rol de portavoz y depositario de la angustia grupal y el padre juega el

rol de chivo expiatorio.

IV.- PROBLEMAS IDENTIFICADOS

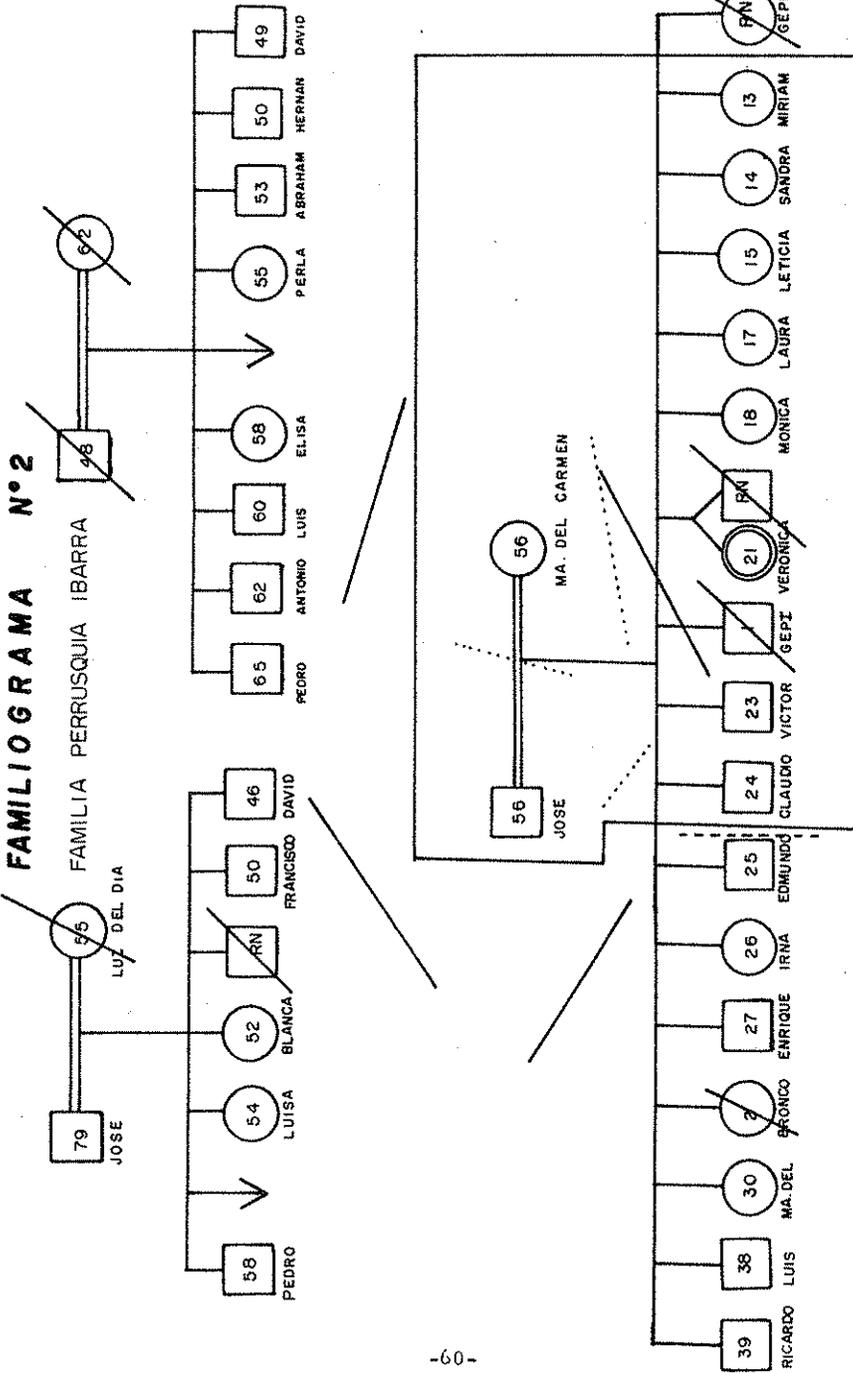
- a).- Asma bronquial en Verónica
- b).- Necesidad de afecto en Verónica de su padre, madre y hermanos
- c).- Necesidad de status para la familia
- d).- Rol padre no asumido por José
- e).- Depósito del rol padre de José en Ma. del Carmen madre
- f).- Mala comunicación intrafamiliar e interpersonal
- g).- No aceptación de Verónica para conocer el origen de su asma - parte de sus padres
- h).- Mitos religiosos no superados
- i).- Sentimiento de culpabilidad no elaborado en Verónica
- j).- Falta de conciencia de la enfermedad de Ma. del Carmen madre por la familia

V.- ESTADO ACTUAL DE LA FAMILIA

Verónica no aceptó se diera a conocer a su familia el origen de su crisis asmática, a pesar de que ella vincula directamente la crisis de asma con su experiencia sexual. Durante la dinámica familiar y seguimiento de la familia que fué de seis meses, Verónica no presentó crisis de asma. Se hizo énfasis en el rol padre no jugado por José y los logros obtenidos los podemos considerar pobres, ya que la rigidez que se maneja en la familia está influenciada por la rigidez dada por su misma religión. Los cambios dados en Verónica son importantes, ha crecido, ha aprendido a manejar su -

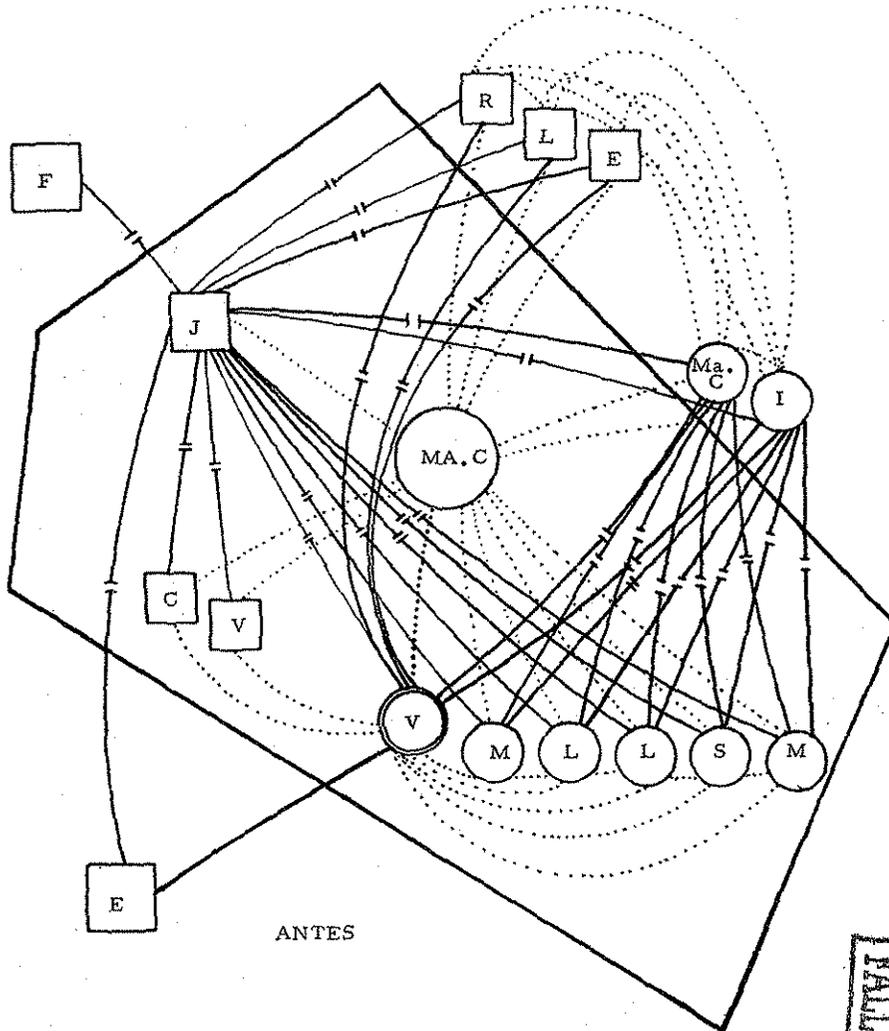
problema de culpabilidad, tiene una mejor visión de la vida y con
derada que por ella misma puede llegar hacer una carrera profesio
nal, como siempre lo ha deseado, tomando como ejemplo positivo a
Edmundo, el cual creció durante el proceso de reestructuración,
acercándose más a la familia y especialmente a José con el que ha
clarificado su vínculo. Verónica clarificó su vínculo con sus her
manos que anteriormente era difuso mejorando la comunicación intra
familiar e interpersonal y cubriendo parcialmente su necesidad de
afecto por parte de sus hermanos, el vínculo con su madre es aún
difuso dado que la madre pasa a efecto pero escasa comunicación y
actualmente con tendencia a sobreprotección. Con José considero
que se necesitaría más tiempo para modificar la rigidez con que -
ha vivido toda su vida, hasta el momento no presenta cambios cua
litativos aparentes, pero sí cuantitivamente caracterizados por la
aceptación de la crítica y la demanda de su esposa e hijos.

FAMILIOGRAMA N° 2



TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

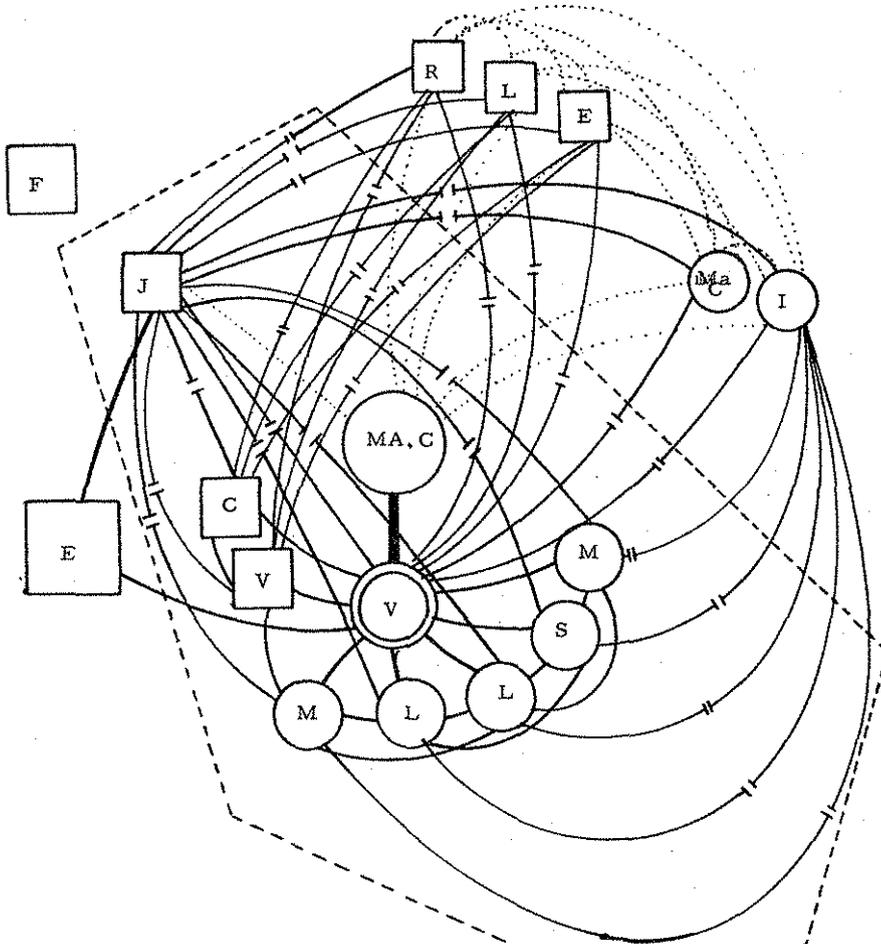
ENFOQUE SOCIODINAMICO DE LA FAMILIA PERRUSQUIA IBARRA



ANTES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENFOQUE SOCIODINAMICO DE LA FAMILIA PERRUSQUIA IBARRA



DESPUES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FAMILIA DUVAL HERRERA

I.- PACIENTE IDENTIFICADO

Juan Carlos Duval Herrera, primer hijo de 11 años de edad, fué captado en el servicio de Observación Pediatría del Hospital General de Zona No. 24 por padecimiento iniciado en marzo de 1977 a raíz de la problemática existente entre sus padres, en esa época se estaban dando los trámites del divorcio de éstos. La segunda crisis la presenta en junio del mismo año al serles concedida oficialmente la separación, posteriormente presenta tres crisis más, siendo la última de éstas cuando fué captado y las que se caracterizaron por rinorrea hialina abundante, tos en accesos húmeda, emetizante, no disneizante, acompañada de escasa expectoración aperlada, sibilancias audibles a distancia, manifestaciones severas de insuficiencia respiratoria, mutismo y llanto fácil integrándose al diagnóstico tradicional de asma bronquial, insuficiencia respiratoria secundaria y escolar con trastornos de la conducta.

II.- EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA

Juan Carlos proviene de una familia semiíntegrada, siendo producto de la 2a. gesta, de un total de cuatro. En 1947 se le concede a Concepción el divorcio, como divorcio necesario por el alcoholismo de Alberto y no cubrir éste su rol de esposo proveedor. En 1952 Concepción vive en unión libre con Damián, el cual es -- dos años menor que ella, yéndose a vivir a la casa de ésta y con el que tiene tres hijas más, viviendo en la misma casa.

Martha proviene de una familia extensa, siendo producto de la la-
gesta de un total de seis. José Antonio padre fallece en 1971 de
infarto agudo al miocardio a la edad de 45 años. Asumiendo el rol
proveedor Martha y José Antonio hijo.

Juan Carlos y Martha se conocen un año antes de contraer matrimo-
nio, al entrar Juan Carlos a trabajar al mismo centro laboral. -
Interrumpieron su noviazgo en una ocasión por un mes aproximada -
mente por haber asistido a una fiesta en la que Juan Carlos ingi-
rió bebidas alcoholicas llegando al estado de embriaguez y tuvo -
ella que retirarse sola a altas horas de la noche porque Juan Car-
los se encontraba indispuerto para acompañarla. Continuan su no-
viazgo bajo la promesa de Juan Carlos de que ya no iba a ingerir
bebidas alcoholicas, sin embargo, Martha refiere que todos los --
viernes al salir de su trabajo se iba Juan Carlos con sus amigos
a jugar poker sin que ella se llegara a enterar que ingiriera be-
bidas alcoholicas. Deciden casarse dos meses antes del matrimo -
nio, principalmente por parte de Juan Carlos y las expectativas -
de éste al casarse era el salir de su casa y las expectativas de
Martha era formar una familia, tener hijos, pero sin desligarse -
completamente de su rol proveedor en su familia de origen, hacién-
dolo explícito a Juan Carlos, no presentando ninguna resistencia
a la condición puesta por ésta.

Desde el inicio del matrimonio vivieron en casa particular, conti-
nuando Juan Carlos jugando todos los viernes y haciéndose explíci-
to para Martha que éste continuaba ingiriendo bebidas alcoholicas,

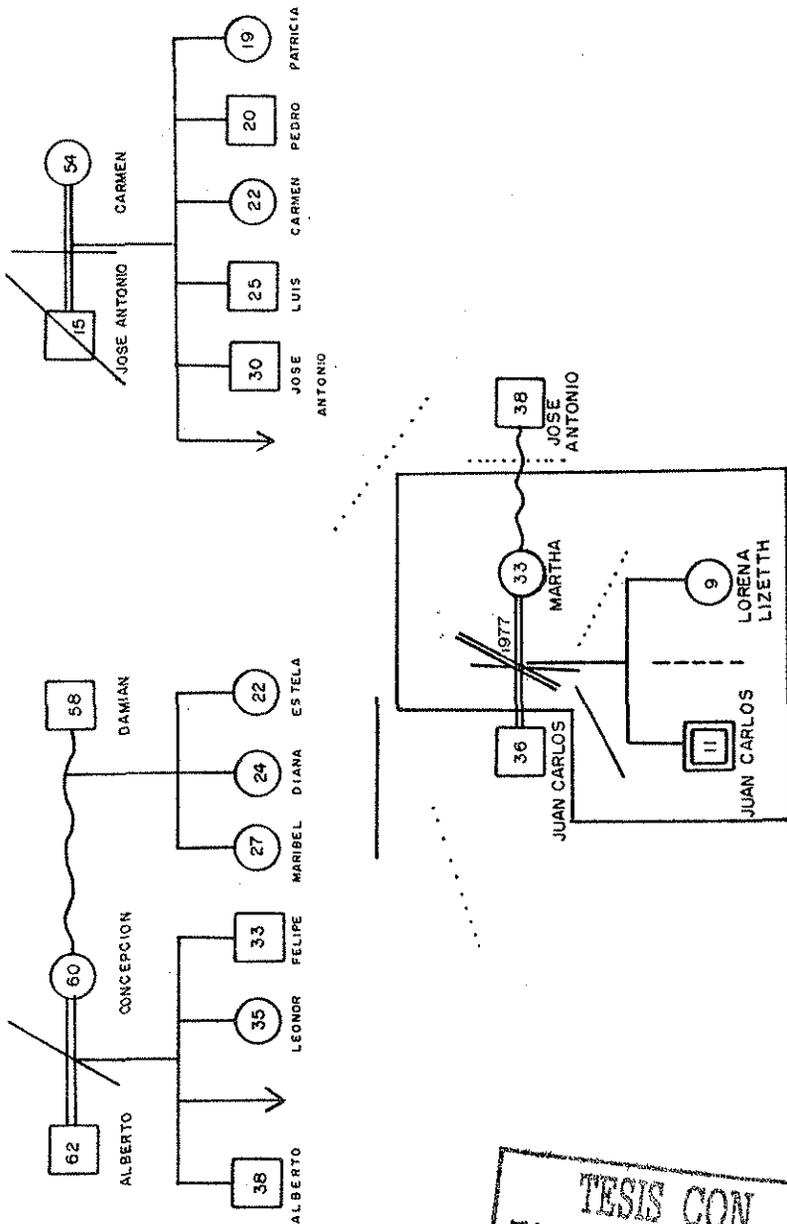
g).- Búsqueda de afecto de Martha no bien canalizado

V.- ESTADO ACTUAL DE LA FAMILIA

Durante los seis meses de seguimiento de la familia, Juan Carlos no presentó crisis de asma bronquial a pesar del manejo de crisis de asma. Los trastornos de la conducta de Juan Carlos manifestados principalmente por su mutismo eran debidas a que no tenía otra persona con quien hablar que no fuera su hermana, a pesar de que su abuela los cuidaba y pasaban gran parte del tiempo con ella la comunicación era muy deficiente y sólo se concretaba a alimentarlos. Actualmente Juan Carlos y Lorena se encuentran en escuelas con medio internado que cuenta con actividades deportivo-recreativas impartidas por instructores pedagógicamente que ha ayudado favorablemente a que el mutismo de Juan Carlos disminuya, aunando a la clarificación del vínculo de Martha con éste y con Lorena, debido a la disminución del sentimiento de culpabilidad de Martha por la ausencia de Juan Carlos padre, pero cocientizandose de que era más nociva la presencia de Juan Carlos padre que la ausencia de éste. Al clarificar el vínculo con sus hijos ha disminuido su sentimiento de soledad y clarificado que su relación con José Antonio amante no era por amor sino por sentirse menos sola, pero que intensificaba el sentimiento de culpabilidad hacia sus hijos, actualmente ha roto su relación con José Antonio amante sintiéndose más completa e identificada con la necesidad que tienen sus hijos de ella.

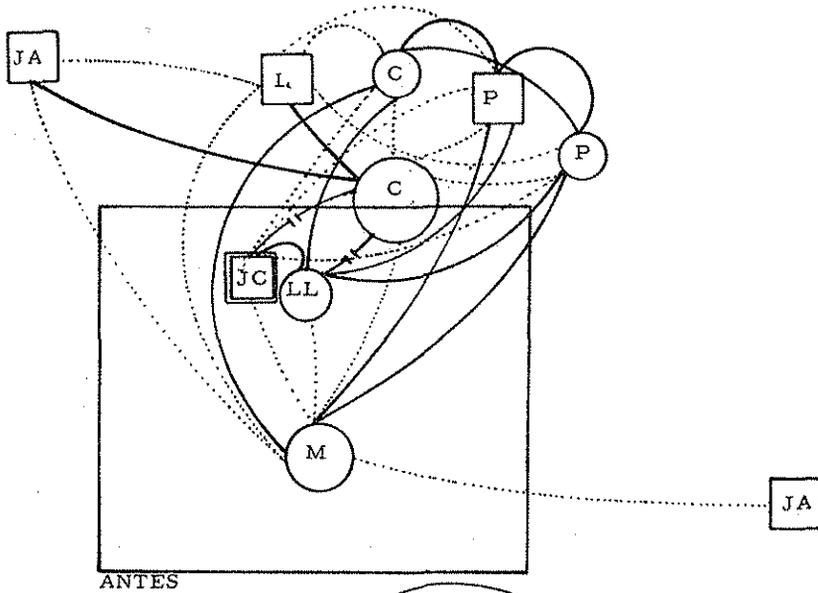
FAMILIOGRAMA N°3

FAMILIA DUVAL HERRERA

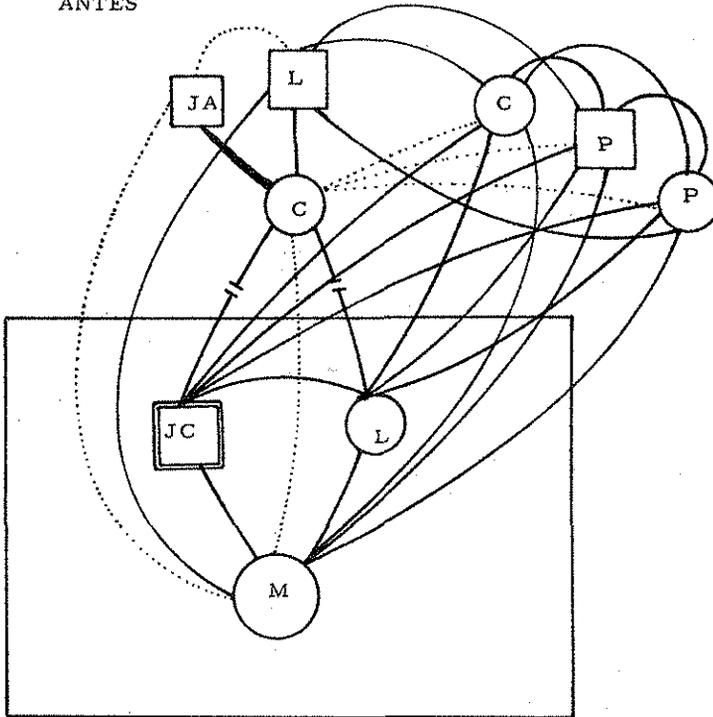


TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ENFOQUE SOCIODINAMICO DE LA FAMILIA DUVAL HERRERA



ANTES



DESPUES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FAMILIA ROLDAN RAMIREZ

PACIENTE IDENTIFICADO

El paciente identificado es Esteban Roldan Ramírez "Charito" de 3 años de edad, el cual es captado en el servicio de Urgencias - del HGZ No. 24, a donde acude por presentar crisis aguda de Asma Bronquial. Se trata de un preescolar, el cual inició su padecimiento actual en el mes de marzo del presente año, presentando 6 crisis hasta el momento de su captación (mayo de 1980), con duración de 2-3 días y frecuencia de 20-35 días entre cada crisis, - habiendo sido tratado en todas las crisis en el Hospital. El pa- ciente fué enviado a Alérgología CM Raza para pruebas alérgicas resultando éstas negativas.

EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA

El Padre del P.I. Esteban Roldan López, de 23 años, ocupación cho- fer es el 4to. de 7 hermanos, es introvertido y tiene poca comuni- cación con su Familia de referencia. La madre del P.I. Cristina - Ramírez de 20 años de edad ocupa el 3er lugar de 8 hermanos, tam- bién tiene poca vida de relación con sus hermanos y sólo a su pa- dre ve con relativa frecuencia, sin relacionarse con su madre (se parada de su padre) ni con su actual esposa.

Ambos se conocieron en 1974 entablando relaciones de noviazgo de un año decidiendo posteriormente vivir en unión libre, situación que no fué aceptada por el padre de la Sra. quien no hizo caso y sólo después de 2 años y medio y con el embarazo decidieron forma-

lizar legalmente su relación, aunque sin expectativas al matrimonio. Al legalizarse su situación continuaron viviendo en los departamentos propiedad del padre de Esteban y que rodean su casa, las otras construcciones las ocupan sus hermanos casados. Fami - liograma No. 4

DINAMICA DE LA FAMILIA

La crisis familiar de la pareja se inició con el nacimiento del P.I. ya que la esposa dejó de jugar su rol ocupandose exclusivamente del R.N. sobreprotegiendolo y jugando rol madre solamente, lo que motivó que sus relaciones con Esteban se volvieran ariscas, cortantes, con bloqueo de la comunicación, distanciamiento, gradual y manejo de la palabra "divorcio" así como presencia de vínculos rígidos en el subsistema ejecutivo, rígido entre el padre y el hijo, difuso entre la madre y el hijo, difusas entre ambos conyugues con la familia de referencia de Esteban, éste último por tener características de jugar rol de hijo de familia, proveedor para su familia de referencia, dependiente, fundamentalmente de su padre.

Durante las entrevistas se fueron señalando aspectos que se consideraron vinculados hipoteticamente como causas desencadenantes de las crisis que fueron asociados por el subsistema ejecutivo en cada crisis, las más frecuentes fueron:

1.- La riña del subsistema ejecutivo con violencia física en presencia del P.I. y conducta de Acting Out.

2.- La muerte de un primo del P.I.

3.- Los cambios bruscos de temperatura

4.- La sobreprotección materna y el abandono momentaneo de la madre.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS

1.- Interrelación Familiar Inadecuada (Bloqueo de la Comunicación, afecto inadecuado, reproducción conflictiva, status personal y familiar)

2.- Roles familiares no jugados

3.- Sobreprotección materna

4.- Padre pasivo-dependiente de su familia de referencia

5.- Planteamiento del divorcio.

6.- Edipo no resuelto

7.- Asma bronquial del P.I.

ESTADO ACTUAL

Al trabajar con la problemática identificada y considerando a esta como resultante del proceso de dinámica familiar alterada (demanda verdadera) del paciente asmático (demanda aparente) se obtuvieron los siguientes resultados:

Mejoría de la relación familiar en base a: comunicación familiar reestablecida en el subsistema ejecutivo de manera importante, al jugar cada uno los roles que no se jugaban por parte de: la madre (esposa y ama de casa fundamentalmente); del padre (esposo, padre, dimisión del rol hijo pasivo-dependiente) del abuelo paterno del P.I. dimisión del rol bloqueador en la familia del P.I.), reajustándose la familia, con fluido del afecto en forma multilateral y no

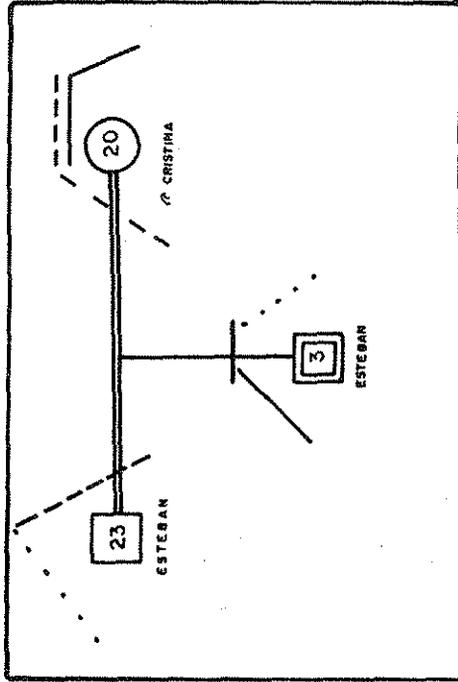
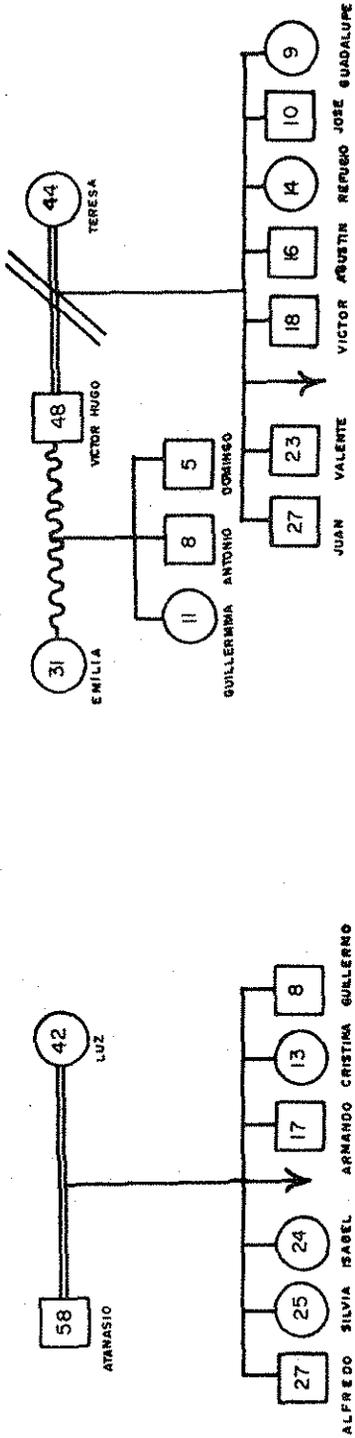
solo Madre-Hijo; Hijo-Madre, así como también mejorando el aspecto de la sobreprotección materna la cual es aceptada por el P.I. al ir a trabajar con su padre por espacios de tiempo considerables si se toma en cuenta que no se despegaba para nada de la madre, el Status personal ha mejorado considerablemente al modificar Esteban padre su postura de "primero mi familia de referencia" y después ustedes, por lo que la afiliación al grupo familiar es más aceptada y sus miembros se sienten más pertinentes, por otra parte la reproducción conflictiva fué difícil de elaborar por el conflicto de la madre del P.I. en relación a la predilección que de ella se hizo su padre y los resultantes problemas con sus hermanos porque a ella se le daba todo y a ellos nada que motivó su deseo de un solo hijo y darle TODO (sobreprotección) y que se agudizó al embarazarse nuevamente sin desearlo, negándolo cuando su estado físico ya era evidente, no obstante al final las expectativas por el nuevo hijo - - eran "como si fuera el primero", asimismo se trabajó con las expectativas del padre por el nuevo producto que prácticamente eran en el sentido que este fuera todo lo opuesto a él (agresivo, extrovertido, macho, mujeriego, etc.), y que en función del nombre se cubrian con los nombres de dos tíos de él de nombres Angel y Fernando que tenían las características de sus expectativas y que al elaborarse se modificaron en forma importante.

En cuanto a las crisis asmáticas del P.I. podemos decir que durante el proceso de investigación, presentó dos crisis asmáticas que motivaron su ingreso al Hospital, sin embargo cabe decir que la úl

tima de ellas fué secundaria a un cuadro bronconeumónico presentan
dose en el segundo día de su internamiento y que una vez recuperado
de este último cuadro, en los primeros días de septiembre no se --
han presentado nuevas crisis hasta este momento (3 meses).

FAMILIOGRAMA N° 4

FAMILIA ROLDAN RAMIREZ



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FAMILIA MORENO GONZALEZ

PACIENTE IDENTIFICADA

La paciente identificada es Ma. del Carmen Dolores de 6 años de edad con No. de afiliación 0170-45-3765 3F 74 Or, la cual es captada en el servicio de Urgencias del HGZ No. 24, a donde acude -- por presentar crisis asmática, padeciendolas desde hace 5 años -- consecutivas a Bronconeumonía y Bronquiolitis recidivante.

EVOLUCIÓN HISTORICA DE LA FAMILIA

Ma. del Carmen madre de la P.I. es la segunda hija (única mujer) - intermedia entre 2 hermanos Carlos y Saúl de 36 y 30 años respectivamente. Su madre vive actualmente con ella y su padre falleció - por un AVC en 1972, ocupando el rol ejecutivo su hermano Carlos de profesión Ing. Constructor quien hasta el momento es el lider formal de su familia de referencia y ejerce un rol importante en su familia. Benjamín por su parte, es huérfano de ambos padres, desarrollándose en Casa Hogar hasta la edad de 12 años en la que escapa del mismo para dedicarse a buscar trabajo el cual encuentra como aprendiz en una vidriería y que le permite sobrevivir por un -- tiempo, laborando después en otros oficios como Mecánico automotriz dependiente en una tienda de Vinos y Licores, etc.

Al llegar de su estado (Villahermosa, Tabasco) en 1973 al D.F., Ma. del Carmen se encontraba deprimida por ruptura de sus relaciones de noviazgo formal con un Médico de su lugar de origen, por lo que durante el primer mes de estancia en el D.F., conoce a Benjamín quien desempeña en ese momento labores de taxista, entablandose una rela-

ción amistosa que culmina en matrimonio un mes después a pesar de la oposición de sus familiares quienes arguyen que su conocimiento mutuo es pobre, que ella está dolida por la ruptura con su ex-novio, además de las deficiencias económicas en que se encuentran, situaciones que se ignoran, casándose y yéndose a vivir en un departamento que su hermano rentaba para su madre. Familiograma -- No. 5

DINAMICA DE LA FAMILIA

Al inicio de su matrimonio no había expectativas por parte de Ma. del Carmen, sin embargo de parte de Benjamín, las había en el sentido de formar su familia, deseando descendencia inmediata, situación a la que se oponía ella, no obstante quedó embarazada a los 3 meses de matrimonio, laborando ambos, ella en una expendedora de leche y él como taxista.

Inicialmente sus relaciones fueron buenas, complementándose adecuadamente en aspectos sexuales, sociales, económico y de comunicación, cambiando esta situación al embarazarse modificando él su conducta habitual teniendo múltiples amoríos, bebiendo como en su época de soltería, y teniendo accidentes automovilísticos con taxis que no eran de su propiedad y que aumentaron su presupuesto que ya para entonces era insuficiente, afortunadamente Ma. del Carmen tuvo por esa época ascensos en su trabajo que le permitieron salir adelante, sin embargo ante esto Benjamín se volvió desobligado, y dejó de trabajar por lo que el hermano de Ma. del Carmen le ofreció trabajo como supervisor en su Cia. teniendo que --

viajar constantemente por el interior de la República y trayendolo al D.F. cuando juzgaba que su hermana lo necesitaba, jugando con un rol sobreprotector para con su hermana y bloqueando la relación Benjamín-Ma. del Carmen, teniendo vínculos rígidos con Benjamín y difusos con su hermana, por otra parte Benjamín se vinculaba rigidamente con Ma. del Carmen, y con la madre de ésta. Desde su matrimonio Benjamín y Ma. del Carmen han procreado tres hijos: Ma. del Carmen Dolores de 6 años, (P.I.), Ma. del Rayo Valentina de 4 años y Pablo de 4 meses, con los cuales Benjamín se vincula claramente mientras que Ma. del Carmen lo hace en forma difusa con la P.I. sobreprotegiendola y claros con los 2 niños restantes. Cabe mencionar que Ma. del Carmen ha progresado en su trabajo ganando actualmente \$18,500.00 mensuales jugando ella el rol proveedor hasta este momento.

Aspectos asociados a las Crisis Asmáticas

Aunque no categóricamente si puede decirse de manera hipotética momentos de crisis grupal que pudieron haber desencadenado la crisis asmática, vinculandose de alguna forma con ella, tales momentos fueron:

- 1.- Las discusiones entre los pares con violencia física de Benjamín hacia Ma. del Carmen en presencia de la P.I. y conducta de Acting Out.
- 2.- La ausencia del padre por viajes de trabajo
- 3.- Alcohólistmo del padre asociado a riña con su esposa
- 4.- Cambios bruscos de temperatura

PROBLEMAS IDENTIFICADOS

- 1.- Asma Bronquial de la P.I.
- 2.- Relaciones interfamiliares inadecuadas
- 3.- Vinculos rígidos: Benjamín y su Esposa y Benjamín y los familiares de ella
- 4.- Vinculos difusos entre Ma. del Carmen y la P.I.
- 5.- Rol de la P.I. portavoz y chivo expiatorio
- 6.- Alcoholismo, Relaciones Extramaritales de Benjamín
- 7.- Sobreprotección de Carlos por su hermana y de Ma. del Carmen - por la P.I.

ESTADO ACTUAL

Durante el seguimiento familiar la P.I. solamente presentó una crisis asmática leve con mínimo broncoespasmo y leves signos de I.R. la cual se asoció a riña entre sus padres con ausencia temporal de éste por viaje al Estado de Coahuila y que hubo de ser manejada con Hospitalización de la P.I. por 8 horas, tal crisis se presentó --- cuando se tenían 3 entrevistas con la familia y desde entonces a - la fecha (4 meses) no ha presentado nuevas crisis, sin embargo Pablo su hermano menor hizo una crisis asmática que coincidió con un viaje del padre del D.F., y que cedió con medicación sin Hospitalización ya que no había datos de I.R. y solamente leve broncoespasmo, la cual no se ha repetido hasta el momento.

Las relaciones familiares en el subsistema ejecutivo se han mejorado al señalarse y clarificarse el papel que jugaba Carlos que aunque aún continua sobreprotegiendo a Ma. del Carmen es notable la -

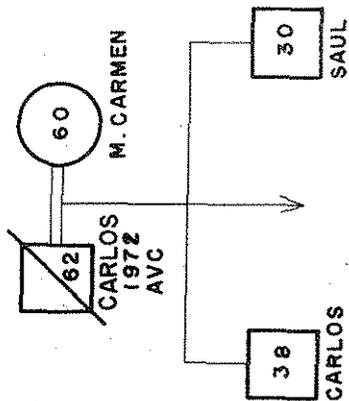


diferencia en relación al inicio de las entrevistas en las que notaba la intervención velada del hermano en cuanto hacia falta tomar una decisión, con lo que el rol ejecutivo de Benjamín se veía nulificado encontrándose bloqueado en su rol y tomando como respuesta a la actitud de su cuñado las modificaciones de la conducta que se señalaron en un principio y que se modificaron al elaborarse el problema, en la actualidad Benjamín se ha olvidado del alcohol y las relaciones extramaritales aunque el vínculo rígido con su cuñado no se ha aclarado aunque se muestra más ambivalencia en ambos, asimismo el vínculo rígido de Benjamín con su suegra se ha aclarado haciéndose una comunicación fluida en esa relación.

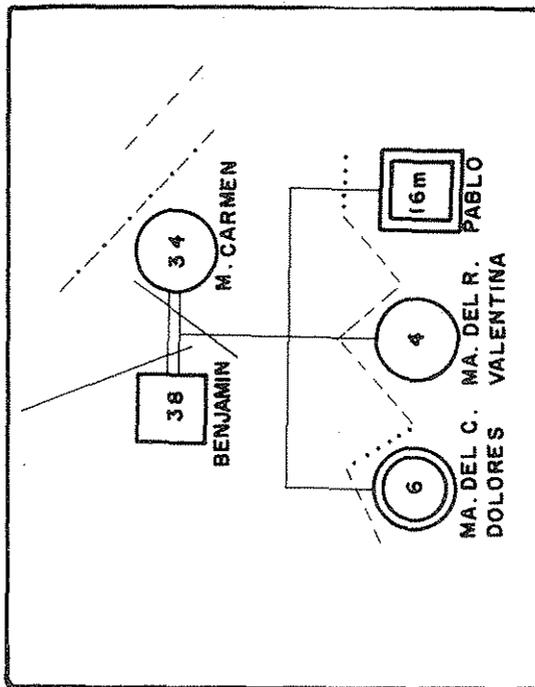
Las relaciones entre la P.I. y su madre se han aclarado y esta ha mejorado en su rol desapareciendo su sobreprotección aunque con Pablo el vínculo se ha hecho ligeramente difuso.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FAMILIOGRAMA N° 5
 FAMILIA MORENO GONZALEZ

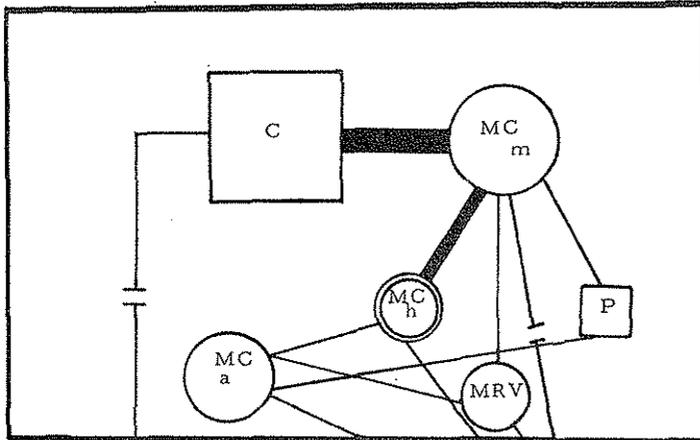


?

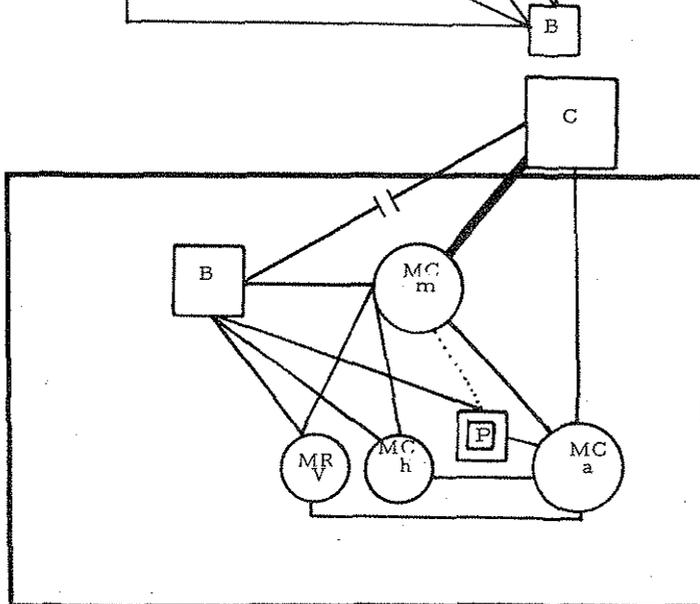


TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

ENFOQUE SOCIODINAMICO
DE LA FAMILIA MORENO GONZALEZ



ANTES



DESPUES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FAMILIA VARGAS CHAVEZ

PACIENTE IDENTIFICADO

El paciente identificado es Cipriano Vargas Chávez de 54 años de edad, nacido en Querétaro, Qro., residente del D.F. desde hace 18 años, ocupación de Jefe de Cuadrillas de estibadores y empacadores de grano desde hace 17 años, captado en el servicio de urgencias del HGZ No. 24 a donde acude por presentar crisis aguda de Asma Bronquial, siendo esta la tercera vez que la presenta habiéndola iniciado unos meses atrás.

EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA

Cipriano es el segundo hijo de una familia de 7 hermanos de tipo nuclear, extensa, campesina, tradicionalista, del Estado de Querétaro manteniendo con su familia de referencia poco contacto por su lugar de residencia, pero al parecer guardando vínculos claros con ellos. Carmen su esposa es la segunda de 7 hermanos, procedente también del Estado de Querétaro, de una familia Nuclear, extensa, campesina, mantiene nulos contactos con ellos estableciendo vínculos difusos con toda su familia de referencia.

Se conocieron en 1944 en su natal Querétaro iniciando relaciones de noviazgo que no le eran permitidas a ella, por lo que a finales de ese año Cipriano se la robó casandose el siguiente año, procreando 13 hijos de los cuales Ciriaco, Juan, Carlos murieron de homicidio, arrollado por vehículo motorizado y GEPI c/DHE a las edades de 35, 21 y 10/12 respectivamente, los restantes son: Pablo, -



Roberto, Carolina, Erasmo, Raúl, Carmela, Pepe, Rosita, Jaime y -
Laurita de 33, 31, 28, 25, 23, 19, 16, 14, 11 y 4 años respectiva
mente. Por otra parte Cipriano tiene una unión libre desde 1962
con Julia de 36 años de edad, con quien ha procreado dos hijos --
Gloria y Andrés de 16 y 14 años respectivamente. Familiograma --
No. 6

DINAMICA DE LA FAMILIA

Cipriano es una persona demasiado rígida, tradicionalmente, con -
temperamento fuertemente dominante, en contraste con su esposa --
que es una persona demasiado pasiva, tranquila, introvertida, de
carácter débil, por lo que puede decirse que son complementarios
guardando un vínculo difuso, por otra parte los roles que se jue-
gan en este subsistema son las de dominante-dominado, Cipriano --
asume el rol proveedor en el cual es ayudado por Carolina, Erasmo
y Carmen, asimismo juega el rol ejecutivo manteniendo un estilo -
autocrático, Carmen se concreta a jugar el rol madre encargada de
las labores del hogar y teniendo poca intervención en las decisio
nes de la casa, que son tomadas por Cipriano en forma exclusiva.
En relación con sus hijos Cipriano mantiene vínculos rígidos con
todos los hijos varones, difusos con Carolina y Carmela, claros -
con las dos hijas menores "Rosita y Laurita", aunque algunos hi -
jos los mayores sobre todoy en especial Pablo el segundo hijo (L.
O.) se ha rebelado constantemente, abandonando su casa, viviendo
fuera de ella, para evitar problemas con su padre, Carolina y Eras
mo, casados ambos recientemente y aún sin hijos, viven con sus --

conyuges en la misma casa, pero guardan su distancia con Cipriano y solo esperan encontrar ambos matrimonios un lugar adecuado para salir de la casa de su padre.

Por otro lado Cipriano tiene un vínculo rígido con su amante Julia, ya que esta es muy celosa, porque hay una vecina a la que Cipriano corteja y trata muy amablemente, cuando a ella solo con -- maltratos y groserías la llama, refiriendo ésta, que inclusive -- los ha encontrado muy cercanos físicamente temiendo que como la -- vecina acaba de enviudar y vive sola la vaya a dejar a ella, sin embargo Cipriano le ha dicho que realmente no la ha dejado por -- sus hijos Gloria y Andrés a quienes según él quiere mucho y con -- quienes mantiene vínculos claros ?.

ASPECTOS ASOCIADOS AL ASMA BRONQUIAL DEL P.I.

Cipriano solamente en dos ocasiones anteriores a su captación había presentado crisis asmática, la primera de ellas se desencadenó dos días después de haber muerto su hermano Avelino, al parecer por un infarto de Miocardio, sin embargo Cipriano tiene como fantasía que su hermano, (la oveja negra de su familia) murió porque su cuñada lo "embrujo" por haberla abandonado, para irse con una -- amante que tenía, lo que probablemente fué introyectado por Cipriano relacionandolo con su situación amorosa, desencadenandose la -- crisis asmática. La segunda crisis puede vincularse con una discusión que sostuvieron Cipriano y su hijo Pablo (L.O.), por el abandono que el primero tuvo con su esposa cuando ésta enfermó de cuadro neumónico y Cipriano se encontraba "divirtiéndose con su amante".

La tercera crisis no se pudo vincular con algún acontecimiento significativo sin embargo el paciente asocia su crisis con el cambio de temperatura al salir sudando de su trabajo a su domicilio con ropa muy ligera.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Asma Bronquial del P.I.

Interrelaciones Familiares inadecuadas en base a: Problemática de comunicación, afecto, Status.

Poligamia de Cipriano

Lectura deformada de la realidad con presencia de fantasías y rigidez con resistencia al cambio de parte de Cipriano.

Alcoholismo??

ESTADO ACTUAL

Con esta familia fué realmente difícil efectuar las entrevistas -- por múltiples motivos: ausencia de algunos miembros del grupo por no desearlas, otros por su trabajo y la localización de éste, en fin poca disposición con el P.I. encabezando la resistencia al cambio desde la segunda entrevista en que se manejaron las situaciones vinculadas a las crisis asmáticas y se señalaron las probables desencadenantes, llevándose a efecto solo cuatro entrevistas negándose el P.I. a continuar con las mismas, no obstante podemos sacar algunas conclusiones de esta familia, ellas son:

- 1.- El paciente edentificado jugó el rol de Chivo Expiatorio y portavoz del grupo familiar.
- 2.- Se reconoció la estructura y la interrelación del grupo familiar.

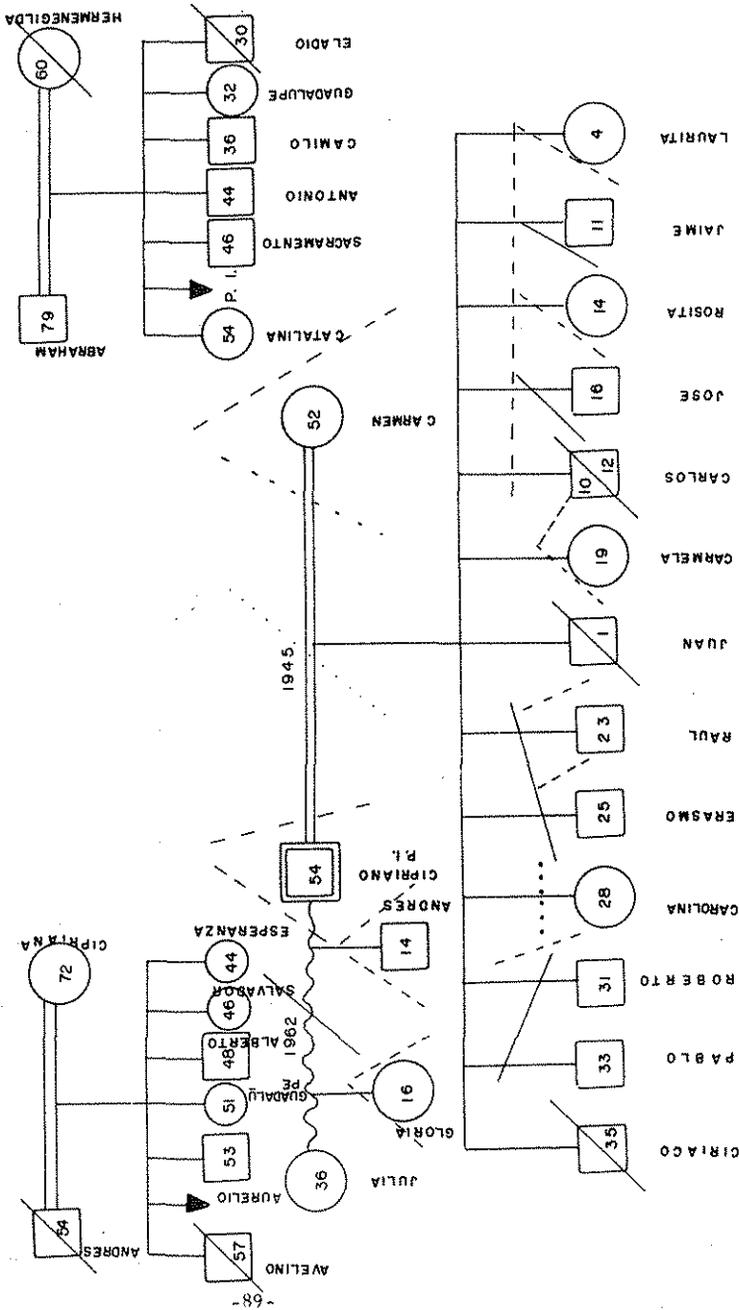
3.- Se desconoce el curso que siguió la enfermedad, aunque no ha regresado a esta Unidad por nueva crisis.

4.- Contratransferencia Negativa??

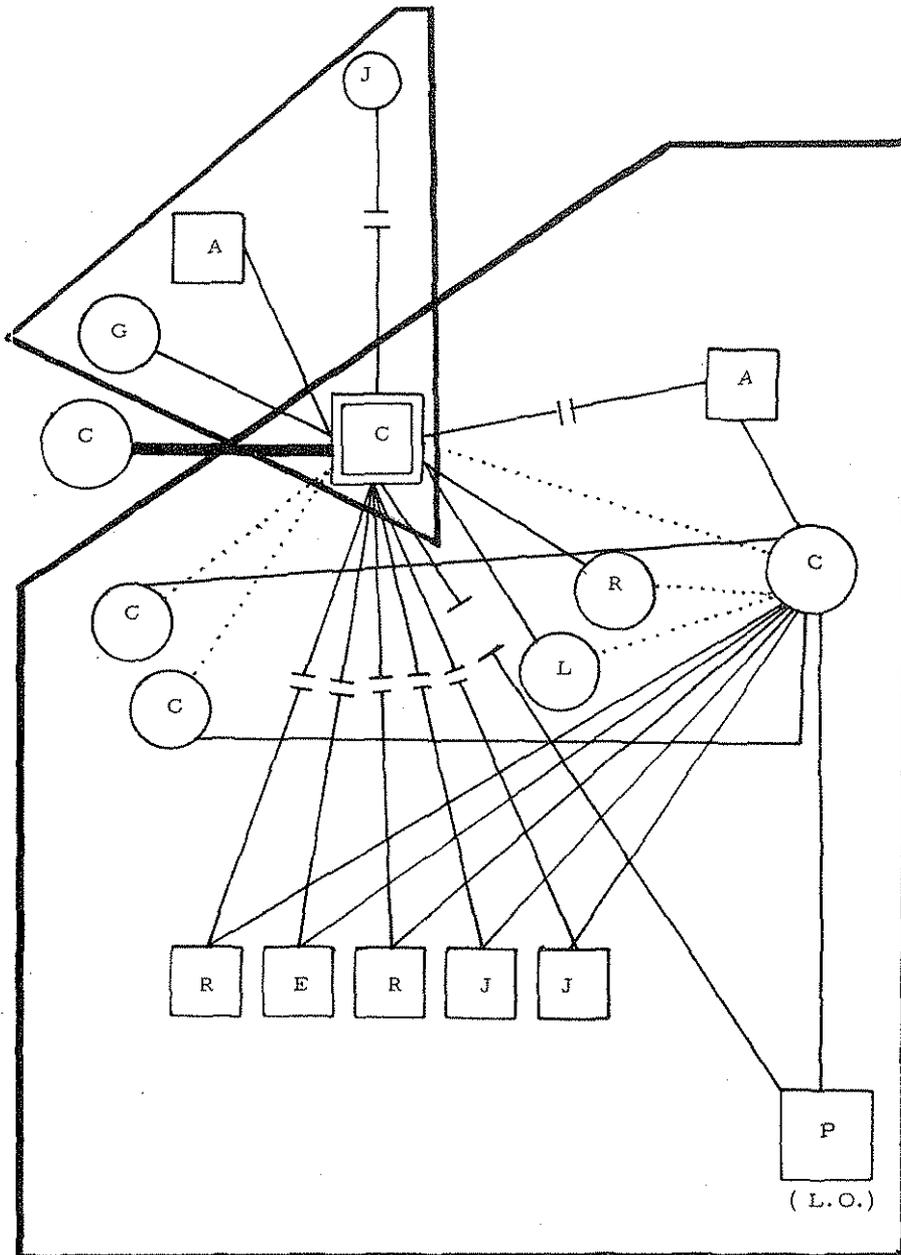
5.- Transferencia + y - de algunos miembros.

FAMILIOGRAMA N° 6

FAMILIA VARGAS CHAVEZ



TESIS CON FALLA DE ORIGEN



ENFOQUE SOCIODINAMICO DE LA FAMILIA VARGAS CHAVEZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FAMILIA RAMON MACIAS

Paciente identificado: Francisco Ramón Macias de 17 años de edad - captado en la consulta de la Unidad de Medicina Familiar No. 20, - con la demanda aparente de asma bronquial, el paciente tiene como antecedentes cuadros rinofaringeos ocasionales, cuadros enterales ocasionales y padece asma bronquial desde los once años de edad, - con una frecuencia aproximada de dos veces por año, relacionando - los la familia con cambios bruscos en la temperatura ambiental.

Evolución histórica de la familia.

Se trata de una familia extensa, profesionista, urbana, tradicional, integrada, de tipo epileptoide, en fase de dispersión. Francisco procede de una familia desintegrada por la separación de sus padres hace aproximadamente 34 años, al efectuarse la separación - Juan José se quedó con María y Nelly que radican en Villahermosa, Tab., y Francisco se quedó bajo la custodia de Pilar, la cual lo - trae a vivir al D.F., la madre de Francisco es maestra y hasta la actualidad ejerce su profesión, Yolanda procede de una familia extensa, incompleta por la ausencia del padre, ya que este falleció hace cinco años de Ca. Prostático, urbana, tradicional, obrera, de tipo epileptoide, en fase de retiro.

Francisco y Yolanda se conocieron desde la infancia ya que fueron vecinos, en 1960 iniciaron relaciones de noviazgo y un año después contrajeron matrimonio civil y religioso, con las expectativas de formar un hogar y tener hijos, durante el primer año de matrimonio vivieron en casa de Pilar, lo cual trajo conflictos entre ésta y - Yolanda y al saberlos Francisco decidió vivir solos. Durante los



primeros años de matrimonio iniciaron los problemas, ya que Yolanda quería visitar frecuentemente a su familia, a lo cual Francisco se oponía, protestándole que el rumbo por donde vivían era malo, pero solo en contadas ocasiones accedía a llevarla, lo cual condicionó que Yolanda acudiera sin la autorización de Francisco a visitar a sus padres pero en cuanto se enteraba Francisco surgía el conflicto que determinaba el dejarle de hablar hasta por espacio de dos o tres semanas, no solucionándose el problema por reajuste de pautas, sino con estereotipias de ambos conyuges, perpetuándose así la conflictiva, otra problemática era frecuentemente determinada por los hijos, ya que si cualquiera de ellos sufría sufría un accidente o enfermaba, la culpable era Yolanda, y entre los hijos y él por la manera autocrática de ser de Francisco. Fa miliograma No. 7

Dinámica de la Familia.

Francisco juega el rol de lider natural del grupo, es dominante activo, autocrático, rígido, juega el rol de esposo, invade límites de Yolanda en el rol ejecutivo y en la educación de sus hijos, -- con Yolanda Gpe., Francisco hijo y Nelly guarda vínculos rígidos -- por falta de comunicación, infundiendo miedo en todos los integrantes de la familia, con Elizabeth un vínculo difuso por sobreprotección, deposita las frustraciones de su juventud en Francisco Hijo. Yolanda es sumisa pasiva, juega el rol esposa, sostiene vínculos rígidos con Francisco por falta de comunicación y es invadida por este en su rol ejecutivo, lo cual condiciona sentimiento de minus-



valia, juega el rol de depositaria de la angustia grupal y chivo expiatorio, compartiendo estos roles con Francisco hijo, ya que la mayor parte de la problemática familiar es descargada en ella, -- guardando vínculos difusos con todos sus hijos por sobreprotección no permitiendo crecer a estos, actitud que es reforzada por Francisco esposo.

Yolanda Gpe. es sumisa pasiva, guardando vínculo rígido con su padre, por falta de comunicación y miedo al padre. Difuso con Yolanda por la sobreprotección que ejerce ésta, difuso con Elizabeth, por la sobreprotección que Francisco ejerce sobre ella, claro con Francisco hermano y Nelly.

Francisco hijo, es dominante dependiente, juega él los roles de chivo expiatorio de la angustia grupal, compartiendo estos roles con Yolanda, ya que cuando sale con sus hermanas, ante la desobediencia de los tres al que reprende es a Francisco, por ser el -- hombre de la casa, se angustia ante lo depositado por su madre en él; desde el nombre, así mismo su angustia aumenta al coexistir -- problemas de comunicación entre sus padres, cosa que es muy frecuente guarda vínculos rígidos con Francisco padre, por lo autoritario que éste es, por la falta de comunicación y miedo hacia él. Con Yolanda guarda vínculo difuso por la sobreprotección que esta ejerce en él. Vínculos claros con Yolanda Gpe, y Nelly, difuso con Elizabeth.

Nelly es dominante activa, es la emergente del grupo, tiene un vínculo rígido con Francisco padre por falta de comunicación y miedo hacia el él, con Yolanda un vínculo difuso, por la sobreprotección



que esta ejerce y difuso con Elizabeth, claro con Yolanda Gpe. y Francisco.

Elizabeth, es sumisa y pasiva además guarda vínculos difusos con todos los integrantes de la familia.

Problemas identificados

Miedo de los integrantes de la familia hacia Francisco padre.

Asma Bronquial en Francisco hijo.

Comunicación deficiente entre todos los integrantes de la familia y Francisco padre.

Falta de Status de Yolanda en la familia.

Vínculos rígidos entre los conyuges.

Vínculos difusos entre Yolanda y sus hijos.

Vínculo difuso entre Francisco padre y Elizabeth.

Vínculos rígidos entre Francisco padre y Yolanda Gpe., Nelly, Francisco hijo y Yolanda.

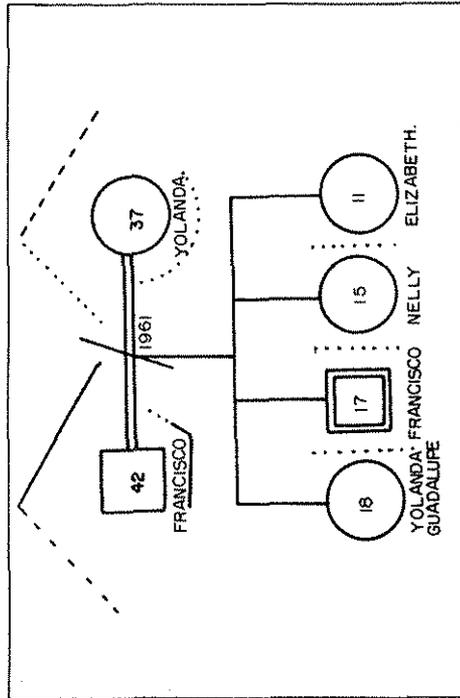
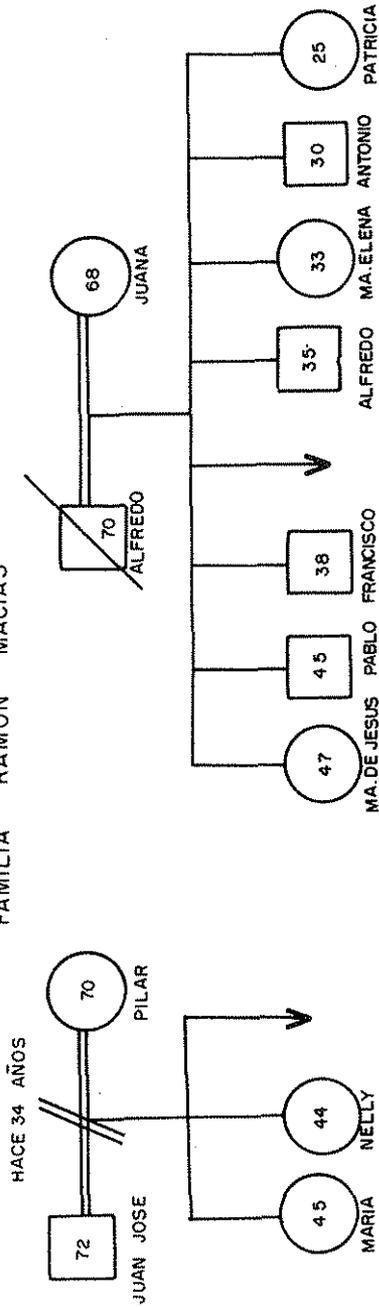
Estado actual de la familia:

Hasta el momento no ha presentado Francisco asma bronquial, se han notado cambios significativos en la dinámica de la familia, ha disminuido el miedo hacia Francisco, con lo que ha aumentado la participación activa de todos para esclarecer la problemática familiar los vínculos rígidos entre Francisco y Yolanda, Yolanda Gpe., Nelly y Francisco padre tienden a clarificarse, ha disminuido la sobreprotección que ejerce Yolanda con todos sus hijos, lo cual tiene de a aclarar los vínculos, la comunicación ha mejorado, el vínculo

rígido que tenían ambos conyuges tiende a clarificarse, se ha ele
vado el Status de la madre en la familia.

FAMILIOGRAMA N° 7

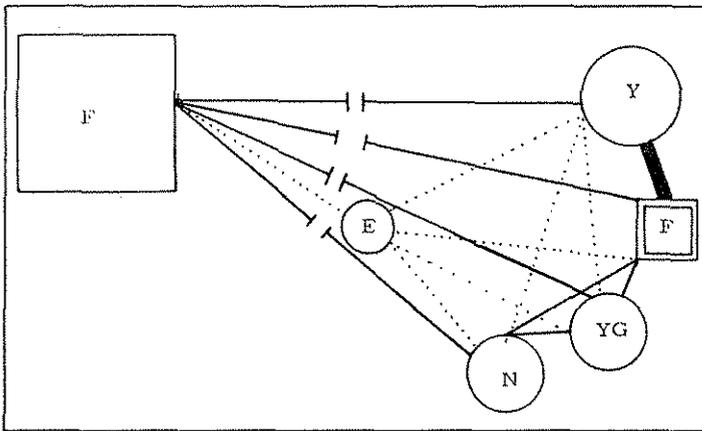
FAMILIA RAMON MACIAS



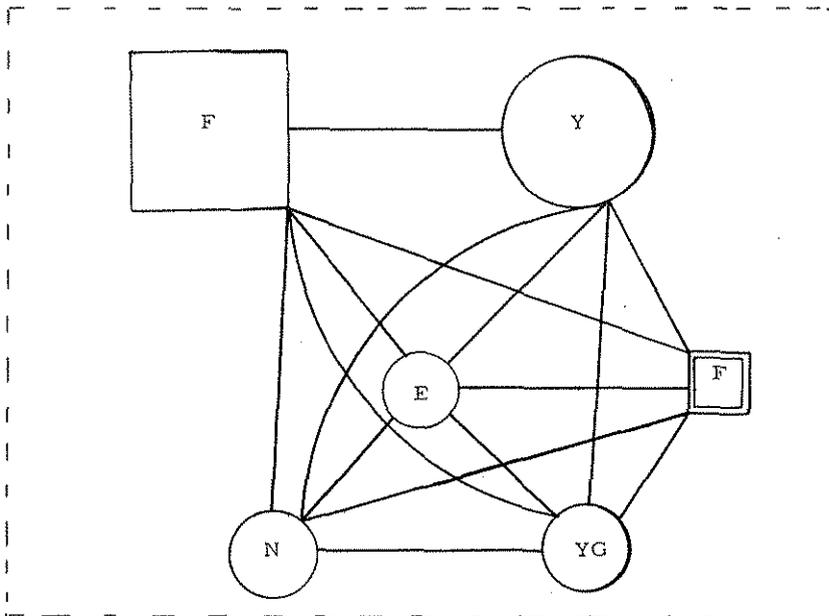
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ENFOQUE SOCIODINAMICO DE LA FAMILIA RAMON MACIAS

ESTADO PREVIO



ESTADO ACTUAL



FAMILIA MORENO ROJAS

Paciente identificado: Alejandro Moreno Rojas, de siete años de -- edad, que padece cuadros de rinofaringitis ocasionales, cuadros en terales ocasionales, asma bronquial desde los cinco y medio años, la primera vez el 31-XII-78, y la segunda al 21-IV-80, fecha en la que fué captado para su estudio en el servicio de pediatría del -- HGZI No. 24.

EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA

Se trata de una familia compuesta, tradicional, urbana, obrera, in tegrada, de tipo epileptoide, en fase de dispersión. Francisco pro cede de una familia extensa, tradicional, rural, campesina, de ti po ezquizoide, en fase de retiro, es el cuarto de un total de 10 - hermanos, desde la edad de 18 meses fué dejado para su cuidado con sus abuelos paternos, a los nueve años se fugó de la casa para ir a vivir con diferentes familiares cercanos, al parecer el motivo - fué por rigidez del abuelo y malas calificaciones escolares de --- Francisco, fué hasta la edad de 15 años en que consigue empleo por su cuenta y decide vivir con su hermano mayor, lugar donde poste - riormente conoce a Evangelina.

Evangelina es la segunda de un total de seis hermanos, siendo los cuatro primeros del sexo femenino, rechazados por el padre, por vi vir cerca y ser vecinos conoce a Francisco, inician relaciones de noviazgo por espacio de dos y medio años, posteriormente relacio - nes sexuales por seis meses y al quedar embarazada deciden contraer matrimonio, al parecer sin presiones familiares, con las expectati vas de formar un hogar y tener hijos, durante los tres primeros --

años de su matrimonio, sus relaciones interpersonales fueron muy -
malas, ya que Francisco ingería bebidas alcohólicas con mucha fre-
cuencia, casi no visitaba a Evangelina y no contribuía económica -
mente por lo que Evangelina le planteó la separación ante lo cual
mejoraron sus relaciones, disminuyó el alcoholismo y continuaron -
viviendo en casa de María Isabel. Familiograma No. 8

DINAMICA DE LA FAMILIA

Francisco juega el rol de líder natural del grupo, desempeña el -
rol de esposo proveedor, descuida las funciones de padre, sobre -
todo las de afecto, las cuales son asumidas por Evangelina, ya que
éste maneja la fantasía de que "si acaricia a sus hijos pueden afe-
minarse y si juega con ellos le pueden faltar al respecto", por lo
cual los reprende frecuentemente, los golpea y la comunicación es
deficiente teniendo vínculos rígidos con sus hijos varones y con
Aracely un vínculo difuso por sobreprotección, ya que piensa que -
la mujer es inferior en los aspectos físico, mental y social, con
Evangelina tiene vínculos rígidos, por lo anteriormente escrito, -
existiendo falta de comunicación entre ambos, lo cual se reforzó -
al saber que Francisco tenía relaciones maritales (enero 1979), y
tratando de resolver el conflicto por medio de la separación, a lo
cual Francisco accedió, pero posteriormente se arrepintió diciendo
le que había dejado a su amante y no continuaría sus relaciones, -
lo cual impidió la separación, pero hasta la fecha es motivo fre-
cuente de conflictos.

Evangelina, juega el rol esposa, sostiene un vínculo rígido con --
Francisco por falta de comunicación, el cual es reforzado cuando -

éste inició relaciones extramaritales, la función madre la desempeña con sobreprotección y sólo con José Luis sostiene un vínculo rígido por falta de comunicación y la rebeldía que éste le manifiesta. Con María Isabel tiene un vínculo difuso muy estrecho y hasta el momento no ha querido desprenderse de su influencia.

Ernesto es sumiso pasivo, tiene un vínculo rígido con Francisco -- por falta de comunicación, difuso con Evangelina por la sobreprotección que ésta ejerce sobre él, claro con José Luis, difuso con Alejandro y Aracely en ocasiones segregandolos de sus actividades. José Luis es dominante activo, tiene vínculos rígidos con Francisco y Evangelina, claro con Ernesto y difuso con María Isabel, Alejandro y Aracely.

Alejandro es sumiso pasivo, juega el rol de chivo expiatorio, portavoz y depositario de la angustia grupal, tiene un vínculo rígido -- con Francisco, por las represiones frecuentes de que es objeto, -- con sus hermanos y con María Isabel ya que también lo sobreproteje. Presentó la primer crisis de asma bronquial cuando la conflictiva familiar era muy importante (relaciones extramaritales de Francisco) la segunda por agudizarse esta crisis e ir mal en la escuela. Aracely es sumisa pasiva tiene vínculos difusos con todos los integrantes de la familia.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS:

Asma Bronquial en Alejandro

Vínculo rígido entre Francisco y Evangelina

Falta de desprendimiento de Evangelina de su familia de origen

Falta de comunicación entre Francisco y el resto de la familia

Vínculo difuso entre Evangelina y María Isabel

Vínculo rígido entre Francisco y sus hijos varones

Vínculo difuso entre Francisco y Aracely

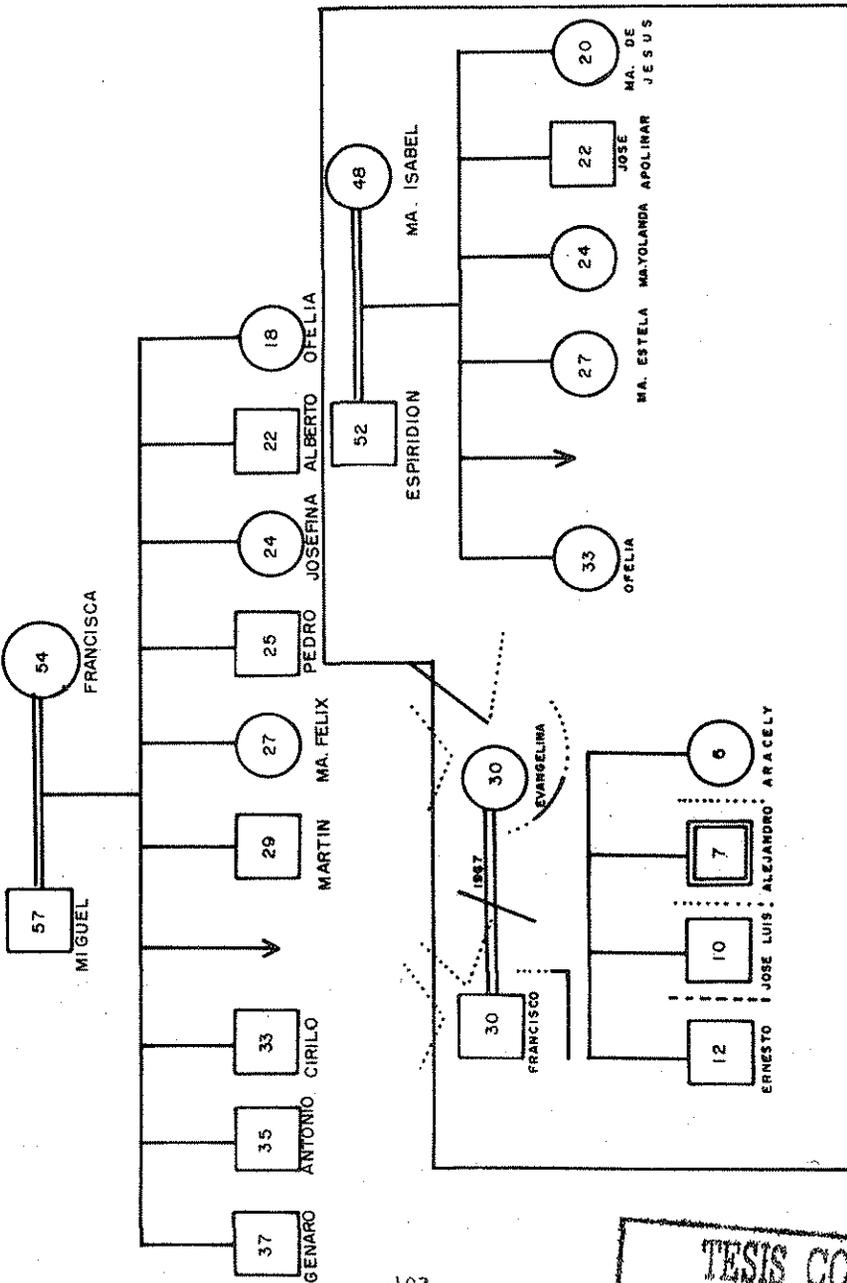
Vínculo difuso entre Evangelina y Aracely

Vínculo difuso entre Alejandro y sus hermanos

Estado actual de la familia.

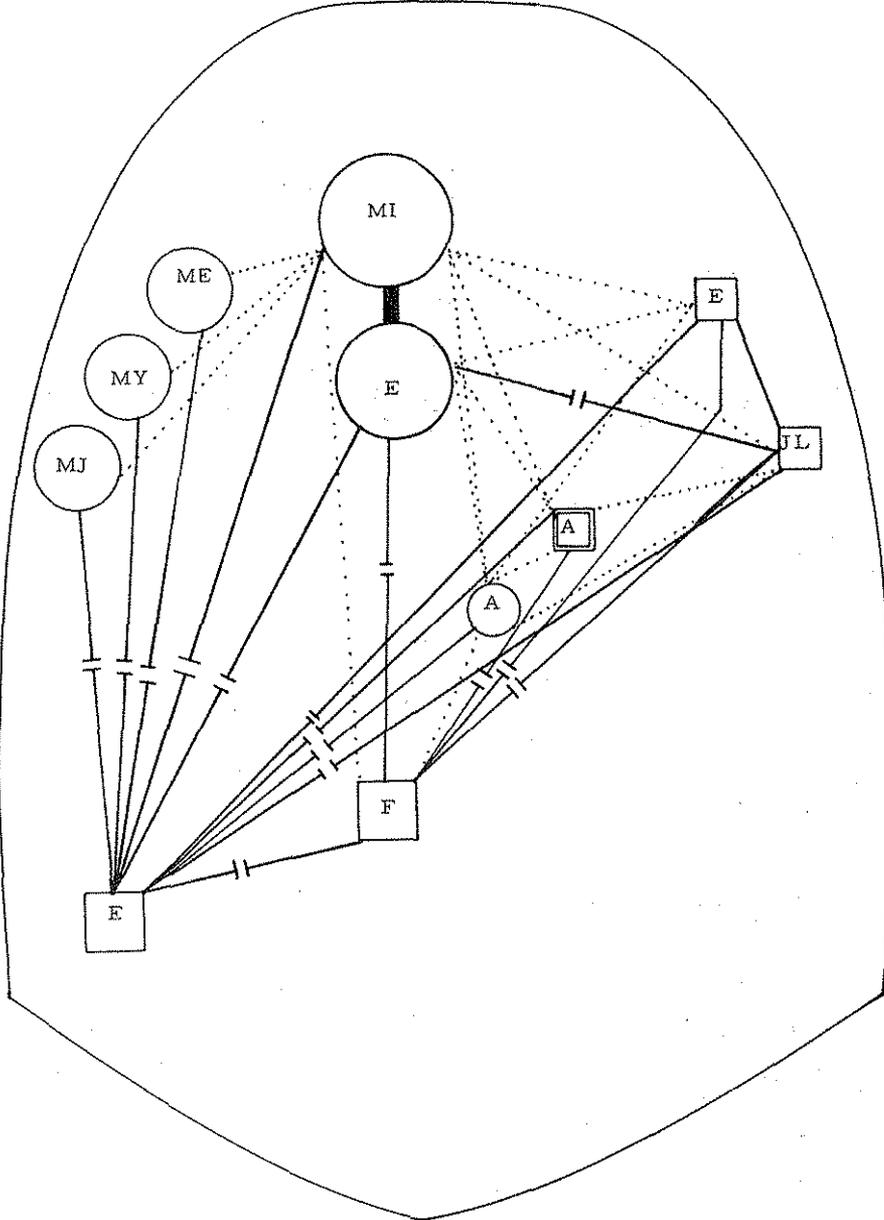
Alejandro hasta el momento no ha presentado crisis de asma bronquial, la comunicación entre todos los miembros de la familia ha mejorado, tendiendo a clarificarse los vínculos, la sobreprotección que ejercía Evangelina ha disminuido, se han aclarado los vínculos entre Alejandro y sus hermanos, el vínculo difuso entre Evangelina y María Isabel tiende a clarificarse, aunque el desprendimiento no se ha logrado por resistencia al cambio en Evangelina. El vínculo rígido que tenía Evangelina con Francisco ha tendido a clarificarse aunque no se ha logrado por completo pero si se ha elevado el Status de ella en el núcleo familiar.

FAMILIOGRAMA N° 8
 FAMILIA MORENO ROJAS



TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

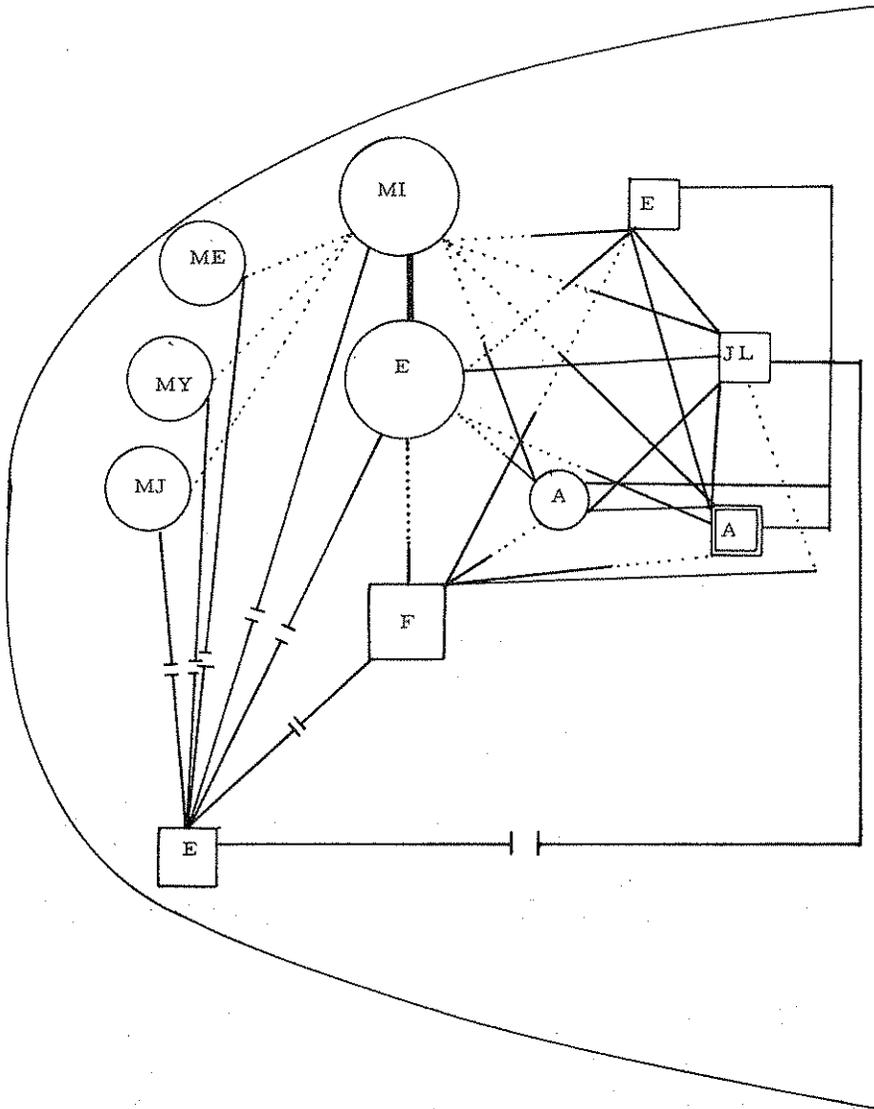
ESTADO PREVIO



ENFOQUE SOCIODINAMICO DE LA FAMILIA MORENO ROJAS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTADO ACTUAL



ENFOQUE SOCIODINAMICO DE LA FAMILIA MORENO ROJAS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FAMILIA VAZQUEZ ZUÑIGA

Paciente identificado: Teresa Zúñiga Madrigal de 32 años de edad, la cual padece rinitis alérgica desde los ocho años de edad, tratada medicamente en CMR, sin control adecuado hasta la actualidad, ha presentado asma bronquial en dos ocasiones, la primera el 20-I-80 y la segunda al 20-VII-80, en la cual fué captada para su estudio en el servicio de urgencias del HGZI No. 24

EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA

Se trata de una familia compuesta, urbana, tradicional, obrera, integrada, en fase de expansión. Fidencio procede de una familia nuclear, urbana, tradicional, obrera, en fase de retiro. Teresa procede de una familia extensa, urbana, tradicional, obrera, integrada, en fase de retiro, donde Victor padece dermatitis atópica desde la niñez, habiendo recibido múltiples tratamientos, cursando -- con remisiones y exacerbaciones hasta la actualidad.

Fidencio y Teresa se conocieron desde la infancia ya que fueron vecinos, iniciaron relaciones de noviazgo en 1963 y cuatro años más tarde contrajeron matrimonio, con las expectativas de formar un hogar y tener hijos. Desde el noviazgo, Fidencio le dijo que al contraer matrimonio irían a vivir con la familia de origen de éste a lo que Teresa accedió, pero manejaba la fantasía de que posteriormente vivirían solos, aunque nunca lo explicitó, por lo que desde el inicio de su matrimonio inició conflictiva frecuente con la familia de origen de Fidencio. Familiograma No. 9

DINAMICA DE LA FAMILIA

Fidencio juega el rol de lider natural del grupo, es dominante de-

pendiente, desempeña el rol de proveedor, siendo invadido en su rol de padre y ejecutivo por Josefina, con la cual sostiene un vínculo difuso y estrecho, invade a Julio en su rol padre, sosteniendo con éste un vínculo difuso, con sus hermanos tiene vínculos claros y -- con Teresa un vínculo difuso, ya que ésta también es invadida en su rol madre por Josefina, con sus hijos vínculos difusos por sobreprotección aunque cuando supo del último embarazo de su esposa sintió rechazo hacia su hija, aceptando posteriormente.

Teresa es sumisa pasiva, es invadida en su rol madre y ejecutiva -- por Josefina; es la depositaria, emergente, portavoz y chivo expiatorio del grupo familiar, tiene un vínculo rígido con Josefina, difuso con Fidencio y con sus hijos, al saberse embarazada de Norma, Angelica sintió rechazo, pero posteriormente la aceptó, ya que ella y Fidencio habían decidido no tener más hijos, pero al cambiar de -- método anticonceptivo resultó embarazada, presentando la primer crisis asmática es la semana 38 de embarazo, y la segunda ante la amenazada la economía del hogar.

Entre los hijos existen vínculos claros y entre estos y Josefina -- vínculos rígidos.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Asma Bronquial en Teresa

Vínculos rígidos entre Teresa y Josefina

Falta de desprendimiento de Fidencio de su familia de origen

Invasión de roles por Josefina

Vínculos difusos entre ambos conyuges y entre estos y sus hijos.

Asunción del rol padre por Fidencio en su familia de origen .

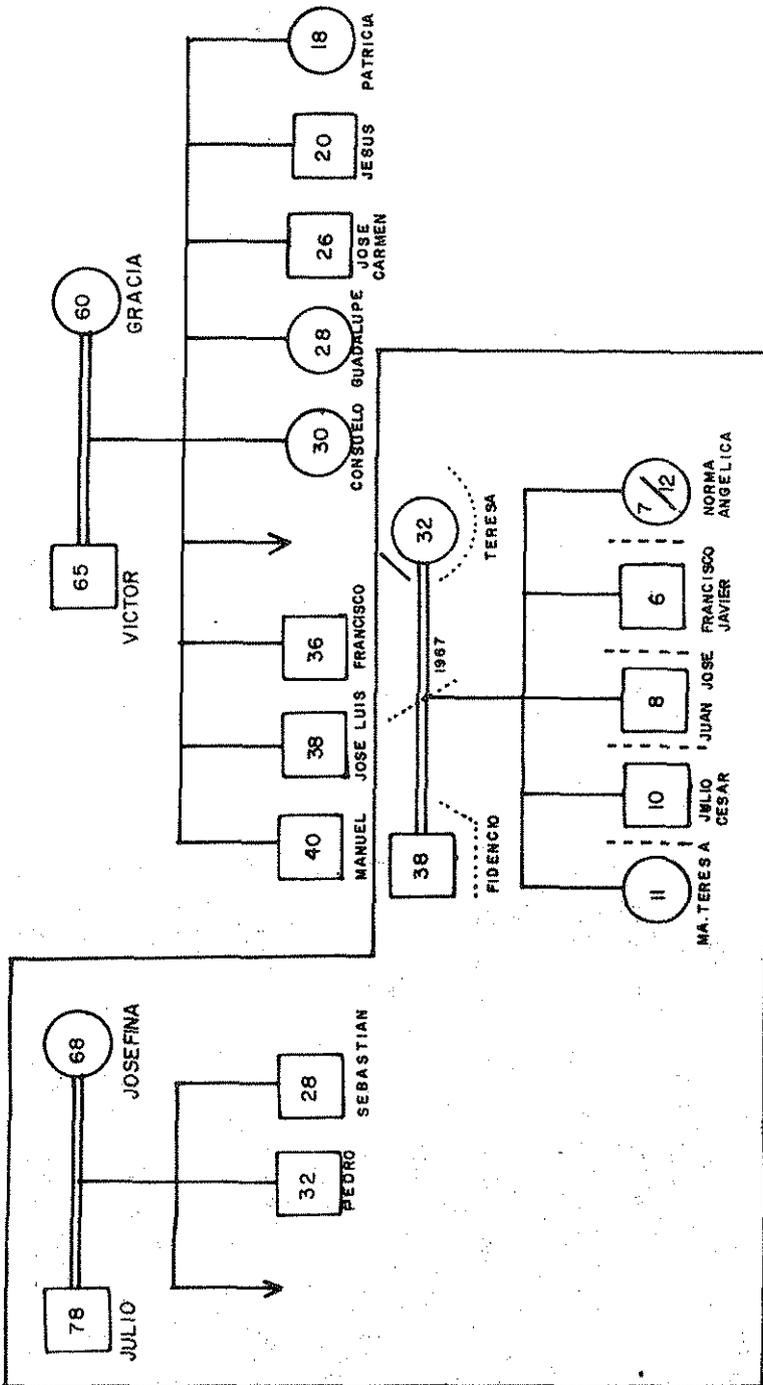
Vínculos rígidos entre Josefina y sus nietos.

Estado actual de la familia.

Hasta el momento no se ha presentado asma bronquial en Teresa, se ha manejado la sobreprotección que tienen ambos conyuges con sus hijos, aclarandose los vínculos, la problemática que existe con Josefina ha disminuido al mejorar la lectura de la realidad familiar, dejando de invadir los roles de Fidencio y Teresa. El desprendimiento de Fidencio de su familia de origen no se ha logrado, aunque ha dejado de desempeñar el rol padre en su familia de origen. Los vínculos rígidos que existían entre Josefina y sus nietos se han aclarado y el vínculo rígido entre Teresa y Josefina tiende a hacerse claro, al igual que el de Fidencio con Josefina.

FAMILIOGRAMA N° 9

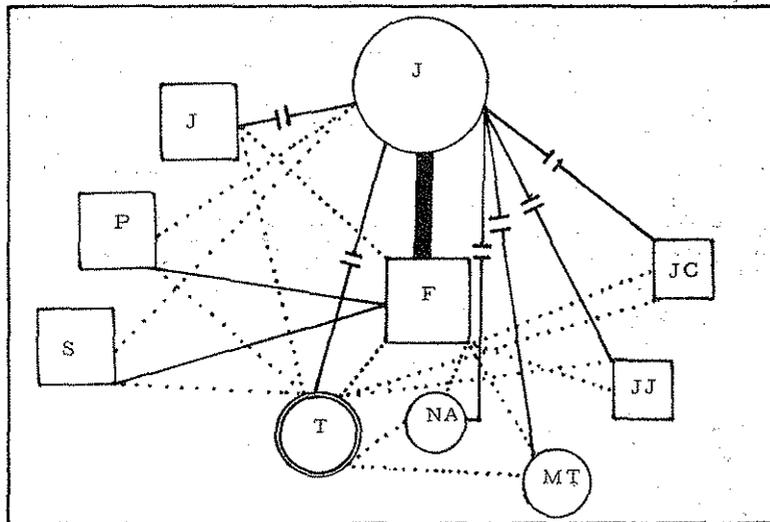
FAMILIA VAZQUEZ ZUÑIGA



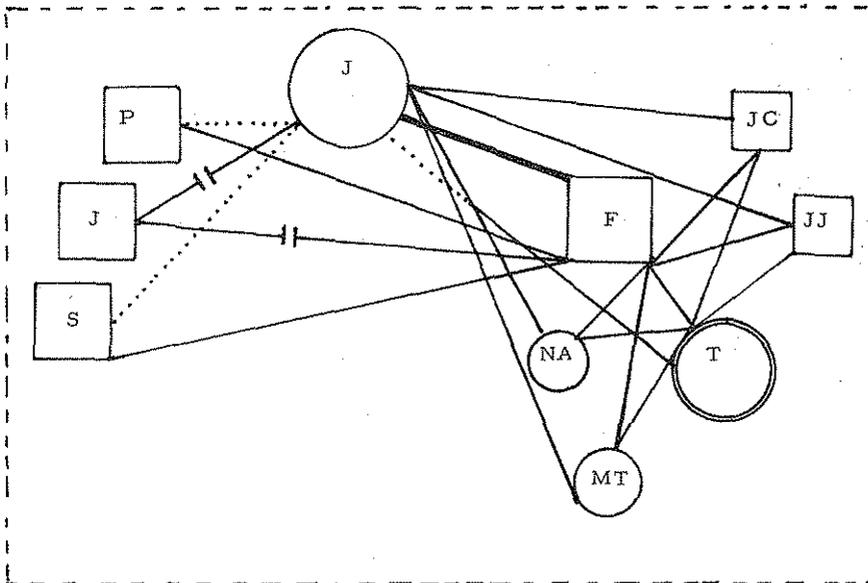
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENFOQUE SOCIODINAMICO DE LA FAMILIA VAZQUEZ ZUÑIGA

ESTADO PREVIO



ESTADO ACTUAL



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FAMILIA MARTIN VALDIVIA

PACIENTE IDENTIFICADO

María Valdivia Muñoz de 57 años de edad, es captada el 20-IV-80, en el servicio de observación de urgencias del HGZI, No. 24 del I.M.S.S. por presentar cuadro caracterizado por Tos, en accesos productiva, con expectoración blanquesino-hialina, grisacea, fiebre de 38.4°C, acompañada de calosfríos, diaforésis, mialgias, - artralgias, astenia, adinamia e hiporexia y ataque al edo gene - ral, además llanto fácil, palpitaciones y paresia de partes dis - tales de miembros superiores, polipneica, aleteo nasal y politi - ros, sibilancias audibles a distancia es manejada con el diagnós - tico tradicional de Asma Bronquial, I.R.A., y Neurosis conversi - va. María cursa con Asma Bronquial de 40 años de evolución no - recuerda si el inicio estuvo relacionado con conflictos familia - res, sino hasta 20 años después establece el vínculo entre las - crisis asmática y problemas conyugales, evoluciona con remisio - nes y exacerbaciones. Hasta el momento se le han efectuado estu - dios de rutina (BH EGO, QS) con resultados de acuerdo a su estado nutricional, teleradiografía de tórax en varias ocasiones la úl - tima, reporta datos de bronquitis crónica, escleroenfisema, área cardiaca dentro de la normalidad Prueba de Funcionamiento Respira - torio (15-V-80) reportando disminución de la C.V.P. en un 37%. - Pruebas de Sensibilidad a alergenos específicos siendo negativa la respuesta a los 32 aplicados. La crisis más reciente la pre-

sertó el día 24-X-80, siendo manejada en forma tradicional, relacionada esta con alcoholismo de su hijo Miguel, dándose de alta a las 72 horas.

II.- EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA

María procede de familia extensa, campesina, rural, tradicional, originaria del estado de Jalisco y radica en el D.F., desde ha 18 años, es analfabeta y se dedica a las labores del hogar, Cipriano padre de María jugaba los roles de padre, proveedor, esposo, dominante, al parecer su padre padeció asma bronquial y murió por Neumonía en 1930 a la edad de 84 años. Su madre Ma. Micaela murió del "Corazón" en 1941 a la edad de 74 años. María tuvo un vínculo difuso con su familia de origen.

Eleuterio esposo de María procede de familia extensa, campesina, tradicional, católica, ocupa el 8vo. lugar de un total de 10 hermanos, conoce a María en 1937, con quien establece noviazgo por espacio de un año, se veían esporádicamente por no estarle permitido a María este tipo de relaciones, se la roba y 15 días después son casados por los padres sin ninguna expectativa. Un año después presenta la primera crisis asmática, tiene su primer embarazo sin complicaciones aparentes, no presentando crisis asmática hasta la VI gestación, muriendo el producto en etapa neonatal de bronconeumonía exacerbándose su estado reactivo, dos años después nace Ma. Micaela que muere de tosferina presentando crisis asmática, tiempo después emigran a la ciudad de México con 10 hijos en



busca de nuevos horizontes. Radican en San Bartolo Naucalpan, -- Edo. de México, empezando a tener problemas conyugales y sexuales presentando crisis aisladas. Eleuterio muere a la edad de 56 --- años de infarto agudo del miocardio presentando crisis asmática, por miedo a la soledad y angustia de muerte. Tomando el rol ejecutivo su hijo Miguel, compartido con Claudia y su madre. En la actualidad viven en la colonia la Presa. Familiograma No. 10

III.- DINAMICA FAMILIAR

Eleuterio y María tenían un vínculo rígido, con límites claros, - con problemas de comunicación por alcoholismo y adulterio de éste. María tiene vínculo rígido con su tío materno Timoteo, difuso con Claudia y Blasa. Claro con Miguel, Jesús y Lourdes. Los límites no son claros, los roles jugados por María son líder oculto compartido con Claudia, chivo expiatorio, depositario, emergente, -- portavoz y ejecutivo compartido con Claudia y Miguel. Es una fa familia aglutinada, epileptoide, con problemas de interrelaciones y comunicación. Con límite intrafamiliar rígido que no fué posible franquear, la resistencia al cambio es mucha por los roles este - reotipados de María, Miguel, los cuales no son funcionales para - el crecimiento de la familia.

Existe alcoholismo en Miguel, el cual ha desencadenado en varias ocasiones las crisis de María, así como aborto habitual en Blasa, quien durante las entrevistas mostró bastante interés por mejorar las relaciones familiares. En la actualidad cursa con embarazo -

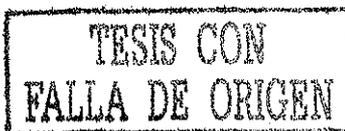
de 3 meses, sin complicaciones, mejorando relativamente el estado de María. A pesar de todo María sigue presentando sus crisis asmáticas con la misma frecuencia, intensidad y duración.

IV.- PROBLEMAS IDENTIFICADOS

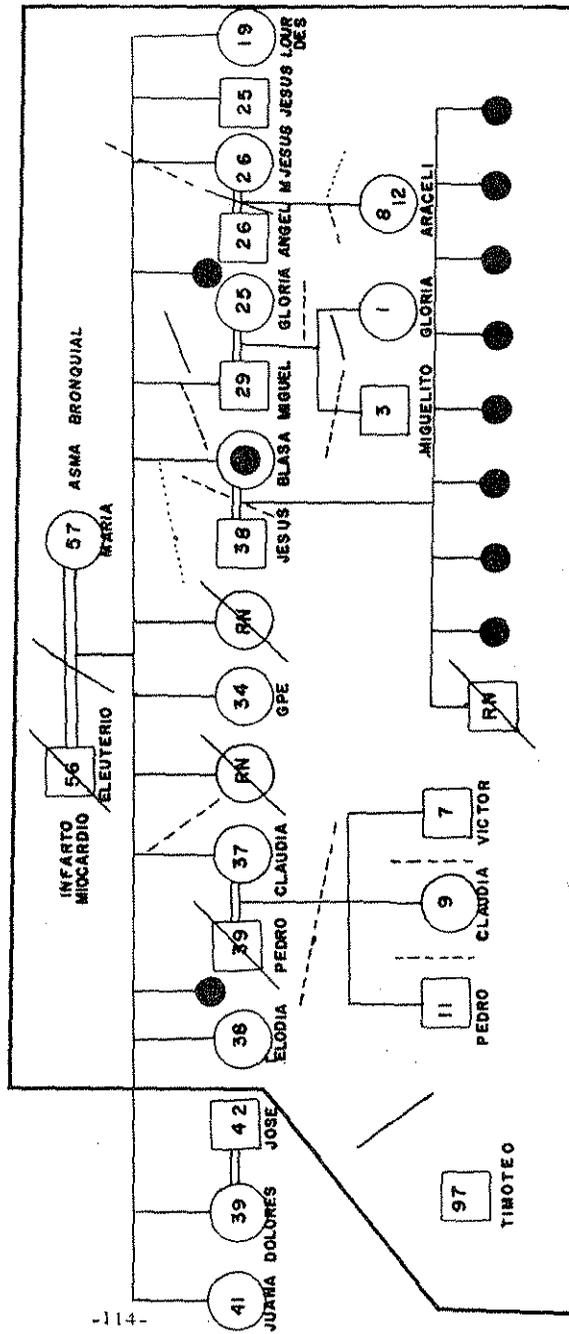
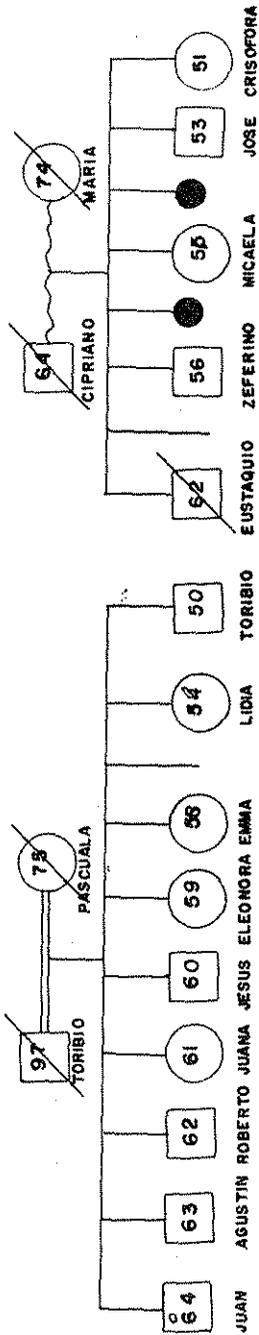
- 1.- Asma Bronquial y Neurosis conversiva en María.
- 2.- Familia epileptoide, aglutinada con relaciones e interacciones y comunicacion distorsionada.
- 3.- Hospitalitis en María (8 internamientos en 30 días).
- 4.- Síndrome de Down en Gloria (Hija de Miguel)
- 5.- Alcoholismo en Miguel.
- 6.- Dependencia de Jesús con su Madre.
- 7.- Miedo a la soledad de María.
- 8.- Invasión de roles.

V.- ESTADO ACTUAL DE LA FAMILIA.

Dada la situación de esta familia y las características que se señalaron anteriormente, puede decirse que no se logró ningún cambio que pueda hablar de función del pronóstico, por lo que éste es malo a mediano plazo, ya que la resistencia al cambio durante el proceso terapéutico se inició en la paciente identificada quien constantemente bloqueó la participación del terapeuta en su núcleo familiar.

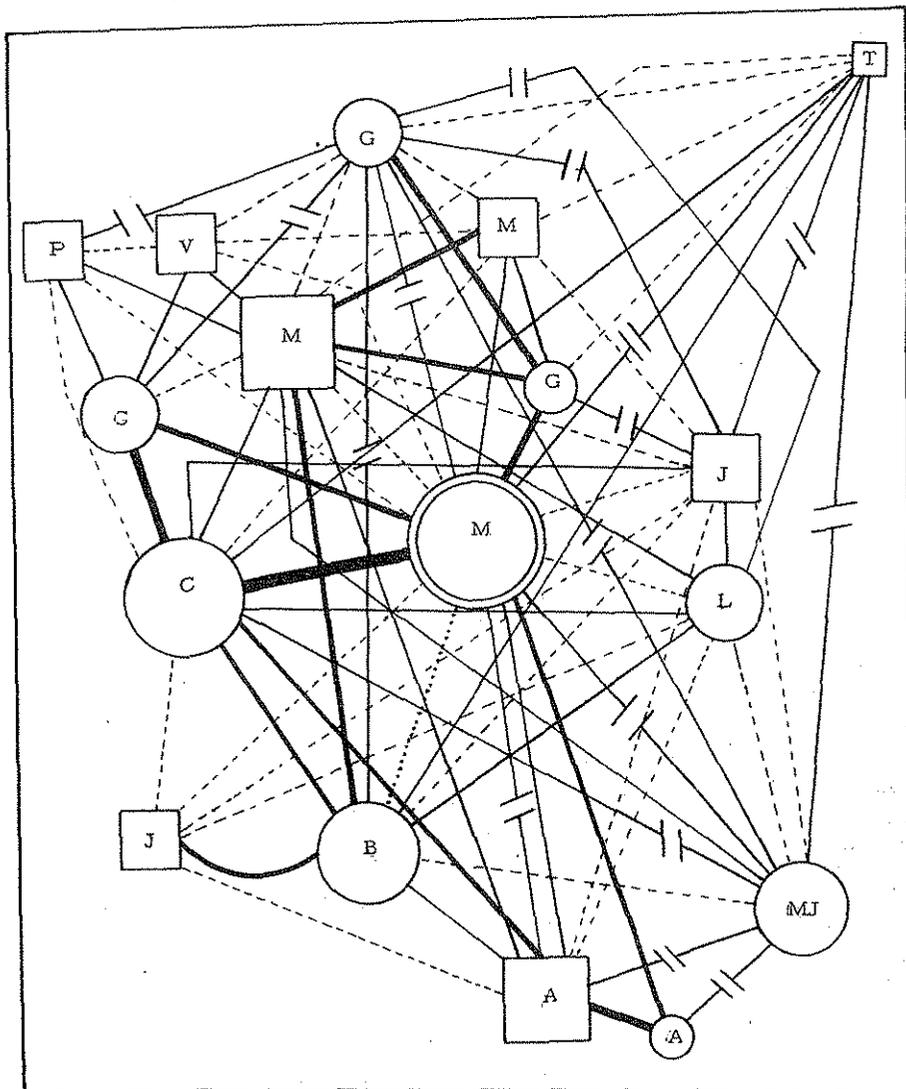


FAMILIOGRAMA N° 10
 FAMILIA MARTIN VALDIVIA



TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

ENFOQUE SOCIODINAMICO DE LA FAMILIA MARTIN-VALDIVIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FAMILIA CHAVEZ MARTINEZ

I.- PACIENTE IDENTIFICADO

Refugio Martínez de 35 años de edad, captada en el servicio de observación del Hospital General de Zona Insurgentes No. 24, del I. M.S.S., el día 8-V-80, por cuadro caracterizado por Tos productiva con expectoración blanquino hialina, fiebre de 39°C, acompañada de su cortejo sintomático astenia, adinamia, mialgias, artralgias, cefalea, hiporexia y ataque al estado general, llanto fácil polipneica, paresia de partes distales de miembros superiores, si bilancias audibles a distancia efectuandose el diagnóstico tradicional de asma bronquial, I.R.A. y Neurosis conversiva, de siete meses de evolución la cual había remitido con manejo terapéutico tradicional a base de medidas generales, antibióticos y broncodilatadores. Desde su inicio ha presentado 4 crisis asmáticas con componente ansioso-depresivo relacionado con conflictos familiares.

II.- EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA

La familia de origen de Refugio, es un familia extensa, obrera, incompleta, compuesta por 8 elementos, Refugio ocupa el 4° lugar de un total de 7 hermanos, son originarios de Acámbaro, Mich., su padre Julio murió el 16-X-79 de infarto agudo del miocardio a la edad de 71 años con quien llevo un vínculo difuso por sobreprotección, su madre Tomasa tiene 69 años de edad, y a raíz de la muerte de su padre vive con ella, es autoritaria, dominante, llevando

un vínculo rígido por invasión de roles Eyenny hermana menor quien vive con su familia es rebelde, no cooperativa y pasa poca comuni cación.

La familia de origen de Antonio, es una familia nuclear, obrera, tradicionalista donde Antonio es el primogénito, contando con su hermano, Sabás de 28 años con quien llevaba malas relaciones. An tonio es originario del estado de Sonora, quien viene a esta ciu dad a estudiar, conociendo a Refugio en la preparatoria llevando buenas relaciones amistosas durante dos años, teniendo un noviaz go de 6 meses, contrayendo matrimonio en 1964 procrearon dos hi jos, Julio Antonio de 14 años y Elsa de 12 años, se divorcian en 1978 por incompatibilidad de caracteres. Familiograma No. 11

III.- DINAMICA FAMILIAR

Refugio juega los roles ejecutivo, maderes, hija, portavoz, chivo expiatorio, depositario, emergente, proveedor y líder formal del grupo familiar tiene un vínculo rígido con su madre Tomasa y tam bién rígido con su hermana Eyenny, con su esposo tuvo un vínculo rígido, con sus hijos presenta un vínculo difuso. Los límites del rol ejecutivo no son claros están invadidos por su madre.

La primera crisis ocurrió hace 7 meses, 3 días después de la muer te de su padre cediendo con manejo tradicional, evoluciona asinto máticamente por tres meses y con motivo de un sueño erótico donde ve a su pequeña Elsa embarazada, sin haberse casado (proyección), ya que ella salió ambarazada antes del matrimonio, ameritando tra



tamiento, pero en esta ocasión con la participación del Psiquiatra, otra crisis la presenta al separarse de su esposo repitiéndose la sintomatología y tratamiento tradicional, la última crisis asmática la presentó el 20 de julio de 1980, relacionada esta con la muerte de tío paterno quien llevaba muy buenas relaciones con ella, y le recordaba mucho a su padre fallecido hace 7 meses presentando conducta de Acting Out en la situación actual.

IV.- PROBLEMAS IDENTIFICADOS

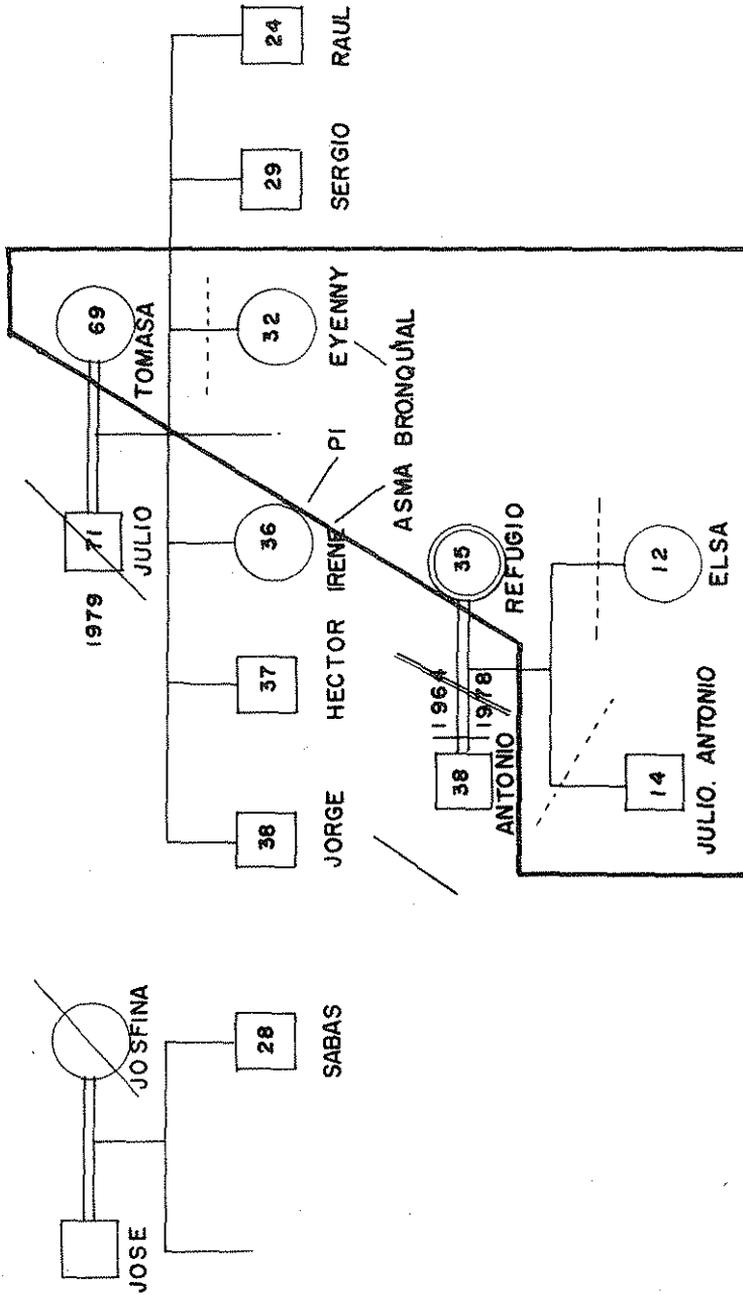
- 1.- Asma bronquial y Neurosis conversiva en Refugio.
- 2.- Comunicación familiar inadecuada.
- 3.- Invasión de roles.
- 4.- Conducta de Acting Out en Refugio.
- 5.- Alianza entre Tomasa y Eyenny,
- 6.- Problemas laborales.
- 7.- Necesidad de cuidado, afecto y Status.

V.- ESTADO ACTUAL DE LA FAMILIA

Refugio no ha presentado crisis asmática hasta la fecha, se ha estabilizado emocionalmente, a mejorado la comunicación familiar, la familia se ha reorganizado con roles y vínculos más funcionales, aunque aún persiste la alianza de Tomasa y Evenny con menor intensidad con poca repercusión en la funcionalidad de la familia, Evenny coopera en las actividades del hogar y económicamente. Refugio mejoró sus relaciones laborales e interpersonales.



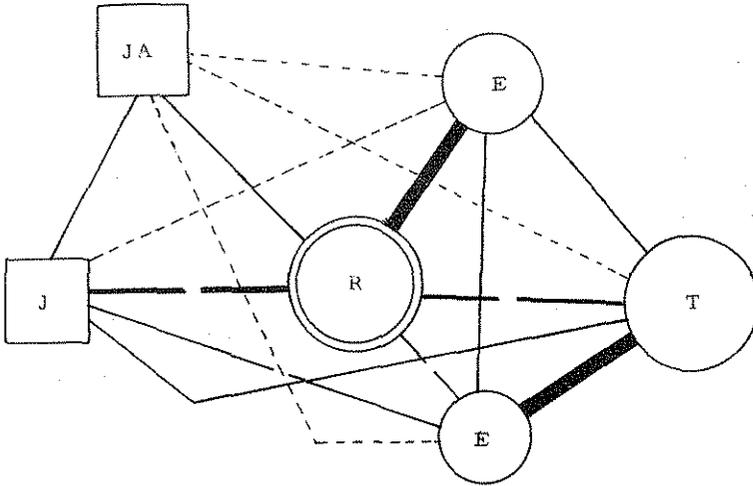
FAMILIOGRAMA N° II
 FAMILIA CHAVEZ MARTINEZ



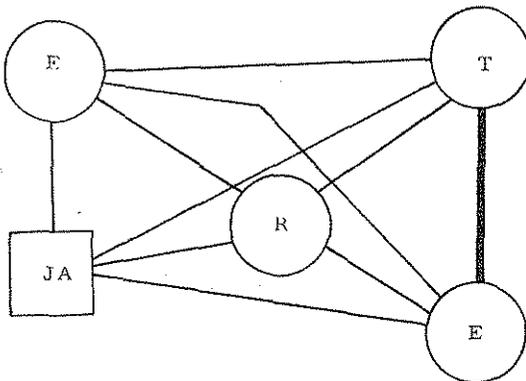
TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

ENFOQUE SOCIODINAMICO DE LA FAMILIA CHAVEZ - MARTINEZ

ESTADO PREVIO



ESTADO ACTUAL



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FAMILIA SOTO BAUTISTA

I.- PACIENTE IDENTIFICADO

Celedonia de 31 años de edad, captada en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona Insurgentes No. 24, el 16-IV-80. Con diagn ostico tradicional de Asma Bronquial, I.R.A. y Neurosis conversiva.

II.- EVOLUCION HISTORICA DE LA FAMILIA.

La familia de origen de Celedonia (P.I.), es una familia originaria y radica en el D.F., es nuclear, extensa, tradicionalista, --compuesta por 7 miembros. Su padre Nicolás vivió en unión libre con María procreando 5 hijos, de los cuales Celedonia ocupa el 4to. lugar, su padre Nicolás murió a los 52 años de edad, en 1961, de neumonía. María su madre tiene actualmente 78 años. La familia de procedencia de Fidel su esposo se desconoce ya que es huerfano.

Celedonia y Fidel se conocen en la fábrica donde ambos trabajaban ella como ensambladora de autopartes, de planta y él como cepillista en forma eventual, entablando noviazgo, 3 meses después de conocerse el cual duró 1.7 años, quedando ella embarazada por lo que deciden vivir en unión libre. Nueve meses después da a luz a un producto del sexo femenino muerto al parecer por presentación pévilca con retención última de cabeza. Presentando al enterarse de la muerte de su hijo histeria conversiva. Dos semanas después presenta la primer crisis asmática. Un año después

nace su segunda hija que presenta síndrome de Down, desencadenando su segunda crisis. Secundario al nacimiento de Ma. Elena con Down, presenta fobia al embarazo, pero sin embargo se embaraza presentando 5 crisis durante su tercera gestación, al nacimiento de Victor M. se aislan las crisis ya que nace este en perfectas condiciones, sin taras ni defectos físicos aparentes, posteriormente nace Fidel no habiendo problemas de la gestación, y es en 1973 que decide ella casarse con Fidel para que sus hijos tengan S.S., teniendo 2 embarazos más naciendo María de Jesús y Beatriz, formando una familia nuclear urbana tradicionalista. Familiograma No. 12

III.- DINAMICA FAMILIAR

Celedonia juega los roles de madre, esposa, proveedora, dominante ejecutivo, portavoz, depositario y chivo expiatorio del grupo familiar. Fidel juega los roles de padre pasivo, proveedor parcial ejecutivo, líder formal de grupo.

Fidel y Celedonia presentan un vínculo rígido, presentando problemas de comunicación y sexuales por alcoholismo de Fidel. Los límites son claros. Fidel tiene un vínculo rígido con Ma. Elena, claro con el resto de los hijos. Celedonia tiene un vínculo difuso con Ma. Elena, ya que en ella había depositado todas sus expectativas, además cargado de un sentimiento de frustración y culpabilidad, difuso con Victor, Fidel Ma. de Jesús y Beatriz quienes guardan un vínculo rígido con su hermana Ma. Elena. Celedonia guarda

un vínculo rígido con su madre y su hermano Sebastian quienes forman alianza rechazando a Ma. Elena, con el resto de su familia de origen es claro.

IV.- PROBLEMAS IDENTIFICADOS.

- 1.- Familia nuclear con trastornos en la comunicación intrafamiliar.
- 2.- Asma Bronquial en Celedonia.
- 3.- Neurosis conversiva en Celedonia, Alcoholismo en Fidel.
- 4.- Síndrome de Down en Ma. Elena foco generador del conflicto interfamiliar.
- 5.- Relaciones conyugales, parentales, sexuales, laborales inadecuadas.
- 6.- Alianza entre Sebastian y María.
- 7.- Funciones que ameritan apoyo, Socialización, Cuidado, Afecto y Status.

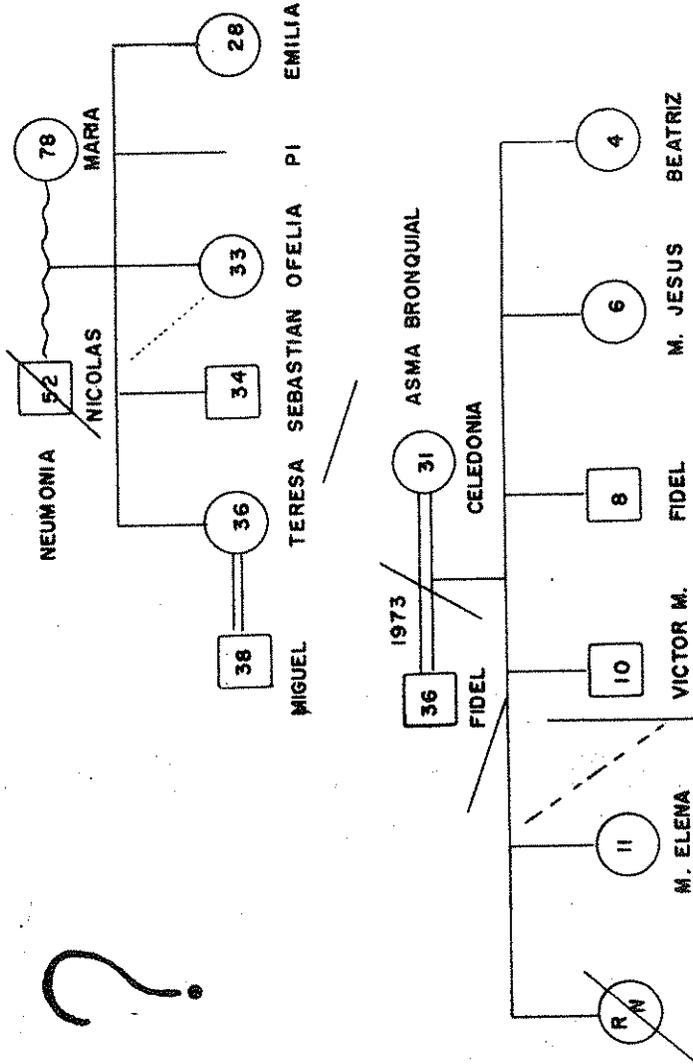
V.- ESTADO ACTUAL DE LA FAMILIA

En la actualidad la comunicación intrafamiliar a mejorado en un 70 % los vínculos entre Fidel y Celedonia tienden a ser claros y los límites precisos, el alcoholismo de Fidel ha disminuido, hasta la fecha no ha presentado crisis asmática, su estado emocional se ha estabilizado, existe más aceptación por el núcleo familiar de Ma. Elena ya que se encuentra asistiendo a un centro especializado para niños con retraso mental, Fidel consiguió empleo de chofer de planta, por lo cual se salió Celedonia de trabajar incrementándose su función del rol materno y ama de casa, la alianza entre Sebastian y



María aún persiste pero con escasa repercusión en ellos ya que vi
ven independientes y visitan esporádicamente a su familia.

FAMILIOGRAMA N° 12
 FAMILIA SOTO BAUTISTA

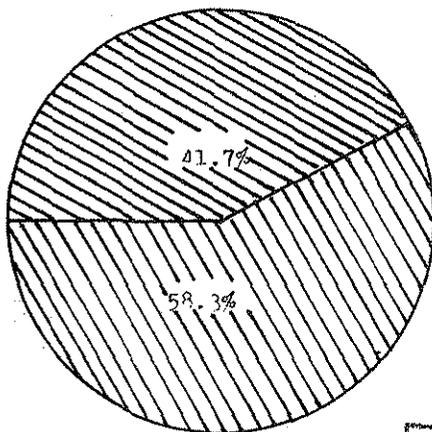


TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

CLASIFICACION DEL P.I. POR EDAD Y SEXO

P.I.	F	V	JC	E	MCD	C	F	A	T	M	R	C	T
EDAD	3	21	11	3	5	54	17	7	32	57	35	31	277
MASCULINO			+	+		+	+	+					5
FEMENINO	+	+			+				+	+	+	+	7

De las 12 familias estudiadas, el rango de edad de los pacientes identificados oscilo entre 3 y 57 años de edad, de los cuales 58.3% correspondieron al sexo femenino y 41.7% al masculino. Media aritmética de 23.08 años. Desviación estandar de 18.9 años. Media aritmética por sexo: 26.4 años para el sexo femenino y 18.5 años para el sexo masculino. De los 12 pacientes identificados 7 fueron hijos, 4 madres y 1 padre.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CLASIFICACION DE LA FAMILIA DESDE EL PUNTO DE VISTA
DE SU COMPOSICION

FAMILIA TIPO	ST	PI	DH	RR	MG	VCh	RM	MR	ZV	MV	ChM	SB	T
NUCLEAR			+	+			+					+	4
EXTENSA		+											1
COMPUESTA	+				+	+		+	+	+	+		7

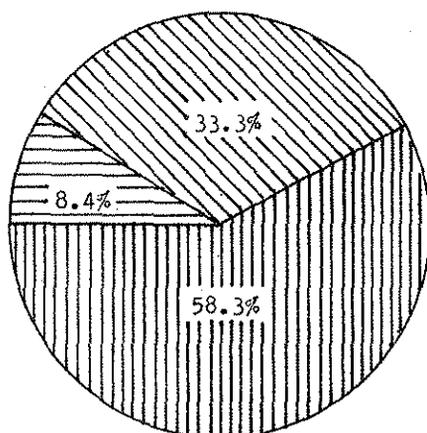
De acuerdo a su composición, la familia se clasifica en:

Familia nuclear: Padre+Madre e hijos (hasta cinco).

Familia extensa: Padre+Madre e hijos (más de cinco).

Familia compuesta: Padre+Madre+Hijos y otros familiares.

Del 100% de los casos estudiados, el 58.3% correspondió a familias de tipo compuesto; 33.3% a familias de tipo nuclear y 8.4% a familias de tipo extensa.



CLASIFICACION DE LA FAMILIA DESDE EL PUNTO DE VISTA
DE SU INTEGRACION

FAMILIA TIPO	ST	PI	DH	RR	MG	VCh	RM	MR	ZV	MV	ChM	SB	T
INTEGRADA	+	+		+		+	+	+	+			+	6
SEMI INTEGRADA			+		+					+	+		4
DESIN TEGRADA													0

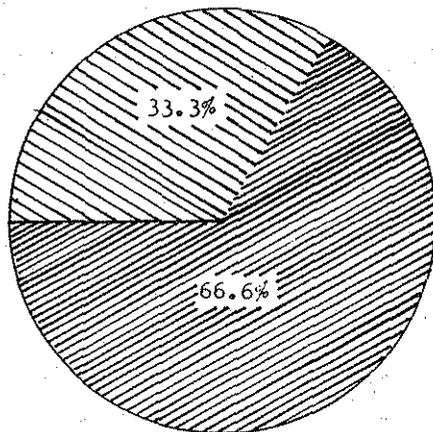
De acuerdo a su integración, la familia se clasifica en:

Familia integrada: Padre+Madre+Hijos

Familia semiintegrada: Padre ó Madre + Hijos

Familia desintegrada: Ausencia de los padres, sólo hijos

Del 100% de los casos estudiados, el 66.6% correspondió a familias de tipo integradas y el 33.3% a familias semiintegradas.



CLASIFICACION DE LA FAMILIA DESDE EL PUNTO DE VISTA
DEMOGRAFICO

FAMILIA TIPO	ST	PI	DH	RR	MG	VCh	RM	MR	ZV	MV	ChM	SB	T
URBANA	+	+	+	+	+		+	+	+		+	+	10
SUBURBANA						+				+			2
RURAL													0

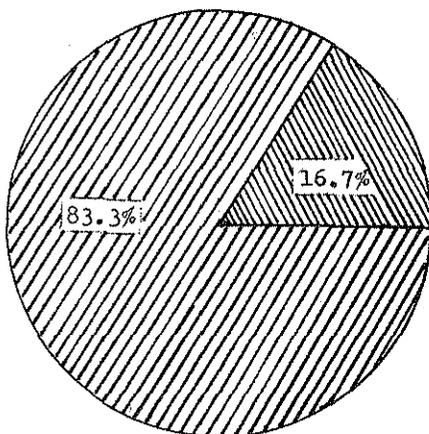
La familia desde el punto de vista demográfico se clasifica en:

Familia urbana: Situada en las grandes ciudades.

Familia suburbana: Se encuentran en zonas marginadas y cinturones de miseria.

Familia rural: Localizada en las zonas campesinas

Del 100% de los casos estudiados, el 83.3% correspondió a familias de tipo urbano y el 16.7% a familias de tipo suburbano.



CLASIFICACION DE LA FAMILIA DESDE EL PUNTO DE VISTA
OCUPACIONAL

FAMILIA TIPO	ST	PI	DH	RR	MG	VCh	RM	MR	ZV	MV	ChM	SE	T
CAMPESINA													0
OBRAERA		+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	10
PROFESIONISTA	+						+						2

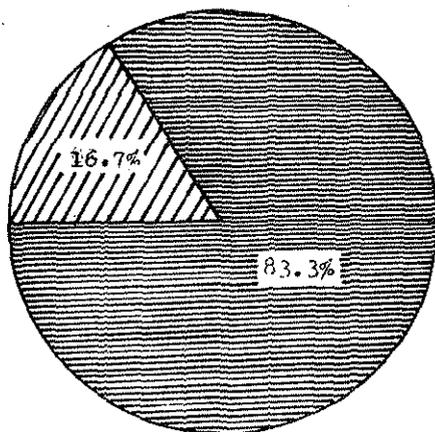
La familia desde el punto de vista ocupacional, se clasifica en:

Campesina: La fuente de ingreso proviene del trabajo de la tierra

Obrera: Su salario es producto de la renta de su fuerza de trabajo

Profesionista: Su ingreso es producto de la renta de su fuerza de trabajo intelectual

Del 100% de los casos estudiados, el 83.3% correspondio a familias de tipo obrero. El 16.7% a familias de tipo profesionista.



CLASIFICACION DE LA FAMILIA DESDE EL PUNTO DE VISTA
DE SU DESARROLLO

FAMILIA TIPO	ST	PI	DH	RR	MG	VCh	RM	MR	ZV	MV	ChM	SB	T
TRADICIONAL		+		+		+	+	+	+	+			7
PRIMITIVA													0
MODERNA	+		+		+						+	+	5

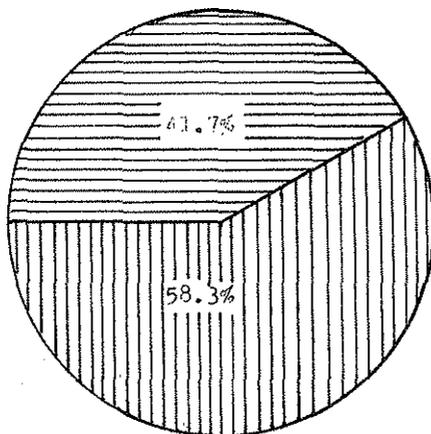
Por su desarrollo, la familia se clasifica en:

Familia tradicional: El prototipo: la familia patriarcal monogámica formada por 3 generaciones, ejm: Fam. española del S-XVI.

Familia moderna: Emergente de los siglos XIX-XX, de tipo nuclear con toma de las decisiones en forma democrática.

Familia primitiva: Organización social sin cambios. Ritos, magia y tabués. Chamulas y tarahumaras.

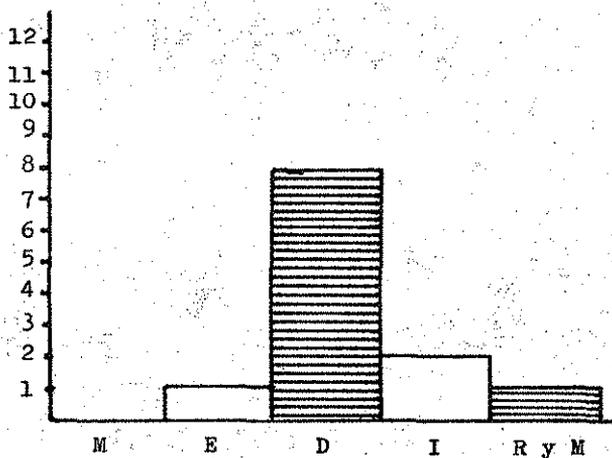
Del 100% de los casos, el 58.3% correspondió a familias de tipo tradicional y el 41.7% a familias de tipo moderna.



FASES DEL CICLO DE VIDA FAMILIAR

FAMILIA FASE	ST	PI	DH	RR	MG	VCh	RM	MR	ZV	MV	ChM	SB	T
MATRIMONIO													0
EXPANSION				+									1
DISPERSION	+		+		+		+	+	+		+	+	8
INDEPENDEN- CIA		+				+							2
RETIRO Y MUERTE										+			1

De acuerdo a las fases del ciclo de vida familiar, observamos en las 12 familias estudiadas, que el 66.7% se encuentran en etapa de dispersión, 16.7% en fase de independencia y el 8.4% en etapa de expansión y, retiro y muerte respectivamente.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RELACION CRISIS FAMILIAR-CRISIS ASMATICA

FAMILIA CRISIS	ST	PI	DH	RR	MG	VCh	RM	MR	ZV	MV	ChM	SB	T
FALTA DE COMUNICACION	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	12
CONFLICTOS INTERFAM.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	12
PROBLEMAS ECONOMICOS	+	+		+				+	+	+	+	+	8
AUSENCIA DEL PADRE			+		+		+	+		+	+		6
SEGREGACION	+				+	+			+	+	+		6
FAM. COMP.	+			+				+	+	+		+	6
ALCOHOLISMO					+	+		+		+	+	+	6
PROBLEMAS SEXUALES		+			+	+					+	+	5
MINUSVALIA	+	+					+	+	+				5
MIEDO A LA SOLEDAD			+				+			+			3
MUERTE DE FAMILIAR						+						+	2

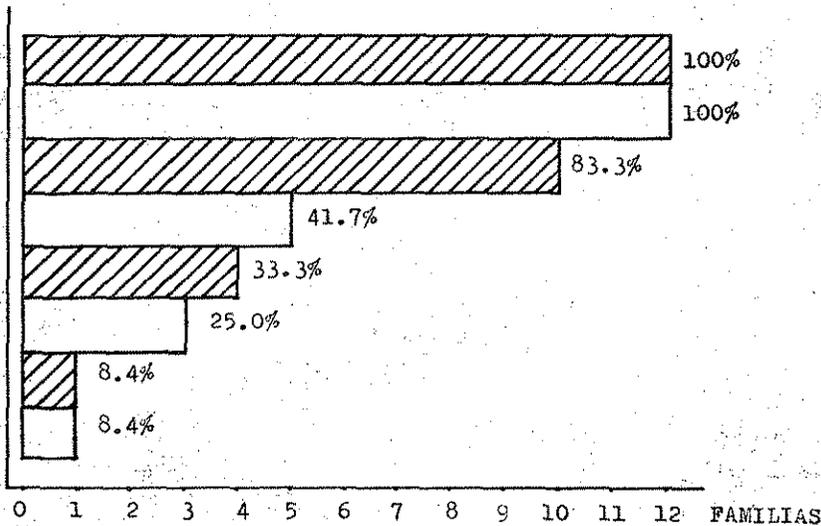
De las 12 familias estudiadas, las crisis familiares que se presentaron en el 100% de los casos fueron falta de comunicación y conflictos interfamiliares por tratarse de familias compuestas predominantemente. En el 66% de los casos los problemas de orden económico, en 50% de los casos relacionados con ausencia del padre, segregación y alcoholismo respectivamente; en el 41.7% por problemas sexuales y sentimiento de minusvalia, en el 25% de los casos por miedo a la soledad y en el 16.6% -- por muerte de un familiar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IDENTIFICACION DE LOS ROLES FAMILIARES
CON EL P.I.

ROL \ FAM.	ST	PI	DH	RR	MG	VCh	RM	MR	ZV	MV	ChM	SB	T
LIDER FORMAL	J	J	M	E	MC	<u>C</u>	F _p	F	F	M	R	F	1
LIDER OCULTO	A	E	-	-	MC C	P	N	E	J	<u>MC</u>	T	M	1
CHIVO EXPIATORIO	<u>F</u>	J	JC _p	E _h	BMD - _h	C	YF	A	T	M	R	<u>C</u>	10
DEPOSITARIO	<u>F</u>	V	JC _h	E _h	MD _h	<u>C</u>	FY	A	T	M	R	<u>C</u>	12
EMERGENTE	A	E	JC _h	C _m	MC _m	J	N	E	T	M	R	<u>C</u>	5
PORTAVOZ	<u>F</u>	V	JC _h	E	MD _h	<u>C</u>	F	A	T	M	R	<u>C</u>	12
PROVEEDOR	J	J	M	E _p	MC	<u>C</u>	F _p	F	F	JL	RE	FC	3
EJECUTIVO	JA	MC	M	E	MC	<u>C</u>	F _p	F	FJ	MMC	RT	FC	4

De las 12 familias estudiadas, en el 100% de los casos, el P.I. jugó el rol de portavoz y depositario de la angustia grupal, en el 83.3% el rol de chivo expiatorio, 41.7 como emergente, 33.3% jugó el rol ejecutivo, 25% el rol de proveedor y en el 8.4% jugó el rol de lider formal y oculto respectivamente.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VINCULOS DEL P.I. CON SU FAMILIA

	RIGIDO								DIFUSO								CLARO							
	PADRE		HIJO		HNOS		C	PADRE		HIJO		HNOS		C	PADRE		HIJO		HNOS		C			
	M	F	M	F	M	F		M	F	M	F	M	F		M	F	M	F	M	F				
ST		1									2			1										
PI	1							1				5												
DH							1													1				
RR	1							1																
MG								1						1					1	1				
VCh			6							2			1				3							
RM	1							1				1								2				
MR	1							1			2	1												
ZV										2	2		1											
MV										2	4	2	2											
ChM		1			2	1				1	1								2	1				
SB	1				1					1						2	2			3				
T	5	2	6	0	3	1	0	1	5	5	10	6	9	2	2	0	2	5	3	8	0			

En las familias estudiadas encontramos que el paciente identificado sostenía vínculos rígidos con uno de sus padres en el 58.3 % de los casos, difusos en el 50% y claros en el 16.8%. Con sus hijos tenían vínculos rígidos en el 8.4%, difusos en el 41.7% y claros en el 16.8%.

Clasificación de la Familia según el criterio de Madame Mikovska :

Familia Epileptoide 6
 Familia Esquizoide 5
 Familia Hipocondriaca..... 1

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

- 1.- El 100% de los casos estudiados presentaron trastornos en la comunicación y conflictos interfamiliares, que los consideramos - como los desencadenadores de la crisis asmática, porque en to - dos los casos se pudo vincular directamente la crisis de asma - con el momento de mayor angustia grupal, canalizandose por uno de sus integrantes a través del aparato respiratorio, disminu - yendo el monto de angustia que estaba soportando la familia cuan - do se presentó la enfermedad.
 - 2.- El paciente identificado juega el rol en la familia, siendo el PORTAVOZ y depositario de la angustia grupal en el 100% de los casos y chivo expiatorio en el 83.3%.
 - 3.- No existe una crisis familiar específica que desencadene la cri - sis de asma, sino que para cada individuo existe una problemáti - ca especial; diferente del resto de las asmáticos. Tratando de recapitular las crisis encontradas con más frecuencia tenemos - fundamentalmente trastornos en la comunicación conflictos inter - familiares en todos los casos estudiados, problemas económicos en el 66.6% y problematica de ausencia del padre, segregación y familias compuestas en el 50% de todos los pacientes identifica - dos.
 - 4.- En las familias estudiadas predominan los vínculos difusos en - el 91.7%.
- En relación a la segunda parte de nuestra hipótesis en la que -



planteamos que la enfermedad tiene probablemente la finalidad de restaurar o reubicar los roles familiares, mejorando las relaciones interpersonales del núcleo familiar; una vez concluido el estudio reconocemos que esta fué mal planteada y por lo tanto parcialmente falsa, ya que la enfermedad juega el rol en la familia fundamentalmente para estabilizar y mejorar la comunicación inter familiar, pero en forma transitoria, porque la enfermedad por su misma no es capaz de restaurar ni reubicar los roles familiares, sino que son las relaciones familiares alteradas las que al interactuar con otros factores precipitan la enfermedad y solamente en el interjuego que se da entre el terapeuta y la familia se hace consciente la problemática (desestructuración), en la medida en que se elabora el conflicto grupal (reestructurado) es la dimensión en la que se da un proceso de enseñanza aprendizaje (curación) en el que la familia aprende a manejar la angustia grupal. Por otra parte si efectivamente el rol que asignamos a la enfermedad en nuestra hipótesis fuera totalmente verdadera, la acción del terapeuta no tendría finalidad; cuando en realidad corroboramos que al mejorar las relaciones familiares se modificó la enfermedad con el consiguiente crecimiento del binomio familia terapeuta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEFINICION

Ante las definiciones que se hacen en la literatura mundial - sobre el asma bronquial y que nos parecen incompletas por ser exclusivamente biologicistas, excluyentes de factores psicológicos y sociales, proponemos un concepto totalizador que incluye los factores mencionados: "El asma bronquial es un síndrome multifactorial caracterizado por obstrucción bronquial, disnea paroxística expiatoria, insuficiencia respiratoria de grados variables, intermitente y reversible; que se vivencia angustiosamente en el depositario del grupo familiar quien lo expresa, fenómeno lógicamente en el área 2 ó corporal con el "me ahogo" y que representa en realidad una demanda de ayuda explícita para él e implícita para el grupo familiar concluyendo que el individuo es una unidad total que se encuentra inmerso en un sistema complejo: la familia, donde su relación e interacciones en un ambiente histórico-social determinan su conducta y la del grupo.

Ante esto planteamos las siguientes interrogantes: ¿Que es lo el asmático inspira y no puede expirar? ¿Por qué el conflicto se manifiesta en el aparato respiratorio y no en otro órgano? ¿Para qué le sirve la enfermedad al depositario y al grupo familiar?

B I B L I O G R A F I A

- 1.- ACKERMAN, N.W. Diagnóstico y tratamiento de las Relaciones Familiares, "Enfermedad Psicósomática y perturbación en la Familia", Buenos Aires, Editorial Paidós, Pp (301-318) 1979.
- 2.- ACKERMAN, N.W. Grupoterapia de la Familia, "Las relaciones no verbales y representación del conflicto en la terapia Familiar", Buenos Aires, Editorial Paidós, Pp (2950317), 1976.
- 3.- AGARWAL, K. A Study of Psychogenic factor in Bronchial asthma,
J. Asthma Research, USA. 15/4, (19108), -
1978.
- 4.- ALVARADO, J.M. The Psychiatric Approach to Bronchial asthma,
Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 17/3, (198-207), 1971.
- 5.- ARMOND, V.M.,MD. Effective Therapeutic Modalities Used in -
Rehabilitation of the Asthmatic Child in a
residential Setting, J. Astha Research, --
USA, 14/1, (19-26), 1976.
- 6.- BENTLEY, J. Et. al., Individual Psychotherapy with Asthmatic --
Children as an adjunct to milieu Therapy:
Two cases stuedies, J. Asthma Research,

15/4, (163-9), 1978.

- 7.- BIERMAN, G. Bronchial asthma of the child from the -
Psychosomatic pont of view, Inst. Psycho
chyg, Bruhl, Germany West.10/1 (16-20)1977.
- 8.- BIERMAN, G. Psychosomatic of Bronchial Asthma in child
hood and Youth, U. Minich, Germany West,
18/2, (33-42), 1979.
- 9.- Blegger, J. Simbiosis y Ambigüedad, "La Simbiosis en -
el Reposo del Guerrero", Buenos Aires,
Editorial Paidós, Pp (39=75), 1978.
- 10.- BLEGER, J. Psicología de la Conducta, "Unidad y Plura
lidad Fenoménica", Buenos Aires, Editorial
Pp (30-41), 1979.
- 11.- CISNEROS, F.G. Psocología del Aprendizaje, "Motivación",
Buenos Aires, Editorial Paidós, Pp
(46-56), 1977.
- 12.- COSIO, V.I. Aparato Respiratorio, "Síndrome de Asma --
Bronquial", Lib. de Medicina, Novena Edi -
ción, Pp (61-99), 1978.
- 13.- CUEVA, V.J. Regional in Bronchial Asthma in México. In:
Procedings IX International Congress of - -

Allergology, Excerpta Médica International
Buenos Aires, Pp (349), 1976

- 14.- FARRERAS, V.
ROZMAN, C. Medidina Interna, Asma Bronquial, Octava -
Edición, Tomo 1, Pp (680-689), 1978.
- 15.- FISHER, L. New Frontiers In Treatment of Asthma in --
Children, American Ling Ass. Bull,
Junio de 1976.
- 16.- GARDIDA, Ch. A. Estudio y Manejo Integral del Niño Asmáti-
co, Rev. Mex. de Pediatría, Vol XLVII, - -
Núm, 2, Feb., 1980.
- 17.- GARDIDA, Ch. A. Conceptos Actuales sobre las Correlaciones
que existen entre Bronquilitis y Asma Bron-
quial, Bol. Med. Hosp. Inf. Mex., 31:165,
1974.
- 18.- HARRISON'S, Principles of Internal Medicine, Asthma, -
8th., Edition, 1977.
- 19.- HARGREAVE, F.E. Treatment of Asthma, Can Fam. Physician,
Vol. 25, Pp (1207-1210), Octubre de 1979.
- 20.- HARVEY, J. Tratado de Medicina Interna, Asma Bronquial
6a. Edición, Pp (356-357), 1976.

21.- HEIM, E., et. al. Airway Resistance and emotional state in -
Bronchial Asthma, Psychosomatic Medicine,
Boston U. Medical Center 29/5, (4500467),
1967.

22.- HINSHAW, Enfermedades de Tórax, "Asma Bronquial y
Trastornos Afines", 4a. Edición, Cap. 18,
Pp (319-337), 1976.

23.- IGARASHI, K. The traits of character and behavior of -
epileptic children wich were observed in
the testing conditions Comparison betwen
the epileptic children and those having -
Bronchial Asthma, tics and other behavior
problems. (Japanese), Dep. Ped., Tokyoio
Women's Med. Coll., Tokyoio, Jap.
J. Tokyoio Wom Med Coll (Japan), 46/10-11,
(936-944), 1976.

24.- KAHN, A.U. Role of Counter-Conditioning in the treat
ment of asthma, J. of Psychosomatic, Vol.
18, Pp 89 to 92, Pergamon Press-Printed in
Great Britain, 1974.

25.- KEMPE, H.

SILVER, K. Diagnóstico y Tratamiento Pediátricos, As-
ma Bronquial, 2a. Edición, Manual Moderno,

Pp (929-934), 1974.

- 26.- KINOSHITA, T. Psychological Study on Children with Bronchial Asthma, Dept. Ped. Chiba Univ. Sch. Med. Chiba, Japan, Acta Pediatr. JPN. Overseas Ed. 19/2, 1977.
- 27.- LUPARELLO, T. Psychologic factors and Asthma Bronchial, New York State Journal of Medicine, September 15, 1971.
- 28.- MARQUEZ, M.E. Medio Ambiente, F.C.E., Pp (7-100), 1973.
- 29.- MOIRADKHANYAN, K.S. On the Problem of the Etiology and Pathogenesis of Bronchial Asthma., Ek'sperimental ev. Klinikakan Bzhshkowl'tyan Handes, - 6/4, (81-86), 1966.
- 30.- NELSON, W.E. Tratado de Pediatría, "Asma" 6a. Edición, Tomo 1, Pp (504-508), 1978.
- 31.- OVERBECK, A. Das Asthma Bronchiale Im Zusammenhang Familiendynamischer Vorgänge, Germany West., - Psyche, 32/10 (929-955), 1978.
- 32.- PALMER, K.N. Effect of Salbutamol on spirometry and blood-gas tensions in Bronchial Asthma, U. Aberdeen, Scotland Britich Medical Journal,

Jan. Vol. 1 (5635) Pp (31-32), 1969.

- 33.- PIERLOOT, R. Relationship Patterns and their expression in the doctor-patient relation in Asthmatics., Br J. Psychologic 45 345., 1972.
- 34.- RECKLESS, J.A. A Behavioral Treatmen of Bronchial Asthma in Modified group Theraphy., Duke U. Medi cal Center, Psychosomatics., May., Vol. - 12/3, (168-173), 1971.
- 35.- REICHMANN, F. Contribution to the Psychopathology of -- Bronchial Asthma, J., of the Hillside Hos pital, 15/3-4, (165-172), 1966.
- 36.- ROBBINS, S. Patología Estructural y Funcional, "Asma Bronquial" 3a. Ed., Interamericana Pp -- (778-780), 1977.
- 37.- SCHAFFER? G. Objectifying the effect of Autogenic trai ning on disturbed ventilation in Bronchial Asthma, Med. Poliklin, Friedrich Schiller Univ. Jena, Psychiat. Neurol. Med. Psy - chol. (LPZ), Germany East., 22/7, (400- 408), 1975.
- 38.- STAKER, N. Aggression and Childhood Asthma: A study - in Natural Setting., J. of Psychosomatic -

- Research, Vol. 18, Pp (131-135), Pergamon Press, Printed Great Br., 1974.
- 39.- STRUP, H. Effect of Suggestion on Total Respiratory Resistance in Mild Asthmatics., J. of Psychosomatics Research, Vol. 18 Pp 337 to - 346. Pergamon Press, Printed in Great -- Britain. 1974.
- 40.- STUDR, H.H. Psychological Factors of Bronchial Asthma, U. Freiderburg, W. Germany., Zeitschrift fur Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 14/3, (157-175), 1968.
- 41.- TANELI, S. Ergebnisse der Psychodiagnostik bei Kindern Mit Asthma Bronchiale., Abt. Pad. Psychosom Univ. Gottingen. W. Germany.- Prax Kinderpsychol. (Ger. W.), 25/1 (1-4), 1976.
- 42.- TEIRAMAA, E. Psychic Disturbance and Severity of Asthma J. Psychosomatic Research, Vol. 22, Pp 401 to 408, 1978. Printed in Great Britain.
- 43.- ULRICH, I. Psychotherapy bei Kinder Asthma Bronchiale Unter Einbeziehung der Familie., Prax. In-derpsychol. (Germany W.), 25/1 (4-9), 1976.
- 44.- VELENZUELA, R. Manual de Pediatría, "Asma" 9a. Edición, In

- americana, Pp. (712-716), 1977.
- 45.- VON, K. Psychosomastik und Asthma Bronchiale., Psychosom. Abt., II Med. Univ. Klin., Hamburg/Eppendorf., Diagnostik, Ger. West., 8/18, (650-652), 1975.
- 46.- WILLIAMS, P. Obstetricia, "Asma", 5a. Edición, Editorial Salvat, Pp (682-3), 1975.
- 47.- WILSON, C. PH. Psychosomatic Asthma and Acting Out: A case of Bronchial Asthma that developed de novo in the terminal phase of analysis., - International Journal of Psycho-Analysis - 49- (2-3), 1968.
- 48.- YORKSTON, N. Verbal Desensitisation in Bronchial Asthma. J. Psychosom. Research, Vol. 18, Pp 371, - PGBR. 1974.
- 49.- ZEALLEY, A.K. Bronchial Asthma: Aproblem Attributable to Sampling when Establising its Psychopathology., Psychosomatics and Psychotherapy., Vol 19 (1-2), 37-46., 1971.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- 1.- ACKERMAN, N.W. Teoría y Práctica de Psicoterapia, Ed. Proteo 1970.
- 2.- ACKERMAN, N.W. Psicoterapia de la Familia Neurótica. Ed. Hórme, 1978.
- 3.- ALTAVILLA, E. Proceso a la Familia, Ed. Plaza y Janes, 1976.
- 4.- ALVAREZ, J.A. Las Relaciones Humanas, Ed. Jus, 1977.
- 5.- BACH, G.R. Psicoterapia Intensiva de Grupo, Ed. - Hórme, 1975.
- 6.- BALINT, E. 6 minutos para el paciente. Las Interacciones en la Consulta Externa con el Médico General, Ed. Paidós, 1979.
- 7.- BELLAK, J. Psicoterapia Breve y de Emergencia, Ed. Pax-México, 1977.
- 8.- BERLO, D.K. El Proceso de la Comunicación, Ed. El - Ateneo, 1979.
- 9.- BERNE, E. El Análisis Transcional en la Psicoterapia, Ed. V Siglos, S.A. 1976.
- 10.- BERNE, E. Juegos en que Participamos, Ed. V Siglos S.A. 1978.
- 11.- BERNE, E. Que Dice Usted después de Decir Hola? - Ed. Grijalbo, 1978.
- 12.- BERENSTEIN, M. Familia y Enfermedad Mental, Ed. Paidós 1978.
- 13.- BLEGER, J. Temas de Psicología (Entrevista y Grupos), Nueva Visión, 1978,
- 14.- BLEGER, J. Psicología de la Conducta, Ed. Paidós -- 1979.
- 15.- BOSZORMENYI, I. Terapia Familiar Intensiva, Ed. Trillas, 1976.
- 16.- COOPER, D. La Muerte de la Familia, Ed. Ariel, 1975

- 17.- DAVIS, F. La Comunicación no Verbal, Ed. A.E. 1979.
- 18.- DE LA FUENTE, M. - Psicología Médica, F.C.E., 1978.
- 19.- FAWCETT, Grupos de Aprendizaje, Ed. Tiempo Contemporáneo, 1974.
- 20.- FREUD, A. El Yo y los Mecanismos de Defensa, Ed. Paidós, 1979.
- 21.- FREUD, S. El malestar en la Cultura, Ed. Alianza, - 1979.
- 22.- FREUD, S. Tres ensayos Sobre la Teoría Sexual, Ed.- Alianza, 1980.
- 23.- FREUD, S. El Yo y el Ello, Ed. Alianza, 1978.
- 24.- FIORINI, H. Teoría y Técnica de Psicoterapia, Ed. Nueva Visión, 1979.
- 25.- FROM, F. Principios de Psicoterapia Intensiva, Ed. Hórme, 1980.
- 26.- FROMM, E. La Familia, Ed. Peninsular, 1978.
- 27.- GONZALEZ, N. J. J. Dinámica de Grupos, Ed. Concepto, 1978.
- 28.- HALL, C.S. La Teoría Biosocial de la Personalidad, - Ed. Paidós, 1974.
- 29.- HARRIS, T.A. Yo estoy Bien Tu estas bien?, Ed. Grijalbo, 1978.
- 30.- KIRSTEN, R. Entrenamiento de Grupos, Ed. Mex, 1978.
- 31.- LACAN. La Familia, Ed. Argonauta, 1978.
- 32.- LACROIX, J. Fuerza y Debilidad de la Familia, Ed. Fontanella, 1967.
- 33.- LAING, R.D. El Yo Dividido, Ed. F.C.E., 1964.
- 34.- LECLAIRE, S. Para una Teoría del Complejo de Edipo, - Nueva Visión, 1978.
- 35.- LEÑERO, L. La Familia, Ed. Anuies, 1976.
- 36.- MAIR, L. Introducción a la Antropología Social, - Ed. Alianza, 1978.

- 37.- MAISONNEUVE, La dinámica de los Grupos, Nueva Visión, 1978.
- 38.- MINUCHIN, S. Familias y Terapia Familiar, Ed. Granica 1977.
- 39.- PAIN, S. Diagnóstico y Tratamiento de los Problemas de Aprendizaje, Ed. Nueva Visión, 1979
- 40.- PAOLI, A. La Comunicación, Edicol, 1977.
- 41.- PERLS, F. Enfoque Gestaltico, Ed. 4vientos, 1976.
- 42.- PIAGET, J. El estructuralismo, Ed. Proteo, 1975.
- 43.- PICHON, E. El Proceso Creador, Ed. Nueva Visión, 1978
- 44.- PICHON, E. La Psiquiatria una Nueva Problemática, -- Nueva Visión, 1977.
- 45.- PICHON, E. Teoría del Vinculo, Ed. Nueva Visión, -- 1979.
- 46.- RAPPOPORT, L. Personalidad y sus etapas, Ed. Paidós, 1979
- 47.- RAPPOPORT, L. La personalidad desde 0-6 años, Ed. Paidós, 1977.
- 48.- ROGERS, C.R. Terapia, Personalidad y Relaciones Interpersonales, Ed. Nueva Visión, 1978.
- 49.- RODRIGUEZ, M. Psicología de las relaciones humanas, Ed. Marova, 1974.
- 50.- SANCHEZ, A.J. Familia y Sociedad, Ed. México, 1980.
- 51.- SATIR, V. Psicoterapia Familiar Conjunta, Ed. P.M.M. 1980.
- 52.- SCHATZMAN, M. El asesinato del alma, Ed. Siglo XXI, 1979
- 53.- SMIRNOV. Psicología, Ed. Grijalvo, 1978.
- 54.- SMITH, A.G. Comunicación y Cultura, Ed. Nueva Visión, 1976
- 55.- SUAREZ, M. Orientación Matrimonial, Ed. Nueva Visión, - 1975.
- 56.- SULLIVAN, H.S. La entrevista Psiquiatrica, Ed. Psique, 1979
- 57.- SPEIR, A. Psicoterapia de Grupo en la Adolescencia, 1978.