

11226

138



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 20

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN NIÑOS DE 3 A 10 AÑOS CON CRISIS ASMATICA DE REPETICION MODERADA Y SEVERA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE GINECO - PEDIATRIA 3 A

T E S I S  
PARA OBTENER EL TITULO DE :  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T A :  
DRA. MARIA DEL ROSARIO PIÑAS DIAZ

ASESOR DE TESIS  
DR. JUAN ESPINOZA MARTINEZ



MEXICO DE

2002.





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.

Vo Bo

ASESOR DE TESIS

DR. JUAN ESPINOZA MARTINEZ  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
MEDICO DE BASE DE LA UMF No 44.

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
C. N. S. S. S. S.

Vo Bo



**DRA. YOLANDA VALENCIA ISLAS**  
**JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**  
**TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD**  
**EN MEDICINA FAMILIAR**  
**U. M. F. No 20 VALLEJO**

Vo Bo



---

**DR. MAURILIO ESPINO GARCIA**  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**  
**PROFESOR ADJUNTO AL CURSO DE**  
**ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**  
**U. M. F. No 20 VALLEJO.**

## AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

POR DARME LA VIDA. PERMITIENDOME TENER LA SALUD,  
FUERZA Y VOLUNTAD PARA SEGUR ADELANTE, LOGRANDO MIS  
PROPÓSITOS.

A MIS PADRES: ROSENDO Y MA DE LA LUZ

COMO UNA MUSTRA DE AMOR Y RESPETO  
POR TODO EL APOYO RECIBIDO DURANTE MI VIDA PERSONAL Y  
PROFESIONAL, ASÍ COMO POR LA CONFIANZA QUE  
DEPOSITARON EN MI DURANTE ESTOS AÑOS, PARA EL LOGRO  
DE NUESTRAS METAS.

A MIS HERMANOS: HUMBERTO, ALFONSO, LIDIA, Y PABLO.

POR EL APOYO QUE ME DIERON DURANTE LOS MOMENTOS,  
BUENOS Y MALOS. ASI COMO LA CONFIANZA OTORGADA.

A MIS CUÑADAS Y SOBRINOS: LETICIA, MARIA, NELY, JOSUÉ,  
AZAEL, ABRAHAM, ANGELICA Y GUSTAVO.

POR FORMAR PARTE DE MI VIDA. Y POR LOS MOMENTOS DE  
ALEGRIA QUE ME HAN BRINDADO.

A CARLOS:

POR EL APOYO Y LA PACIENCIA, PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA  
TESIS. Y POR TODO SU AMOR.

A MIS AMIGAS: LETY PADILLA, YOLANDA, TERESA, SANTA,  
ENRIQUETA, LETY Y PATY.

POR ESTOS AÑOS EN QUE HEMOS COMPARTIDO UN IDEAL Y QUE  
AHORA SE VUELVE REALIDAD. ASÍ COMO POR SU AMISTAD  
INCONDICIONAL DURANTE LOS MOMENTOS MAS DIFÍCILES.

A MI ASESOR DE TESIS: JUAN.

POR EL APOYO, PACIENCIA Y CONFIANZA QUE DEPOSITO EN MI  
DURANTE LA REALIZACIÓN DE ESTA TESIS.

A MIS PROFESORES: YOLANDA, JUAN Y MAURILIO.

POR LOS CONOCIMIENTOS Y LA AYUDA PARA MI FORMACIÓN.

Y EN PARTICULAR A LA VIDA POR PERMITIRME SER  
ALGUIEN.

## TITULO

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN NIÑOS DE 3 A 10 AÑOS CON CRISIS ASMÁTICA DE REPETICIÓN MODERADA Y SEVERA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE GINECO-PEDIATRIA 3-A.



## INDICE

CONTENIDO	PAGINA
OBJETIVOS	2
JUSTIFICACIÓN	3
MARCO TEORICO	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
MATERIA Y METODOS	18
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	20
TABLAS Y GRAFICOS	23
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	38
CONCLUSIONES	40
COMENTARIOS	41
BIBLIOGRAFÍA	42
ANEXOS	43

# OBJETIVOS

## OBJETIVO GENERAL:

- Demostrar el grado de asociación entre la funcionalidad familiar y las crisis asmática de repetición moderada y severa en niños de 3 a 10 años en el servicio de urgencias del Hospital de Gineco-Pediatría 3 A.

## OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Identificar la frecuencia de presentación de crisis asmática moderada y severa en niños de 3 a 10 años en urgencias del Hospital Gineco-Pediatría 3 A.
- Identificar la tipología familiar de niños de 3 a 10 años con crisis asmática de repetición.
- Identificar la función familiar mas afectada en niños de 3 a 10 años con crisis asmática de repetición.
- Identificar los roles, jerarquías o autoridad de las familias de niños de 3 a 10 años con crisis asmática de repetición.
- Identificar el tipo de comunicación en las familias de niños de 3 a 10 años con crisis asmática de repetición.

# JUSTIFICACIÓN

La finalidad de este estudio, es investigar algunos aspectos de la dinámica familiar en pacientes de 3 a 10 años de edad con crisis asmáticas de repetición, considerando a la familia como un sistema dinámico en el que cada uno de sus miembros ejerzan una marcada influencia en la conducta de los demás integrantes que lleve al internamiento continuo debido a este padecimiento y el rol que juega cada miembro.

El panorama de las enfermedades alérgicas, pero especialmente el asma bronquial, se ha transformado notablemente durante las dos últimas décadas, al conocerse mejor su epidemiología, patología y fisiopatología y comprobarse en la práctica clínica se conduce como enfermedad ambiental, puesto que los factores determinantes para su prevalencia y su morbilidad, son externos y / o personales, susceptibles a modificarse voluntariamente. Así también sabemos que una gran proporción de niños asmáticos recaen por alteraciones en el desarrollo del núcleo familiar.

Dadas las características de esta enfermedad, en la cual pueden influir diferentes factores en su evolución, como lo son las necesidades afectivas y a la familia con su estructura particular y sus redes emocionales, los cuales son datos importantes relacionados con la constitución de la familia y sus orígenes, las características emocionales de los padres, sus conflictos, los vínculos y la evolución de los mismos y la forma de enfrentar los conflictos. El conocimiento de estos elementos será de suma utilidad para ajustar la información a dar, y puede explicar la causa del fracaso de una indicación médica.

Considero útil observar el contexto familiar, cuyas condiciones con frecuencia contribuyen a fijar los síntomas. La familia puede estar desorientada, los límites generalmente suelen ser débiles, dando por resultado la confusión de roles. La atmósfera familiar muchas veces está impregnada de los problemas que se generan en los conflictos entre dependencia e independencia.

La comprensión de estos aspectos seguramente contribuirá a un mejor análisis del problema y brindará mejores resultados terapéuticos

## MARCO TEORICO

Dadas las características del asma, y su compleja dispersión genética, no sorprende que su identificación se remonta a los caldeos y egipcios donde el término se otorgó a la falta para respirar.

Así en la cultura Griega con Hipócrates (460-370 a.c.) se ocupó del asma con sus características y una precisión clínica

La primera descripción detallada del padecimiento, se acredita a Areteo de Capadocia, en el segundo Siglo de la era cristiana.

Las ideas de Galeno ( Siglo II) y su énfasis en el que el moco viene del cerebro, esta completamente descartada.

Siglos más tarde, Maimonides (Siglo XIII), resalta los aspectos psicológicos del paciente asmático señalado que los extremos anímicos de felicidad y depresión pueden provocar por igual las crisis asmática. (1)

Coca en 1925 usa el término de atópia para designar las características familiares y hereditarias de algunas alergias, como el asma y más tarde se distinguen las afecciones alérgicas atópicas de las no atópicas o adquiridas, incluyendo al asma en las alergias familiares hereditarias atópicas. (2)

En el año de 1968 Floyer publicó el primer dedicado exclusivamente al asma. (1)

Actualmente el asma según William Busse, refiere que el asma es una enfermedad del siglo XX, industrializado, ya que la incidencia se ha duplicado en los países en las dos últimas décadas y que se han hecho respectivamente de la modernidad

Se sabe desde hace varias décadas que las crisis de asma son causados por alérgenos y en los últimos años se han emprendido estudios para precisar los mecanismos de acción de esos alérgenos En resultados preliminares Vogel explica la cascada de reacciones desencadenantes características de los alérgenos. (3)



## DEFINICIÓN:

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas que lleva a una respuesta exagerada de la misma ante diferentes estímulos y produce síntomas generalmente asociados a la obstrucción difusa y variable del flujo aéreo, esta obstrucción habitualmente es reversible en forma espontánea y con tratamiento,

El criterio que permite definir el asma bronquial es esencialmente clínico: Síntomas y signos de obstrucción bronquial recurrente. Fisiológico · hiperactividad bronquial , e Histológicos : inflamación bronquial (4 , 5)

El asma bronquial aparece a cualquier edad , pero predomina en los primeros años de vida Alrededor del 50 % de los casos ocurre antes de los 10 años y otro 33 % , se presenta antes de los 40 años , durante la niñez hay un predominio de 2:1 en varones y se equilibra hacia los 30 años (1)

Entre los factores destacan los relacionados con los alérgenos activos en cada paciente, tales como : la frecuencia de la exposición , la antigenicidad, la facilidad para traspasar la barrera de la mucosa respiratoria , la concentración alcanzada en la fracción respirable del aire , interacción con diversos factores no inmunológicos , especialmente con aéreo irritantes y la oportunidad de la exposición inicial antes de los años de edad, durante la época de inmadurez fisiológica del sistema inmunológico. (4 , 6)

Actualmente se considera el asma inmunológica, así como las formas mixtas El asma intrínseca, alérgica o inmunológica afecta a casi la mitad de los pacientes, se presenta tempranamente en la vida y en ocasiones coincide con otros padecimientos que sugieren atopia, como la rinitis y el eccema, los episodios guardan relación con las estaciones del año el contacto con animales, la inhalación de polvo o alguna sustancia especialmente de naturaleza orgánica, en alta proporción es posible establecer una atmósfera familiar o hereditaria de alergia Con niveles de IgE elevados. El asma no inmunológico se presenta en la edad adulta y guarda relación inicial o subsecuente con infecciones de vías respiratorias, los antecedentes familiares o hereditarios no tienen relación.

En años recientes se ha podido avanzar en la identificación de fenómenos que lo caracterizan. Estímulos :en este caso es pertinente citar a los alérgenos, los AINES en general, las infecciones, diversos irritantes atmosféricos, el ejercicio, y las emociones ( sorpresas, sustos, enojos, discusiones familiares, etc. ). Factores individuales: en el estudio de la atópiá, en sus aspectos familiares o hereditarios, las aportaciones de la inmunología, el concepto de irritabilidad aérea y finalmente los aspectos endocrinos y nutricionales.

La mayor parte de los alérgenos sensibilizantes son inhalados y deben concentrarse en suspensión en una cantidad razonablemente abundante una vez que el individuo atópico se ha sensibilizado bastan pequeñas cantidades de antígeno para provocar la respuesta, habitualmente los aéroalérgenos son de naturaleza orgánica. La respuesta a los alimentos y medicamentos es bastante rara. Las infecciones bacterianas como las producidas por los virus, son capaces de iniciar o agravar una crisis de asma, y por último el ejercicio puede provocar la crisis asmática después de haberlo realizado y es la única manifestación clínica del padecimiento. (1,4,5,7 )

## FISIOPATOLOGÍA:

Desde el punto de vista clínico se caracteriza por la disminución del calibre de las vías aéreas, por el espasmo de la musculatura bronquial, el edema y la inflamación de la mucosa de la pared bronquial y la presencia de moco adherente que obstruye aún más la luz de los bronquios la hipoxemia arterial es la indicación de la terapia inmediata; en caso de persistir el broncoespasmo , la capacidad de poderlo compensar aunado a la fatiga, agrava la hipoxemia arterial y el bióxido de carbono empieza a acumularse llevando a la acidosis respiratoria inicialmente y de manera posterior a la acidosis mixta, tanto respiratoria como metabólica.

Es un broncoespasmo caracterizado por la presencia de hiperreactividad bronquial por una anomalía la cual radica en la musculatura bronquial. La respuesta inicial o inmediata a la exposición del alérgeno es la libre ración por los mastocitos sensibilizados de los mediadores que producen la contracción del músculo liso bronquial. Este paso esta caracterizado por la obstrucción de las vías aéreas, llamada reacción de la fase temprana. Varias horas después, como resultado de la quimiotaxis y del flujo de un número e células inflamatorias, pueden presentarse de manera simultánea edema de las vías aéreas, caracterizada por hiperrespuesta y obstrucción de éstas que al menos en una gran cantidad de casos es reversible. (1,4,5,7,8,)

## DIAGNOSTICO:

En los niños el diagnóstico de asma bronquial es clínico y se basa en dos aspectos. 1) episodios reiterados de obstrucción bronquial; 2) reversibilidad de los mismos en forma espontánea o ante la administración de broncodilatadores.

El niño con episodios recurrentes (tres o más), de sibilancias y/ o disnea debe considerarse el diagnóstico. Una historia clínica cuidadosa es el elemento más importante de la evaluación clínica de un niño con sospecha del diagnóstico de asma. Los síntomas como la tos con expectoración o sin ella, la dificultad respiratoria con sibilancias de aparición periódica bajo la forma de crisis diurnas o de predominio nocturno, la estacionalidad, la relación con factores desencadenantes tales como alérgenos irritantes, el ejercicio, infecciones virales, cambios climáticos, emocionales, sumados a los antecedentes de atopia personal o familiar, son orientadores para el diagnóstico.

Es importante recoger la anamnesis, todos aquellos datos que se refieran al comportamiento del niño, su medio familiar y cultural así como la forma de relacionarse con su entorno tanto familiar como social y su enfermedad.

Entre los puntos esenciales en una historia de asma valoraremos los siguiente:

- Historia clínica y semiología ampliada.
- Antecedentes de asma y atopia.
- Naturaleza de los síntomas: sibilancias, tos, dificultad respiratoria y disnea.
- Características de los síntomas: intensidad, frecuencia, estacionalidad, variabilidad diaria, factores precipitantes y/ o agravantes.
- Características de las crisis: concurrencia a las guardias, internamientos, e ingresos a unidad de cuidados intensivos.
- Tratamientos farmacológicos recibidos: dosis, formas de administración, respuestas y efectos colaterales.
- Impacto de la enfermedad en el niño y en la familia: actividad física, trastornos del sueño, rendimiento y ausentismo escolar, problemas emocionales y dificultades económicas.
- Evaluación del medio ambiente: fumadores, características del hogar y animales domésticos.

(4)

Debe hacerse una clasificación para establecer la necesidad de esquemas terapéuticos, se realiza en base a la frecuencia, cronicidad y severidad de los síntomas y los exámenes funcionales respiratorios.

El asma Leve se caracteriza por la escasa magnitud de los síntomas, estos de corta duración, no interfieren con el sueño, ni la calidad de vida. Los episodios ocurren menos de 6 meses al año, es una enfermedad intermitente, frecuente, desencadenada por infección respiratoria o la exposición a un alérgeno, los periodos asintomático son prolongados.

El asma Moderado se caracteriza por presentar crisis más frecuentes, una por mes en promedio y no afecta el crecimiento ni el desarrollo del niño. La espirometría en período inter crítico puede ser normal o revelar datos de incapacidad ventilatoria obstructiva leve. En este grupo de paciente se incluye también a aquellos con tos persistente a predominio nocturno o de aparición ante el ejercicio físico o la risa.

El asma Grave incluye pacientes con crisis severas y frecuentes, la sintomatología respiratoria con sibilancias persistentes y la disnea interfieren con la actividad cotidiana. El sueño es entrecortado por la tos y la disnea. La calidad de vida del paciente y su familia está afectada, los estudios funcionales en intercrisis son patológicos. Se caracterizan por requerir tratamiento preventivo farmacológico con esquemas personalizados, monitoreo del pico de flujo espiratorio y supervisión continua. (4, 7, 9)

Las pruebas de función pulmonar deben ser utilizadas para certificar el diagnóstico, controlar la evolución de la enfermedad y su respuesta al tratamiento. Los niños mayores de 5 años están en condiciones de realizar pruebas simples, como la espirometría. (4)

## TRATAMIENTO:

Este se caracteriza por conseguir el control de los síntomas, prevenir las crisis, mantener la función pulmonar lo más cercano posible a lo normal, lograr la actividad física normal y evitar los efectos adversos de la medicación.

Consiste en la educación de la familia para que conozcan el padecimiento y se hagan responsables del paciente, así como comentar la importancia del cuidado, el afecto, y mantener una familia en armonía, tanto estructural como en su redes emocionales, evitando que el paciente presencie discusiones, conflictos familiares y se mejoren los vínculos y los roles de la familia sean llevados adecuadamente, para que el tratamiento médico no presente fracasos.



El tratamiento farmacológico esta dado por la administración de broncodilatadores, que actúan principalmente dilatando las vías aéreas al relajar el músculo liso bronquial, revirtiendo los síntomas del asma. Así también actúan como preventivos de la obstrucción bronquial; entre los que se encuentran los agonistas beta 2, las metilxantinas y anticolinérgicos.

Entre los agonistas preventivos de la obstrucción se encuentran el cromoglicato sodico, con una acción antiinflamatoria no esteroidea de acción tópica, que inhibe la liberación de mediadores, previene la obstrucción bronquial inducida por alergenos en forma inmediata y tardía, no tienen acción broncodilatadora.

Por otro lado los corticoesteroides que estabilizan la membrana celular, disminuyen la producción de mediadores químicos y aumentan la respuesta de los beta receptores del músculo liso de las vías aéreas.

El ketotifeno tiene propiedades antialérgicas y antihistamínicas.

La inmunoterapia por medio de la cual se demuestra una sensibilidad alérgica en relación con la sintomatología clínica e imposibilidad de eliminar el alérgeno. La inmunoterapia específica debe ser prescrita por médicos alergistas y su administración supervisada por médicos entrenados en el tratamiento de las reacciones alérgicas. (4,7,9)

## FAMILIA:

La palabra familia proviene de la raíz famulus que significa sirviente o esclavo doméstico. También es aceptado que la familia es un grupo de personas que viven juntas durante determinados periodos de tiempo y que se hayan vinculados entre sí por lazos de afinidad, matrimonio o parentesco de sangre (1)

Ninguno de nosotros vive una vida solo. Aquellos que tratan de hacerlo están destinados a desintegrarse como seres humanos. En los años tempranos se les comparte casi exclusivamente con los miembros de nuestra familia. La familia es una unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también una unidad básica de la enfermedad y salud.

La familia es una institución tan antigua como la misma especie humana. Es una entidad paradójica evasiva, asume muchas apariencias, es la misma en todas partes sin embargo no es nunca la misma; la constante transformación a través del tiempo es resultado de un proceso de evolución. La forma de las familias se amolda a las condiciones de la vida que domina en un lugar y en un tiempo. No hay nada fijo e inmutable en la familia, excepto que está siempre con nosotros.

En un sentido hemos tenido miles de años para acostumbrarnos a ella y, sin embargo, cada generación a su turno debe volver a aprender cómo vivir con ella. (10)

La familia es un modelo que opera a través de pautas transicionales que regulan la conducta de los miembros de la familia de dos maneras; el sometimiento a las reglas universales que gobiernan la organización familiar (jerarquías de poder de padres e hijos) ,(complementariedad de funciones ), y el respecto de la expectativas mutuas. (1)

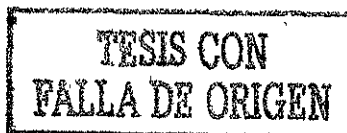
La familia es un grupo primario y sus características son las más apropiadas de un sistema natural abierto donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contra reacciones entre los otros y el mismo, por eso no debe ser entendida sólo en función de personalidad de sus integrantes, sino también en cuanto a las relaciones interpersonales que entre ellos se establecen. El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, organizados por generación, sexo, intereses y funciones. (12)

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en el interior de la familia, en los que hay diferentes niveles de poder y en los que se aprenden habilidades diferenciadas, incorporándose a diferentes relaciones complementarias.

## **FUNCIONES DE LA FAMILIA :**

Estas se describen en relación a los papeles de interrelación de los miembros de la familia y lo que la sociedad espera de ellos.

Se pueden especificar 5 funciones :



**SOCIALIZACIÓN:** la familia tiene la responsabilidad de transformar al lactante, a través de los años, en un individuo capaz de participar en la sociedad por completo; el lenguaje, sus papeles en las etapas de la vida normas y esperanzas socioculturales, estructuras cognitivas importantes parten del núcleo familiar, más tarde esta responsabilidad se continúa en la iglesia, la escuela, los clubes deportivos, etc.

**CUIDADO:** este significa llenar las necesidades físicas sanitarias básicas de los miembros de la familia. Las respuestas a las demandas de cuidado dependen de los recursos sociales de bienestar, el nivel de conocimientos de la familia para saber de que servicios dispone y como utilizarlos.

**AFECTO:** Se requiere cubrir necesidades afectivas de los miembros, por que las respuestas de afecto de un individuo a otro proporcionan las recompensas básicas de la vida familiar y son importantes para la salud familiar.

**REPRODUCCIÓN:** Es básica en la familia ya que promueve nuevos miembros a la sociedad. El matrimonio y la familia son designados para controlar y regular esta función mediante una buena planeación familiar, así como la regulación y control del ambiente sexual y control de la natalidad.

**ESTATUS:** Es una determinante importante, al conferir a un miembro de la familia tal o cual nivel socioeconómico, equivale a transferir derechos y tradiciones, esta conducta se ejemplifica en la expectación del nacimiento de un hijo. La responsabilidad familiar se trasmite y prolonga en los varones pues en la mujer se considera más que como un principio, el fin de la familia. (10,11,13)

## **DINAMICA FAMILIAR:**

Es un conjunto de pautas transaccionales que establece de qué manera cuándo y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital por el que este atravesando dicha familia. También es un conjunto de fuerzas tanto negativas como positivas, determinantes en el buen funcionamiento de este sistema, al cual se le atribuye una función primordial en constante cambio y crecimiento del grupo familiar.

La manera en el que el sistema familiar considera la amplia gama de sentimientos humanos es de importancia básica para su propio bienestar, por ello, se debe explorar cómo son los patrones familiares referentes a la expresión emotiva y al compromiso familiar y cuáles son los sentimientos expresados en la familia, lo cual permite conocer el grado de satisfacción que resulta de vivir dentro del grupo familiar.

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o la aparición de la enfermedad en alguno de sus miembros; en base a que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de una familia funcional o disfuncional en vez de referirse a ella como normal o anormal. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Por lo tanto la dinámica familiar funcional es la mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada uno de los individuos y le infunde además el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.

La familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permite progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un grado de madurez. (10,11,12)

## CLASIFICACIÓN DE LA DINÁMICA FAMILIAR:

Como cada familia debe funcionar el padre, la madre y los hijos deben desempeñar su rol de acuerdo a como lo tengan establecido, por lo que la familia se clasificará en:

**FAMILIA INTEGRADA:** Es una familia completa donde cada uno de los elementos nucleares, desempeñan su rol normal, el padre trabaja y sostiene a la familia, gratifica sexualmente a la mujer, brinda cuidado y afecto a los hijos y esposa. La mujer administra el hogar, gratifica sexualmente al esposo, y da cuidado y afecto a sus hijos y esposo. Los hijos funcionan como receptores y proporcionan gratificaciones a los padres.

**FAMILIA SEMIINTEGRADA:** Es una familia donde falta el desempeño adecuado de sus roles en alguno de sus elementos, pero es una familia completa

**FAMILIA DESINTEGRADA:** Es una familia donde falta uno de los miembros nucleares, lo que altera substancialmente el interjuego de roles y da como resultado la existencia de familias enfermas. (1)

**UN ROL FAMILIAR** es la forma de actuación del individuo al reaccionar ante una situación específica, en la que están involucradas otras personas u objetos. Es un modelo abstraído de la posición legal, cronológica o sexual de un miembro de la familia y describe ciertas conductas esperadas permitidas y prohibidas de la persona en ese rol, lo cual implica las funciones asumidas o asignadas por una persona dentro del grupo familiar. Pueden ser múltiples y simultáneos, así como funcionales o disfuncionales. La multiplicidad de los roles atribuidos a cada miembro de la familia resulta inevitable y se admite que son funcionales cuando reúnen las siguientes características:

- **ACEPTADOS:** Si cada uno de los miembros se ve a sí mismo como lo ven los demás y hay un acuerdo sobre lo que se espera de él.
- **FEXIBLES:** Se pueden llevar ajustes periódicos ante la presencia de eventos críticos, sin que altere la homeostasis familiar.
- **COMPLEMENTARIOS:** Los roles tradicionales siempre significan pares, no se pueden desempeñar por separado, ejemplo; el papel del esposo no se desempeña sin esposa y viceversa , ni el de los hijos sin padres y viceversa (12)

**LOS VINCULOS:** Se entrelazan bajo la influencia de diversos factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos. Biológicamente a través de la familia, la especie se perpetúa, hecho que solo se puede cumplir en una organización adecuada de las fuerzas sociales. Psicológicamente, los miembros de la familia están ligados en interdependencia mutua para satisfacción de sus necesidades efectivas respectivas y provisión de sus necesidades materiales. Los lazos familiares pueden consolidarse o relajarse ante los eventos críticos que se presentan en la existencia del individuo y que se manifiestan igualmente en la vida familiar. (12)

Como sabemos en las familias con niños con algún tipo de enfermedad representa un desafío en las metas y expectativas de los padres. La forma en que reaccionen los padres es la capacidad que tengan para enfrentar una crisis, así como el apoyo que pueden otorgarles sus familiares y amigos profesionales

En algunos casos el niño provoca limitaciones en las actividades de la familia, aunque un miembro puede verse más afectado que el resto. Las limitaciones que el niño enfermo implica hace sentir cierto rechazo hacia él, siendo una reacción normal

Ante todo la negación en casi todos los miembros de la familia se presenta como mecanismo de defensa, esto ocurre al momento del diagnóstico.

El conflicto entre el coraje y al mismo tiempo, el amor por el niño es expresado como ansiedad de la vida del pequeño, canalizándolo en una devoción excesiva (sublimación). Cuando el niño entra a la familia los sentimientos de culpa, frustración, resentimiento, coraje y fricciones familiares se hacen más intensos, cuando este es el primogénito.

Pueden presentarse cambios en la interacción dentro de las familias con lo que los padres dediquen más atención al niño enfermo. Lo que ocasiona que se presenten alteraciones conductuales.

Si el manejo de una familia con un niño enfermo, el médico no va más allá de su posición biologicista y no acepta la crisis del grupo familiar y la ayuda es poco significativa. Un factor importante es la falta de involucración del médico y además por el poco tiempo con el que se cuenta la atención.  
(13)

## MAPAS FAMILIARES :

Los mapas familiares son instrumentos los cuales organizan los datos clínicos obtenidos desde la primera entrevista tanto de contenido como de interacción. Pueden apoyar al terapeuta a planear desde un inicio la terapia, las hipótesis sobre los aspectos familiares íntimamente relacionados con la presentación y el mantenimiento de los síntomas o malestar familiar.

Minuchin (1992); señala que los mapas nos orientan a la acción. Lo anterior implica contar con esquemas o mapas hipotéticos de lo que sería una organización familiar adecuada, normal o sana, así como lo que se considera disfuncional para que a partir de supuestos, sea posible formular los esquemas de las familias que entran en la terapia.

A pesar de las dificultades de lo que es la definición de normalidad actualmente se han descrito una serie de parámetros del tipo organizacional que se asocia con el criterio médico de familias asintomáticas se formulan los siguientes parámetros:

**CLARIDAD DE JERARQUIAS:** Entendiéndose por jerarquía el poder de influencia en los demás y tomar decisiones que se piensa deben seguir (Simón 1988), Este parámetro, también guarda relación con el poder económico. Palomares (1998).

La gran mayoría de los terapeutas, en especial Haley y Madanes (1973,1977.1978) así como Minuchin(1992), consideran que una jerarquía familiar clara y consistente en las autoridades familiares (padres o tutores), es requisito fundamental para su adecuada funcionamiento.

**CLARIDAD EN LA FRONTERAS ENTRE LA FAMILIA Y EL CONTEXTO EXTERIOR:** Este contexto se refiere básicamente la familia de origen, trabajo, pasatiempos, instituciones sociales, educativas, etc. Simón en 1988, señala claramente la necesidad de reafirmar en la familia su capacidad para trazar fronteras con la familia de origen y consolidar su independencia funcional, al mismo tiempo que establece una permanencia dentro de la familia nuclear que permita una identidad, siendo necesario, un equilibrio óptimo entre las tenencias centrífugas y centrípetas de la familia.

**CLARIDAD EN LAS FRONTERAS ENTRE LOS SUBSISTEMAS Y ENTRE LOS INDIVIDUOS :** Para Minuchin, la claridad de la fronteras entre los diferentes subsistemas es el parámetro más útil para evaluar la funcionalidad familiar. Esta escuela, reconoce tres tipos de fronteras: las rígidas, las claras y las difusas. Señala que para el adecuado funcionamiento familiar, las fronteras entre los subsistemas deberían ser claras, es decir deberían permitir su libre desarrollo sin interferencias mutuas, al mismo tiempo que propiciar el contacto entre sus miembros, de tal forma que se logre una individuación al mismo tiempo que un sentimiento de pertenencia.

**EQUILIBRIO ENTRE LA ESTABILIDAD Y EL CAMBIO:** Si bien la necesaria reestructuración de la red de las relaciones familiares, exige flexibilidad y capacidad para adaptarse a las circunstancias cambiantes, externas e internas, también debe haber estabilidad, a fin de mantener un marco de referencia confiable dentro de la familia. Según Simón , en una familia funcional la estabilidad y el cambio están equilibrados y tiene que ser constantemente negociado (morfogénesis/ morfostásis).

De acuerdo a estos parámetros Velasco en 1982 propuso un mapa hipotético del funcionamiento familiar donde fueron descritos de la siguiente manera.

1. NIVEL DE JERARQUIA: En dimensiones de arriba hacia abajo.
2. FRONTERAS EXTERNAS: En las dimensiones de tipo cerradas (□), claras (—), difusas (....). Estas se refieren al grado de interacción entre la familia nuclear y su contexto.
3. FRONTERAS ENTRE SUBSISTEMAS: Son aquellas que se establecen entre diferentes generaciones o niveles de jerarquías. En las familias generalmente se consideran tres subsistemas el Marital o Parental, el Filial, y de los Abuelos. Pueden ser cerradas, claras y difusas.
4. FRONTERAS INDIVIDUALES: Esta se refiere al espacio físico o emocional que guardan los miembros de una familia entre sí. (Autonomía vs. Dependencia.) . Esta tiene que ver con el grado de cercanía emocional y física, así como el grado de interacción y comunicación entre los miembros de una familia. Estas también se clasifican como cerradas, claras y difusas.
5. CERCANIAS VS. DISTANCIA: Se refiere a la frecuencia con la que los integrantes de una familia interactúan entre sí. En este parámetro se encuentran las alianzas.
  
6. FLEXIBILIDAD: Se refiere básicamente a la posibilidad que la familia tiene para adoptar un cambio. (14)



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ CUÁL ES LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN NIÑOS DE 3 A 10 AÑOS CON CRISIS ASMÁTICA DE REPETICIÓN MODERADA Y SEVERA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE GINECO-PEDIATRA 3 A?

# MATERIAL Y MÉTODOS

## TIPO DE ESTUDIO

De acuerdo a la etapa en la que se capta la información: Se describe como Prospectivo, ya que la información de la funcionalidad y mapas familiares se obtendrá en el momento en que se capte a la familia.

- De acuerdo con la evolución del fenómeno estudiado: Se determina como Transversal, La familia de pacientes asmáticos con crisis de repetición se les maneja como única vez al ingreso al servicio de urgencias.

De acuerdo a la comparación de poblaciones: por lo que lo manejamos como Descriptivo, se realiza únicamente con las familias con pacientes con crisis asmáticas sin comparación con familias "sanas".

De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno: lo clasificamos como Observacional, el investigador solo describirá y medirá el fenómeno sin intervenir directamente, ni modificara variables.

Se aplicará la prueba de Mc. Master, Historia clínica, y cuestionario sobre la tipología familiar, a 141 pacientes con crisis asmáticas de repetición de moderada a severa internados en el servicio de urgencias, el Hospital de Gineco-Pediatría 3 A del IMSS, cuyas edades fluctúen entre los 3 y 10 años. El objetivo del estudio es demostrar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la presentación de las crisis asmáticas de repetición.

La prueba de Mc. Master costa de 5 funciones entre ellas; la socialización, cuidado, afecto, reproducción y estatus. En la Historia Clínica se utilizará únicamente los antecedentes personales patológicos y el padecimiento actual; en el interrogatorio de acuerdo a las preguntas la tipología familiar de acuerdo a las características, estructural, geográfica, dinámica familiar, y factor económico.

Los gráficos, y cuadros serán procesados en una computadora PC, a través de los programas de Word y gráficos

Finalmente la información recabada será expuesta y analizada para la impresión de la misma.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

En este estudio se utilizará para la recolección, organización, presentación, análisis e interpretación de los datos la estadística descriptiva, la cual nos ayudara para trasformar datos numéricos en forma útil. Utilizando la información obtenida por la prueba de Mc. Master e interrogatorios agregados con el fin de tabular así como graficar y al finalizar utilizando formas aritméticas ( Tendencia central del cual se desprende el promedio, la moda y la mediana), para la especificación de los resultados.

## PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Con el interés de conocer la influencia de la dinámica familiar en la presentación y exacerbación de crisis asmática de repetición en niños de 3 a 10; se estudiaron 141 familias de niños asmáticos que ingresaron al servicio de urgencias de HGP 3 A, con crisis moderadas y severas. A quienes se les aplicó la encuesta de Mc Master para valorar las 5 funciones básicas de la familia, así como el cuestionario para determinar la tipología familiar, y la historia clínica para determinar el número de eventos y las características de los internamientos previos.

Los resultados obtenidos se clasificaron de acuerdo a edad, sexo, gravedad de la crisis asmática, número de ingresos, a urgencias, grado de funcionalidad, tipología, integración y estructura familiar.

En cuanto a la edad, el predominio de presentación de crisis asmáticas fue en los 6 años con un total de 29 casos, obteniéndose un porcentaje de 20.5 %, del total de pacientes estudiados. De acuerdo al Sexo de los 141 pacientes estudiados 83 fueron del sexo masculino con un porcentaje del 58.8 %, femenino con 58 casos en un total del 41.2 %; observándose el predominio de crisis asmáticas e internamientos en los masculinos. (Gráfico y Tabla No. 1).

Se observó que de acuerdo al grado de severidad de las Crisis Asmáticas, los ingresos más frecuentes fueron los de moderada intensidad con un total de 119 casos de 141 pacientes estudiados, presentando un porcentaje del 84.5 % dejando una frecuencia del 15.5 % a las crisis severas con un total de 22 pacientes. Y como ya habíamos observado el sexo predominante fue el masculino con 74 pacientes dando un porcentaje de 52.4 % del total (141) y parcial del 62.2 % ( de los 119 casos de crisis asmática de moderada intensidad). No así en las crisis severas donde se observó un mayor predominio del sexo femenino con un total de 13 casos dejando un porcentaje total de 6.4 % y un parcial del 59 % sobre el sexo masculino (Gráfico y Tabla No 2)

Valorando el número de crisis asmáticas presentadas en un año de acuerdo a la edad. Se observó que el promedio de eventos fue de 1 a 4 en un año con un total de 75 pacientes de 141 totales obteniéndose un porcentaje del 53.2 % por encima de los pacientes que presentaron solo un evento en el año con un total de 36 casos (25.5 %). Y en menor cantidad los pacientes que presentaron más de 4 eventos en el año, con un total de 30 pacientes (21.3 %). Así mismo observamos que el predominio fue en la edad de 6 años, así como de los eventos en el año de 1 a 4 con un total de 19 casos (65.5 %) de un total de 29 casos. ( Gráfico y Tabla No. 3).

En relación al número de eventos al año según sexo observamos 45 casos en el sexo masculino con 1 a 4 eventos al año (54.2 %) y del sexo femenino (51.8 %). (Gráfica y Tabla No. 4)

Como se puede observar en ambas gráficas y tablas (3 y 4) la observación más frecuente es de 1 a 4 eventos al año con predominio del sexo masculino a la edad de 6 años.

En relación al grado de funcionalidad familiar se utilizó la encuesta de Mc Master; instrumento con el que se evaluó la dinámica familiar a través de 6 parámetros de acuerdo a Lyman C Wynne entre ellos la identificación del "problema" como un problema colectivo y no individual, la comunicación (pautas de interacción con el paciente), las alternativas de acción, el monitoreo de acciones y desarrollo de acciones y evaluación de sucesos.

Estas evalúan la funcionalidad de mayor a menor afectividad. De acuerdo a las preguntas específicas que se realizan en la encuesta de Mc Master. Siendo más afectivas cuando cumplen todos los parámetros valorados y menos afectivas sino cumplen la mayoría. Siendo punto importante especificar que el parámetro que tiene más valor es la identificación del problema pues eso demuestra la comunicación, las acciones y los sucesos no pueden llevarse a cabo si las familias no aceptan estar en conflicto. Se observó lo siguiente:

De las 141 familias; 117 (83 %) presentaron grado moderado de funcionalidad, predominando el sexo masculino con 69 pacientes (49 %) con crisis asmáticas de repetición; 8 casos (5.7 %) de familias disfuncionales en las que predominó el sexo femenino. (Gráfica y Tabla 5).

En el caso de la identificación del problema observamos que a diferencia de la encuesta que nos da un porcentaje mayor con un total de casos de 117 de pacientes moderadamente funcionales, se observa que el número de paciente con familias disfuncionales (menos afectivas) se encuentran 18 (12.8 %), sobre las familias que se reportan se más funcionales (más afectivas) 123 (87.2 %) del total de las familias estudiadas. (Gráfica y Tabla No 6).

En cuanto a la comunicación estas cifras variaron , encontrándose que las personas que platicaban con la persona específica sobre el conflicto dentro de la familia. Reportaron 79 casos de 141 (56 %) dejando aproximadamente 62 pacientes (44 %) de las familias con el rango menos afectivo. (Gráfica y Tabla No 7).

Cuando valoramos la funcionalidad de acuerdo a las alternativas de acción, se observo que en este estudio 114 familias (80 %), buscan la solución al problema haciendo a estas familias más afectivas ,sobre las que no actúan para modificar , cambiar, o identificar la forma de solucionar los conflictos. Y de ellas se valoro a las que monitorizan estas acciones mediante métodos que hagan que los roles y las reglas a sí como jerarquías, se establezcan, observando que 133 familias aparentemente monitorizan estas acciones con un porcentaje del 94.3% de familias más afectivas. Encontrándose 8 familias a las cuales se les hace irrelevante este tipo de acciones. (Gráficas y Tablas No 8 y 9).

En el caso del desarrollo de acciones y la evaluación de sucesos de las familias estudiadas, se encontró que en estos dos parámetros los resultados fueron similares, encontrándose un total de 128 familias más afectivas reflejando el 90.8 % del total de pacientes, dejando a 12 familias con el parámetro de menos afectividad, traduciéndose en un porcentaje del. 9.2 %. (Gráficas y Tablas No 10 y 11).

Todos estos resultados nos traducen que las familias pueden no ser funcionales en todos los parámetros establecidos, pero que sin embargo buscan la estabilización en otros en específico en alguno de ellos. Así mismo observamos que el parámetro más fidedigno es la identificación del problema, basado en que si no lo conocen no pueden trabajar sobre el y con ello la dinámica va ha estar alterada.

En el caso de la encuesta de Faces III, se valoro la integridad de las familias, observamos 16 familias integradas, (11.3 %), semiintegradas, encontramos que 117 (82.9 %). Desintegradas 8 (5.8 %) (Gráfica y Tabla No 12).

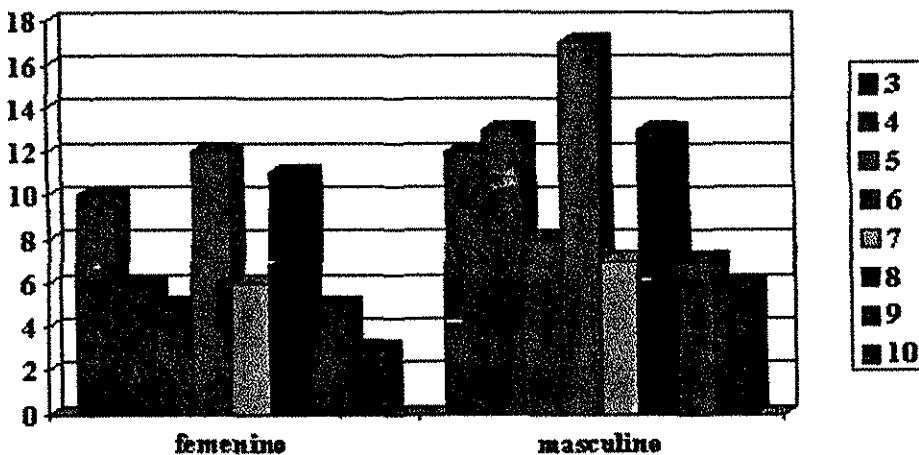
De acuerdo a su constitución, se observaron 56 familias nucleares (39.8 %), 55 extensas (39.2 %); 28 familias compuestas (21 %). (Gráfica y Tabla No 13).

En cuanto a su ubicación física (urbanas, suburbanas o rurales), 75 familias urbanas (53.2 %); y suburbanas 66 familias (46.8 %). (Gráfica y Tabla No 14).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA Y TABLA No 1 PACIENTES CON CRISIS ASMATICAS DE ACUERDO A EDAD Y SEXO. HGP 3A EN EL PERIODO DEL 01 DE JUNIO DEL 2000 AL 31 DE ENERO DEL 2001.

Edad	Femenino	Masculino	Total
3	10	12	22
4	6	13	19
5	5	8	13
6	12	17	29
7	6	7	13
8	11	13	24
9	5	7	12
10	3	6	9
Total	58	83	141

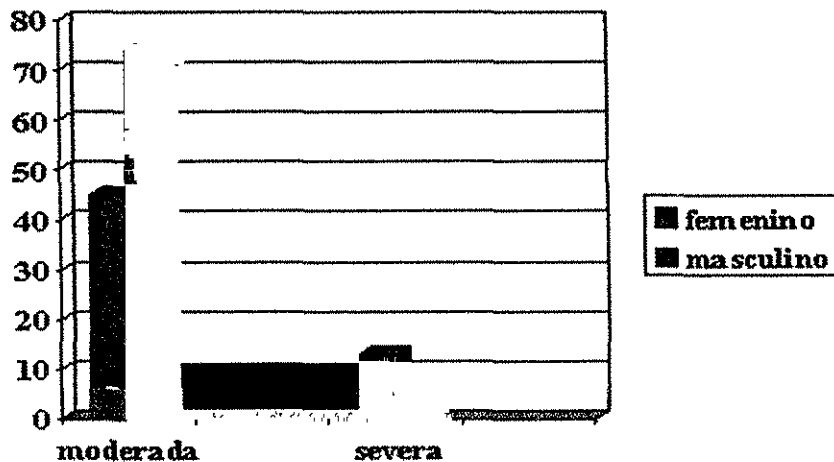


TEJIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**TABLA Y GRAFICA No 2 PACIENTES ASMATICOS DE ACUERDO AL GRADO DE CRISIS ASMATICAS Y SEXO, EN EL HGP 3A EN EL PERIODO DEL 01 DE JUNIO DEL 2000 AL 31 DE ENERO DEL 2001**

Crisis Asmaricas	Femenino	Masculino	Total
Moderada	45	74	119
Severa	13	9	22
Total	58	83	141

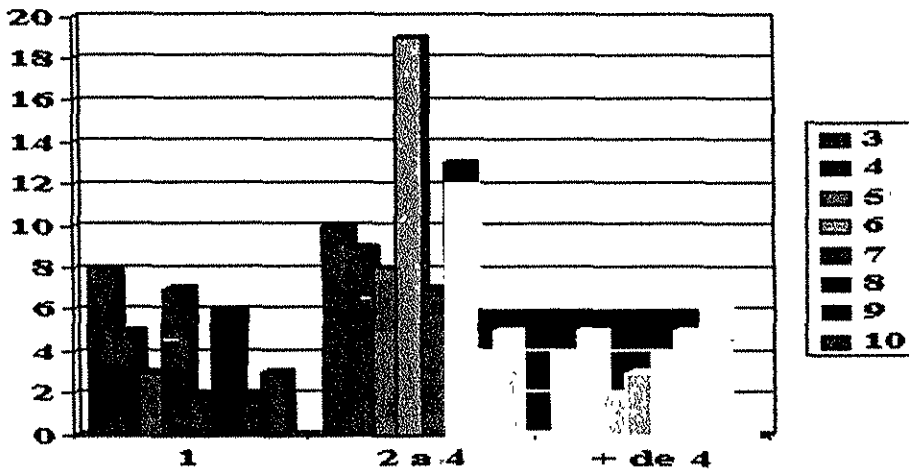


Tomado de las encuestas de Mac Master

**FELIS CON FALLA DE ORIGEN**

**TABLA Y GRAFICA No 3 PACIENTES ASMATICOS DE ACUERDO APRESENTACION DE CRISIS ASMATICAS Y EDAD. EN HGP 3A EN EL PERIODO DEL 01 DE JUNIO DEL 2000 AL 31 DE ENERO DEL 2001**

Edad/No de crisis	1	1 a 4	+ de 4	Total
3	8	10	4	22
4	5	9	5	19
5	3	8	2	13
6	7	19	3	24
7	2	7	4	13
8	6	13	5	24
9	2	4	6	12
10	3	5	1	9
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>75</b>	<b>30</b>	<b>141</b>

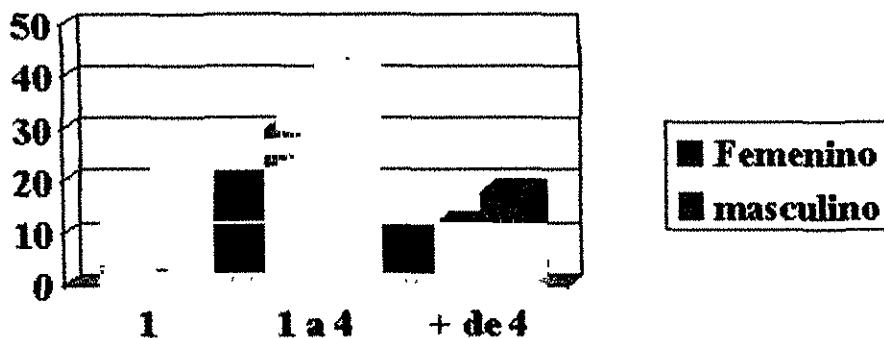


Tomado de la Historia clínica de los pacientes

**TEJIS CON FALLA DE ORIGEN**

GRAFICA Y TABLA No 4 PACIENTES ASMATICOS DE ACUERDO A LA FRECUENCIA DE PRESENTACION DE CRISIS Y EL SEXO. HGP 3A EN EL PERIODO DEL 01 DE JUNIO DEL 2000 AL 31 DE ENERO DEL 2001

Sexo/No de Crisis	1	1 a 4	+ de 4	Total
Femenino	16	30	12	58
Masculino	20	45	18	83
Total	36	75	30	141



• Tomada de las historias clínica

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA Y TABLA No 5 PACIENTES ASMATICOS DE ACUERDO A FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SEXO. HGP 3A EN EL PERIODO DEL 01 DE JUNIO DEL 2000 AL 31 DE ENERO DEL 2001

Funcionalidad	Femenino	Masculino	Total
Funcional	4	12	16
Mod. Funcional	48	69	117
Altamente Disfuncional	6	2	8
Total	58	83	141



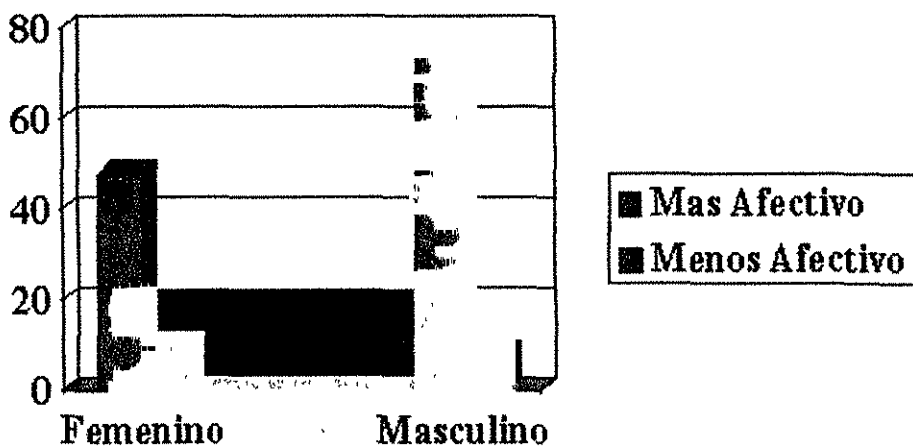
Tomada de las encuestas de Mc Master

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

78

GRAFICA Y TABLA No 6 PACIENTES ASMATICOS DE ACUERDO A LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN LA IDENTIFICACION DEL PROBLEMA. HGP 3A EN EL PERIODO DE 01 DE JUNIO DEL 2000 AL 31 DE ENERO DEL 2001

Identificación del problema/ sexo	Femenino	Masculino	Total
Mas Afectivo	48	75	123
Menos Afectivo	10	8	18
Total	58	83	141

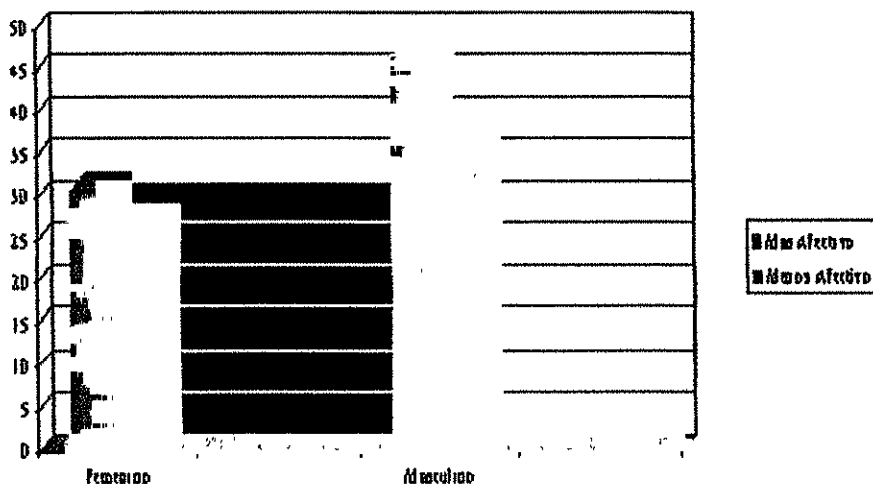


Tomada de las encuestas de M<sup>c</sup> Master

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA Y TABLA No 7 PACIENTES ASMATICOS DE ACUERDO A LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN SU COMUNICACIÓN. HGP 3A EN EL PERIODO DEL 01 DE JUNIO DEL 2000 AL 31 DE ENERO DEL 2001.

Comunicacion/ sexo	Femenino	Masculino	Total
Mas Afectivo	31	48	79
Menos Afectivo	27	35	62
Total	58	83	141

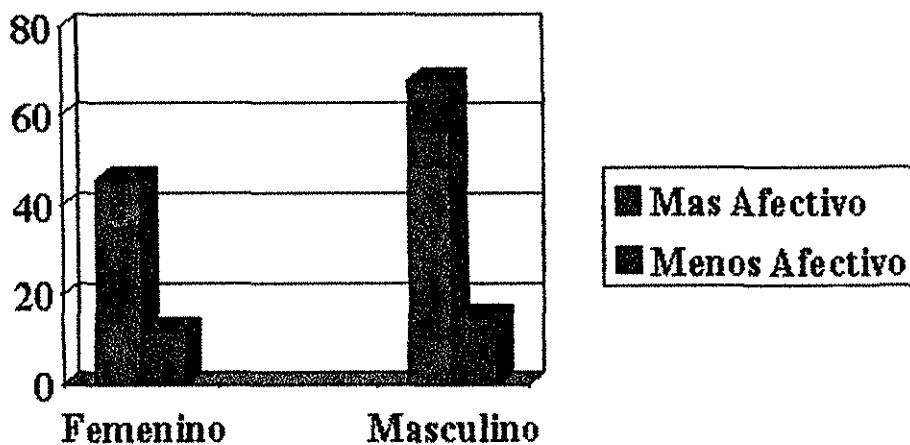


• Tomado de las encuestas de Mc Master

TESES CON  
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA Y TABLA No 8 PACIENTES ASMATICOS DE ACUERDO A LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN LAS ALTERNATIVAS DE ACCION.HGP 3A EN EL PERIODO DEL 01 DE JUNIO DEL 2000 AL 31 DE ENERO DEL 2001,

Alternativas de accion/ sexo	Femenino	Masculino	Total
Mas Afectivo	46	68	114
Menos Afectivo	12	15	27
Total	58	83	141

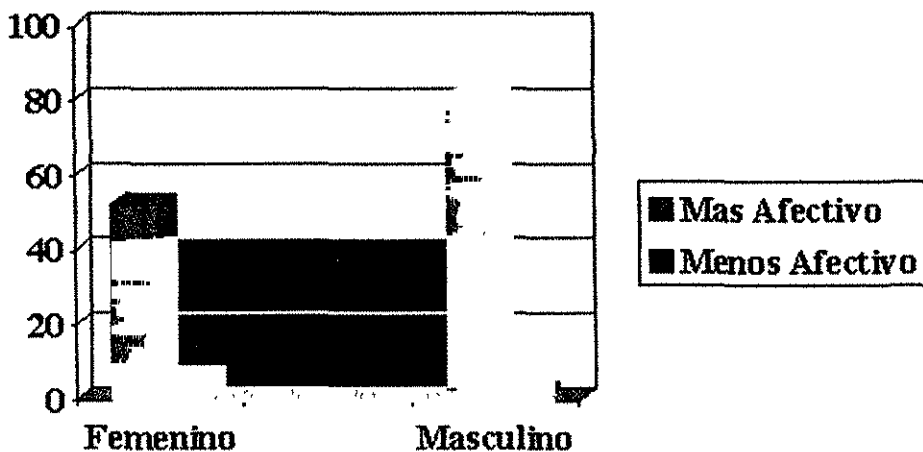


Tomada de las encuestas de Mc Master

TECIS CON  
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA Y TABLA No 9 PACIENTES ASMATICOS DE ACUERDO A LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN LA MONITORIZACION DE ACCIONES (ROLES, REGLAS, JERARQUIAS). HGP 3 A EN EL PERIODO DEL 01 DE JUNIO DEL 2000 AL 31 DE ENERO DEL 2001.

Acciones/ Sexo	Femenino	Masculino	Total
Mas Afectivo	52	81	133
Menos Afectivo	6	2	8
Total	58	83	141



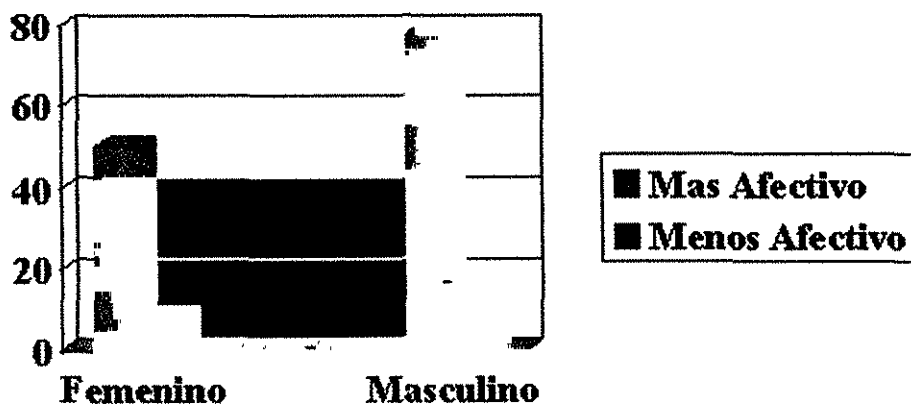
Tomada de las encuestas de Mc Master

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



GRAFICA Y TABLA N° 10 PACIENTES ASMATICOS DEACUERDO A LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN EL DESARROLLO DE ACCIONES (ACTIVIDADES, FUNCIONES Y LIMITES). HGP 3A EN EL PERIODO DEL 01 DE JUNIO DEL 2000 AL 31 DE ENERO DEL 2001

Acciones / Sexo	Femenino	Masculino	Total
Mas Afectivo	50	78	128
Menos Afectivo	8	5	13
Total	58	83	141

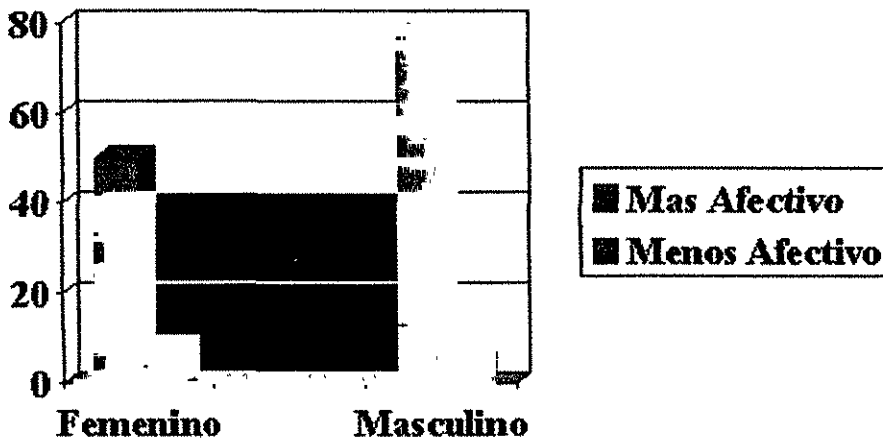


Tomada de las encuestas de Mc Master

TECIS CON  
FALLA LE ORIGEN

GRAFICA Y TABLA No 11 PACIENTES ASMATICOS DE ACUERDO A LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGUN A LA EVALUACION DE SUCESOS. HGP 3A EN EL PERIODO DEL 01 DE JUNIO DEL 2000 AL 31 DE ENERO DEL 2001.

Evaluacion de sucesos/ Sexo	Femenino	Masculino	Total
Mas Afectivo	50	78	128
Menos Afectivo	8	5	13
Total	58	83	141

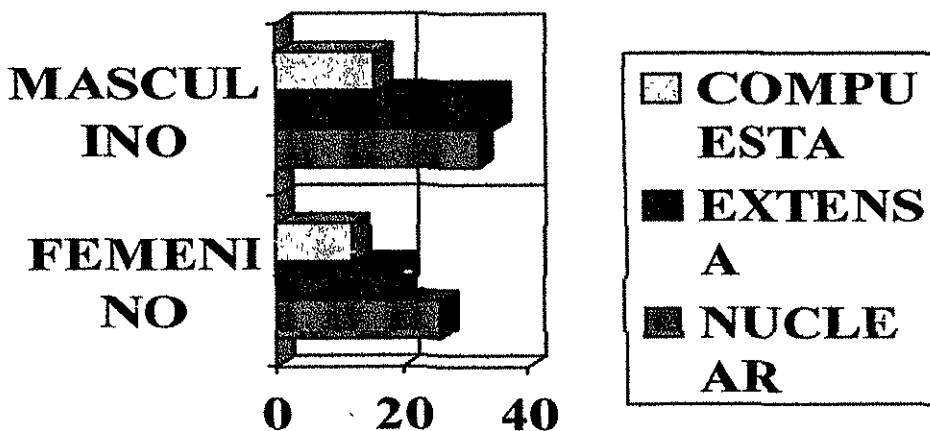


Tomada de las encuestas de Mr Master

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**GRAFICO Y TABLA No 12 PACIENTES ASMATICOS DEACUERDO A LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y SEXO. HGP 3A EN EL PERIODO DE 01 DE JUNIO DEL 2000 AL 31 DE ENERO DEL 2001.**

ESTRUCTURA FAMILIAR/SEXO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
COMPUESTA	12	16	28
EXTENSA	20	35	55
NUCLEAR	26	30	56
TOTAL	58	83	141

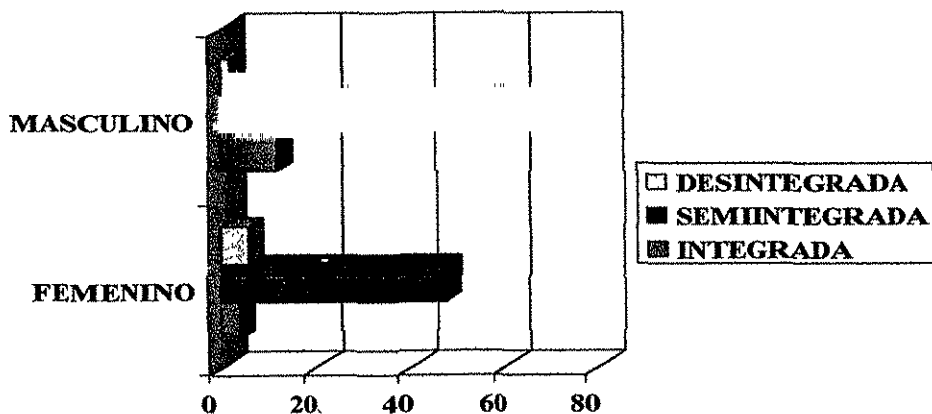


Obtenido de la encuesta de Facés III

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

**GRAFICO Y TABLA No 13 PACIENTES ASMATICOS DEACUERDO A INTEGRACION FAMILIAR POR SEXO. HGP 3A DEL 01 DE JUNIO DEL 2000 AL 31 DE ENERO DEL 2001.**

INTEGRACION FAMILIAR/SEXO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
DESINTEGRADA	6	2	8
SEMIINTEGRADA	48	69	117
INTEGRADA	4	12	16
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>83</b>	<b>141</b>

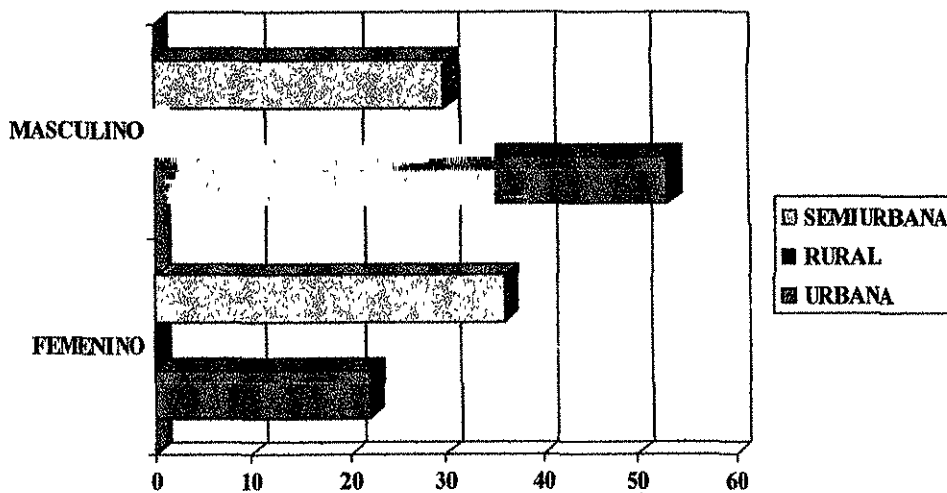


Obtenido de la encuesta de Faces III

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

GRAFICO Y TABLA N° 14 PACIENTES ASMATICOS DEACUERDO A LA TIPOLOGIA FAMILIAR Y SEXO. HGP 3A EN EL PERIODO DEL 01 DE JUNIO DEL 2000 AL 31 DE ENERO DEL 2001.

TIPOLOGIA FAMILIAR/SEXO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
URBANA	22	53	75
RURAL	0	0	0
SEMIURBANA	36	30	66
TOTAL	58	83	141



Obtenido de la encuesta de Faces III

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio de acuerdo a los resultados y nuestras variables, utilizamos el valor de la CHI cuadrada y el valor P de acuerdo a sus grados de libertad.. Este ultimo se tomo el valor menor o igual a 0.05, que da una confiabilidad, mayor del 95 %

Iniciamos con la relación de pacientes con crisis asmáticas de acuerdo a la edad y el sexo, se obtuvo un valor de CHI cuadrada de 1.6617, encontrándose esta tabla con un grado de libertad de 7, siendo este de 14.067, lo que nos da de resultado una P significativa lo que representa que aproximadamente 8 veces mas este tipo de pacientes pueden presentar crisis asmáticas.

En el caso de el grado de crisis asmática de acuerdo a edad y sexo, encontramos una CHI cuadrada de 3.4, encontrándose esta tabla con un grado de libertad de 1, lo que indica una CHI cuadrada de 3.8, la cual nos muestra que es una P significativa ya que presenta la capacidad real de el grado de libertad que es 1 en cuanto al numero de veces de presentación.

En el caso de la frecuencia de crisis asmáticas y edad, podemos reportar que la CHI cuadrada resulto de 8.353, con un grado de libertad de 14, con un valor de 23.685, lo que traduce una P significativa, así como la observación de que puede repetir el valor de CHI cuadrada en estos pacientes 14 veces.

Valorando la frecuencia de crisis asmática y sexo encontramos que la CHI cuadrada se encuentra en un valor de 0.206, encontrándose para esta tabla un grado de libertad de 2, con el valor de 5.991, lo cual nos traduce un P significativa por la presencia de que este caso se puede repetir aproximadamente 29 veces.

En el caso de Funcionalidad Familiar de acuerdo al sexo, encontramos una CHI cuadrada de 5.554, obteniendo un grado de libertad de 2, con un valor de 5.991, dando como resultado una P significativa ya que traduce , que puede ser limite de que esta situación se presente aproximadamente una vez.

Valorando la identificación del problema encontramos que el valor de CHI cuadrada fue de 1.776, con un grado de libertad de 1, y un valor de 3.841, lo que nos da una P significativa de acuerdo a el resultado, obteniéndose que 3 veces se puede repetir este evento

En el caso de la comunicación familiar de acuerdo al sexo, encontramos que nuestro de valor de CHI cuadrada fue de 0.70, con un grado de libertad de 1, siendo el valor de este de 3.841, lo que nos refiere que la P es significativa ya que el valor de CHI es menor a l grado de libertad con el que contamos.

En cuanto a las familias estudiadas con el parámetro de alternativas de acción de acuerdo al sexo, nos encontramos con una CHI cuadrada de 0.80 con un grado de libertad de 1, siendo el valor de este de 3.841, encontrándose una P significativa para este parámetro, refiriendo que es menor que CHI es menor al grado de libertad con el que contamos.

En el caso de la monitorización de acciones , encontramos que la CHI cuadrada fue de 3.0254, con un grado de libertad de 1 , que nos da como base el valor de 3.841, siendo de importancia esta categoría ya que nos demuestra una P significativa valorando un menor valor para CHI cuadrada sobre el grado de libertad.

En el caso de los últimos dos rubros como lo es el desarrollo de las acciones y la evaluación de sucesos encontramos una CHI cuadrada similar de 3.3183, con grado de libertad de 1, con valor de 3.841, teniendo un grado de significancia de P de uno así como seguir siendo menor el valor de CHI cuadrada sobre el grado de libertad.

En el caso de la integración familiar observamos que la CHI cuadrada fue de 5.554 con un grado de libertad de 2 con una significancia de 5.991 de P, en cual muestra que CHI es menor que el grado de libertad.

En el caso de estructura familiar podemos observar que CHI cuadrada es de 5.235, con grado de libertad de 2, con valor del mismo de 5.991, dándonos con ello una significancia por la presentación menor de CHI ante el grado de libertad.

Y por ultimo en la tipología familiar, observamos una CHI cuadrada de 3.233m con un grado de libertad de 2, con un valor de 5.991, siendo significante P de acuerdo a la relación que guarda CHI con el grado de libertad.

ESTA TESIS NO SALI  
DE LA BIBLIOTECA

## CONCLUSIONES

Lo muestran los resultados, se observo la relación que guarda la presencia de crisis asmáticas de repetición con la dinámica familiar en este caso la mayoría de los pacientes presentaron un grado de funcionalidad, de predominio moderado, e influla en la presentación de las crisis en niños de 3 a 10 años que se valoraron en el HGP 3 A,.

Así mismo se observo una dinámica familiar alterada por la presencia de una mala comunicación, además de la no identificación del problema o conflicto que se esta presentando en la familia, por lo que es importante referir que la mayoría de lo pacientes encontrados con este tipo de esquema sean apoyados mediante una psicoterapia familiar para mejorar la salud clínica de sus hijos y con ello disminuir el riesgo de internamientos.

Se observo, que la mayoría de los pacientes ingresados fueron del sexo masculino con disfunciones severas, sin embargo en las familias altamente disfuncionales, predomino el sexo femenino. Y el predominio fue el grupo de edad de 6 años para ambos sexos.

Por otro lado observamos que las familias mexicanas han cambiado su estructura encontrándose que las familias mas frecuentemente encontradas fueron las familias nucleares sobre las extensas, que hasta hace algunos años eran de predominio, siguiendo a estas las compuestas.

Encontramos que el mayor porcentaje de familias se encuentran semiintegradas, lo que hace suponer de la alteración disfuncional, por varios factores, continuando las integradas, y en menor numero las desintegradas. Que también ayudan ala presentación de crisis asmáticas.

En el caso de las familias de acuerdo a la localización de vivienda, observamos que aparentemente no existen en el estudio familias rurales, y se presenta con mayor predominio la suburbana , sobre las urbanas.



## COMETARIO

Con la realización de este estudio podemos suponerla relación existente entre el grado de funcionalidad familiar y el grado de severidad y numero en las familias con crisis asmáticas de repetición, en este sentido independientemente del grado del grado de asociación podemos utilizar a la familia como un recurso terapéutico por la influencia que ejerce en la prevención, disminución o agravamiento del padecimiento; por la influencia de la familia sobre el padecimiento, sin embargo, aun los médicos no nos hemos dado a la tarea de trabajar sobre esas familias a las cuales se les diagnostique; así como identifique, para mejorar la salud del paciente así como la salud familiar, responsabilizando a la familia sobre la presencia de conflictos y ayudarlos a resolverlos mediante el abordaje del paciente y la relación que guarda este, con la relación familiar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Granados D. Perfil Biopsicosocial y familia de las familias con Asma Extrínseca. Tesis. UMF #20 1997: 2-18.
2. Valenzuela R. H. Alergias. Manual de pediatría 1990: 10ª ed. Interamericana: 708-12.
3. S. A. Nuevos enfoques del tratamiento del Asma. Revista Panamericana de salud pública 1997; 2:272-73.
4. Asma pagina. <http://www.sap.org.ar/conasmasl.htm>. 1999.
5. Díaz G. S. Asma PAC MG-1 1996; libro 4, parte A: 41-44.
6. Espinosa J. Ramírez M. Manejo del Asma bronquial y rinitis alérgica en niños, mediante un programa de control ambiental y educación familiar; Revista Medica IMSS 1994; 32:447-51.
7. Barbee R. Lineamientos del programa nacional de educación y tratamiento para el asma. Mundo Medico 1997; 23: 11-25.
8. Aguilar R. Asma bronquial. Hospital Juárez de México 1998; Memorias: 3-4.
9. Shelfer A. Bernal M. Bousquet J. Guía de bolsillo para manejo del asma. Iniciativa global para el asma. 1998:1-28.
10. Ackerman N. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Ed. Lumen Hormé 1994: 32-46.
11. Paniagua G. Estudio de la dinámica familiar de 20 familias del consultorio 72 BD de la UMF #20 del IMSS. Tesis 1998: 2-16.
12. Muciño N. Anomalías congénitas y Dinámica familiar. Tesis UMF #20 1981: 6-17.
13. Huerta J. L. La familia en el proceso salud enfermedad, material de la UMF #20: 21-52.
14. Velasco T. M Mapas familiares su utilización en el diagnostico y formulación de hipótesis terapéuticas, La psicología social en México 1998; VII: 234-42.
15. Gómez F. J. Irigoyen C. A Ponce R. E Selección y análisis de instrumentos para evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch. Med. Fam. 1999:1: 45-57.
16. Hernández R. S. Fernández C. C. Baptista L P Método de la investigación 1991 :1-463.
17. Dr. Montesano D. J. El protocolo de investigación en la práctica; Guía para la elaboración del protocolo de Investigación 1998: 3-63.
18. L C Wynne, Proceso de familia Normal; segunda edición, ed. Froma Walsh. 96-110.



# ANEXO 1

## INDICE DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN RELACION A LA PRUEBA DE MC. MASTER.

NOMBRE DE LA FAMILIA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ No DE AFILIACIÓN \_\_\_\_\_

COLOQUE EL NUMERO EN EL PARÉNTESIS A LA CUAL CORRESPONDA SU RESPUESTA

- |                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| 1 FUERTEMENTE DE ACUERDO | 2. DE ACUERDO                |
| 3 EN DESACUERDO          | 4. FUERTEMENTE EN DESACUERDO |

- 1 Normalmente tomamos nuestras decisiones considerando los problemas de la familia ( )
- 2 Cuando la familia trata de resolver sus problemas platicamos ( )
3. Tratamos de resolver los problemas emocionales más graves que surgen ( )
4. Enfrentamos los problemas tomando en cuenta nuestros sentimientos ( )
5. Buscamos diferentes caminos para solucionar problemas ( )
- 6 Cuando alguien esta alterado los otros saben porque ( )
- 7 Puedo saber como se siente alguien de la familia por lo que dice ( )
8. Las personas que no son de la familia dicen las cosas claras en lugar de insinuarlas ( )
- 9 Nosotros somos francos con los demás ( )
- 10 Cuando estamos enojados no conversamos con los demás ( )
11. Cuando no nos gusta lo que dice alguien se lo decimos ( )
- 12 Cuando usted pide que alguien haga algo tiene que comprobar que lo hizo ( )
- 13 Nos aseguramos que los integrantes de la familia sepan sus responsabilidades familiares ( )
- 14 Las labores familiares no han sido adecuadamente distribuidas ( )
15. No se dificulta encontrar un objetivo en común ( )
- 16 Dedicamos poco tiempo para buscar nuestros intereses personales ( )
17. Discutimos quien haga los quehaceres domésticos ( )
- 18 Si a alguien se le pide que haga algo necesita que se lo recuerden ( )
- 19 Generalmente estamos insatisfechos con los deberes familiares asignados ( )
- 20 Se nos obliga a demostrar afecto a los demás ( )
- 21 Algunos de nosotros no nos afecta las emociones ( )
- 22 No mostramos nuestro cariño a los demás ( )
- 23 Nos interesa más otras cosas que el cariño a la familia ( )

- 24. Nosotros si expresamos cariño ( )
- 25 No nos escondemos para llorar ( )
- 26 Si alguien tiene problemas los otros se preocupan demasiado ( )
- 27 Los demás miembros de la familia solo ven su propio interés cuando alguno es importante ( )
- 28. A nosotros sólo nos interesa lo nuestro ( )
- 29 Solamente nos relacionamos con los otros cuando algo nos interesa ( )
- 30 Mostramos interés a otros cuando obtienen algo de nosotros ( )
- 31 A pesar de que nos entendemos la mayoría de las veces intervenimos demasiado en la vida de los demás ( )
- 32 No sabemos que hacer en el momento en que se presenta una emergencia ( )
- 33. No hay problemas si rompemos las reglas de la familia ( )
- 34. Sabemos que hacer antes que se presente una emergencia ( )
- 35. No somos muy ordenados en nuestros hábitos de limpieza ( )
- 36. No tenemos reglas sobre cuando golpear a las personas según se comporten ( )
- 37. No respetamos ninguna regla ( )
- 38. Si se rompen las reglas no sabemos que hacer ( )
- 39. En nuestra familia se permite cualquier cosa ( )
- 40 Hay reglas para la situación de peligro ( )
- 41. Es difícil planear las actividades de la familia porque no nos comprendemos ( )
- 42. En situaciones difíciles podemos apoyarnos en los demás ( )
- 43. No podemos hablar con los otros acerca de la tristeza que sentimos ( )
- 44. Aceptamos a las personas ( )
- 45. Evitamos discutir nuestros temores y preocupaciones ( )
- 46. Podemos expresar nuestros sentimientos a los demás ( )
- 47 Hay muchos sentimientos malos en la familia ( )
- 48. Creemos que los demás nos aceptan ( )
- 49 Para nuestra familia es un problema tomar decisiones ( )
- 50 Somos capaces de tomar decisiones para resolver los problemas ( )
- 51. Nos llevamos bien ( )
- 52. Confiamos en los demás miembros de la familia ( )

## ANEXO 2

### CLASIFICACIÓN TIPOLOGICA ESTRUCTURAL FAMILIAR

MARQUE CON UNA CRUZ EL TIPO DE FAMILIA AL QUE PERTENECE

1. Su familia consta de padre, madre e hijos ( )
2. Su familia consta de padre, madre, hijos y abuelos ( )
3. Su familia consta de padre madre hijos y amigos y compadres ( )
4. Habitan en medio rural ( )
5. Radican en la ciudad en el centro ( )
6. Radican en la ciudad en algún barrio o a las orillas de la ciudad ( )
7. Todos los integrantes de la familia cumplen con sus obligaciones ( )
8. Alguno de ellos no cumple con sus obligaciones ( )
9. Falta alguno de los integrantes de la familia (muerto o ausente) ( )
10. Cuentan con empleo fijo alguno de los integrantes ( )
11. El padre o la madre son profesionistas ( )
12. La familia cuenta con un capital suficiente ( tiene una pequeña o gran empresa propia) ( )