



11226  
1a

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 ESCOLARES  
CON ASMA EN COMPARACION CON NIÑOS  
ESCOLARES SANOS, ADSCRITOS A  
LA UMF No. 20 DELEG. 01.NO.D.F.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T A N :  
DRA. SAANDRA DURAN VAZQUEZ

ASESOR DE TESIS  
DR. MAURILIO ESPINO GARCIA

ASESOR METODOLOGICO  
DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO



MEXICO, D.F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN 003

A



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

VoBo

ASESOR DE TESIS



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

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la  
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el  
contenido de mi trabajo recepcional.  
NOMBRE: JANIRA DURAN  
FECHA: 25-05-03  
FIRMA: 

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

VoBo

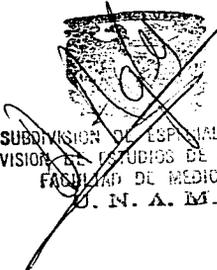
**ASESOR DE TESIS  
METODOLOGICO**



**DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO.  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESORA ADJUNTA AL CURSO DE  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
U.M.F. No 20 VALLEJO.**

7

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

  
SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

VoBo

*Yolanda E. Valencia S.*

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

D

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## AGRADECIMIENTOS

### A DIOS:

POR QUE TODO LO QUE TENGO :VIDA, AMOR, SALUD, Y POR PERMITIR QUE LOGRARA TODOS MIS PROPOSITOS. GRACIAS.

### A MIS PADRES: ( CECILIA Y MANUEL)

POR QUE SIN USTEDES, MI VIDA NO TENDRIA RAZÓN DE SER. POR TODO EL AMOR, SACRIFICIO, APOYO, PACIENCIA, CARIÑO, Y CONFIANZA QUE SIEMPRE ME HAN BRINDADO DE FORMA INCONDICIONAL. NUNCA PODRIA PAGARLES TODO LO QUE ME HAN DADO. GRACIAS POR SER LOS MEJORES PADRES DEL MUNDO. LOS AMO. GRACIAS.

### A MIS HERMANOS: (MANUEL Y FELIPE)

POR LOS MOMENTOS TAN DIFICILES QUE PASARÓN ALGUNA VEZ, Y POR SU APOYO INCONDICIONAL. MIL GRACIAS.

### A ERNESTO:

POR SU CARIÑO Y APOYO INCONDICIONAL. POR ESTAR A MI LADO EN LOS BUENOS Y MALOS MOMENTOS. GRACIAS.

### A MIS TIAS : ( PATRICIA, GENOVEVA, ALEJANDRA)

POR TODO SU AMOR, SU CARIÑO Y SU APOYO TANTO MATERIAL COMO MORAL. POR ESTAR CONMIGO EN TODO MOMENTO QUE LO NECESITE. GRACIAS POR FORMAR PARTE DE MI VIDA. GRACIAS.

### A MIS ABUELOS: (NIEVES Y MANUEL)

EN DONDE QUIERA QUE SE ENCUENTREN, DIOS LOS BENDIGA, POR QUE PARA USTEDES FUI COMO UNA HIJA, A LA CUAL LE BRINDARÓN TODO SU AMOR, SU APOYO , Y SU PACIENCIA. GRACIAS POR HABER FORMADO PARTE DE MI VIDA. LE DOY GRACIAS A DIOS. POR LA OPORTUNIDAD DE HABERLOS CONOCIDO . SIEMPRE VIVIRAN EN MI. GRACIAS.

E

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**A MIS ABUELOS: (NIEVES Y MANUEL)**

EN DONDE QUIERA QUE SE ENCUENTREN. DIOS LOS BENDIGA, POR QUE PARA USTEDES FUI COMO UNA HIJA, A LA CUAL LE BRINDARON TODO SU AMOR, SU APOYO, Y SU PACIENCIA. GRACIAS POR HABER FORMADO PARTE DE MI VIDA. LE DOY GRACIAS A DIOS, POR LA OPORTUNIDAD DE HABERLOS CONOCIDO. SIEMPRE VIVIRAN EN MI. GRACIAS.

**A MIS AMIGOS: (GABRIEL C, NELLY L, DAVID B, ANGELICA A, MANOLO P, IVETTE, ROSA ELENA C, ENRIQUE U, ROCIO H, NINIVE D, OLIVIA M, ROSARIO O.)**  
POR LOS BUENOS Y MALOS MOMENTOS QUE HEMOS PASADO JUNTOS, POR SU AMISTAD INCONDICIONAL. GRACIAS.

**A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS: (ARACELI F, ARACELI M, ALEJANDRA P, MARTHA R, MARIO C, FERNANDO A, MIGUEL G, BERNARDO M, ALAIN C,)**  
POR DARME LA OPORTUNIDAD DE CONOCERLOS, Y POR QUE JUNTOS APRENDIMOS UNA DE LAS COSAS MAS BELLAS DE LA VIDA, LA AMISTAD. LA CUAL ESPERO QUE PERDURE TODA LA VIDA. GRACIAS.

**A MIS PROFESORES: ( YOLANDA, VICTORIA Y MAURILIO)**

POR EL GRAN AMOR A ESTA ESPECIALIDAD, LA CUAL NOS HAN TRANSMITIDO DE LA MEJOR MANERA, BRINDANDO LO MEJOR DE USTEDES. GRACIAS POR SU AYUDA EN TODO MOMENTO. GRACIAS.

**A ROSY Y LOLITA:**

POR SU GRAN AYUDA DURANTE ESTE TIEMPO QUE CONVIVIMOS, POR SU AMISTAD, Y POR HACER BIEN SU TRABAJO, EL CUAL ES MUY IMPORTANTE PARA NUESTRA FORMACIÓN. GRACIAS

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN NIÑOS ESCOLARES  
CON ASMA EN COMPARACIÓN CON NIÑOS  
ESCOLARES SANOS, ADSCRITOS A LA U.M.F. No20  
DELEGACIÓN 01.NO.DF.”

6

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INDICE

### CONTENIDO

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
JUSTIFICACIÓN.....	11
OBJETIVOS.....	12
HIPÓTESIS.....	13
MATERIAL Y MÉTODOS.....	14
METODOLOGÍA.....	20
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	21
GRÁFICOS.....	23
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	25
CONCLUSIONES.....	27
RESUMEN.....	28
BIBLIOGRAFÍA.....	29
ANEXOS.....	31

TRABAJOS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANTECEDENTES

Asma: proviene del latín *asthma* y del griego *jadeo*. Por su etimología el término indica solamente respiración difícil y en este sentido sería sinónimo de disnea. El asma tiene una definición imprecisa, el mayor consenso logrado es considerarla como una inflamación de las vías respiratorias, con absoluta certeza es que el asma siempre afecta al sistema respiratorio. En las definiciones de asma lo que más se describe son los síntomas: tos seca, rigidez del pecho, sibilancia espiratoria y sensación de ahogo. Para otras definiciones se toman las causas desencadenantes como son los factores genéticos, las sustancias alergénicas, problemas ambientales, psicológicos, etc. El asma escapa de todo intento de clasificación, porque son muchos los factores en juego, además los factores psicológicos suelen interactuar con los factores físicos y con esto se complejiza la condición(1)

Podríamos decir que el asma bronquial es un trastorno obstructivo de las vías respiratorias, caracterizado por la limitación de flujo aéreo, la reversibilidad espontánea o terapéutica completa ó parcial de ésta limitación del flujo y la hiperactividad bronquial, entendiéndose por tal un aumento de la respuesta bronco constrictora a una serie de estímulos, es una contracción exagerada del músculo liso bronquial producida por la inflamación que se produce en el epitelio bronquial. Completa la tríada el trastorno inflamatorio crónico de la pared bronquial, con infiltrados de células inflamatorias de distintos tipos. Significa que hay edema, vasodilatación y crecimiento de capilares y fibras nerviosas a lo largo de toda la vía aérea. Esta movilización y actividad de múltiples elementos biológicos y químicos da como resultado, un engrosamiento de la pared con disminución de la luz bronquial y un proceso continuo de injuria y cicatrización que puede ocasionar fibrosis intraparietal, hallazgo casi constante en los pacientes asmáticos. El sustrato bioquímico, esta constituido por un gran número de sustancias reguladoras de estos proceso que están en constantes investigaciones y descubrimientos y que nos dan una visión del concierto biológico que subyace a la clínica del asma.(2,3)

Además del aparato respiratorio y del sistema inmunitario, están involucrados el sistema endocrino y nervioso, especialmente el neurovegetativo. El cuadro clínico puede ser continuo o paroxístico, ocasiona una disminución variable de la función respiratoria, que puede llegar a un estado de asfixia con amenaza de muerte, la mortalidad es del 5% de los casos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En síntesis es una enfermedad de origen multifactorial donde se intrincan e intervienen factores genéticos, inmunológicos, infecciosos y psico-socio-ambientales.

Los aspectos psicológicos están ubicados en la etiopatogenia y en la resolución de la enfermedad. Dentro del origen, obran como factores desencadenantes que unidos a la predisposición genética hacen que ocasione el trastorno. Hay estudios que informan que el 37% de los casos fueron desencadenados por estos factores, especialmente el estrés psicológico. Como patogenia, los factores psicológicos pueden alterar la morbilidad, provocando bronco constricción y vasodilatación. Se acepta un papel en cuanto al mantenimiento de la enfermedad, en la línea de la teoría psicomantenimiento psicológico. Esta teoría postula que las variables psicológicas, sociales y conductuales pueden mantener y agravar la enfermedad física. Las variables psicológicas como todas las demás pueden ser antecedente, consecuente o mantener una relación circular.(5)

El asma es una enfermedad que afecta a 100 millones de personas en el mundo, no se sabe porque aumentan los casos de año en año. Es la patología respiratoria crónica más frecuente en niños y adolescentes, presenta grandes variaciones entre los distintos países. La prevalencia es del 10% de la población. El 80% desarrolla los síntomas antes de los 5 años y un 30% antes de los 2, de ellos el 40% antes del año. Es más frecuente y severa en varones, llegados a la pubertad la frecuencia se empareja. En el 70 al 90% de los niños el cuadro remite entre los 10 y los 15 años, en la adultez la recidiva es del 30% , podemos decir que el asma infantil se cura en promedio en un 50%. (5) Es la causa más común de ausentismo escolar, y de consultas de emergencias y hospitalización en niños. Los factores de riesgo de padecerla se dan en niños con eczema y alergias alimentarias previas. Antecedentes familiares asmáticos. Bebés prematuros con lesiones e infecciones pulmonares.(5,6)

Las causas desencadenantes asociadas a la predisposición genética que provocan las crisis asmática son: irritantes como el humo, los productos de limpieza y los perfumes. Alergenos como el polen de las plantas, el polvo del hogar, hongos, pelos de animales, etc. El estrés emocional, por situaciones traumáticas como pérdida o abandono de alguno de los padres, violencia familiar y otras infecciones respiratorias, resfríos y los cambios de temperatura.(4,5,9)

El asma es una enfermedad que cursa con diversos grados de severidad, que se relacionan con la intensidad y cronicidad de la inflamación. El interés primordial de agrupar los casos de asma según la severidad del proceso, obedece a la necesidad de adecuar el suministro de los agentes terapéuticos a los requerimientos reales; facilita el manejo a largo plazo, adicionalmente permite juzgar la evolución. Clasificándose de la siguiente manera:

- Estadio 1.- Asma intermitente
- Estadio 2.- Asma persistente leve.
- Estadio 3.- Asma persistente moderada.
- Estadio 4.- Asma persistente severa.

El asma es intermitente, cuando los síntomas aparecen una vez a la quincena, (dos veces al mes); si hay síntomas nocturnos, no son más frecuentes de una vez al mes.

Las pruebas de función respiratoria que miden la mecánica son normales (22), es decir, el volumen Espiratorio Forzado del primer segundo (VEF1) de la capacidad vital forzada (CVF), el índice tiffaneau y el flujo Espiratorio Forzado 25-75) son iguales o mayores del 80% y de lo previsto para su edad y sexo; las diferentes mediciones del Flujo Espiratorio Pico (FEP), no difieren en más del 20% de la cifra basal, variabilidad menor del 20%.

En el estadio 2 los síntomas diurnos se suceden más frecuentemente. De una vez por semana y los nocturnos más de una vez al mes. El VEF1 y el FEF 25-75 son menores al 80% de lo previsto, obstrucción leve (22). Con las mediciones del flujo pico se tienen variaciones entre el 20 y el 30%.

En el estadio 3 los síntomas diurnos aparecen todos los días, pero no más de una vez al día, el paciente utiliza medicación broncodilatadora todos los días y la actividad física está limitada. Los síntomas nocturnos son más frecuentes de una vez por semana.

Desde el punto de vista de la función respiratoria, el VEF1 Y el FEF 25-75, tienen valores inferiores al 80% pero superiores a 60 (obstrucción leve) (22); la variabilidad del Flujo Pico Espiratorio es mayor del 30%.

El estadio 4 se caracteriza por presentar síntomas cotidianos y graves, la actividad física está muy limitada los síntomas nocturnos también aparecen diariamente.

El VEFI y el FEF 25-75 son menores del 60% del predicho (obstrucción moderada) (22) y el F.P.E. Registra variabilidad muy superior al 30%.<sup>(10,11)</sup>

Aceptando al Asma como un padecimiento de evolución crónica, que de manera característica presenta agudizaciones; la severidad del cuadro clínico de fondo, así como de las crisis estará determinada por el grado de inflamación de las vías aéreas y de la intensidad de la hiperactividad; por lo tanto el tratamiento medicamentoso racional será el antiinflamatorio y el broncodilatador.

Es incuestionable que el control del entorno, involucra la disminución de los factores de riesgo ambientales, la educación al paciente y a sus familiares en el automanejo del asma.

Por otro lado el propósito del tratamiento integral es eliminar los síntomas, mejorar la función respiratoria y restaurar el nivel de calidad de vida a través de los siguientes objetivos:

- 1.-Evitar o en su caso atenuar la frecuencia e intensidad de la crisis.
- 2.-Disminuir morbi-mortalidad.
- 3.-Utilizar las dosis mínimas necesarias de los medicamentos.
- 4.-Evitar efectos secundarios indeseables de la medicación.

Como en otros procesos nosológicos , la prevención se puede expresar en tres niveles: a)primaria: con actividades muy generales del tipo de información a la población susceptible (atopia, medio laboral) evitar el tabaquismo materno durante el embarazo, fomentar la alimentación al seno materno, controlar el acro-ambiente del recién nacido, educación a la familia etc., b) la secundaria: antiinflamatorio, bronco protectores, broncodilatadores, inhaloterapia, control ambiental, educación al enfermo y en casos seleccionados inmunoterapia, C) la terciaria: rehabilitación respiratoria e integral, educación a los profesionales del equipo de salud.

Tratamiento farmacológico:

En el estadio I. Asma intermitente: broncodilatadores de acción inmediata P.R.N. Salbutamol, terbutalina, bromuro de ipratropio.

En el estadio 2. Asma persistente leve: -broncodilatadores de acción prolongada: salmeterol, teofilina de desintegración regulada.  
-broncoprotectores: cromoglicato de sodio, nedocromilo.  
-antiinflamatorios: antagonistas de los leucotrienos, corticoesteroides inhalables, beclometasona, fluticasona, budesonida.

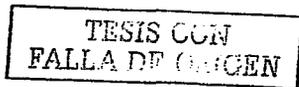
En el estadio 3. Asma persistente moderada: broncodilatadores de acción prolongada y bronco protectores. Los antiinflamatorios, a diferencia del grupo anterior, se utilizan de manera regular, lo más probable es que los esteroides inhalados se tengan que utilizar en dosis moderadas o altas, combinados con los antagonistas de los leucotrienos.

En el estadio 4, Asma persistente severa: son las mismas sólo que en dosis altas: broncodilatadores de acción prolongada, bronco protectores y antiinflamatorios: esteroides inhalados, en este estadio se tienen que adicionar corticoesteroides por vía sistémica. Frecuentemente el control de estos pacientes se debe hacer en el tercer nivel. (9,10,11)

## FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

El término familia proviene del latín famulus, que significa sirviente o esclavo doméstico, en un principio este término se refería a un grupo o conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre, este concepto ha cambiado y en nuestra cultura se entiende a la familia como el grupo formado por marido, mujer e hijos, conservando la responsabilidad de proveer de nuevos miembros a la sociedad, socializarlos, dándoles apoyo emocional y físico, la es la unidad de la sociedad. (12)

La Organización de las Naciones Unidas en el año de 1970 emite como concepto de familia al conjunto de miembros del hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio. Los Americanos la definen como un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción. Los Canadienses la definen como un grupo compuesto de marido, una esposa con o sin hijos, o un padre, madre con uno o más hijos que viven bajo un mismo techo. (13)



#### Funciones de la Familia:

**Socialización:** La tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado, a una persona totalmente independiente de sus padres, en un individuo autónomo, con "independencia" para desarrollarse en la sociedad, capaz de participar y desarrollarse en la sociedad, esta etapa tiene su inicio con la madre, ya que en nuestra sociedad es la encargada de ésta función, la cual se lleva a cabo aproximadamente durante 6 años. Posteriormente habrá otras instituciones colaterales encargadas de la socialización de los hijos, como lo es la escuela primaria, amigos, grupos religiosos, grupos deportivos, etc.

**Cuidado:** Esta función preserva a la especie humana y consiste en llenar las necesidades físicas y sanitarias. Dentro de las funciones se encuentran principalmente : el vestido, la alimentación, la seguridad física, el apoyo emocional.

**Afecto:** esta actitud hacia nuestros semejantes, se ha identificado como un objeto de transacción dentro de las familias. Corresponde a la necesidad de pertenencia y reconocimiento hacia nuestros semejantes. Esta muy en relación con el cuidado.

**Reproducción:** consiste en proveer de nuevos miembros a la sociedad con un compromiso y responsabilidad, incluye aspectos de salud reproductiva y de educación sexual.

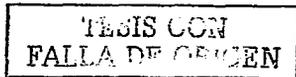
**Estatus:** Al ver que la familia es la institución entre los individuos y la sociedad, es de suma importancia el reconocimiento de este grupo primario en la misma ya que transfiriere derechos y obligaciones con el fin de perpetuar privilegios y logros familiares. El conocimiento de la fase en la que se encuentra la familia es igual si cumple o no con sus funciones, es fundamental en el diagnóstico de familia y determinar cuales funciones requieren atención.

En padecimientos Crónicos como el Asma, cáncer, epilepsia, IRC, etc, se han estudiado ampliamente, las repercusiones en los niños que padecen estas enfermedades y en sus familias. Como por ejemplo en la IRC en los niños, estudios han demostrado un menor rendimiento escolar en comparación con niños sanos, y que muchos de estos niños toman diferentes conductas como por ejemplo el presentar una completa negación de su enfermedad y aislarse de los demás, duermen el mayor tiempo posible y tienen la expectativa de que todo lo malo algún día terminara. y el otro grupo de estos niños se encontraron con constante preocupación por su enfermedad exigiendo una ayuda permanente, convirtiéndolos en pacientes muy dependientes. y como este ejemplo hay muchos en los cuales se ha visto la importancia que tienen los factores psicológicos en los niños con enfermedades crónicas, y la afectación en el núcleo familiar.

El Asma se puede considerar como una enfermedad crónica que se torna agudizada. Tenemos que recordar la importancia de un padecimiento crónico el cual afecta al núcleo familiar. Y paciente en este caso nos referimos a niños de 6 a 12 años, desde como el niño llega a concebir la enfermedad, y como la familia se adapta o no se adapta a esta situación. Se han realizado estudios en los cuales se estudia el concepto salud-enfermedad que tienen niños y jóvenes, en los que refieren la importancia del grado de la enfermedad, la edad del paciente, ya que entre menor edad tenga, menor grado de integración tiene del cuerpo como un todo, la aparición de los síntomas y su adaptación a ellos, la definición que tenga la familia de que es la enfermedad y como se desarrolla la enfermedad, todo esto pone a prueba el funcionamiento familiar.

La familia debe brindar sus recursos y su flexibilidad para adaptarse a circunstancias como por ejemplo: un ambiente agresivo para uno o varios de sus integrantes, la vulnerabilidad o incapacidad física que puede presentar el paciente asmático, el paso por una etapa crítica en desarrollo dentro del ciclo vital familiar y la presencia de una organización familiar inadecuada y rígida.

En otros términos cuando una familia enfrenta estos retos tiende a desarrollar patrones de conducta adaptativos que buscan compensar sus deficiencias, para lo que la familia tendría que desarrollar una reorganización familiar, que le permita hacer frente a una serie de eventos inesperados, como la economía, el tiempo que se dedique al paciente, las preocupaciones, etc. Esta reorganización sirve para que el niño enfermo reciba el apoyo físico y emocional que requiere.



Pero si esto no se llegara a dar, podría presentar incluso desintegración familiar. En este estudio lo que se pretende es saber cual es la funcionalidad o disfuncionalidad en ambas familias y cuales son las funciones mas afectadas en ambas y dar una pauta para trabajos posteriores en los cuales ya se pueda aplicar la psicoterapia a estas familiar y ver avances en la funcionalidad familiar de familias con niños con enfermedades crónicas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿CUÁL ES LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN NIÑOS ASMATICOS  
EN EDAD ESCOLAR EN COMPARACIÓN CON NIÑOS SANOS EN  
EDAD ESCOLAR?

TESIS CON  
FALLA DE EN

## JUSTIFICACION

La finalidad de este estudio es investigar algunos aspectos en cuanto a la funcionalidad familiar en pacientes asmáticos en edad escolar, comparando esta con la funcionalidad familiar en pacientes escolares sanos. Ya que ha sido ampliamente estudiado el paciente asmático durante las crisis asmáticas, brindándole poca atención al paciente asmático en ausencia de las mismas.

El asma es una afección frecuente que, a pesar de la atención que ha recibido en los últimos años, continúa siendo diagnosticada y tratada de manera deficiente. El asma es la causa principal de enfermedad crónica en la infancia y es la responsable de una proporción significativa del ausentismo escolar por enfermedad, Tomando en cuenta que el 80% desarrolla los síntomas antes de los 5 años y un 30% antes de los 2, de ellos el 40% antes del año. Siendo mas frecuente y severa en varones, llegados a la pubertad la frecuencia se empareja. En el 70 al 90% de los niños el cuadro remite entre los 10 y 15 años, en la adultez la recidiva es del 30% podemos decir que el promedio de cura del asma infantil ronda el 50%.<sup>(18)</sup>.

El asma puede conducir a graves trastornos psicosociales en la familia. La relación entre asma bronquial y variables psicológicas ha sido ampliamente estudiada desde la antigüedad, importantes personajes clásicos como Hipócrates, Aratcus o Maimónides estudiaron el asma bronquial y aportaron aspectos psicológicos en sus descripciones del asma.

Hoy en día se han abandonado las posiciones que afirman un papel etiológico de las variables psicológicas en el asma bronquial, sin embargo otros estudios refieren que las variables psicológicas juegan un papel importante en referencia al mantenimiento de la enfermedad. Hay estudios que informan que el 37% de los casos fueron desencadenados por estos factores.<sup>(18,19)</sup>. Y de acuerdo con la prevalencia de asma que es del 10%, y de los 100 millones de personas en el mundo afectadas por esta patología, son aproximadamente 37 millones de personas en el mundo, las que desencadenan las variables psicológicas, de esto es la importancia de llevar a cabo este estudio. Ya que no se cuenta con estudios de este tipo en la literatura.

Y tomando en cuenta el efecto que produce una enfermedad sobre alguno o algunos de sus miembros de la familia, así como la respuesta del grupo familiar para afrontar este evento es necesario realizar investigaciones que nos ayuden a conocer las variables involucradas, para poder ayudar y orientar.

## **OBJETIVO GENERAL**

Comparar como influye la funcionalidad familiar de un grupo de escolares con asma, con un grupo de niños sanos en la consulta externa de la UMF20.

## **OBJETIVOS PARTICULARES**

- Identificar la función familiar en niños asmáticos de 6 a 12 años
- Identificar la función familiar en niños sanos de 6 a 12 años.
- Identificar la jerarquía, roles, autoridad y tipo de comunicación de las familias  
De niños asmáticos de 6 a 12 años
- Identificar la jerarquía, roles, autoridad y tipo de comunicación de las familias  
De niños sanos de 6 a 12 años.

## HIPOTESIS

SE ENCUENTRA MAYOR FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN FAMILIAS DE NIÑOS SANOS EN EDAD ESCOLAR, Y MENOR FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN FAMILIAS DE NIÑOS ASMATICOS EN EDAD ESCOLAR.

TESIS CON  
FALLA DE JEN

## MATERIAL Y METODOS

EL PRESENTE ESTUDIO SE REALIZÓ EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
Nº 20 VALLEJO, DELEG. 01, DEL DISTRITO FEDERAL.

TIPO DE ESTUDIO: TRANSVERSAL , COMPARATIVO.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: EPIDEMIOLOGICO

LA POBLACIÓN DEL ESTUDIO: INCLUYE A NIÑOS ESCOLARES ASMATICOS DE  
6 A 12 AÑOS Y ESCOLARES SANOS DE 6 A 12 AÑOS SANOS. ADSCRITOS A LA  
UMF. Nº20 VALLEJO.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

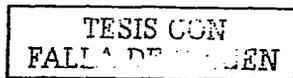
- Pacientes asmáticos que estén adscritos a la UMF. No20.
- Pacientes con cualquier nivel socioeconómico, asmáticos y niños sanos en edad escolar.
- Pacientes asmáticos de 6 a 12 años de edad.
- Niños escolares sanos de 6 a 12 años de edad.
- Que acepten participar en el estudio.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes asmáticos y niños sanos en edad escolar que no acepten participar en el estudio.
- Que Cambien de adscripción.
- Niños asmáticos y sanos menores de 6 años o mayores de 14 años.

### CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no contesten el cuestionario completo.



## VARIABLES UNIVERSALES

### 1.-EDAD.

DC: Medida de duración del vivir, lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona.

DO: Se medirá en años.

Escala de medición: razón.

### 2.-SEXO.

DC: Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales. Que distingue al macho de la hembra, lo masculino de lo femenino.

DO: Se medirá la clasificación: masculino y femenino

Escala de medición: nominal

### 3.-ESCOLARIDAD.

DC: Nivel de estudios alcanzados.

DO: Se medirá el grado de escolaridad

Escala de medición: Ordinal.

### 4.-NIÑO ASMÁTICO.

DC: Paciente que tenga diagnóstico de asma en el expediente clínico.

DO: Se revisará expediente clínico, que tenga al menos una nota con el diagnóstico de asma bronquial. Diagnóstico elaborado por el pediatra.

Escala de medición: cualitativa, dicotómica (si-no)

### 5.-NIÑO SANO.

DC: Capacidad del cuerpo humano para satisfacer las exigencias impuestas por el entorno y la vida cotidiana.

DO: Se revisará expediente clínico, que no tenga diagnóstico de asma, ni de enfermedades de gravedad

Escala de medición: cualitativa, dicotómica (si-no)

## VARIABLES DE ESTUDIO

### 6.-JERARQUÍA

DC:Es la disposición de las personas, animales o cosas, en orden ascendente o descendente, según criterios de clase, poder, oficio, categoría, autoridad.

DO: Se realizará encuesta para clasificar la autoridad en la familia.y medirlo de acuerdo a quien toma la mayoría de las decisiones en la familia.Se medirá de acuerdo a la escala de evaluación de la Dra. Emma Espejel.

Escala nominal: Nominal.

### 7.-ROLES

DC:Es la forma de actuación del individuo al reaccionar ante una situación específica, en la que están involucradas otras personas u objetos. Encontrándose dos tipos de roles fijos y flexibles.

DO: Se medirá de acuerdo a la clasificación de roles fijos y flexibles. Se medirá en la escala de evaluación de la Dra. Emma Espejel.

Fijos: padre ,madre, hijos.

Flexibles: chivo espiatorio, líder, emisario, y portavoz.

Escala de medición: Nominal.

### 8.-LÍMITES

DC:Son las reglas que conscientemente o inconscientemente son formuladas por la familia. También se consideran como fronteras entre una generación y otra (la de los hijos, la de los padres, la de los abuelos).

DO:Se medirá de acuerdo a límites claros y difusos.Se medirá de acuerdo a la escala de evaluación de la Dra. Emma Espejel.

Escala de medición:Nominal.

### 9.-ALIANZAS

DC: Se le llama alianza a la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia. Las más funcionales son las que incluyen a los miembros de la misma generación, la de los esposos y la de los hermanos.

DO:Se medirá con la escala de evaluación de la Dra. Emma Espejel.

Escala de medición:Nominal.

### 10.-COMUNICACIÓN

DC:Es el intercambio de información y el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través de los cuales la gente se relaciona con los demás.

DO:Se medirá con la escala de evaluación de la Dra. Emma Espejel.

Escala de medición:Nominal.

## 11.-AFECTOS

DC:Las manifestaciones verbales y no verbales de bienestar o malestar que son utilizadas entre los miembros de la familia.

DO:Se medirá con la escala de evaluación de la Dra. Emma Espejel.

Escala de medición:Nominal.

## 12.-Funcionalidad Familiar.

DC:Es la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

DO:Se medirá de acuerdo a la clasificación de familia funcional o disfuncional, de acuerdo a la escala de medición de Emma Espejel.

Escala de medición: cualitativa, dicotómica.



## METODOLOGIA

Se realizo la búsqueda en el servicio de ARIMAC de la unidad de Medicina Familiar No.20. En las hojas diarias (4-30-6), de ambos turnos, y de todos los consultorios de la unidad. Buscando pacientes con diagnostico de asma bronquial, anotando nombre, numero de afiliación al seguro social, turno y consultorio, posteriormente se acudió a cada consultorio en el turno correspondiente, en los expedientes se reviso que se encontraran con el diagnostico de asma bronquial, el cual fuera emitido por el pediatra, la edad del paciente, el sexo, dirección y teléfono. Se pidió a los familiares de los pacientes una cita para la realización de los cuestionarios. Se les explico acerca del estudio a realizar y se acudió a sus domicilios para realizar las encuestas.

También se acudió a los diferentes consultorios en busca de niños de 6 a 12 años que acompañaran a algún familiar, o que acudieran a consulta de niño sano, se les explico acerca del estudio y a los familiares que aceptaron participar se les pidió nombre, numero de filiación, consultorio y turno para la revisión de expediente y verificar la ausencia de enfermedades cronicas, antecedentes de importancia, posteriormente se les realizo el cuestionario.

Se realizo una base de datos, los cuales se procesaron en el programa estadístico SPSS 11.

Se presentan los resultados a continuación.

## PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Se estudiaron 258 familias con hijos de seis a doce años de edad. El primer grupo integrado por 129 familias con hijos diagnosticados como Asma bronquial, y el segundo grupo formado por 129 familias de niños de seis a doce años, los cuales se encontraron sanos, ambos grupos que estuvieran adscritos a la UMF. No20. Vallejo.

Al total de las familias se les aplico el TEST de Funcionalidad Familiar de la Dra. Emma Espejel. En donde se observa lo siguiente:

En cuanto a edad, el mínimo de la edad fue de 6 y el máximo de 12 años, moda de 6, mediana de 8.01, Desviación estándar de 1.725 y la varianza es de 2.977.

En la variable sexo encontramos 130(50.4%) femeninos, y 128 (49.6%) masculinos.

Por medio del test de Emma Espejel, se obtuvo la siguiente información:

De las 129 familias con niños con asma se obtuvieron 117 familias que son funcionales, y 12 familias disfuncionales. En las 129 familias con niños sanos se obtuvieron 120 familias que son funcionales, y 9 que se encontraron disfuncionales. Al realizar la prueba estadística de  $X^2$  se encontró un resultado de 4.95 y una P de 0.65 lo cual demuestra que no existen diferencias significativas en la disfuncionalidad familiar en los dos grupos de pacientes. Los resultados para cada uno de los items que conformaron el test de funcionalidad familiar son los siguientes:

En Control : 70 familias que fueron funcionales y 59 familias disfuncionales en familias con niños asmáticos. 92 familias funcionales, y 37 familias disfuncionales en familias con niños sanos. La prueba de  $X^2$  tuvo un valor de 8.03, con un OR:2.10, IC (1.21-3.63) 95%,P:0.004.

Autoridad : 55 familias funcionales , 74 familias disfuncionales en familias con niños asmáticos, Y 98 familias funcionales, 31 familias disfuncionales en familias con niños sanos. La prueba de  $X^2$  tuvo un valor de 4.25, con un OR :4.25, IC(2.41-7.53) 95%, P:0.000.

Supervisión: 86 familias funcionales ,43 familias disfuncionales en familias con niños asmáticos, Y 95 familias funcionales, 34 familias disfuncionales en familias con niños sanos. La prueba de  $X^2$  tuvo un valor de .221.

Afecto: 113 familias funcionales, 16 familias disfuncionales en familias con niños asmáticos, y 100 familias funcionales , 29 familias disfuncionales en familias con niños sanos. La prueba de  $X^2$  tuvo un valor de 4.55, con un OR:2.05, IC (1-4.21) 95%, P:0.032.

Apoyo: 84 familias funcionales, 45 familias disfuncionales en familias con niños asmáticos, y 92 familias funcionales, 37 familias disfuncionales en familias con niños sanos. La prueba de  $X^2$  tuvo un valor de .285.

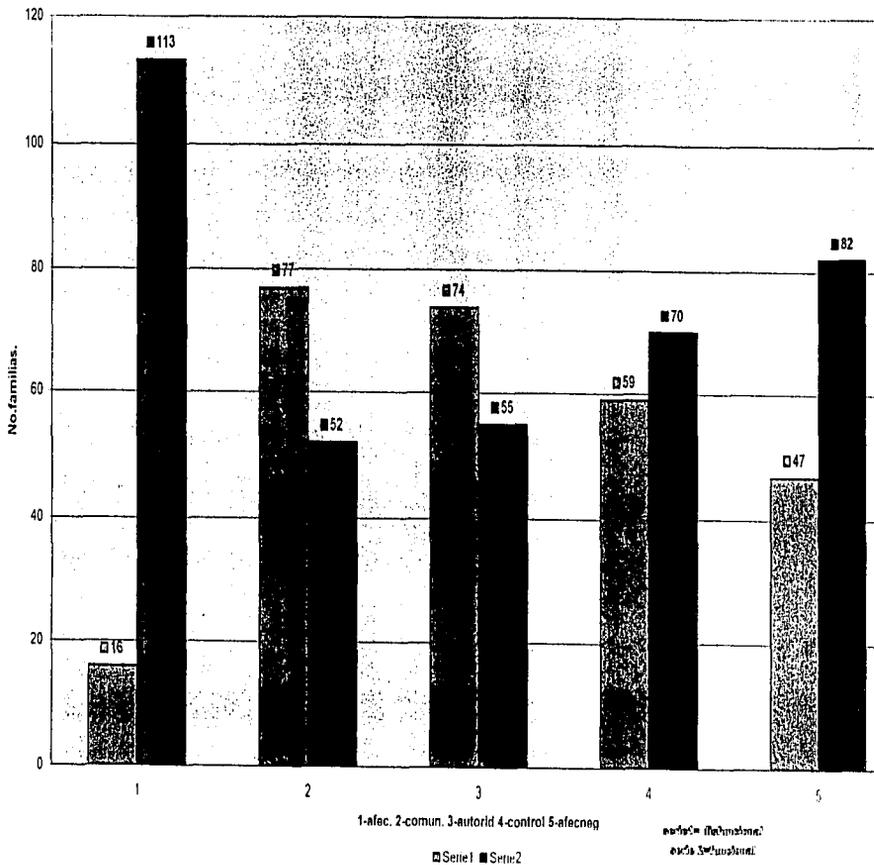
Conducta Disruptiva: 73 familias funcionales, 56 familias disfuncionales en familias con niños asmáticos, Y 83 familias funcionales, 46 familias disfuncionales en familias con niños sanos. La prueba de  $X^2$  tuvo un valor de .203.

Comunicación: 52 familias funcionales, 77 familias disfuncionales en familias con niños asmáticos, y 103 familias funcionales, 23 familias disfuncionales en familias con niños sanos. La prueba de  $X^2$  tuvo un valor de 42.03, OR: 5.87, IC(3.25-10.65) 95%, P: .000.

Afecto Negativo: 82 familias funcionales, 47 familias disfuncionales en familias con niños asmáticos, y 101 familias funcionales, 28 familias disfuncionales en familias con niños sanos. La prueba de  $X^2$  tuvo un valor de: 6.79, OR:2.07. IC( 1.15-3.73) 95%, P:0.009.

Recurso: 89 familias funcionales, 40 familias disfuncionales en familias con niños asmáticos, y 99 familias funcionales, 30 familias disfuncionales en familias con niños sanos. La prueba de  $X^2$  tuvo un valor de .161.

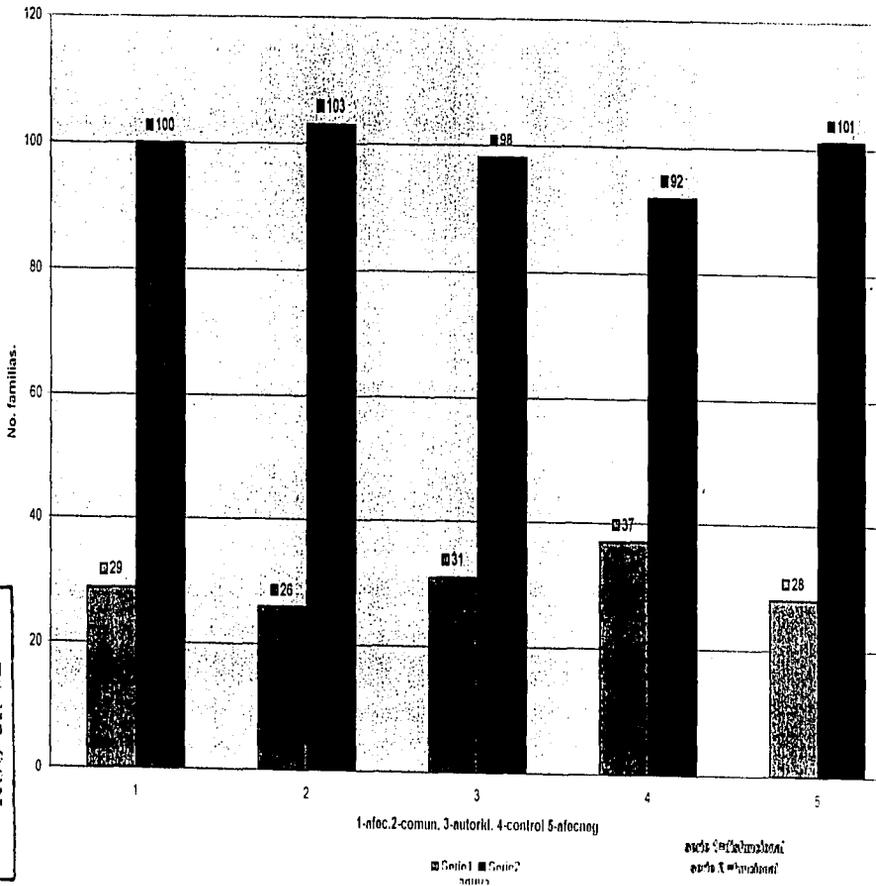
# FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN FAMILIAS CON NIÑOS ASMATICOS



# FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN FAMILIAS CON NIÑOS SANOS

24

TESIS CON  
FALTA DE ENTEN  
DIMIENTO



1-nfec. 2-comun. 3-autorkl. 4-control 5-nfecney

■ Serie 1 ■ Serie 2

Series 1: Control  
Series 2: Funcionalidad

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en familias con pacientes asmáticos en comparación con los sanos. Lo anterior debido al tipo de calificación global que se utiliza en el test de la Dra Emma Espejel. Al analizar cada uno de los ítems que conforman el test de funcionalidad se encontró lo siguiente. Los ítems que se refieren a: supervisión, apoyo, conducta disruptiva y recurso, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos. Los ítems en los cuales se encontraron diferencias estadísticamente significativas fueron: autoridad, afecto, comunicación, afecto negativo y control.

A continuación se analiza cada una de ellas:

La autoridad nos evalúa la eficiencia de la autoridad dentro de la familia. Considera como más funcionales a aquellas familias donde la autoridad reside en el subsistema parental y es compartida por ambos padres. La explicación que damos es la siguiente: La autoridad en las familias con niños asmáticos se encuentra centrada en el niño o en alguno de los padres, por lo que habrá que fortalecer esa jerarquía o autoridad en ambos padres. Esto concuerda con la literatura. (18,19)

En autoridad se observó que las familias con niños asmáticos tienen una asociación de 4.25 veces más de presentar disfuncionalidad que las familias con niños sanos, con un Intervalo de Confianza (IC) a 95% de (2.41-7.53). Y la P: .000.

En comunicación se evalúa la forma de relación verbal o no verbal que se da dentro de una familia. Nuestra explicación en el resultado que se obtuvo es que los familiares con pacientes asmáticos muchas veces evitan de alguna forma la comunicación entre ellos, para tratar de evitar el tocar temas referentes a la enfermedad del paciente y no recordarlo o hacer sentir mal al paciente. El resultado de el análisis que se observó es que las familias de pacientes asmáticos presentan 5.87 veces más asociación en presentar disfuncionalidad familiar que en familias con niños sanos. Con un IC de 95% a (3.25-10.65). Y la P: .000.

En Afecto se evalúa cómo se presentan las muestras de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia. Es interesante nuestro resultado ya que se observó que en las familias con niños asmáticos se asocian 2.05 con funcionalidad familiar que en niños sanos. Parece ser que los niños asmáticos tienen funcionalidad afectiva, sin embargo la percepción del paciente evaluada en el ítem de afecto negativo que se refiere a la sensación que el tiene acerca de su familia es disfuncional dos veces más que en niños sanos. Esto quiere decir que a pesar de que la familia proporciona afecto adecuado este no es percibido por el paciente asmático. En afecto negativo lo encontrado fue: IC a 95% a (1.15-3.73). Y una P:0.009.

Control evalúa cómo se manejan los límites y los modos de control de conducta. Considera como más funcionales a las familias con límites bien establecidos y respetados. Nuestra explicación en este ítem, es que los pacientes asmáticos tienden a presentar límites difusos, debido a que la autoridad por lo regular también se encuentra disfuncional, Cuando la autoridad se vuelve disfuncional por que esta se aumenta en la mayoría de las veces en los pacientes asmáticos, los límites también por lo regular se vuelven disfuncionales. por lo que estos pacientes requieren control por la autoridad. Se observó que las familias con niños asmáticos se asocian 2.10 veces mas con disfuncionalidad familiar que en niños sanos. Con un IC del 95% a (1.21-3.63), Y P:0.004.

## CONCLUSIONES

Se encontró que con el test de evaluación de funcionalidad familiar de la Dra. Emma Espejel, la evaluación global no es específica, pudiendo dar resultados erróneos, Por lo que es conveniente evaluar cada uno de los ítems en forma individual Para evaluar funcionalidad familiar .

De acuerdo a los resultados de este estudio, las familias con niños asmáticos tienden a presentar mayor disfuncionalidad familiar que los sanos en ítems como autoridad, control, afecto negativo y comunicación, y presentan mayor funcionalidad en el ítem de afecto, y no encontrando asociación estadísticamente significativa en ítems de apoyo, conducta disruptiva supervisión y recurso.

Por lo que es importante la atención del paciente asmático y su familia, por parte del Médico Familiar de una forma integral, Teniendo conocimiento de cuales son las funciones familiares que con mayor frecuencia están afectas en estos pacientes, y una vez teniendo el conocimiento de estos iniciar manejo con psicoterapia familiar en las familias con pacientes asmáticos. Es de suma relevancia que nosotros como médicos del primer nivel de atención, nos preocupemos por investigar y dar adecuado manejo a los factores familiares que influyen en la disminución y principalmente en el agravamiento de la enfermedad, identificándolos para ayudar a su resolución mediante el adecuado abordaje al paciente y a su familia, tratando de disminuir la presentación de crisis asmáticas e internamientos frecuentes.

TESIS CON  
FALLA EN  
EN

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El asma es una enfermedad que día a día toma mayor auge en nuestra sociedad ya que se ha observado un aumento importante de casos y en la repetición de crisis asmáticas. Enfermedad que tiene una importante relación con los factores psicológicos los cuales pueden exacerbar la presentación de crisis asmáticas de ahí la importancia de conocer la funcionalidad familiar en familias de pacientes asmáticos en comparación con familias de niños sanos, para identificar los aspectos que se encuentran disfuncionales, y una vez conocidos estos y de continuar con este tipo de estudios que con la aplicación de psicoterapia familiar se pueda ayudar a disminuir la disfuncionalidad si es que la hay. Y posteriormente se pueda encontrar una disminución de las crisis asmáticas.

**OBJETIVO:** Comparar como influye la funcionalidad familiar de un grupo de escolares con asma, con un grupo de niños sanos en la consulta externa de la UMF.20.

**MATERIAL Y METODOS:** Tipo de estudio fue Transversal, comparativo. Se realizo en la UMF.20 Vallejo. Se aplicaron 258 cuestionarios de evaluación familiar (Dra. Emma Espejel). Dividido en dos grupos 129 familias con niños asmáticos y 129 familias con niños sanos. En familias Adscritas a la UMF.20 Vallejo, de la Delegación INO. Del DF.

**RESULTADOS:** Se encontró que en items del test de evaluación familiar, como en supervisión, apoyo, conducta disruptiva y recurso no hubo diferencias estadísticamente significativas en los dos grupos. Los factores asociados a la disfuncionalidad familiar fueron: Autoridad, comunicación, control, afecto y afecto negativo, estos factores nos refieren que estas familias se encuentran con una falta de comunicación entre ellos, que la jerarquía esta disfuncional por que probablemente se encuentra aumentada en el paciente, siendo probable que sus límites se encuentren difusos, y que el afecto se encuentra funcional en estas familias pero que es probable que el paciente no lo perciba adecuadamente por lo que nos da como resultado disfuncionalidad en afecto negativo.

**CONCLUSIONES:** Se observo la relación que guarda la presencia de disfuncionalidad familiar en familias con niños asmáticos en comparación con familias con niños sanos respecto a algunos items. De esta forma se puede sugerir su manejo de estas familias con psicoterapia familiar para ayudar a reforzar los items que ocasionan mayor disfuncionalidad. Y mantener estables los que se encuentran funcionales. Se encontró que con este material de evaluación que se utilizo de mayor utilidad evaluar de forma individual los items. del test de evaluación que en forma global. para tener una adecuada evaluación de funcionalidad familiar.

TESIS CON  
FALLA DE MEN

## BIBLIOGRAFIA

- 1.-A.Greenberger. Asma. Atención inmediata y a largo plazo; Atención Medica 1999;12(8):27-39.
- 2.-M. Sherrman. Asma. Como mejorar el apego al tratamiento; Atención Medica 1999;12(11):54-60.
- 3.-Behrman,Kliegman,Arvin.Asma.Nelson. Tratado de Pediatría. Mc Graw-Hill interamericana. 15ed. Vol. 1. 787-801.
- 4.-Hernández M. Asma bronquial, Pediatría. Ed. Díaz de Santos, S.A. 1987;527-541.
- 5.-Valenzuela,R.H. Alergias. Manual de Pediatría 1990:10ed Interamericana:708-12.
- 6.-Piña,D. 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 ginecopediatría 3<sup>A</sup>.Tesis UMF #20 2002:4-16.
- 7.-Gomes.F.J,Irigoyen C. A Ponce R. Selección y análisis de instrumentos para evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch.Med. Fam. 1999;1:45-57.
- 8.-Jiménez F. Lilian. Fernández M. Luis. Comportamiento del asma bronquial en la edad pediátrica. Rev. Cubana Med Gen Integ. 2001;17(1):43-9.
- 9.-Asma bronquial. <http://www.Amadeoasma.htm> 2002.
- 10.-Actualizaciones de Asma h<http://sites.netscape.net/garavroberto/abril.htm>.
- 11.-Lineamientos Institucionales para desarrollar un programa nacional de Asma. PRONASMA 2000.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

12.-Irigoyen C.A. Diagnostico de salud Familiar.:Fundamentos de Medicina Familiar.México.Ed. Mexicana de Medicina Familiar. 2000:109-128.

13.-Ceitlin J. Gómez.G. Elementos esenciales.Fundamentos y principios de la Medicina Familiar. Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo. Ed. SemFYC.1997:3-88.

14.-Irigoyen Ca. Elementos del Diagnostico de Familia. Diagnostico Familiar.6ª Ed.Mexicana de Medicina Familiar. 2000, 5-40.

15.-HuertaJ.L. La Familia en el proceso salud enfermedad, material UMF#20:21-52.

16.-Epidemiología del asma. Internet. Scope/PAC-c2/epidemiología.

17.-Lic Geydy Rodríguez López, Dr. Juan Carlos Rodríguez Vázquez. Factores psicológicos del asma bronquial. Rev. Cubana. Med 1996;35(1)76-82.

18.-Mrazek, D.A y Klinnert, M(1996).Emotional stress hors and the onset asthma. En C.R. Pfeffer(Ed) , severe stress and mental disturbance in children (pp.211-224),Washington:American Psychiatric Press.

19.-Vázquez, MI. Y Buceta, J.M (1996). Tratamiento psicológico del asma bronquial. Madrid:pirámide.

20.-Vazquez,MI y Buceta, J.M (1993) Effectiviness of self-management programmes and relaxation training in the treatment of brochal asthma:relationships whit trai anxiety and emocional attack triggers. Journal of Psychosomatic Research,37, 71-81.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1.-¿Hay en su familia algún o algunos miembros considerados como los más trabajadores?

(4)ambos o todos (3)un padre o hijos (2)otro miembro que no sea el padre (1)nadie o un hijo pequeño

2.-¿quién organiza la alimentación en la familia?

(4)ambos o todos (3)cualdo los 2 padres trabajan, (2)todos y otra persona, cuando uno (1)nadie o un hijo pequeño cuando es cuando se encarga un hijo. de los padres trabaja. queño cuando es Tan los padres.

3.-¿Hay algún o algunas personas que sean mas reconocidas y tomadas en cuenta?

(4)ambos o todos (3)un solo miembro no parental (2)otro miembro familiar (1)nadie u otro miembro no Familiar.

4.-Si se reñe su familia para ver la televisión ¿quién decide el programa?

(4)ambos o todos (3)un padre o hijo en forma alterna (2)otro miembro familiar (1)nadie u otro no familiar.

5.-¿quién o quienes de la familia tienen más obligaciones?

(4)todos, nadie o el subsistema parental (3)un solo padre mas otro (2)otro miembro familiar (1)si son los hijos uno o varios hijos Subistema

6.-¿quién o quienes de su familia intervienen cuando los padres discuten o pelean entre sí?

(4)nadie (3) otro no familiar (2) otro miembro familiar (1) todos o cualquier otro.

7.-En los problemas de los hijos ¿quién o quienes intervienen?

(4)ambos padres (3)un miembro parental (2)hermanos, otro miembro familiar (1)otro no familiar, otro familiar, nadie, todos.

8.-¿quién reprende a los hijos cuando cometen una falta?

(4)ambos (3)un solo padre u otro familiar. (2)otro miembro familiar o (1) todos o nadie. Ausencia de padres. Hermanos.

9.-Si existen horarios para comer o llegada a la casa ¿quienes respetan los horarios?

(4)todos o nadie de (3) todos respetan menos (2)cualdo una sola persona (1)nadie o no existe Acuerdo a ciclo vital el parental. Lo respeta horarios.

10.-Si uno de los padres castiga al hijo ¿quién interviene?

(4)no ha ocurrido, el padre (3)otra persona en ausencia (2) todos o cualquiera que (1)nadie Del otro padre se oponga

11.-¿cuándo alguien invita a la casa a quien se le avisa?

(4)avisan padre a madre (3)dependiendo del acuerdo (2)a veces de acuerdo previo (1)no avisan Madre a padre, o hijos A padres. previo

12.-¿quienes participan y quienes no en la economía familiar?

(4)padre o padres que trabajan (3)hijos que trabajan y participan (2)otros familiares o hijos (1)cualdo tra En el contexto que costean sus estudios bajan y no Participan

13.-Si cada quien tiene obligaciones definidas ¿quién sustituye a quien para cumplirlas cuando no puede hacerlo el responsable?

(4)cualquiera que sustituya (3)sustituye a la persona (2)es sustituido pero no por (1)no se sustituye Y sea adecuado Adecuada de otro subsistema la persona adecuada.



14.-En las decisiones importantes ¿quién participa?

- (4)sistema ejecutivo o todos Cuando están en edad . (3)cuando decide uno de los hijos en ausencia de la Adecuada. (2)cuando decide uno de los hijos en presencia de Los padres. (1)cuando decide los hijos u otro familiar.

15.-Para ausentarse de la casa, ¿quién le avisa o pide permiso a quien?

- (4)si se avisa a la persona Adecuada (3)se avisa a otra persona en ausencia de los padres. (2)avisa pero no a la persona Adecuad (1)no se avisa.

16.-Cuando alguien comete una falta ¿quién y como castiga?

- (4)ambos padres o un solo Dependiendo del ciclo vital (3)un solo padre o un hijo dependiendo de la lidad y contexto (2)cuando en presencia de los padres castigan a los hijos (1)no se castiga o castiga otro familiar

17.-Si acostumbran a hacer promesas sobre permisos o castigos ¿quiénes las cumplen siempre?

- (4)cualquiera dentro del Mismo subsistema (3)cuando a veces cumplen y a veces no (2)cuando uno de los padres cumple y el otro no (1)cuando consistentemente dejan de cumplir padres o hijos.

18.-Cuando alguien se siente triste, decejado o preocupado ¿quién pide ayuda?

- (4)cualquiera dentro del Mismo subsistema (3)cuando la pide el subsistema jerárquico superior. (2)se pide ayuda externa (1)nadie.

19.-¿quiénes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?

- (4)cuando se alternan salidas Entre sistemas (3)siempre o casi siempre por subsistemas. (2)rara vez por subsistema (1)nunca salen o Siempre salen Todos juntos.

20.-En esta familia ¿quién protege a quien?

- (4)todos, cuando es del subsistema Superior o igual (3)cuando un padre protege y el otro es sustituido (2)cuando hay sobreprotección de Cualquiera (1)nadie u otro familiar.

21.-Si conversan ¿quién lo hace con quien?

- (4)cuando se cubre Comunicación por completo (3)cuando se da en cada subsistema (2)comunicándose otros familiares o no familiares o no se comunican Entre subsistemas (1)cuando no se comunican

22.-si consideran que expresan libremente sus opiniones ¿quienes son los que lo hacen?

- (4)todos (3)cuando se da en cada Subsistema (2)los subsistemas con exclusión de miembros, con otros familiares (1)nadie

23.-¿quiénes tienen mejor disposición para escuchar?

- (4)todos (3)un subsistema o un Miembro del subsistema (2)familiar o no familiar o no se comunican entre subsistemas (1) nadie Con otro con exclusión de alguno

24.-Cuando entre alguno de ustedes se toma una decisión importante ¿A quienes se les hace saber con claridad?

- (4)cuando un subsistema lo comunica a otro (3)cuando los acuerdos son parciales (2)cuando es necesaria la intervención de otro familiar (1)cuando no se comunican autocritica o no hay acuerdos.

25.-¿quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos?

- (4)cuando ambos o uno de los Padres interviene (3)cuando interviene un sustituto parental (2) cuando varios subsistemas intervienen (1)nadie según la edad

26.-¿quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?

- (4)padre madre o ambos (3)cuando interviene un (2)cuando habiendo padres (1)todos y nadie dependiendo  
Sustituto parental en es otro quien se responsabiliza del ciclo  
Ausencia de padres.

27.-Para transmitir los valores más importantes de la familia ¿quién se responsabiliza de transmitirlos y su vigencia?

- (4)los padres (3)un solo padre (2)otro familiar o no familiar en (1)nadie.  
Ausencia de hijos o padres.

28.-Cuando algo se descompone ¿quién organiza su reparación?

- (4)subsistema parental (3)siempre un solo de (2)los hijos u otro familiar (1)nadie  
O un padre y un hijo los padres.

29.-Quien o quienes participan en la solución de un problema grave?

- (4)padre madre o (3)un solo padre o todos (2)otro familiar o hijos (1)nadie  
Ambos según ciclo vital

30.-¿quiénes tomaron la decisión de vivir en este lugar?

- (4)padre madre o ambos (3)solo uno de los padres (2)los hijos u otro familiar (1)otro no familiar, no hubo  
O una institución acuerdo.

31.-En esta familia ¿quiénes son los más alegres o los que se divierten más?

- (4)todos (3) casi todos (2)cuando solo uno o un subsistema se divierte (1)nadie

32.-¿quién en esta familia estimula las habilidades y aptitudes?

- (4)padre madre o todos (3)uno de los padres (2)los hijos u otros (1)nadie.  
Familiares o no familiares

33.-¿Quiénes en la familia se abrazan espontáneamente?

- (4)todos (3)cuando solo se da dentro del subsistema (2)cuando se excluye (1)nadie o solo con otros familia-  
A uno de los miembros res o no familiares.

34.-Cuando se llegan a enojar en esta familia ¿quiénes son lo que lo hacen y con quiénes?

- (4)cualquiera de los (3)a veces cualquiera y (2)frecuentemente cualquiera con (1)muy frecuentemente  
Subsistemas o hablándolo poca comunicación poca comunicación se enojan y se dejan de  
Hablar.

35.-Se han llegado a golpear en esta familia? ¿quién con quien?

- (4)nadie a nivel de (3)los padres o los hijos depen (2)los hijos entre si dependiendo (1)hijos a padres,pa-  
Juego de los niños diendo del ciclo vital del tipo de golpes y edad. Dres entre si, otros  
Familiares o no  
Familiares.

36.-En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o algún tipo de estimulante?

- (4)nadie (3)cuando alguien lo hace de manera (2)cuando se hace frecuentemente (1)cuando uno o varios lo  
Social rara vez alguien o algunos social o no hacen por adición.  
Social

37.-¿quién tiene o ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, el trabajo o con los demás?

- (4)nadie (3)alguien dentro del subsistema hijos (2)alguien del subsistema (1)todos frecuentemente.  
Parental

38.-Si en esta familia ha habido problemas con la autoridad (policía, jefes, maestros, etc) ¿quién los ha  
tenido?

- (4)nadie (3)alguien alguna vez (2)frecuentemente alguien del (1)muy frecuentemente cualquier subsiste-  
Subsistema hijos ma.

39.-¿quién ha presentado un problema emocional?

- (4)nadie (3)alguna vez alguien cualquier (2)uno o varios involucrados el (1)uno o todos continuamente o  
Subsistema parental mas de cada subsistema.

40.-¿quién en la familia se aísla? (4)nadie (3)a veces alguien de los hijos (2)frecuentemente el subsistema  
parental (1)uno o algunos muy

Frecuentemente.

FUNCIÓN	PREGUNTA PUNTAJE	SUMA	DISFUNCIONAL	FUNCIONAL
AUTORIDAD	1,3,4,5,11,12,14,2 8,38,40		<34	>35
CONTROL	8,10,17,26,31,34, 35,40		<25	>25
SUPERVISIÓN	16,25,26,28		<0=14	>14
AFECTO	22,23,24,27,31,32 .33		<21	>21
CONDUCTA DISRUPTIVA	5,9,36,37,38,39, 40		<15	>15
COMUNICA- CIÓN	4,10,15,18,19,21, 22,36,38		<30	>0=30
AFECTO NEGATIVO	6,15,29,34		<13	>0=13
RECURSO	2,12,13,14,17,40		<0=20	>20
PUNTAJE GLOBAL	TODOS		<130	>130

TESIS CON  
FALLA DE GEN