



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES PORTADORES
DE ASMA EN LA POBLACIÓN INFANTIL”**

T E S I S

**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE:**

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. MARÍA LUISA HERNÁNDEZ DELGADO

ASESOR CLÍNICO

DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO

ASESOR METODOLÓGICO

DR. FELIPE ORTIZ CONTRERAS

ASESOR EXPERIMENTAL

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO

**DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN DE
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 “GABRIEL MANCERA”**

CD. DE MÉXICO, D. F. 2009

No DE REGISTRO: R-2009-3609-25



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.



**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
PACIENTES PORTADORES DE ASMA EN
LA POBLACIÓN INFANTIL”**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
PORTADORES DE ASMA EN LA POBLACIÓN
INFANTIL”**

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE:**

M E D I C I N A F A M I L I A R

PRESENTA

DRA. MARIA LUISA HERNÁNDEZ DELGADO.

AUTORIZACIONES

ASESOR

**DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No 28 “GABRIEL MANCERA”**

ASESOR METODOLÓGICO

**DR. FELIPE ORTIZ CONTRERAS
MEDICO ESPECIALISTA EN ALERGOLOGIA
ADSCRITO AL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No 1
“CARLOS MAC GREGOR SANCHEZ NAVARRO”**

INDICE

	PAGINAS
1 MARCO TEÓRICO	
1.1 Antecedentes del tema	1
1.2 Planteamiento del problema.....	12
1.3 Justificación.....	13
1.4 Objetivos	
1.4.1 Objetivo general.....	14
1.4.2 Objetivo específicos.....	
1.5 Hipótesis	
1.5.1 Hipótesis alterna.....	15
1.5.2 Hipótesis nula.....	
2 MATERIAL Y METODOS	
2.1 Tipo de investigación.....	16
2.2 Diseño de investigación del estudio.....	17
2.3 Población o universo.....	18
2.4 Muestra.....	19
2.5 Criterios de selección	20
2.5.1 Criterios de inclusión.....	
2.5.2 Criterios de exclusión.....	
2.6 Variables	
2.6.1 Definición conceptual.....	
2.6.2 Definición operacional.....	21

2.7	Diseño estadístico.....	26
2.8	Instrumento de recolección de datos.....	27
2.9	Método de recolección de datos.....	28
2.10	Maniobras para evitar y controlar sesgos.....	29
2.11	Cronograma.....	30
2.12	Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento Del estudio.....	31
3.	Resultados.....	33
4.	Discusión.....	42
5.	Conclusión.....	44
6.	Bibliografía.....	45
7.	Anexos.....	51

ANTECEDENTES

Es en la familia en la que transcurre la vida del individuo, y en ella también recibe la información y los estímulos más determinantes para su estructuración biológica y psicológica, así como para su socialización. En el proceso de identidad del individuo son muy importantes las figuras de la madre y del padre al grado que se identifica con ellas parcial o totalmente. La organización mundial de la salud señala que por familia se entiende “a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio “se ve a la familia como el grupo que en la mayoría debe predominar dentro de la sociedad, y que cada uno de los roles de cada uno de los integrantes está determinado según la estructura y conformación de la misma.” ⁽¹⁾

La funcionalidad familiar se apoya en teorías y disciplinas científicas. Generalmente, la evaluación de la familia se ha basado en la teoría sistémica, con base en esta teoría, la familia se define como una unidad organizada, integrada por elementos (individuos) y subunidades (padres, hijos, etc.), que conviven unos con otros en una relación consistente y duradera. La organización de estos elementos es característicamente determinada por la relación jerárquica entre padres e hijos. La familia es como un sistema y sus integrantes como elementos del mismo, se evidencia que el sistema y cada uno de sus compañeros serán afectados en su comportamiento y desarrollo individual así como por la naturaleza de las relaciones que existen entre ellas. La evaluación de la familia impone en el uso de instrumentos y modelos con sustento teórico, basados en investigaciones que los respalden, apoyándose en tres elementos fundamentales que pretenden medir y el grado de confianza que se pueda tener de la medición. ⁽²⁾

Para que una familia pueda tener un funcionamiento satisfactorio son necesarios varios factores:

1) La relación de la pareja debe ser firme, madura y estable, creándose entre cada miembro una relación creativa y una comunicación clara teniendo presente el rol que le corresponde a cada uno de ellos; 2) La autonomía de cada uno de los miembros debe ser respetada; 3) La toma de decisiones para la búsqueda de una solución debe ser apropiada para cada problema, no para luchar por el poder; 4) Debe existir flexibilidad para cambiar cuando las demandas internas o ambientales así lo exijan de manera que se conserve la homeostasis funcional sin que el miembro de la familia desarrolle síntomas. ⁽³⁾

Para atender a los pacientes que sufren enfermedades crónicas desde una perspectiva global, se necesita comprender, además de las características propias de la enfermedad, las peculiaridades y necesidades del enfermo y de su entorno familiar. Stein y Riessman han definido el impacto familiar de la enfermedad crónica de un niño como el efecto de esta en el sistema familiar. Estos autores señalan que los problemas de salud de un niño producen cambios en los miembros de la familia, quienes se ven forzados a adaptarse a la nueva situación. ⁽⁴⁾

En México, tradicionalmente la madre es quien se ha dedicado a cuidar a los hijos; el padre ha sido frecuentemente una figura errática, más distante y con un papel más alejado. La madre acapara la atención del hijo y es objeto de especial atención por parte del mismo. Se sabe que hay mayor predominio de la figura materna en México, por lo menos hasta los tres años de vida del niño; la dedicación materna es importante y vital en este periodo, ya que sin amor, él sufre carencias afectivas que pueden llegar a crear síntomas orgánicos y afectivos. Esta desarmonía se ha relacionado con la incapacidad infantil para el manejo de la propia angustia y con la aparición de síntomas orgánicos.

La enfermedad crónica de un niño, produce consecuencias adversas en el bienestar emocional de su madre, que puede manifestarse con sentimientos de tristeza, ansiedad, mal humor, etc., estas consecuencias pueden variar dependiendo de sus características personales, su vulnerabilidad y su manera de responder a la enfermedad. ⁽⁵⁾

Se sabe que los niños con asma leve son aquellos que reciben más tranquilidad de parte de sus padres, mientras que los niños con asma grave suelen tener menos apoyo parental. La manera como las madres valoran el impacto de la enfermedad de sus hijos en ellas y en el resto de la familia, se relaciona con el estado-funcional del niño enfermo, con la apreciación de la enfermedad vista como una “carga” o con el estrés que la madre experimenta como cuidadora del niño.⁽⁶⁾

La enfermedad crónica de un hijo, puede ser motivo de estrés e inseguridad para los padres y para el resto de los miembros de la familia, no sólo por la incertidumbre y ambigüedad propias de las enfermedades crónicas, sino por las necesidades especiales y de mayor cuantía que exige de los padres, por la necesidad de mayores recursos económicos y por la perturbación de las relaciones entre los miembros de la familia. El acoplamiento de la familia a la enfermedad de uno de sus miembros, conlleva cambios en su estilo de vida. La familia tiene que ajustarse a los protocolos de la medicación y a los distintos tipos de tratamiento así como a los frecuentes cuidados de salud que se adhieren a las actividades de su vida diaria. De acuerdo con esto el estilo de vida de las familias de los niños con enfermedades crónicas también puede verse alterado porque en los padres se generan conductas sobreprotectoras, que con llevan a que las distintas actividades familiares giren en torno a las necesidades del niño enfermo. El miembro de la familia que se encuentra enfermo constituye un estímulo ambiental central que afecta a su familia y mayoritariamente, a la persona que se encarga de su cuidado. ⁽⁷⁾

En el ámbito de las enfermedades crónicas, el modelo biopsicosocial considera al enfermo como un agente social. La alteración de la dinámica familiar constituye un problema en las familias que tienen niños con enfermedad crónica. Cuando un padre o madre se encarga del cuidado del niño enfermo, el impacto en las relaciones interpersonales repercute entre todos los miembros: entre padres, los padres y los otros niños, los padres y el niño enfermo, el niño enfermo y sus hermanos y, entre la familia y otras personas.

La enfermedad puede provocar cambios en el funcionamiento emocional familiar, la ruptura de la rutina normal y el incremento de los niveles de estrés, lo cual puede llevar a la aparición de problemas en la dinámica o funcionamiento familiar o en la agudización de aquellos que ya existían antes de la enfermedad. ⁽⁸⁾

El asma es un problema de salud importante en México y en el mundo. ⁽⁹⁾

A nivel mundial, el asma afecta a más de 100 millones de personas de todas las edades. Entre el 10 y 15% de los niños de los países desarrollados padecen asma y en las últimas décadas la incidencia de esta enfermedad ha aumentado. Su prevalencia varía ampliamente, desde menos del 5% de la población en Grecia e Indonesia, hasta más del 25% en Australia y Nueva Zelanda, representa una importante pérdida para los millones de pacientes que la sufren y para el sistema de salud, tanto desde el punto de vista económico, como en la calidad de vida y en el funcionamiento familiar. ⁽¹⁰⁾

En México el asma es una de las diez primeras causas de utilización de los servicios de salud; en cuanto a su frecuencia en un estudio reciente se aplicó el cuestionario de ISAAC y se encontraron prevalencias que fueron desde el 4.5% en Monterrey al 12.5% en Mérida. El asma se presenta en cualquier sexo, edad o nivel socioeconómico.

Afecta mayormente a los niños sobre todo a los varones; en la edad adulta la relación entre sexos se invierte haciéndose más frecuente en las mujeres. Se conocen los factores que favorecen su alta incidencia y aunque algunos como la atopia y otros antecedentes familiares están genéticamente determinados por si solos no determinan que la enfermedad se presente. ⁽¹¹⁾

En base a diversos estudios se puede concluir que en México la prevalencia es del 8 al 12% y en el Distrito Federal la prevalencia es de 5.50% al 10% ⁽¹²⁾

Es una de las enfermedades con mayor prevalencia en la infancia y sus costos no sólo impactan la economía familiar, además se traducen en días de trabajo perdidos por los padres, días de ausencia en la escuela e importantes trastornos en la dinámica familiar. El enfoque del asma requiere una evaluación más integradora que incluya el análisis de la relación del individuo enfermo con su medio, en especial en el contexto familiar El asma infantil es una enfermedad crónica que requiere constantemente atención y vigilancia por parte de los padres de los niños afectados. Su naturaleza aguda y episódica provoca continuas visitas de control médico, numerosas ausencias escolares y algunas hospitalizaciones que ocasionan frecuentes cambios en la vida diaria familiar. ⁽¹³⁾

Antes de los nueve años, la familia del niño asmático juega un papel muy importante en la evaluación y el tratamiento de la enfermedad. Los padres y las madres son los principales informantes de la frecuencia e intensidad de los síntomas y de la medida en que se encuentran limitadas las actividades de sus hijos. Por tanto la percepción que los progenitores tengan sobre el asma de sus hijos y el impacto de la enfermedad en sus vidas, jugará un papel importante tanto en el proceso de evaluación como en el tratamiento de los niños asmáticos.

La percepción de los síntomas en un proceso complejo que depende de diversos factores, entre los que puede destacarse: la naturaleza del síntoma, las diferencias individuales biológicas, las diferencias individuales cognitivas o comportamentales, los factores situacionales, la influencia psicosocial, los estados emocionales y la propia percepción de la enfermedad. ⁽¹⁴⁾

El impacto que produce el asma en los niños es variable desde cambios físicos propios de la edad y por el desarrollo cognitivo que influye en la percepción que tiene el niño en cuanto a su enfermedad. La percepción que tiene el niño acerca de los efectos del asma afecta diversos ámbitos de su vida, como las áreas física, psicológica, social y escolar. La actitud que tome la familia del niño asmático ante la enfermedad, condiciona de manera importante la situación del enfermo, por tanto el tratamiento global del niño que sufre asma debe incluir a la familia que junto al paciente debe considerarse como una unidad de tratamiento. ⁽¹⁵⁾

El carácter crónico y episódico de las manifestaciones asmáticas puede provocar importantes cambios psicosociales en el paciente y en su entorno familiar. Las elevadas tasas de morbilidad en la infancia (ausentismo escolar, visitas de urgencia y los ingresos en el hospital), pueden jugar un papel muy importante en la adaptación social del niño. ⁽¹⁶⁾

Diversos autores han estudiado las variables psicológicas emocionales y conductuales que, en mayor o menor medida pueden verse alterados en los niños asmáticos. Así vemos que varios estudios han revelado que los niveles de ansiedad en estos niños son más elevados que en personas sanas. Entre los factores que pueden aumentar la ansiedad en los niños asmáticos, mencionan la disnea, y la incertidumbre provocada por la intermitencia de las crisis y por la variabilidad de estímulos que provocan la enfermedad.

Algunos autores han encontrado que los síntomas de ansiedad en los niños asmáticos son mas frecuentes que en niños con otras enfermedades crónicas. Se sabe que hay relación significativa entre el estrés, los factores psicológicos y el asma. El miedo y la ansiedad son sentimientos negativos, pues influyen en la perdida del control emocional y atentan contra el buen estado de la salud. ⁽¹⁷⁾

Otra área en la que los niños con asma se encuentran afectados es en la actividad física, con frecuencia se ha visto que estos niños reducen de manera drástica el ejercicio físico, aunque ello no obedezca a limitaciones físicas propias de la enfermedad ni alas recomendaciones médicas. Los padres de los niños asmáticos, sensibles a cualquier desencadenante de las crisis, frecuentemente eliminan o impiden de manera indiscriminada la participación de sus niños en deportes que conllevan actividad física. La privación del ejercicio puede tener repercusiones negativas en el desarrollo social y afectivo del niño, ya que pueden sentirse diferentes o inferiores a los demás y pueden limitar las interacciones sociales que en la infancia se establecen frecuentemente en el ámbito de las actividades físicas. . ⁽¹⁸⁾

La familia constituye el soporte más importante para el niño enfermo, sin embargo, el funcionamiento familiar puede verse comprometido a causa de la enfermedad. Algunas veces, los padres del niño asmático, de manera no intencionada, pueden dejar al resto de sus hijos en segundo plano, ocasionando en estos, celos y problemas emocionales, que pueden interferir en el desarrollo normal de las relaciones entre hermanos. La enfermedad puede ocasionar en los padres y en los hermanos del niño enfermo conductas sobre protectoras, en un intento de mantener los síntomas bajo control. Estas conductas se manifiestan en un estado de alerta que los padres y hermanos del niño enfermo adoptan ante cualquier movimiento que éste ejecuta u en muchas ocasiones ayudan al niño a realizar las tareas que, de no ser por la enfermedad, el niño las haría por sí solo.

Como consecuencia de las conductas de sobre protección el desarrollo psicosocial del niño asmático puede verse afectado ya que puede darse un retraso en la adquisición de los hábitos de autonomía, que inciden en las relaciones sociales, aumentan la ansiedad social y como consecuencia, incrementa la dependencia del grupo familiar en un niño asmático la causa de su padecimiento en un nivel psicológico tiene que ver con la conducta de apego que se manifiesta a partir de una pauta de interacción social dentro de la familia, una familia con padres sobre protectores, por lo que como una consecuencia se desarrolla en el niño una angustia por hacer las cosas por sí solo y la necesidad de separarse de sus padres y lograr enfrentarse a la vida desde la independencia. ⁽¹⁹⁾

El asma se define como una inflamación crónica de las vías aéreas en la que desempeñan un papel destacado determinadas células y mediadores. Esta asociado a una variedad de estímulos y se caracteriza por hiperreactividad bronquial y obstrucción variable al flujo aéreo que es reversible de forma espontánea o con tratamiento, de acuerdo con el Global Initiative for Asthma. ⁽²⁰⁾

Fisiopatológicamente encontramos: Obstrucción irreversible de la vía aérea. Inflamación caracterizada por hipersecreción de moco edema de la mucosa, infiltración celular y descamación epitelial. Hiperactividad bronquial manifestada por broncoespasmo. En respuesta a una gran variedad de estímulos. ⁽²¹⁾

A lo largo del tiempo han existido diferentes formas de cómo clasificar el asma, quizá la más utilizada en el siglo XX fue aquella que dividía el padecimiento en extrínseco e intrínseco dependiendo si el agresor que provocaba la agudización provenía del medioambiente o no. ⁽²²⁾

Actualmente la clasificación se basa en la gravedad de la enfermedad y el tratamiento. Y los parámetros que se toman en cuenta son clínicos.

Frecuencia e intensidad de los síntomas respiratorios y el consumo diario de broncodilatadores y parámetros funcionales, en estos se considera el grado de obstrucción medido, mediante flujometría o espirómetro comparando los datos del paciente con los que teóricamente debería tener. ⁽²³⁾

La clasificación puede hacerse teniendo solamente los datos clínicos pero si se cuenta con las pruebas funcionales el grado de certeza aumenta de entre las clasificaciones basadas en la gravedad, la de mayor uso es la propuesta por: Global Initiative for Asthma elaborada en un principio en los institutos nacionales de salud de los Estados Unidos y revisada cada cuatro años, esta propuesta actualmente es avalada por la Organización Mundial de la Salud. ⁽²⁴⁾

Este nuevo enfoque presenta una clasificación longitudinal agrupando a los pacientes asmáticos como si estuvieran en una escalera de cuatro peldaños o etapas representadas cada peldaño una intensidad diferente de tal manera que ahora clasificamos a la enfermedad como: controlada y no controlada. Además el diseño permite “subir” o “bajar” la terapia de acuerdo a las necesidades del paciente. Hay que resaltar que en los menores de 5 años no se toman en cuenta las pruebas de función pulmonar para su clasificación. ⁽²⁵⁾

Clínicamente encontramos síntomas: disnea, tos, expectoración, opresión torácica y sibilancias. Ninguno de estos síntomas es específico de asma y se puede encontrar en otras enfermedades. Sin embargo hay ciertas características de estos síntomas: por ejemplo que son variables, intermitentes, empeoran en la noche y de madrugada, son provocados por diferentes desencadenantes o disparadores, incluyendo el ejercicio. Cabe mencionar que los desencadenantes son diferentes para cada asmático. ⁽²⁶⁾

El diagnóstico del asma es esencialmente clínico. La historia clínica detallada, los antecedentes familiares y personales de atopia sustentan el diagnóstico, además la respuesta positiva al tratamiento anti-asmático es parte integral de diagnóstico.

Los objetivos para el control del asma son: atender un problema de salud pública con base en los conocimientos científicos actuales. Adecuar esta atención a la realidad social y económica. Educar al personal médico paciente y la población en general. Evitar el sufrimiento, muerte y costos económicos al paciente y a su familia. Realizar investigación que responda a las interrogantes locales y regionales ⁽²⁷⁾

El asma es una enfermedad crónica que puede controlarse pero nunca curarse. La política del manejo del asma ha cambiado radicalmente al aumentar los conocimientos sobre la enfermedad. Hace cincuenta años el objetivo era tratar al enfermo durante las agudizaciones, poco después se entendió que era posible controlar la enfermedad y ahora el objetivo es conseguir un control total. ⁽²⁸⁾

Los puntos básicos para el manejo son: prevención, la cual se divide en primaria, donde se realizan medidas para evitar la aparición de la enfermedad en individuos susceptibles o de alto riesgo como son niños con antecedentes familiares de asma, rinitis, eccema o atopia. En la prevención secundaria se realizan medidas para evitar el desarrollo de una enfermedad crónica o persistente, en individuos sensibilizados a uno o varios alérgenos antes de que se presente cualquier evidencia de enfermedad y finalmente en la prevención terciaria se realizan medidas para evitar las exacerbaciones; cuando el asma se ha establecido, por ejemplo: eliminar alérgenos. ⁽²⁹⁾

Los medicamentos que han probado ser útiles en el tratamiento del asma son de dos tipos: antiinflamatorios y broncodilatadores. Los primeros son la base del tratamiento en el asma de difícil control y en las agudizaciones, los antiinflamatorios con los que contamos actualmente son los esteroides, y la mejor vía para administrarlos es la inhalatoria. Hay que hacer un esquema de tratamiento individualizado. Los pacientes deben participar activamente en el tratamiento de su enfermedad, en la prevención de problemas y en la obtención de una vida productiva y físicamente activa. ⁽³⁰⁾

Mac Donal en un estudio indica que para las madres de los niños asmáticos la adquisición de conocimientos sobre el asma es un paso necesario para que ellas puedan hacerse cargo como participantes activas del manejo de la enfermedad de sus hijos. La información sobre el asma ayuda a los progenitores a aprender a vivir con la enfermedad y a que se sientan competentes para cuidar a sus hijos, lo cual influirá directamente sobre su autoestima. Este mismo autor señala que debido al carácter reversible del asma, periódicamente las madres vuelven a experimentar los sentimientos de temor, fatiga, ansiedad, incertidumbre iniciales, especialmente cuando sus niños presentan crisis o recaída pero la magnitud de estos sentimientos, es mucho menor que al inicio de la enfermedad. (31)

El entorno familiar de los niños asmáticos puede verse afectado por la enfermedad. Los padres pueden volverse hiperdependientes de los médicos que atienden a sus hijos y adoptar conductas sobreprotectoras hacia éstos. Pueden experimentar sentimientos de desesperanza, de falta de ayuda y de frustración familiar. Los hermanos sanos del niño asmático pueden experimentar resentimiento hacia éste o hacia sus padres a causa de los cuidados y de la sobreprotección paterna que recibe el enfermo. El niño asmático puede adoptar una conducta manipulativa para conseguir una mayor atención por parte de los padres y de los demás miembros de la familia. (32)

El **(Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve)**. Realizado por Smilkstein en 1978. El propósito del instrumento: evaluar la percepción de la persona acerca de su familia. La forma de aplicación: auto-aplicación, el constructor: Consta de 2 partes, la primera con 5 ítems que evalúan las 5 diferentes áreas en que los autores dividen la función familiar: adaptabilidad, compañerismo, desarrollo, afectividad y capacidad resolutoria. Cada pregunta se puntúa sobre una escala de Likert, dando un valor de 0 a 2 (casi nunca, a veces, casi siempre); con lo que se obtiene una puntuación de 7-10: normofuncional, 4-6: disfuncional moderada, y 0-3: gravemente disfuncional. (33)

El (Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve) divide la función familiar en la adaptabilidad la cual es la capacidad de utilizar recursos intrafamiliares y extrafamiliares para resolver problemas familiares en situaciones de estrés familiar o en periodos de crisis. La cooperación ó participación es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar. El desarrollo es la maduración física y emocional y la autorrealización que alcanza los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo. La afectividad es la relación de cariño ó amor que existe entre los miembros de la familia. La capacidad resolutoria es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros familiares. Generalmente implica la decisión de compartir unos ingresos y un espacio. ⁽³⁴⁾

La segunda parte del (Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve) permite conocer el tamaño y la composición de la red familiar a la vez que informa sobre el tipo de relación afectiva de cada miembro de la red. Sus ventajas: breve, preguntas sencillas y concretas, consistencia interna y confiabilidad demostrada. Las desventajas: posible sesgo en las respuestas, debido a la brevedad del cuestionario la información obtenida es limitada. El (Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve) debe ser utilizado: cuando se requiera información acerca de la funcionalidad familiar cuando existe una persona enferma dentro de la familia. Cuando llega un paciente nuevo a nuestra consulta: evaluación basal y posterior. Cuando la información sobre la funcionalidad familiar es esencial para el manejo de una familia en crisis. ⁽³⁵⁾

En un estudio transversal. En la Unidad de Medicina Familiar número 51 del IMSS, primer nivel de atención, en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, México. Se determino la funcionalidad familiar en pacientes pediátricos asmáticos.

Se estudió a 50 familias de las que 25 tenían un paciente pediátrico con diagnóstico de asma previamente establecido y otras 25 con pacientes pediátricos sin diagnóstico de asma que participaron como grupo control. De septiembre de 2006 a febrero de 2007 se evaluó la funcionalidad familiar mediante el instrumento Apgar familiar, las asociaciones se determinaron mediante odds ratio (OR) e intervalos de confianza (IC) del 95%. Obteniendo como resultados. La disfunción familiar es un factor asociado con mayor frecuencia a familias con pacientes asmáticos en comparación con aquellas que no tienen este tipo de pacientes OR = 3,7 (IC del 95%, 1,1-13), la disfunción severa es notoriamente mayor en familias con integrantes asmáticos. Conclusiones. La disfunción familiar se presenta más frecuentemente en familias con niños asmáticos, por lo que la evaluación de la funcionalidad familiar se debe considerar como parte del abordaje integral de las familias con niños asmáticos.

(36)

ANTECEDENTES

Es en la familia en la que transcurre la vida del individuo, y en ella también recibe la información y los estímulos más determinantes para su estructuración biológica y psicológica, así como para su socialización. En el proceso de identidad del individuo son muy importantes las figuras de la madre y del padre al grado que se identifica con ellas parcial o totalmente. La organización mundial de la salud señala que por familia se entiende “a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio “se ve a la familia como el grupo que en la mayoría debe predominar dentro de la sociedad, y que cada uno de los roles de cada uno de los integrantes está determinado según la estructura y conformación de la misma.” ⁽¹⁾

La funcionalidad familiar se apoya en teorías y disciplinas científicas. Generalmente, la evaluación de la familia se ha basado en la teoría sistémica, con base en esta teoría, la familia se define como una unidad organizada, integrada por elementos (individuos) y subunidades (padres, hijos, etc.), que conviven unos con otros en una relación consistente y duradera. La organización de estos elementos es característicamente determinada por la relación jerárquica entre padres e hijos. La familia es como un sistema y sus integrantes como elementos del mismo, se evidencia que el sistema y cada uno de sus compañeros serán afectados en su comportamiento y desarrollo individual así como por la naturaleza de las relaciones que existen entre ellas. La evaluación de la familia impone en el uso de instrumentos y modelos con sustento teórico, basados en investigaciones que los respalden, apoyándose en tres elementos fundamentales que pretenden medir y el grado de confianza que se pueda tener de la medición. ⁽²⁾

Para que una familia pueda tener un funcionamiento satisfactorio son necesarios varios factores:

1) La relación de la pareja debe ser firme, madura y estable, creándose entre cada miembro una relación creativa y una comunicación clara teniendo presente el rol que le corresponde a cada uno de ellos; 2) La autonomía de cada uno de los miembros debe ser respetada; 3) La toma de decisiones para la búsqueda de una solución debe ser apropiada para cada problema, no para luchar por el poder; 4) Debe existir flexibilidad para cambiar cuando las demandas internas o ambientales así lo exijan de manera que se conserve la homeostasis funcional sin que el miembro de la familia desarrolle síntomas. ⁽³⁾

Para atender a los pacientes que sufren enfermedades crónicas desde una perspectiva global, se necesita comprender, además de las características propias de la enfermedad, las peculiaridades y necesidades del enfermo y de su entorno familiar. Stein y Riessman han definido el impacto familiar de la enfermedad crónica de un niño como el efecto de esta en el sistema familiar. Estos autores señalan que los problemas de salud de un niño producen cambios en los miembros de la familia, quienes se ven forzados a adaptarse a la nueva situación. ⁽⁴⁾

En México, tradicionalmente la madre es quien se ha dedicado a cuidar a los hijos; el padre ha sido frecuentemente una figura errática, más distante y con un papel más alejado. La madre acapara la atención del hijo y es objeto de especial atención por parte del mismo. Se sabe que hay mayor predominio de la figura materna en México, por lo menos hasta los tres años de vida del niño; la dedicación materna es importante y vital en este periodo, ya que sin amor, él sufre carencias afectivas que pueden llegar a crear síntomas orgánicos y afectivos. Esta desarmonía se ha relacionado con la incapacidad infantil para el manejo de la propia angustia y con la aparición de síntomas orgánicos.

La enfermedad crónica de un niño, produce consecuencias adversas en el bienestar emocional de su madre, que puede manifestarse con sentimientos de tristeza, ansiedad, mal humor, etc., estas consecuencias pueden variar dependiendo de sus características personales, su vulnerabilidad y su manera de responder a la enfermedad. ⁽⁵⁾

Se sabe que los niños con asma leve son aquellos que reciben más tranquilidad de parte de sus padres, mientras que los niños con asma grave suelen tener menos apoyo parental. La manera como las madres valoran el impacto de la enfermedad de sus hijos en ellas y en el resto de la familia, se relaciona con el estado-funcional del niño enfermo, con la apreciación de la enfermedad vista como una “carga” o con el estrés que la madre experimenta como cuidadora del niño.⁽⁶⁾

La enfermedad crónica de un hijo, puede ser motivo de estrés e inseguridad para los padres y para el resto de los miembros de la familia, no sólo por la incertidumbre y ambigüedad propias de las enfermedades crónicas, sino por las necesidades especiales y de mayor cuantía que exige de los padres, por la necesidad de mayores recursos económicos y por la perturbación de las relaciones entre los miembros de la familia. El acoplamiento de la familia a la enfermedad de uno de sus miembros, conlleva cambios en su estilo de vida. La familia tiene que ajustarse a los protocolos de la medicación y a los distintos tipos de tratamiento así como a los frecuentes cuidados de salud que se adhieren a las actividades de su vida diaria. De acuerdo con esto el estilo de vida de las familias de los niños con enfermedades crónicas también puede verse alterado porque en los padres se generan conductas sobreprotectoras, que con llevan a que las distintas actividades familiares giren en torno a las necesidades del niño enfermo. El miembro de la familia que se encuentra enfermo constituye un estímulo ambiental central que afecta a su familia y mayoritariamente, a la persona que se encarga de su cuidado. ⁽⁷⁾

En el ámbito de las enfermedades crónicas, el modelo biopsicosocial considera al enfermo como un agente social. La alteración de la dinámica familiar constituye un problema en las familias que tienen niños con enfermedad crónica. Cuando un padre o madre se encarga del cuidado del niño enfermo, el impacto en las relaciones interpersonales repercute entre todos los miembros: entre padres, los padres y los otros niños, los padres y el niño enfermo, el niño enfermo y sus hermanos y, entre la familia y otras personas.

La enfermedad puede provocar cambios en el funcionamiento emocional familiar, la ruptura de la rutina normal y el incremento de los niveles de estrés, lo cual puede llevar a la aparición de problemas en la dinámica o funcionamiento familiar o en la agudización de aquellos que ya existían antes de la enfermedad. ⁽⁸⁾

El asma es un problema de salud importante en México y en el mundo. ⁽⁹⁾

A nivel mundial, el asma afecta a más de 100 millones de personas de todas las edades. Entre el 10 y 15% de los niños de los países desarrollados padecen asma y en las últimas décadas la incidencia de esta enfermedad ha aumentado. Su prevalencia varía ampliamente, desde menos del 5% de la población en Grecia e Indonesia, hasta más del 25% en Australia y Nueva Zelanda, representa una importante pérdida para los millones de pacientes que la sufren y para el sistema de salud, tanto desde el punto de vista económico, como en la calidad de vida y en el funcionamiento familiar. ⁽¹⁰⁾

En México el asma es una de las diez primeras causas de utilización de los servicios de salud; en cuanto a su frecuencia en un estudio reciente se aplicó el cuestionario de ISAAC y se encontraron prevalencias que fueron desde el 4.5% en Monterrey al 12.5% en Mérida. El asma se presenta en cualquier sexo, edad o nivel socioeconómico.

Afecta mayormente a los niños sobre todo a los varones; en la edad adulta la relación entre sexos se invierte haciéndose más frecuente en las mujeres. Se conocen los factores que favorecen su alta incidencia y aunque algunos como la atopia y otros antecedentes familiares están genéticamente determinados por si solos no determinan que la enfermedad se presente. ⁽¹¹⁾

En base a diversos estudios se puede concluir que en México la prevalencia es del 8 al 12% y en el Distrito Federal la prevalencia es de 5.50% al 10% ⁽¹²⁾

Es una de las enfermedades con mayor prevalencia en la infancia y sus costos no sólo impactan la economía familiar, además se traducen en días de trabajo perdidos por los padres, días de ausencia en la escuela e importantes trastornos en la dinámica familiar. El enfoque del asma requiere una evaluación más integradora que incluya el análisis de la relación del individuo enfermo con su medio, en especial en el contexto familiar El asma infantil es una enfermedad crónica que requiere constantemente atención y vigilancia por parte de los padres de los niños afectados. Su naturaleza aguda y episódica provoca continuas visitas de control médico, numerosas ausencias escolares y algunas hospitalizaciones que ocasionan frecuentes cambios en la vida diaria familiar. ⁽¹³⁾

Antes de los nueve años, la familia del niño asmático juega un papel muy importante en la evaluación y el tratamiento de la enfermedad. Los padres y las madres son los principales informantes de la frecuencia e intensidad de los síntomas y de la medida en que se encuentran limitadas las actividades de sus hijos. Por tanto la percepción que los progenitores tengan sobre el asma de sus hijos y el impacto de la enfermedad en sus vidas, jugará un papel importante tanto en el proceso de evaluación como en el tratamiento de los niños asmáticos.

La percepción de los síntomas en un proceso complejo que depende de diversos factores, entre los que puede destacarse: la naturaleza del síntoma, las diferencias individuales biológicas, las diferencias individuales cognitivas o comportamentales, los factores situacionales, la influencia psicosocial, los estados emocionales y la propia percepción de la enfermedad. ⁽¹⁴⁾

El impacto que produce el asma en los niños es variable desde cambios físicos propios de la edad y por el desarrollo cognitivo que influye en la percepción que tiene el niño en cuanto a su enfermedad. La percepción que tiene el niño acerca de los efectos del asma afecta diversos ámbitos de su vida, como las áreas física, psicológica, social y escolar. La actitud que tome la familia del niño asmático ante la enfermedad, condiciona de manera importante la situación del enfermo, por tanto el tratamiento global del niño que sufre asma debe incluir a la familia que junto al paciente debe considerarse como una unidad de tratamiento. ⁽¹⁵⁾

El carácter crónico y episódico de las manifestaciones asmáticas puede provocar importantes cambios psicosociales en el paciente y en su entorno familiar. Las elevadas tasas de morbilidad en la infancia (ausentismo escolar, visitas de urgencia y los ingresos en el hospital), pueden jugar un papel muy importante en la adaptación social del niño. ⁽¹⁶⁾

Diversos autores han estudiado las variables psicológicas emocionales y conductuales que, en mayor o menor medida pueden verse alterados en los niños asmáticos. Así vemos que varios estudios han revelado que los niveles de ansiedad en estos niños son más elevados que en personas sanas. Entre los factores que pueden aumentar la ansiedad en los niños asmáticos, mencionan la disnea, y la incertidumbre provocada por la intermitencia de las crisis y por la variabilidad de estímulos que provocan la enfermedad.

Algunos autores han encontrado que los síntomas de ansiedad en los niños asmáticos son mas frecuentes que en niños con otras enfermedades crónicas. Se sabe que hay relación significativa entre el estrés, los factores psicológicos y el asma. El miedo y la ansiedad son sentimientos negativos, pues influyen en la perdida del control emocional y atentan contra el buen estado de la salud. ⁽¹⁷⁾

Otra área en la que los niños con asma se encuentran afectados es en la actividad física, con frecuencia se ha visto que estos niños reducen de manera drástica el ejercicio físico, aunque ello no obedezca a limitaciones físicas propias de la enfermedad ni alas recomendaciones médicas. Los padres de los niños asmáticos, sensibles a cualquier desencadenante de las crisis, frecuentemente eliminan o impiden de manera indiscriminada la participación de sus niños en deportes que conllevan actividad física. La privación del ejercicio puede tener repercusiones negativas en el desarrollo social y afectivo del niño, ya que pueden sentirse diferentes o inferiores a los demás y pueden limitar las interacciones sociales que en la infancia se establecen frecuentemente en el ámbito de las actividades físicas. . ⁽¹⁸⁾

La familia constituye el soporte más importante para el niño enfermo, sin embargo, el funcionamiento familiar puede verse comprometido a causa de la enfermedad. Algunas veces, los padres del niño asmático, de manera no intencionada, pueden dejar al resto de sus hijos en segundo plano, ocasionando en estos, celos y problemas emocionales, que pueden interferir en el desarrollo normal de las relaciones entre hermanos. La enfermedad puede ocasionar en los padres y en los hermanos del niño enfermo conductas sobre protectoras, en un intento de mantener los síntomas bajo control. Estas conductas se manifiestan en un estado de alerta que los padres y hermanos del niño enfermo adoptan ante cualquier movimiento que éste ejecuta u en muchas ocasiones ayudan al niño a realizar las tareas que, de no ser por la enfermedad, el niño las haría por sí solo.

Como consecuencia de las conductas de sobre protección el desarrollo psicosocial del niño asmático puede verse afectado ya que puede darse un retraso en la adquisición de los hábitos de autonomía, que inciden en las relaciones sociales, aumentan la ansiedad social y como consecuencia, incrementa la dependencia del grupo familiar en un niño asmático la causa de su padecimiento en un nivel psicológico tiene que ver con la conducta de apego que se manifiesta a partir de una pauta de interacción social dentro de la familia, una familia con padres sobre protectores, por lo que como una consecuencia se desarrolla en el niño una angustia por hacer las cosas por sí solo y la necesidad de separarse de sus padres y lograr enfrentarse a la vida desde la independencia. ⁽¹⁹⁾

El asma se define como una inflamación crónica de las vías aéreas en la que desempeñan un papel destacado determinadas células y mediadores. Esta asociado a una variedad de estímulos y se caracteriza por hiperreactividad bronquial y obstrucción variable al flujo aéreo que es reversible de forma espontánea o con tratamiento, de acuerdo con el Global Initiative for Asthma. ⁽²⁰⁾

Fisiopatológicamente encontramos: Obstrucción irreversible de la vía aérea. Inflamación caracterizada por hipersecreción de moco edema de la mucosa, infiltración celular y descamación epitelial. Hiperactividad bronquial manifestada por broncoespasmo. En respuesta a una gran variedad de estímulos. ⁽²¹⁾

A lo largo del tiempo han existido diferentes formas de cómo clasificar el asma, quizá la más utilizada en el siglo XX fue aquella que dividía el padecimiento en extrínseco e intrínseco dependiendo si el agresor que provocaba la agudización provenía del medioambiente o no. ⁽²²⁾

Actualmente la clasificación se basa en la gravedad de la enfermedad y el tratamiento. Y los parámetros que se toman en cuenta son clínicos.

Frecuencia e intensidad de los síntomas respiratorios y el consumo diario de broncodilatadores y parámetros funcionales, en estos se considera el grado de obstrucción medido, mediante flujometría o espirómetro comparando los datos del paciente con los que teóricamente debería tener. ⁽²³⁾

La clasificación puede hacerse teniendo solamente los datos clínicos pero si se cuenta con las pruebas funcionales el grado de certeza aumenta de entre las clasificaciones basadas en la gravedad, la de mayor uso es la propuesta por: Global Initiative for Asthma elaborada en un principio en los institutos nacionales de salud de los Estados Unidos y revisada cada cuatro años, esta propuesta actualmente es avalada por la Organización Mundial de la Salud. ⁽²⁴⁾

Este nuevo enfoque presenta una clasificación longitudinal agrupando a los pacientes asmáticos como si estuvieran en una escalera de cuatro peldaños o etapas representadas cada peldaño una intensidad diferente de tal manera que ahora clasificamos a la enfermedad como: controlada y no controlada. Además el diseño permite “subir” o “bajar” la terapia de acuerdo a las necesidades del paciente. Hay que resaltar que en los menores de 5 años no se toman en cuenta las pruebas de función pulmonar para su clasificación. ⁽²⁵⁾

Clínicamente encontramos síntomas: disnea, tos, expectoración, opresión torácica y sibilancias. Ninguno de estos síntomas es específico de asma y se puede encontrar en otras enfermedades. Sin embargo hay ciertas características de estos síntomas: por ejemplo que son variables, intermitentes, empeoran en la noche y de madrugada, son provocados por diferentes desencadenantes o disparadores, incluyendo el ejercicio. Cabe mencionar que los desencadenantes son diferentes para cada asmático. ⁽²⁶⁾

El diagnóstico del asma es esencialmente clínico. La historia clínica detallada, los antecedentes familiares y personales de atopia sustentan el diagnóstico, además la respuesta positiva al tratamiento anti-asmático es parte integral de diagnóstico.

Los objetivos para el control del asma son: atender un problema de salud pública con base en los conocimientos científicos actuales. Adecuar esta atención a la realidad social y económica. Educar al personal médico paciente y la población en general. Evitar el sufrimiento, muerte y costos económicos al paciente y a su familia. Realizar investigación que responda a las interrogantes locales y regionales ⁽²⁷⁾

El asma es una enfermedad crónica que puede controlarse pero nunca curarse. La política del manejo del asma ha cambiado radicalmente al aumentar los conocimientos sobre la enfermedad. Hace cincuenta años el objetivo era tratar al enfermo durante las agudizaciones, poco después se entendió que era posible controlar la enfermedad y ahora el objetivo es conseguir un control total. ⁽²⁸⁾

Los puntos básicos para el manejo son: prevención, la cual se divide en primaria, donde se realizan medidas para evitar la aparición de la enfermedad en individuos susceptibles o de alto riesgo como son niños con antecedentes familiares de asma, rinitis, eccema o atopia. En la prevención secundaria se realizan medidas para evitar el desarrollo de una enfermedad crónica o persistente, en individuos sensibilizados a uno o varios alérgenos antes de que se presente cualquier evidencia de enfermedad y finalmente en la prevención terciaria se realizan medidas para evitar las exacerbaciones; cuando el asma se ha establecido, por ejemplo: eliminar alérgenos. ⁽²⁹⁾

Los medicamentos que han probado ser útiles en el tratamiento del asma son de dos tipos: antiinflamatorios y broncodilatadores. Los primeros son la base del tratamiento en el asma de difícil control y en las agudizaciones, los antiinflamatorios con los que contamos actualmente son los esteroides, y la mejor vía para administrarlos es la inhalatoria. Hay que hacer un esquema de tratamiento individualizado. Los pacientes deben participar activamente en el tratamiento de su enfermedad, en la prevención de problemas y en la obtención de una vida productiva y físicamente activa. ⁽³⁰⁾

Mac Donal en un estudio indica que para las madres de los niños asmáticos la adquisición de conocimientos sobre el asma es un paso necesario para que ellas puedan hacerse cargo como participantes activas del manejo de la enfermedad de sus hijos. La información sobre el asma ayuda a los progenitores a aprender a vivir con la enfermedad y a que se sientan competentes para cuidar a sus hijos, lo cual influirá directamente sobre su autoestima. Este mismo autor señala que debido al carácter reversible del asma, periódicamente las madres vuelven a experimentar los sentimientos de temor, fatiga, ansiedad, incertidumbre iniciales, especialmente cuando sus niños presentan crisis o recaída pero la magnitud de estos sentimientos, es mucho menor que al inicio de la enfermedad. (31)

El entorno familiar de los niños asmáticos puede verse afectado por la enfermedad. Los padres pueden volverse hiperdependientes de los médicos que atienden a sus hijos y adoptar conductas sobreprotectoras hacia éstos. Pueden experimentar sentimientos de desesperanza, de falta de ayuda y de frustración familiar. Los hermanos sanos del niño asmático pueden experimentar resentimiento hacia éste o hacia sus padres a causa de los cuidados y de la sobreprotección paterna que recibe el enfermo. El niño asmático puede adoptar una conducta manipulativa para conseguir una mayor atención por parte de los padres y de los demás miembros de la familia. (32)

El **(Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve)**. Realizado por Smilkstein en 1978. El propósito del instrumento: evaluar la percepción de la persona acerca de su familia. La forma de aplicación: auto-aplicación, el constructor: Consta de 2 partes, la primera con 5 ítems que evalúan las 5 diferentes áreas en que los autores dividen la función familiar: adaptabilidad, compañerismo, desarrollo, afectividad y capacidad resolutoria. Cada pregunta se puntúa sobre una escala de Likert, dando un valor de 0 a 2 (casi nunca, a veces, casi siempre); con lo que se obtiene una puntuación de 7-10: normofuncional, 4-6: disfuncional moderada, y 0-3: gravemente disfuncional. (33)

El (Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve) divide la función familiar en la adaptabilidad la cual es la capacidad de utilizar recursos intrafamiliares y extrafamiliares para resolver problemas familiares en situaciones de estrés familiar o en periodos de crisis. La cooperación ó participación es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar. El desarrollo es la maduración física y emocional y la autorrealización que alcanza los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo. La afectividad es la relación de cariño ó amor que existe entre los miembros de la familia. La capacidad resolutoria es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros familiares. Generalmente implica la decisión de compartir unos ingresos y un espacio. ⁽³⁴⁾

La segunda parte del (Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve) permite conocer el tamaño y la composición de la red familiar a la vez que informa sobre el tipo de relación afectiva de cada miembro de la red. Sus ventajas: breve, preguntas sencillas y concretas, consistencia interna y confiabilidad demostrada. Las desventajas: posible sesgo en las respuestas, debido a la brevedad del cuestionario la información obtenida es limitada. El (Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve) debe ser utilizado: cuando se requiera información acerca de la funcionalidad familiar cuando existe una persona enferma dentro de la familia. Cuando llega un paciente nuevo a nuestra consulta: evaluación basal y posterior. Cuando la información sobre la funcionalidad familiar es esencial para el manejo de una familia en crisis. ⁽³⁵⁾

En un estudio transversal. En la Unidad de Medicina Familiar número 51 del IMSS, primer nivel de atención, en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, México. Se determino la funcionalidad familiar en pacientes pediátricos asmáticos.

Se estudió a 50 familias de las que 25 tenían un paciente pediátrico con diagnóstico de asma previamente establecido y otras 25 con pacientes pediátricos sin diagnóstico de asma que participaron como grupo control. De septiembre de 2006 a febrero de 2007 se evaluó la funcionalidad familiar mediante el instrumento Apgar familiar, las asociaciones se determinaron mediante odds ratio (OR) e intervalos de confianza (IC) del 95%. Obteniendo como resultados. La disfunción familiar es un factor asociado con mayor frecuencia a familias con pacientes asmáticos en comparación con aquellas que no tienen este tipo de pacientes OR = 3,7 (IC del 95%, 1,1-13), la disfunción severa es notoriamente mayor en familias con integrantes asmáticos. Conclusiones. La disfunción familiar se presenta más frecuentemente en familias con niños asmáticos, por lo que la evaluación de la funcionalidad familiar se debe considerar como parte del abordaje integral de las familias con niños asmáticos.

(36)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la situación familiar, existen interacciones positivas y negativas. En la influencia positiva los miembros presentan una sensación de bienestar y el soporte necesario para enfrentar la vida. Existe una influencia irrefutable ante la presencia de un miembro enfermo de asma en la familia. Ya que es la familia quien dirige, orienta, conserva la integridad, salud física, la coherencia y el afecto con el fin de mantener el núcleo familiar en homeostasis biológica y psicoafectiva. El asma es un problema creciente en la población infantil que afecta no sólo al enfermo. Son los integrantes de la familia los cuales se adaptan ante un evento estresante tan primordial, por lo cual resulta importante medir una parte de la dinámica familiar como es la funcionalidad familiar.

¿Cuál es la funcionalidad familiar en pacientes portadores de asma en la población infantil del IMSS. Delegación 3 Sur?

JUSTIFICACIÓN

El asma es un problema de salud en México y en el mundo; su prevalencia en la población infantil ha aumentado, este incremento en edades tan tempranas de la vida; no sólo tiene un gran impacto económico para el sistema de salud sino que además constituye la causa más común de ausentismo escolar, pobre desempeño académico, limitación de la actividad física y alteraciones en la calidad de vida y funcionamiento familiar. Es la familia la que fomenta la salud en el paciente asmático infantil y éste, no escapa de esta influencia. La familia funcional permite que un integrante se desarrolle, e infunden un sentimiento de no estar aislado y contar con el apoyo de los demás. En la familia disfuncional se caracteriza por una rigidez que no permite alternativas, un evento como el de un paciente con asma que genera estrés en los integrantes, descompensación y sintomatología en el enfermo. Resulta importante y de interés medir la dinámica familiar de paciente con asma infantil.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la funcionalidad familiar en pacientes portadores de asma en la población infantil del IMSS delegación 3 sur.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la adaptabilidad familiar en pacientes portadores de asma en la población infantil
2. Medir la participación o compañerismo familiar en pacientes portadores de asma en la población infantil
3. Evaluar el desarrollo familiar en pacientes portadores de asma en la población infantil
4. Identificar el afecto familiar en pacientes portadores de asma en la población infantil
5. Evaluar la capacidad resolutoria familiar en pacientes portadores de asma en la población infantil

HIPÓTESIS

Los estudios observacionales no contrastan con hipótesis pero se incluye como ejercicio educativo.

HIPÓTESIS ALTERNA

H1: Los pacientes portadores de asma en la infancia presentan disfunción familiar

HIPÓTESIS NULA:

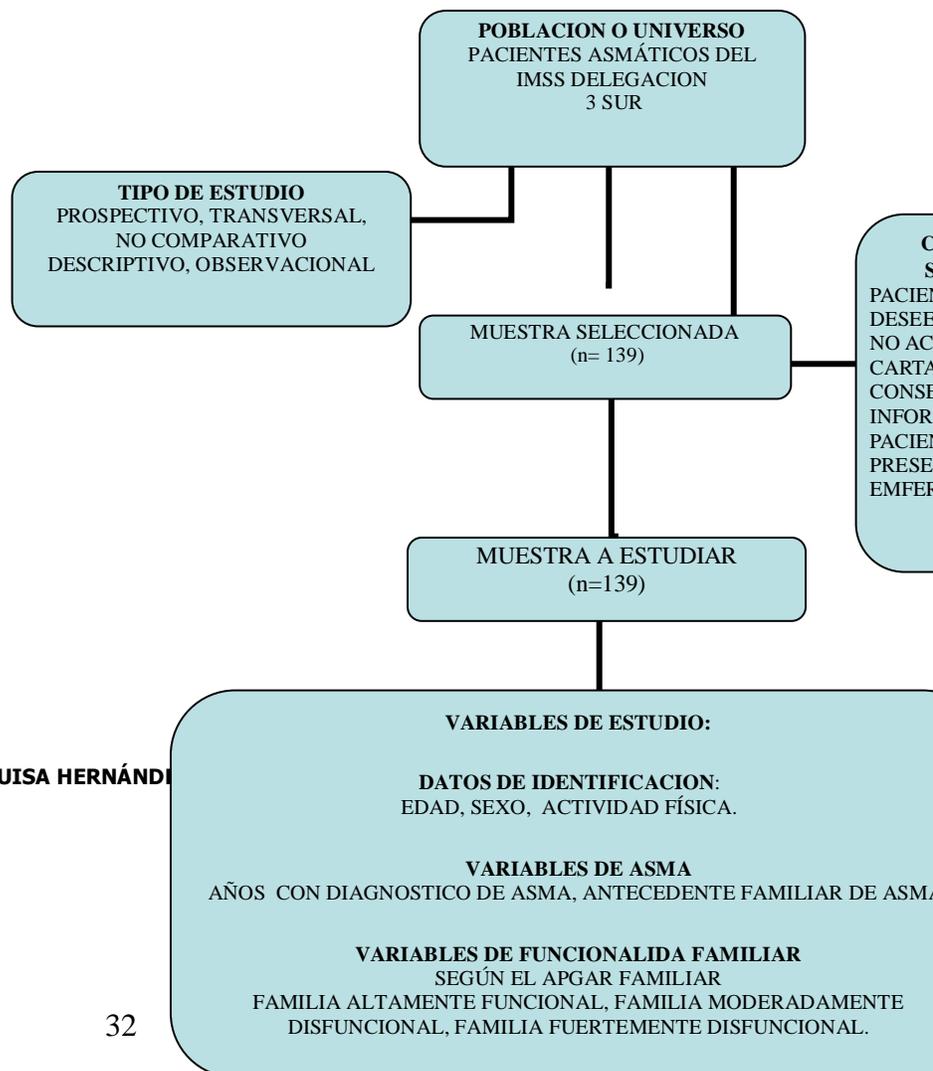
HO: Los pacientes portadores de asma en la infancia son normofuncionales.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

- a) Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: **PROSPECTIVO**
- b) Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: **TRANSVERSAL**
- c) Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: **NO COMPARATIVO**
- d) Según el control de las variables o el análisis y el alcance de los resultados: **DESCRIPTIVO**
- e) De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: **OBSERVACIONAL**

DISEÑO DEL ESTUDIO



ELABORÓ: MARIA LUISA HERNÁNDEZ

POBLACIÓN Ó UNIVERSO

El estudio se realizo en la población infantil del IMSS en la delegación 3 sur. Distrito Federal, México. Esta es una población urbana.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

La investigación se realizo en la población infantil del IMSS. Que se encuentra en el Distrito Federal, de Abril del 2007 a marzo del 2008.

MUESTRA

El tamaño de la muestra de un estudio descriptivo para una variable dicotómica requerirá 139 pacientes por grupo con un intervalo de confianza de 95%. Con una proporción de 0.10 con una amplitud del intervalo de confianza de 0.10

La muestra se realizara de forma aleatoria simple.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

N = Numero total de individuos requeridos.

Z_{α} = Desviación normal estandarizada para alfa bilateral.

p = Proporción esperada.

(1 - p) = Nivel de confianza de amplitud del intervalo de confianza.

w = Amplitud del intervalo de confianza.

Fórmula para calcular el tamaño de la muestra del estudio.

$$N = \frac{4 Z_{\alpha}^2 P (1 - P)}{W^2}$$

CRITERIOS DE DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- 1.- Pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 2.- Pacientes con diagnóstico de asma.
- 3.- Pacientes asmáticos controlados.
- 3.- Pacientes sin distinción de sexo.
- 4.- Pacientes con edad de 6 a 15 años

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- 1.- Pacientes que no contesten adecuadamente el instrumento de evaluación.
- 2.- Pacientes que abandonen la prueba.
- 3.- Pacientes que no deseen participar.
- 4.- Pacientes que sus padres no firmen la carta de consentimiento informado.

VARIABLES

DATOS DE IDENTIFICACION

Edad.

Sexo.

Actividad física.

VARIABLES DE ASMA

Años de portar asma.

Antecedente familiar de asma.

VARIABLES DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

SEGÚN APGAR FAMILIAR

Familia altamente funcional.

Familia moderadamente disfuncional.

Familia fuertemente disfuncional.

VARIABLE DEPENDIENTE: Funcionalidad familiar.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Asma

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

ASMA: El asma se define como una inflamación crónica de las vías aéreas en la que desempeñan un papel destacado determinadas células y mediadores. Está asociado a una variedad de estímulos y se caracteriza por hiperreactividad bronquial y oobstrucción variable al flujo aéreo.

APGAR FAMILIAR: Instrumento de evaluación familiar, consta de 5 constructos esenciales, adaptabilidad, cooperación o participación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutoria que mide la funcionalidad familiar.

ADAPTABILIDAD: es la capacidad de utilizar recursos intrafamiliares y extrafamiliares para resolver problemas familiares en situaciones de estrés familiar o en periodos de crisis

COOPERACIÓN Ó PARTICIPACIÓN: Es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar

DESARROLLO: Es la maduración física y emocional y la autorrealización que alcanza los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.

AFECTIVIDAD: Es la relación de cariño o amor que existe entre los miembros de la familia.

CAPACIDAD RESOLUTORIA: Es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros familiares. Generalmente implica la decisión de compartir ingresos y un espacio.

FAMILIA NORMOFUNCIONAL: Cuando la familia es capaz de cumplir con las tareas (Cuidado, afecto, alimentación etc.), se caracteriza por la capacidad de afrontar los diferentes cambios generados, bien por la etapa del ciclo vital, en la que se encuentre, o derivadas de determinadas situaciones capaces de producir tensión, sus características son: interacción entre los miembros de la familia regulares y variadas, toma de decisiones democráticas, soluciones creativas de problemas, roles flexibles, relaciones de soporte amplias, espacio para la autonomía de los hijos, especificidad y fortaleza del vínculo conyugal encomendadas.

DISFUNCIÓN FAMILIAR: Es cuando la familia es ineficaz y no puede ejercer sus funciones.

DISFUNCIÓN MODERADA: Generalmente desarrollan problemas que tienden a la ansiedad, se caracteriza por la dominación constante, forcejeo, control del poder, rebasa la autoridad, agresión ocasional.

DISFUNCION GRAVE: Frecuentemente los hijos desarrollan sociopatía, tienden a patología mental grave, evidente rechazo a las normas sociales. Generalmente inflexible, con límites pobres, comunicación confusa, discusión constante, violencia y desinterés general.

DEFINICION OPERATIVA DE LAS VARIABES

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR DE LAS VARIABLES
EDAD	CUANTITATIVA	DISCRETA	NÚMEROS ENTEROS
SEXO	CUALITATIVA	DICOTOMICA	1=FEMENINO 2=MASCULINO
ESCOLARIDAD	CUALITATIVA	DICOTOMICA	1= PRIMARIA 2= SECUNDARIA
ACTIVIDAD FÍSICA	CUALITATIVA	ORDINAL	1=NINGUNA 2=LEVE 3=MODERADA 4=INTENSA

ELABORÓ: Maria Luisa Hernández Delgado 2007-08-27.

VARIABLES DE ASMA

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR DE LAS VARIABLES
AÑOS DE PORTAR ASMA	CUANTITATIVA	DISCRETA	NÚMEROS ENTEROS
ANTECEDENTE FAMILIAR DE ASMA	CUALITATIVA	DICOTOMICA	1=SI 2=NO

ELABORÓ: Maria Luisa Hernández Delgado 2007-08-27.

VARIABLES DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALOR DE LAS VARIABLES
APGAR FAMILIAR VERSION PARA NIÑOS	CUALITATIVA	NOMINAL	1=Familia normofuncional. 2=Familia moderadamente disfuncional. 3=Familia gravemente disfuncional

ELABORÓ: Maria Luisa Hernández Delgado 2007-08-27..

DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevará a cabo a través del programa SPSS 16 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizará medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), frecuencias y porcentajes. El tamaño de la muestra se calculó de forma probabilística, en base a su prevalencia, para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, evitando así sesgos por cálculo de tamaño de muestra.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Se diseñó un formato de presentación con los datos de identificación personalizada (ver anexo 1), como son: nombre del paciente, edad, sexo, actividad física, años como portador de asma, antecedente familiar de asma. Se aplicará el cuestionario de APGAR familiar versión para niños. Es un cuestionario de autoadministración, rápido y sencillo (ver anexo 2), creado por Austin y Huberty (1989) los cuales adaptan preguntas del APGAR de adulto y demostrando su validez y confiabilidad para uso en niños de 6 años, consta de 5 constructos esenciales, adaptabilidad, cooperación o participación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutoria; los criterios de evaluación del funcionamiento familiar son iguales que APGAR para adultos, cada pregunta se puntúa sobre una escala de Likert, dando un valor de 0 a 2, obteniéndose al final un índice entre 0 y 10. Smilkstein y colaboradores autores originales, proponen clasificar de la siguiente manera: familias normofuncionales de 7 a 10 puntos, moderadamente disfuncionales de 4 a 6 puntos, y gravemente disfuncional de 0 a 3 puntos. Además de que la diferencia entre las puntuaciones obtenidas ofrece indicación de la función que se encuentra alterada en la familia del paciente.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN

Se realizará entrevista individual a los pacientes portadores de asma, en presencia de padre o tutor, que asistan a la consulta. Se dará un tiempo de 30 minutos como máximo para la realización del instrumento de evaluación familiar denominado APGAR familiar versión para niños.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Se debe aplicar el instrumento de evaluación familiar en forma individual o grupal. Se aplicará a niños mayores de 6 años, y quienes puedan leer. Si el administrador de la prueba sospecha que el nivel de lectura es inadecuado, deberá trabajar con la primera pregunta, haciendo que el sujeto lea el enunciado en voz alta y seleccionando en voz alta algunas alternativas. Si el sujeto tiene dificultades para leer la primera pregunta, se debe interrumpir la aplicación de la prueba. La prueba deberá realizarse en 30 minutos como máximo. Es importante recordar que las respuestas no requieren o aceptar ayuda de otras personas. No debe hacerse mención de lo que el test se obtendrá como resultado al inicio de la aplicación. Hay razones para creer que los resultados pueden verse influenciados si la prueba es presentada con tal comentario. Los sujetos deben ser informados de que no necesitan responder a una pregunta que no quieran o no sepan contestar. El examinador debe decir: usted puede dejar una pregunta en blanco si lo desea, cuando no esté seguro de qué alternativa elegir o de si el enunciado realmente es aplicable a usted, pero antes de dejarla en blanco intente dar una respuesta. El examinador no debe discutir ninguna pregunta con el sujeto, explicando que debe ser él quien debe buscar sus percepciones u opiniones. Si el sujeto pregunta el significado de una palabra, si es posible, deberá darse la definición del cuestionario. El examinador deberá revisar la prueba, para asegurar de que sólo una de las respuestas alternativas ha sido señalada para cada pregunta. Para evitar sesgos por probabilidad se calculará el tamaño de la muestra de un estudio descriptivo para una variable dicotómica utilizando un intervalo de confianza de 95%.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



FECHA	MAR 2007	ABR 2007	MAY 2007	JUN 2007	JUL 2007	AGO 2007	SEP 2007	OCT 2007	NOV 2007	DIC 2007	ENE 2008	FEB 2008
TÍTULO	X											
ANTECEDENTES		X										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA			X									
OBJETIVOS			X									
HIPÓTESIS			X									
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES			X									
DISEÑO D EINVESTIGACIÓN				X								
ANÁLISIS ESTADÍSTICO												
CONSIDERACIONES ÉTICAS					X							
RECURSOS					X							
BIBLIOGRAFÍA					X							
ASPECTOS GENERALES					X							
ACEPTACIÓN						X						

X
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
 DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DEL PROYECTO:

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES PORTADORES DE ASMA
 EN LA POBLACIÓN INFANTIL”
 2007**

2008

FECHA	MAR 2008	ABR 2008	MAY 2008	JUN 2008	JUL 2008	AGO 2008	SEP 2008	OCT 2008	NOV 2008	DIC 2008	ENE 2009	FEB 2009
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO									X			
RECOLECCIÓN DE DATOS									X			
ALMACENAMIENTO DE DATOS									X			
ANÁLISIS DE DATOS										X		
DESCRIPCIÓN DE DATOS										X		
DISCUSIÓN DE DATOS										X		
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO										X		

INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL										X		
REPORTE FINAL										X		
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACIÓN												X

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Para la realización de este proyecto se cuenta con un investigador, un aplicador de cuestionarios, un recolector de datos, se espera la participación en cuanto a la orientación de la realización de la investigación, de los asesores clínico y experimental. Además del test de evaluación familiar llamado APGAR versión para niños. Para la realización de esta investigación se contará con una computadora Compaq precario 2100, con procesador AMT talón XP, disco compacto y unidad de almacenamiento (USB) para guardar toda la investigación. Servicio de fotocopiado para reproducir el test de evaluación familiar y cuestionario de presentación, lápices, borradores. Los gastos en general se absorberán por la residente de primer grado de medicina familiar.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente protocolo de investigación no desobedece la declaración de Helsinki de la asociación Médica Mundial. El reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en México. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación “Funcionalidad familiar en pacientes portadores de asma en la población infantil”, (se encuentra en anexo 3), cumple con la normatividad dentro del seguro social.

RESULTADOS

- Se estudió a 139 pacientes infantiles derechohabientes del IMSS portadores de asma, de los cuales conformaron para el sexo femenino 62 (44.6%), masculino 77 (55.4%) pacientes.
- La media de edad encontrada es de 9.45 años, con un valor mínimo de 6 años, con un valor máximo de 15 años, con una desviación estándar de 2.77 años.
- La mayoría 92 (66.2%) de los niños oscilaba en el rango 6-10 años de edad y la minoría 47 (33.8%) entre los 11 y 15 años de edad.
- En cuanto a escolaridad se encontró 113 (81.3%) de primaria y 26 (18.7%) de secundaria. Cuadro No. 1.
- En la actividad física se encontró 126 (90.6%) con actividad física leve, 13 (9.4%) con actividad moderada.
- En años de ser portador de asma se visualizó con una media de 7.74 años, con un valor mínimo de 3 años y con un valor máximo de 14 años, con una desviación estándar de 2.5 años.
- Por otro lado en el antecedente familiar de asma se identificó 67 (48.2%) con antecedente familiar de asma, 72 (51.8%) sin la presencia de antecedente familiar de asma.
- En el funcionamiento familiar evaluado con el APGAR familiar, versión para niños 116 (83.5%) con familia normofuncional, 22 (15.8%) con familia moderadamente disfuncional, 1 (0.7%) con familia gravemente disfuncional.

- De los 22 (15.8%) de los pacientes identificados mediante APGAR, como familia moderadamente disfuncional, el rango predominante en cuanto a edad, fue el del grupo de 10-15 años de edad, básicamente pacientes en etapa prepuberal y púberes.
- Sin embargo en la relación de edad en rangos con funcionalidad familiar según APGAR familiar. En la edad de 6-10 años 89 (64%) familia normofuncional, 3 (2.1%) familia moderadamente disfuncional, no hay familia gravemente disfuncional. Mientras que en la edad de 10-15 años de edad, 27 (19.4%) familia normofuncional, 19 (13.6%) familia moderadamente disfuncional, 1 (0.7%) familia gravemente disfuncional.
- De los encuestados, con antecedente familiar de asma, 57 (41%) pertenecían a familia normofuncional, 9 (6.4%) a familia moderadamente funcional, 1 (0.7%) familia gravemente disfuncional. Sin antecedente familiar de asma, 59 (42.4%) familia normofuncional, 13 (9.3%) familia moderadamente funcional, no hay familia gravemente disfuncional.
- En cuanto a la relación de actividad física con funcionalidad familiar según APGAR versión para niños, actividad física leve: 111 (79.8%) familia normofuncional, 14 (10%) familia moderadamente disfuncional, 1 (0.7%) familia gravemente disfuncional. En actividad física moderada, 5 (3.5%) familia normofuncional, 8 (5.7%) familia moderadamente disfuncional, no hay familia gravemente disfuncional.

- En la relación de años de portar asma en rangos con funcionalidad familiar según APGAR familiar; en la edad de 3-8 años de evolución de portar asma, se observa 84 (60.4%) familia normofuncional, 6 (4.3%) familia moderadamente disfuncional, no hay gravemente disfuncional. En la edad de 9-14 años de evolución, 32 (23%) familia normofuncional, 16 (11.5%) familia gravemente disfuncional, 1 (0.7%) familia gravemente disfuncional.

CUADRO Y GRÁFICOS

Sexo		
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	62	44.6%
MASCULINO	77	55.4%
TOTAL	139	100%

Cuadro No. 1 Frecuencia por género del total de la muestra

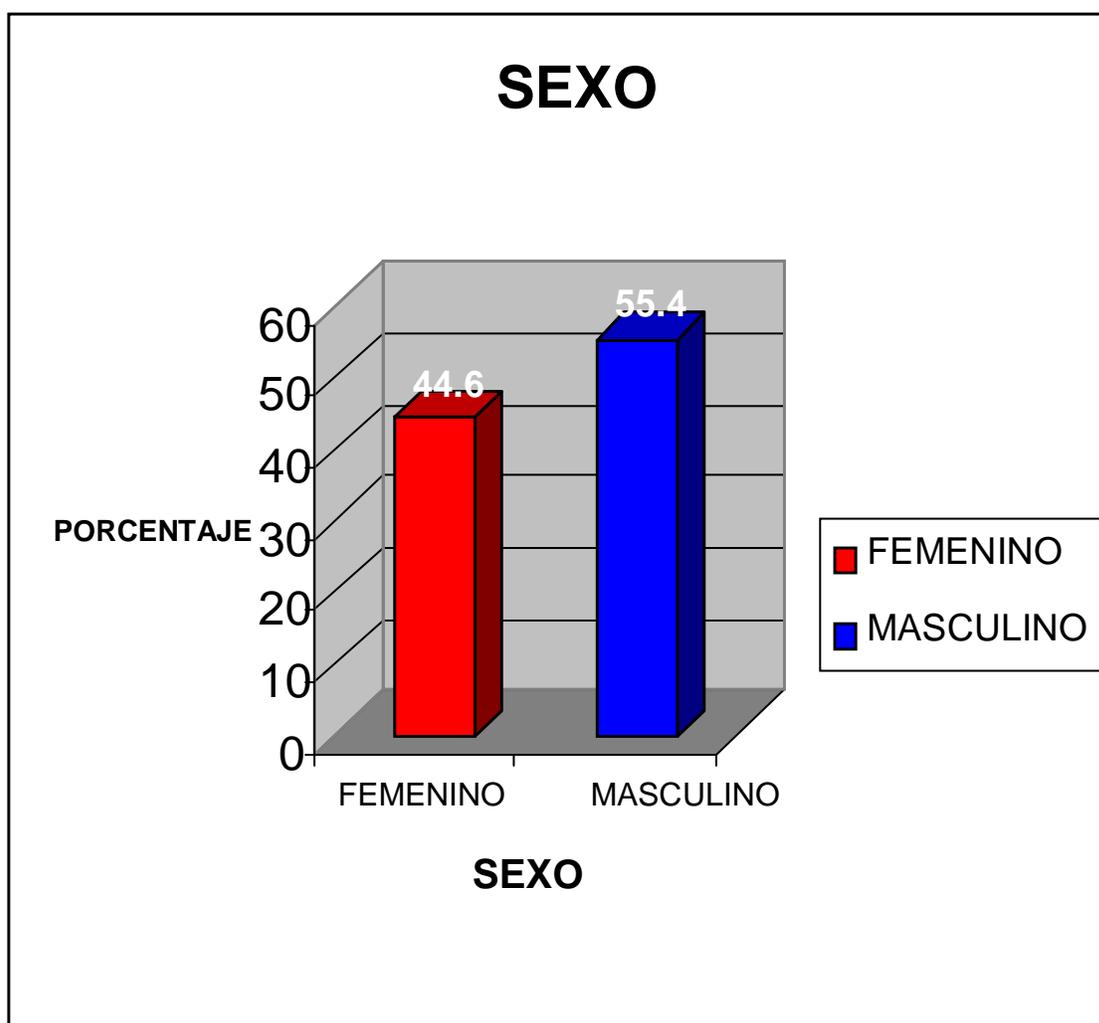


Gráfico No. 1 Porcentaje por género del total de la muestra

EDAD EN RANGOS		
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
6-11 AÑOS	92	66.2%
11-15 AÑOS	47	33.8%
TOTAL	139	100%

Cuadro No. 2 Frecuencia por edad del total de la muestra

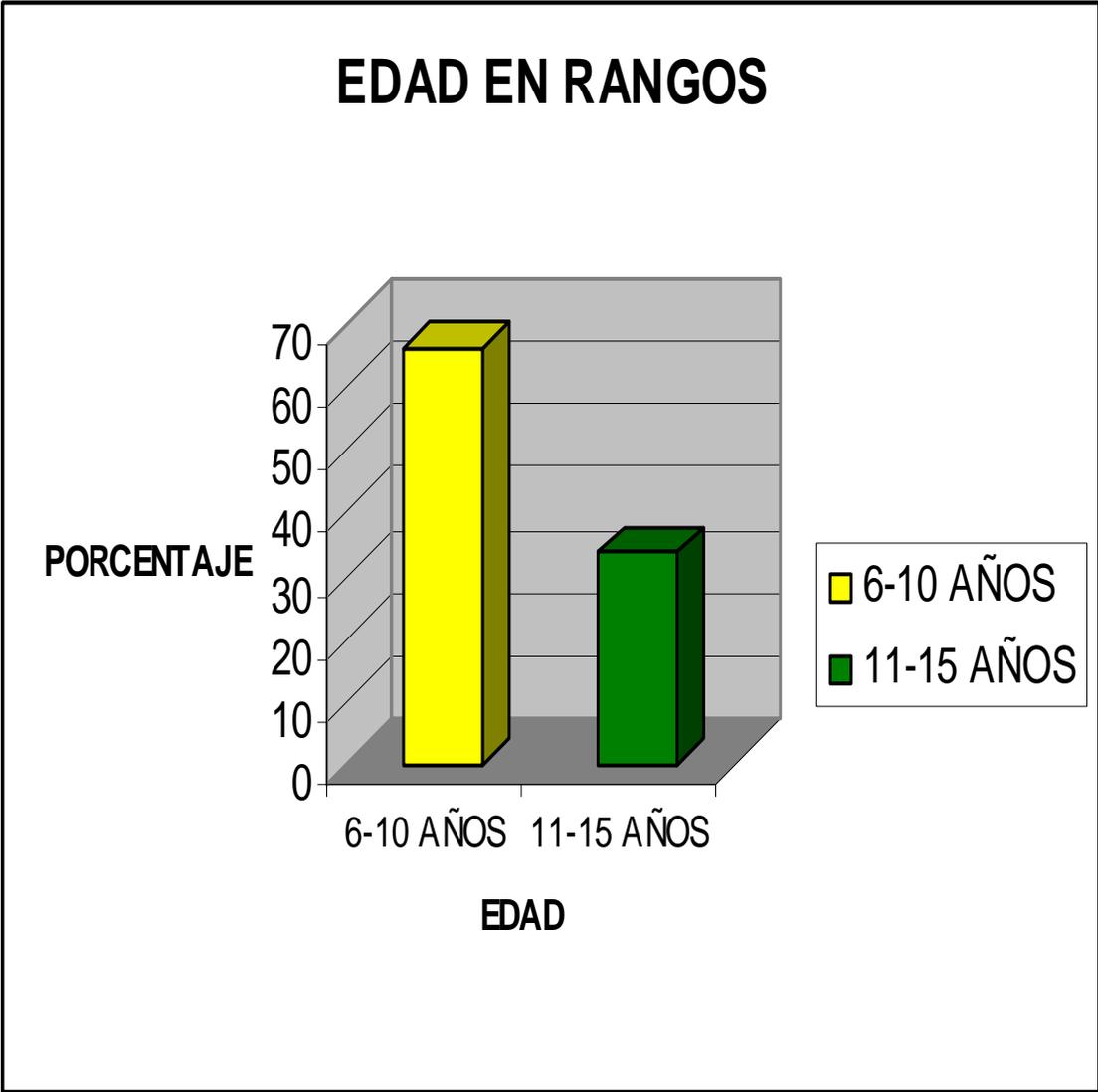


Grafico No. 2 Porcentaje por edad del total de la muestra

ESCOLARIDAD		
ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
QUINTO AÑO DE PRIMARIA	113	81.3%
SEXTO AÑOS DE PRIMARIA	26	18.7%
TOTAL	139	100%

Cuadro No. 3 Porcentaje por escolaridad del total de la muestra

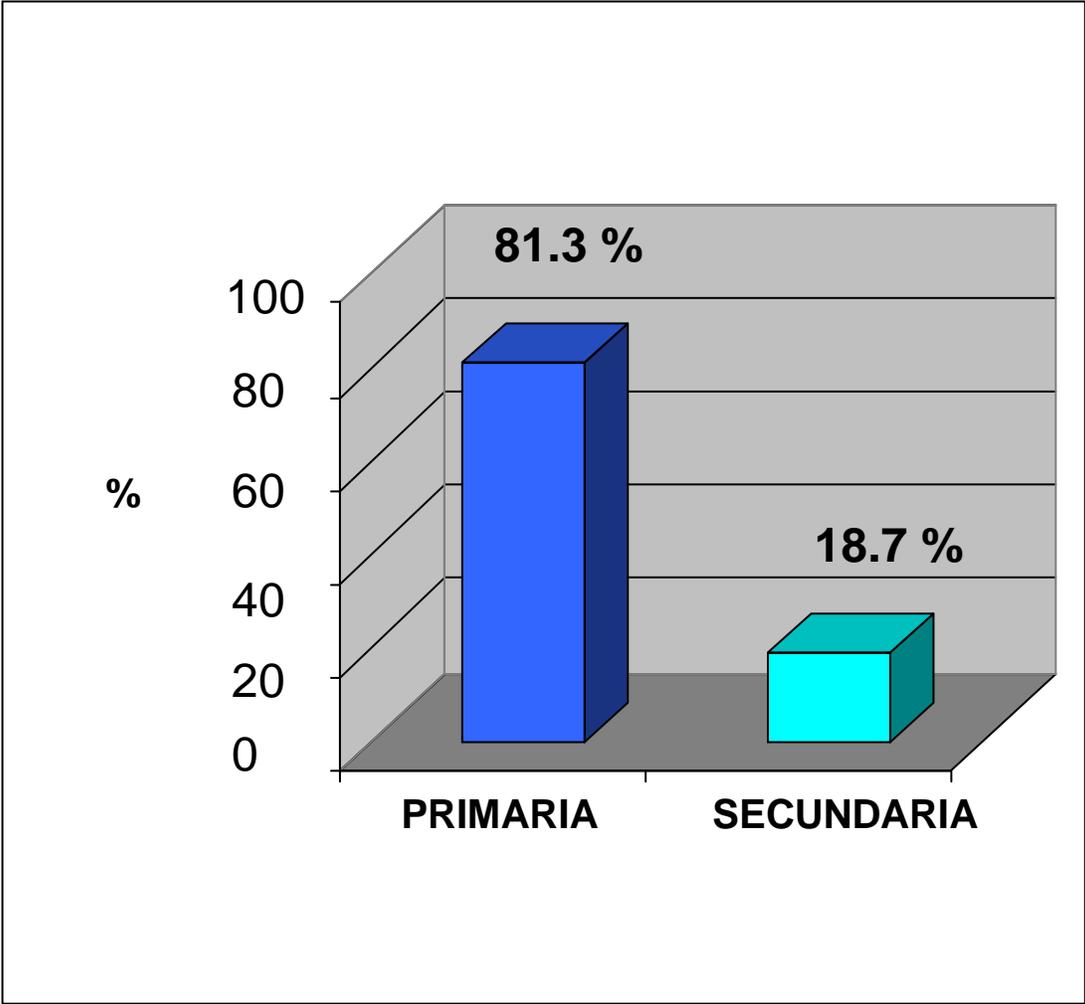


Grafico No. 3 Porcentaje por escolaridad del total de la muestra

AÑOS DE PORTAR ASMA EN RANGOS

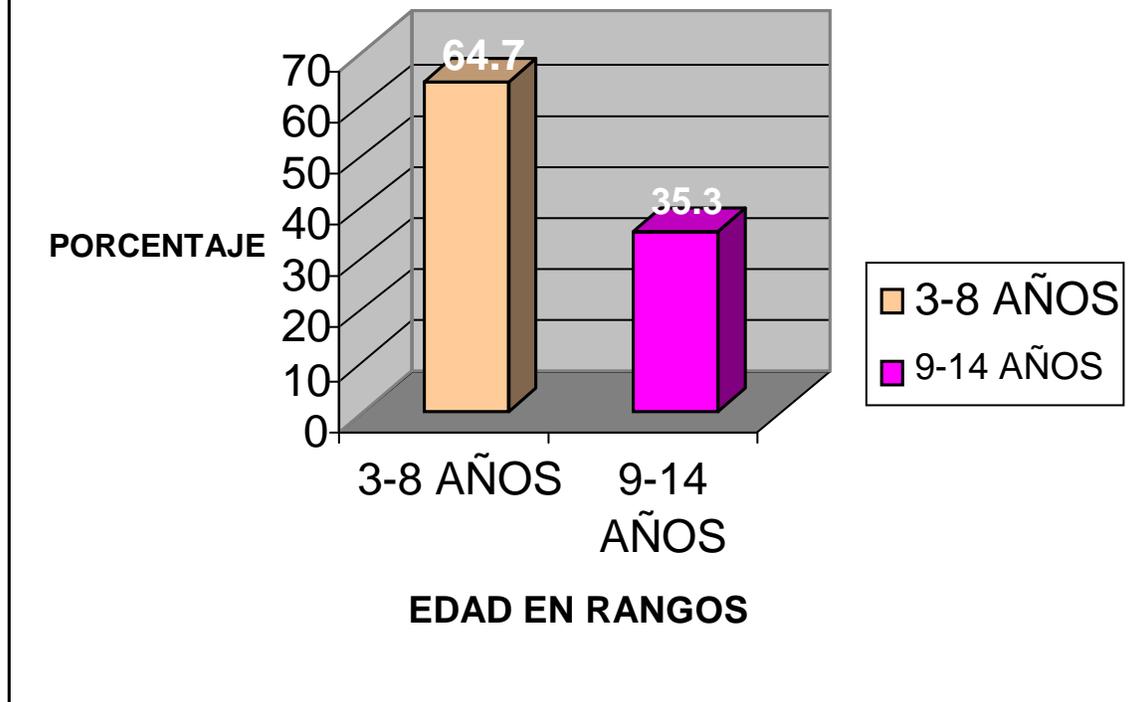


Grafico No. 4 Porcentaje años de portan asma del total de la muestra

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

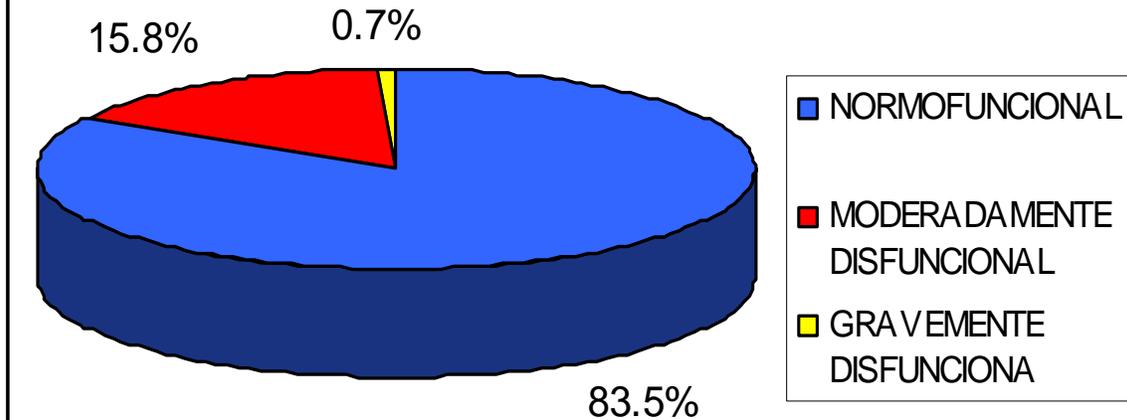


Grafico No. 5 Porcentaje Funcionalidad familiar del total de la muestra

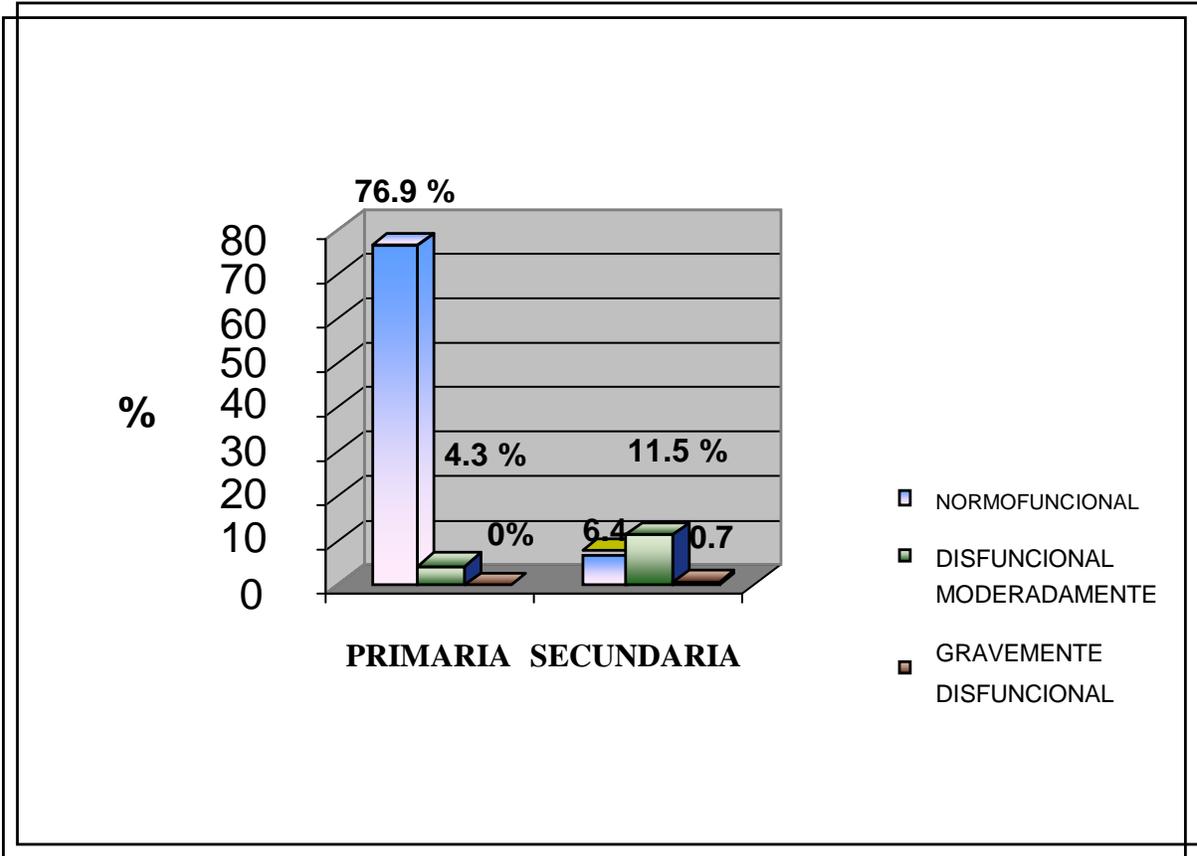


Grafico No.6 Porcentaje por escolaridad y funcionalidad familiar del total de la muestra.

DISCUSION

A partir de la década de los sesenta, uno de los enfoques más utilizados para estudiar a la familia, se fundamentó en la denominada *teoría general de los sistemas*. Esta teoría considera a un sistema como un conjunto de elementos en interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al todo y, su función es más que la simple suma de ellos. Así entonces, la familia es un sistema compuesto por un conjunto de personas que se encuentran en interacción dinámica, donde lo que le acontece a uno de sus integrantes afecta al otro y al grupo. La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia representa un cambio radical en su funcionamiento, incluso en su composición, que pudiera considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta irremediablemente en cada uno de sus miembros, así como hacia el exterior.

Se denomina *normofuncional* a una familia cuando es capaz de cumplir las tareas (Cuidado, afecto, alimentación etc.) que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo.

Cuando una familia no puede ejercer sus funciones, utilizamos el término de *disfuncional*. Todas las familias presentan dificultades cotidianas que deben ser afrontadas a lo largo de las distintas fases de su ciclo vital. Por lo tanto, la familia disfuncional no puede distinguirse de la familia funcional por la presencia de enfermedades como asma, sino por la utilización de patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y la resolución de conflictos.

Es la familia el pilar que sostiene redes de apoyo a un integrante enfermo, la disfunción familiar puede ser producida por la crisis de enfrentarse a un integrante enfermo de asma, es una necesidad familiar como distractor el continuar con un enfermo no estable, ya que éste, es el que produce su cohesión y sin embargo la dinámica familiar es muy diversa. Es un enfoque descabellado el mencionar que el asma es una necesidad de preservarse en una familia disfuncional. Es cuestión de poner a prueba las diversas estrategias de cada familia. Si bien es cierto que el asma tiene una raíz genética de atopía familiar, es la familia la productora y preservadora de la salud o de la enfermedad, no adaptarse a un integrante enfermo puede desencadenar disfunción.

La familia patológica, en este sentido, sería aquélla que ante situaciones que generan estrés responde aumentando la rigidez de sus pautas transaccionales y de sus límites; es notoria su falta de motivación y resistencia a toda posibilidad de cambio.

Es realmente interesante proponer medir la funcionalidad familiar a pacientes en crisis aguda de asma para relacionar desde un mejor aspecto, sin dejar de considerar aquellas variables que pudieran confundir y que pueden ser ajenas a la presencia o no de un caso de enfermedad crónica al interior de las familias.

CONCLUSIÓN

De los 139 pacientes asmáticos incluidos en este estudio y que contestaron el cuestionario de Apgar familiar versión para niños se encontró que en cuanto a la funcionalidad familiar que predominó fue normofuncional con un 83.4%.

Cabe destacar que si bien fue una minoría con familia moderadamente disfuncional (15.8%), el rango de edad predominó el grupo de pre puberal y puberal, lo que pudiera parcialmente explicar que debido a las características conductuales y de comportamiento propias de este grupo de edad, coincidieran y se observaran en este rasgo familiar y no tanto por haber un asmático en la familia.

Solo se identificó una familia con rasgos de gravemente disfuncional 0.7%, también coincidentemente también en el rango de adolescentes. El género masculino fue el principalmente predominante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bronfman M. La familia: dinámica, estructura y riesgo diferenciado. En: como se vive se muere la familia, redes sociales y muerte infantil. Universidad Nacional Autónoma de México. México 2000; 79-97
2. Gómez Clavelina FJ., Irigoyen Coria A., Ponce Rosas ER., Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch. Med. Fam. 1999; 1 (2): 45-57
3. Osornio Castillo L. Intento suicida en adolescentes y su relación con la funcionalidad familiar. Arch. Med. Fam. 2001; 3 (2): 33-39.
4. Stein,R.E.K. y Riessman, C. The development of an impact on family scale:preliminary findings. Medical care1980; 22(3) 205-215
5. Alain R. Rodríguez-Orozco Perfil organizativo funcional ce la familia nuclear psicosomática con un hijo asmático. Salud Mental 2008;31: 63-68
6. Fabre OD, Caraballo PM, González SS et al. Factores psicológicos que contribuyen al asma en niños y adolescentes asmáticos y sus padres. Revista Alergia México 2005; 52(4):161-70.
7. Mónica Méndez Guerra. Calidad de vida en pacientes asmáticos mexicanos. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.2003;(16):234-242
8. Moreno, B y Jiménez. Evaluación de la calidad de vida. Manual de evaluación psicología clínica y de la salud 1996.
9. Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination committee report. Global initiative for Asthma GINA Program. Allergy 2004

10. Brogger j. Bakke P, eide GE, johansen B, Andersen A, Gulsvik A. Long-term Changes in asthma prevalence. Eur Respir j, 2003; (21): 468-472
11. Consenso Mexicano de Asma. Neumología y Cirugía de tórax 2005; (64):511-54
12. Asociación Mexicana de Pediatría. Segundo consenso Mexicano de Asma en Pediatría. Acta Pediatría Mex 2002; (23) suppl 1: 1-39
13. P. Coronel C. Factores asociados al asma bronquial. Revista mexicana de Pediatría 2003; 70 (5): 232-236
14. Vázquez,M. y Buceta, J.Tratamiento psicológico del asma bronquial.Madrid: pirámide 1996
15. Gómez Vela M, Sabeh E. *Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica.* Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. 2001: 1-6
16. Vázquez,M. y Buceta, J. Intervención psicológica en el asma bronquial. Psicología contemporánea 1995; 2, 76-89
17. Fabrè Ortiz D,Caraballo Pupo Mario, Gonzalez soto Saida. Factores Psicologicos que contribuyen al asma en niños y adolescentes asmáticos y sus padres. Rev Alergia Mex 2005;52(4):164-170
18. Gila, A. y Martin-Mateos, M el niño asmático. Barcelona: Martínez roca 1991
19. María Elvira Caso Espina. La sobre protección parental como factor asociado en el asma bronquial en niños. Psicología y salud, 2006; 16(01):33-39
20. Busse, WW, Rosseenwasser U. Mechanims of asthma. J Allergy clin inmunol 2003; (111): 709-714

21. Jeffery PK. Remodeling in asthma and chronic obstructive lung disease. *Am Respir Crit Care Med* 2001; (1649): 28-38
22. Manuel Baeza-Bacab, Luis Felipe Delia-Zapata. Tratamiento del asma en Niños y adolescentes. *Academia Mexicana de Pediatría Boletín medico del hospital 62eliabili de México* 2002; (59): 198-209
23. Global initiative for asthma. Executive comité. Pocket guide for Asthma Management and Prevention in children 2006
24. Informes sobre la Salud en el mundo. Organización mundial de la salud 2002
25. Rabe KF. Worldwide severity and control of asthma in children and adults: the global asthma insights and reality surveys. *J ALLERGY Clin Immunol* 2004; (114) 40-47
26. Carlos Cornel Carvajal. Asma Bronquial. *Revista Mexicana de Pediatría*;(71) 82-86
27. Gallardo P, González AM, juncal I, Toledo R. intervención educativa con Niños asmáticos en Atención Primaria. *Medicina de Familia. Andalucía.* 2004; (5):140-146
28. Salas Hernández j, Ramírez Venegas A. La conducta de un grupo de Médicos Mexicanos ante el diagnóstico y tratamiento del asma. *Revista del Instituto Nacional de enfermedades Respiratorias* 2004; (103): 650-653
29. Huss K, Travis P, RW. General principles of asthma management enviromental Control. *Nurs clin North Am.*2003;(38): 609-620
30. Rachelefsky G. treating exacerbation of asthma in children the role of systemic Corticosteroids. *Pediatrics* 2003; (112): 382-397
- 31.-McDonald, H.Masteriung uncertainty: mothering the child with astma.*Pediatric nursing* 1996; 22(1), 55-59.

32. Benéitez Maestre AM, y cols. Aspectos psicológicos del asma infantil. Revista Pediatría de Atención Primaria 2005; 7(2): 137-149.
33. Seilkstein G, Ashworth C, Montano D Validity and reliability of the family Apgar as a test of family function. J Fam Pract 1982; 15: 303-311.
34. Solórzano ML, Brandt Toro C., Flores O., Estudio integral del ser humano y su familia. Postgrado de Medicina Familiar. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar. Ed. Graficas La Bodoniana. 2001
35. Seilkstein G, Ashworth C, Montano D Validity and reliability of the family Apgar as a test of family function. J Fam Pract 1982; 15: 303-311.
36. Jaime Guzmán Pantoja, Eduardo Reyes Barajas-Mendoza, Elba Graciela Luce González, Disfunción familiar en pacientes pediátricos con asma. Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria. 2008; (11): 543-548



ANEXOS

Anexo No. 1

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES PORTADORES DE ASMA EN LA POBLACIÓN INFANTIL”

NONBRE DEL
PACIENTE: _____

EDAD: _____ AÑOS:

SEXO: 1() FEMENINO 2() MASCULINO

ACTIVIDAD FÍSICA
1 () NINGUNA 2 () LEVE 3 () MODERADA 4 () INTENSA

AÑOS COMO PORTADOR
DE ASMA: _____ AÑOS

ANTECEDENTE FAMILIAR
DE ASMA: 1 () SI 2 () NO
ESPECIFICAR QUIÉN: _____

APGAR FAMILIAR
1 () FAMILIA NORMOFUNCIONAL
2 () FAMILIA MODERADAMENTE DISFUNCIONAL
3 () FAMILIA GRAVEMENTE DISFUNCIONAL

Anexo No. 2

APGAR VERSION PARA NIÑOS
(ADAPTABILITY, PARTNERSHIP, GROWTH, AFFECTION, RESOLVE)

CUESTIONARIO DEL APGAR FAMILIAR

			CASI SIEMPRE	ALGUNAS OCASIONES	CASI NUNCA
ADAPTACIÓN	CUALIDAD DE UTILIZAR LOS RECURSOS EN FUNCIÓN DEL BIEN COMÚN	ME SIENTO SATISFECHO CON LA AYUDA QUE RECIBO DE MI FAMILIA CUANDO TENGO ALGUN PROBLEMA			
COMPAÑERISMO	DISTRIBUCIÓN EQUITATIVA DE RESPONSABILIDAD COMPARTIENDO DE MANERA SOLIDARIA LOS PROBLEMAS FAMILIARES	ME GUSTA LA MANERA EN QUE MI FAMILIA HABLA Y COMPARTE LOS PROBLEMAS CONMIGO			
CRECIMIENTO	GRADO DE CRECIMIENTO HUMANO EN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA COMO EXPRESIÓN DEL APOYO MUTUO	ME GUSTA CÓMO MI FAMILIA ME PERMITE HACER COSAS NUEVAS QUE QUIERO HACER			
AFECTO	RELACIONES DE CUIDADO Y CARÍO QUE DEBEN EXISTIR ENTRE LOS DIFERENTES MIEMBROS DE LA FAMILIA	ME GUSTA LO QUE MI FAMILIA HACE CUANDO ESTOY FELIZ, TRISTE, ENOJADO ETC.			
RESOLUCIÓN	CAPACIDAD PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS FAMILIARES DESTACANDO EL TIEMPO SUFICIENTE A CADA MIEMBRO DE LA FAMILIA	ESTOY SATISFECHO CON LA CANTIDAD DE TIEMPO QUE MI FAMILIA Y YO PASAMOS JUNTOS			

Anexo No. 3



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

ASPECTOS ÉTICOS:

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para la participación en el proyecto:

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES PORTADORES DE ASMA EN LA POBLACIÓN INFANTIL”

NOMBRE DEL PACIENTE _____ . FECHA:

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado.

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES PORTADORES DE ASMA EN LA POBLACIÓN INFANTIL”

El objetivo de este estudio es analizar la funcionalidad familiar en pacientes portadores de asma en la población infantil. Se me ha explicado que la participación de mi hijo consistirá en responder una entrevista y La aplicación del cuestionario de APGAR versión para niños. Declaro que se ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes beneficios: mayor vigilancia y acceso a estudios de gabinete que normalmente no están disponibles para la atención rutinaria de los pacientes, inconvenientes y molestias como es la venopunción, responder a la entrevista dirigida. El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre el procedimiento alternativo adecuada que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, a si como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee a cerca de los que se llevará acabo. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se identificará en la presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio y aunque este pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del testigo

Dra. Hernández Delgado Maria Luisa
Nombre y firma del investigador

