

11241

2 ej 16

UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO.

---

---

División de Estudios Superiores  
Facultad de Medicina

Departamento de Psiquiatría, Psicología  
y Salud Mental.

FALLA DE ORIGEN

N.S.  
*[Handwritten signature]*

13-III-50 *[Handwritten signature]*



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

1. ASMA BRONQUIAL EN NIÑOS: ASPECTOS PSICODINAMICOS  
ESTRUCTURALES Y COMUNICACIONALES EN EL NUCLEO  
FAMILIAR DEL NIÑO ASMATICO.

2. INTRODUCCION.

2.1 ANTECEDENTES.

Los trastornos psicósomáticos están clasificados dentro de la génesis multifactorial. Los aspectos emocionales intervienen en mayor o menor grado, contribuyen al desarrollo de síntomas físicos y tienen una amplia participación en la evolución y pronóstico de éste tipo de entidades nosológicas.

Actualmente se considera que los síntomas orgánicos son producidos o agravados por los trastornos emocionales. Frecuentemente, se hallan involucrados los sistemas motor y sensorial así como el órgano blanco en particular.

Trastornos psicósomáticos respiratorios: los alveolos se ventilan normalmente por medio de un proceso inconsciente, regido por los centros respiratorios, a los que son transmitidas las necesidades del metabolismo tisular, en cuanto a consumo de oxígeno y eliminación de ácido carbónico, mediante dos vías:

1. Vía humoral directa (por contacto de la sangre circulante), aumento de la actividad por la tensión de  $CO_2$ , descenso del pH y aumento de la temperatura corporal.

2. Vía refleja indirecta, mediante la excitación de los nervios aferentes que ponen en relación los órganos reguladores periféricos con los centros de los receptores del tejido pulmonar y de los propioceptores de los músculos y articulaciones. En condiciones normales predomina la vía refleja indirecta, pero ambos mecanismos están constantemente sometidos al influjo de los centros

nerviosos superiores, que estan en la formación reticular del bulbo raquídeo caudal. Se describen dos centros uno inspiratorio que contiene neuronas que producen inspiración activa cuando son exitados. Hess describio centros respiratorios localizados en el hipotálamo, los cuales son más sensibles a los estímulos que los cocalizados en el bulbo raquídeo. Es probable segun Hoff que el ritmo basal de la respiración se halle gobernado por el bulbo raquídeo y que, en cambio, los centros del diencefalo determinen la adaptación más sutil de la respiracion a las necesidades cambiantes del organismo para todos los tipos de rendimiento que se exijan.

Aunque la respiración es un proceso inconsciente, es indudable que existen aferentes exitatorios e inhibitorios de la corteza para los centros respiratorios, ya que tanto la inspiración como la espiración, estan bajo control voluntario. Tambien deben existir aferentes del sistema límbico, ya que los estímulos emocionales afectan a la respiración al igual que el dolor.

**ASMA BRONQUIAL:** es una enfermedad recurrente, con obstrucción de las vías respiratorias, las cuales responden con broncoconstricción, edema y una excesiva secreción a una gran variedad de estímulos como alergenos, infecciones pulmonares y estímulos psicológicos que pueden ya sea solos o en combinación iniciar la broncoconstricción, la cual puede ser temporal o leve, episódica óparoxística, crónica o severa, estacional o perenne.

Existen dos formas de asma bronquial reconocidas: la extrínseca y la intrínseca. Cerca del 30 al 50% de los pacientes sufren de asma extrínseca. En la forma extrínseca, el asma bronquial está caracterizada por mecanismos alérgicos pero probablemente no son suficientes para precipitar los ataques clínicos del asma, jugando los factores psicológicos un papel de predis

posición e iniciación de la enfermedad, así como en su recurrencia.

En la opinión de los estudiosos del asma bronquial, la forma extrínseca es multifactorial, incluyendo factores psicológicos, inmunológicos e infecciosos. Ocurre más frecuentemente en gente joven, especialmente en niños.

William y col. en 1958 expresó que el factor extrínseco de tipo alérgico juega un papel predominante en el 29%; las infecciones respiratorias en un 40%; y los factores psicológicos en un 30%. Pero en éste último grupo en quienes los factores psicológicos juegan un papel predominante, los ataques fueron precipitados además por factores alérgicos en un 50% de los pacientes.

Los conocimientos importantes que aportaron los estudios de William y col. y posteriormente Pearson (1968), Rees (1956), Rees (1964) fue que los factores alérgicos, psicológicos e infecciosos están en interacción.

Los factores genéticos tienen un papel menor en la predisposición al asma bronquial (Van Arsdell y Motuls Ky 1949).

En relación a la vida de los pacientes asmáticos discurre una corriente reprimida "un temor a la separación de la madre" así como un deseo de ser amado.

French Alexander (1941) en sus estudios a través de revisiones meticulosas del material obtenido del psicoanálisis de 27 pacientes adultos y 11 niños para determinar cuáles eran los factores básicos, cuáles los más comunes, así como encontrar una relación existente entre éstos factores y la producción de crisis asmáticas, llegando a las siguientes conclusiones:

- 1) Los ataques asmáticos ocurren como una reacción de peligro ante la separación de la madre.

2) Situaciones en las cuales el miedo a la separación fué el estímulo, viviéndolo de dos maneras: a) deseos de separación de la madre y situaciones de tentación hacia los impulsos reprimidos que la madre desapruueba, amenazas de rompimiento con ella. Los impulsos inaceptables por el paciente fueron los de hostilidad hacia la madre.

3) Los pacientes revelaron una variedad de defensas hacia el miedo. Las más comunes fueron aquellas que buscaban una reconciliación, como la utilización del sufrimiento como una ganancia secundaria, así como la confesión de deseos de aceptación materna.

4) Los ataques ocurrieron cuando las defensas se rompieron.

5) La estructura del carácter de los pacientes fue variada, pero lo encontrado con mayor frecuencia fue una falta de independencia y madurez, así como actitudes dependientes hacia la madre.

6) Durante el análisis, la interrupción de los ataques ocurrieron en varias ocasiones. En algunos la confesión de sus problemas los ayudó durante las crisis, indicando una correlación de los ataques de asma con una inhibición o represión del llanto

Entre las investigaciones en niños asmáticos se tienen: Rogerson estudio a 30 niños mediante entrevistas directas y la observación en su juego. 19 de ellos mostraron una inteligencia superior al promedio; 22 mostraron tendencias a la conducta agresiva y dominante; 20 presentaron angustia, inseguridad y falta de confianza en si mismos; 21 mostraron tendencias a demandar de sus padres atención en forma exagerada; 17 se mostraron solitarios en sus juegos. Entre los padres de ambos sexos predominó el tipo ansioso y sobreprotector.

Little y Cohen estudiaron a 31 niños asmáticos y a 30 controles y encontraron estadísticamente significativo el hecho de que las madres de los niños asmáticos coinciden en fijar a sus

hijos metas que resultan altas en proporción a su capacidad de ejecución.

Otro trabajo, el de Swanton, tiende a confirmar el de Roger<sup>n</sup>son, según éste autor, los niños asmáticos son inteligentes, nerviosos, sensibles y dominantes. Existe mucha agresión latente en ellos.

Miller y Baruch piensan que la sobreprotección de los niños asmáticos por sus madres no es sino un intento de ellas por compensar su hostilidad y rechazo, lo que de cualquier modo es percibido por el niño. Así mismo que es frecuente encontrar que la madre tiende a rechazar al niño cuando se encuentra sano o cuando muestra sus deseos de independencia y de autoafirmación, en cambio es sobreprotectora y el niño es recompensado con esmeradas atenciones cuando se encuentra enfermo o se siente desamparado.

Novar, reporta un caso en el cual el ataque asmático apareció durante el desarrollo de un deseo de ablandar las actitudes demandantes y crueles de la madre.

Los estudios de Herheimer, Dikker y Groen demostraron que los pacientes asmáticos pueden desarrollar crisis cuando son expuestos ante pinturas de los objetos que normalmente inducen sus crisis asmáticas.

Los estudios de Luparello y col. concluyen que el incremento y decremento de las resistencias del árbol bronquial pueden ser inducidos por factores psicológicos en algunos pacientes asmáticos.

La mayoría de los estudios fueron hechos después de que se presentó la enfermedad. Para evitar el problema de estudiar a los niños después de comenzar la enfermedad y determinar sus antecedentes psicológicos, los investigadores pueden evaluar a los niños con riesgo de presentar asma bronquial teniendo en cuenta

que cerca del 25% de los niños con eczema infantil atópico desarrollan asma bronquial, pudiéndose estudiar por lo tanto las características psicológicas previas, los estudios de éstos niños antes de padecer el asma bronquial permitieron distinguir tanto los antecedentes como las consecuencias psicológicas que tiene ésta enfermedad.

Mohr, Tausend, Selismick y Augenbraun compararon 5 niños asmáticos (4 de ellos tenían una historia de eczema), con 5 niños eczematosos, dos de ellos posteriormente desarrollaron asma bronquial. Los niños eczematosos fueron pasivos, sumisos y dependientes presumiblemente porque fueron sobreprotegidos por sus padres, así mismo los niños activamente hacían un esfuerzo por lograr su independencia. Los niños asmáticos fueron también dominados por su miedo a la separación. Las madres de los niños fueron seductoras, otras hacían énfasis en su propio control; los padres resultaron indiferentes ante las actitudes de miedo de sus hijos. Los niños que resultaron ansiosos, con pobre control sobre sí mismos y dependientes tuvieron mayor cantidad de crisis asmáticas.

Actualmente las investigaciones en niños asmáticos se han guiado hacia los siguientes principios: a) no existe una personalidad que se relacione con el asma bronquial. b) muchos pacientes asmáticos tienen marcados deseos inconscientes de protección, particularmente hacia la madre (F. Alexander). c) muchos niños asmáticos presentan un manejo inadecuado en el control de impulsos, algunos son tímidos, otros son flojos, rebeldes, irritables o explosivos (Fine, Lamont y Block).

Existe muy poca evidencia de qué tipos específicos de rasgos de la personalidad o de conflictos están relacionados con el asma bronquial.



Cuando los factores psicológicos son importantes, parece que cualquier reacción emocional intensa puede llegar a servir como estímulo provocador del ataque asmático.

Estudios recientes han mostrado que existen un buen número de trastornos de personalidad y no un tipo único en los enfermos asmáticos, puede ser ocasionada o secundaria al impacto de la crisis asmática, durante la cual el enfermo siente la necesidad de que alguien lo ayude o lo acompañe y por lo tanto desarrolla una dependencia hacia los padres, principalmente hacia la madre que es quien está representando generalmente la protección en la niñez.

La evidencia de que factores psicológicos juegan un papel en el desencadenamiento de las crisis asmáticas es irrefutable. Menos evidente pero de cualquier modo dignas de tomar en cuenta son las observaciones sobre la personalidad de los asmáticos y de las circunstancias que rodean su desarrollo durante la infancia.

Una serie de factores pueden contribuir al desarrollo del asma bronquial, y el peso de estos factores variará de un caso a otro. Alguna predisposición biológica puede ser importante en la mayor parte de los casos, ya sea una reacción alérgica o una enfermedad respiratoria anterior. La experiencia de aprendizaje en el contexto familiar también juega un papel y su importancia puede aumentar a medida que la contribución de factores biológicos disminuye.

Jessner y col. reportan el caso de niños que presentan las crisis asmáticas solamente en su casa y no en la escuela, siendo expuestos al mismo alérgeno en ambas ocasiones. Estas observaciones proveen de un gran soporte a la idea de que los factores psicológicos, así como el contexto social y familiar en el que se

dan los cambios juegan un papel importante en las crisis asmáticas.

Por lo anterior, teniendo en cuenta que el grupo familiar ejecuta la tarea crucial de socializar al niño y moldear el desarrollo de su personalidad, determinando así en gran parte su destino mental, se hace necesario su estudio.

Freud, no obstante de observar y estudiar los procesos patológicos familiares, lo hizo solamente a nivel individual, tomando como marco básico de referencia al Psicoanálisis. La observación de éstos procesos los hizo sin tomar en cuenta el medio o contexto social del individuo, reviviendo en los pacientes los fenómenos familiares a través de la transferencia. La hipótesis era que la intrusión de cualquier otra persona en la relación entre paciente y terapeuta contaminaría la transferencia. Gradualmente se amplió el foco de interés para incluir personas importantes como la figura materna.

No fue hasta 25 años más tarde que Freud destacó la importancia de los procesos familiares, relacionándolos con fenómenos inconscientes tales como interpretaciones de la relación triádica del padre, la madre y el hijo en el triángulo edípico, haciendo el primer esfuerzo psicoanalítico para conceptualizar los procesos familiares.

El importante cambio que entraña dejar de ver a las relaciones familiares en términos del paciente, para ver al paciente en términos de la estructura familiar señala en verdad el principio de una nueva era de exploración en el estudio de los procesos familiares.

Los sistemas de estudios clínicos y de investigación en familias como grupo comenzaron hasta los 40s, existiendo a partir

de entonces una extensa literatura de la vida familiar, haciendo una significancia especial en el desarrollo de la personalidad.

Sociólogos como Morton, Parson y Rainwater ayudaron a aclarar algunas de las características de la familia como institución, así como las diferencias conductuales de las familias en diferentes clases socioeconómicas. Los antropólogos contribuyeron con la información acerca de la estructura familiar en diferentes culturas.

Ackerman, Satir y Bell han hecho aportaciones a la atención de distintos problemas de salud mental, con un enfoque familiar. Destacan también Jackson, Weakland, Watzlawick en Palo Alto.

Como unidad de superación la familia tiene las siguientes metas y funciones específicas para el desarrollo de sus integrantes: a) cuidar de los niños, asegurando su subsistencia a través de la satisfacción de necesidades materiales de abrigo, alimentación y protección física.

b) promover lazos de afecto y de unión social que son la matriz de la capacidad de relación con otros seres humanos.

c) facilitar el desarrollo de la identidad personal ligada a la identidad familiar y a la identidad del grupo social, lo que permite establecer integridad y fuerza física para enfrentar nuevas experiencias y situaciones externas.

d) satisfacer las necesidades recíprocas y complementarias y así al mismo tiempo, fomentar la libre relación de sus miembros y permitir la individuación a través del respeto y del reconocimiento de cada uno de sus integrantes.

e) dar oportunidad para que los miembros se adiestren en las tareas de participación social e integración de los roles sociales, esto incluye el rol sexual que está condicionado por la imá

gen que los padres dan a los hijos de su propia madurez e integración.

f) promover el desarrollo, el aprendizaje y la realización creativa de los miembros en forma individualizada.

g) mantener la unión y la solidaridad en la familia con un sentido positivo de la libertad.

Las funciones de la familia pueden ser divididas a su vez en funciones de maternaje y funciones de paternaje. Las primeras son aquellas más connaturales a la figura materna por su condición biológica y psicosocial no siendo sin embargo privativas de ella tales serían las nutricias, las de seguridad afectiva y aceptación. Las de paternaje más connaturales a la figura paterna en forma semejante serían las de orientación y estímulo y de ejercicio de la autoridad racional.

Pero así como el individuo puede desarrollar o no sus potencialidades, la familia puede cumplir o no sus funciones, de hacerlo facilitará el desarrollo sano de sus integrantes; de no hacerlo va a interferir con él desviando o dañando directamente a sus miembros. En todo proceso en que hay expectativas por cumplir se daña o se falla por acción o por omisión. Así las familias pueden alcanzar satisfactoriamente o no las metas que le corresponden e incluso actuar en contra de ellas.

En forma breve se analizarán las etapas por las que atraviesa el niño dentro del ambiente familiar y se hará notar como pueden existir fallas o problemas según la fase de desarrollo en que se encuentra el niño.

a) En la etapa postnatal inmediata la adaptación implica fundamentalmente la satisfacción de necesidades fisiológicas de alimentación, abrigo y descanso. La insatisfacción se expresa a través del llanto. Los padres pueden dañar al hijo en esta etapa.

pa descuidando los alimentos, abrigo y el sueño, proporcionán-  
dole en demasía o escasamente cada elemento y no cuidando de  
mantener un buen nivel fisiológico.

b) Durante la lactancia la relación con el hijo implica -  
aceptar su absoluta dependencia. Esta relación simbiótica con  
la madre produce en el niño sentimiento de omnipotencia del -  
niño sobre la madre alternativamente con desamparo. El dominio  
omnipotente del niño sobre la madre no se considera una función  
individual, sino el resultado de su unión simbiótica; el niño-  
ordena a través del llanto y la madre obedece; recíprocamente  
la madre actúa y el niño responde. No hay distinción entre el-  
propio Yo y el de la madre. Una separación prematura produciría  
en el niño sentimientos de desamparo y temor y podría provocar  
reacciones agresivas.

c) En la siguiente fase se iniciará la separación gradual  
entre el niño y la madre. A medida que el niño progresa y va -  
afirmando su propio Yo, la amenaza de separación resulta menos  
angustiante y conflictiva. Aquí el problema puede mostrarse en  
no permitir que el niño empiece a desarrollar esa independencia  
tan esencial. Para ser aceptado, el niño se somete a las disci-  
plinas y normas que establecen los padres, y aunque en un prin-  
cipio depende de ellos como fuente externa de control, poco a -  
poco internaliza e incorpora tales normas a su personalidad. En  
la clínica se observan padres que bajo el pretexto de ser disci-  
plinarios, infligen a sus hijos distintas formas de agresión -  
verbal y física.

d) Mas adelante el niño dirige sus necesidades afectivas  
hacia la polaridad masculina-femenina de sus progenitores y -  
hacia la relación entre ellos; logra establecer mas claramente  
la diferenciación sexual entre ambos padres y en forma simultá

nea a través del proceso de identificación con cada uno de ellos va definiendo su propia identidad sexual.

e) Durante la siguiente fase ocurre una expansión en las esferas social y emocional, y la interacción del niño con su medio rebasa los límites de su familia inmediata, gracias a nuevas experiencias de la realidad social y del aprendizaje con sustitutos maternos y paternos y con niños iguales a él en la vida escolar. ¿ como se dañaría a un niño en ésta fase? inhibiendo su desligo paulatino de la familia, haciéndolo temeroso del mundo exterior, no interesandose en sus experiencias escolares o aprovechando que el niño ya tiene intereses externos para deshacerse de él afectivamente.

f) Finalmente, en la etapa de crecimiento puberal aparecen impulsos sexuales diferenciados, se ratifican líneas de identificación y con ellas lealtades y roles de grupo y el individuo se prepara para la tarea de la vida adulta a partir de la lucha adolescente de adaptación. En ésta etapa el adolescente ya contrataca de una manera más palpable que la que usó cuando era niño.

Se puede ver entonces cuán importante es la interacción entre la familia y el niño para la satisfacción o la frustración de las necesidades básicas y las agresiones que puede sufrir durante su desarrollo. El resultado final dependerá de los recursos positivos que tanto el niño como la familia pueden movilizar juntos para superar las dificultades.

En base a la revisión anterior se pueden obtener las siguientes conclusiones:

- La literatura previa ha apoyado la existencia de una relación entre las crisis asmáticas y las alteraciones psicológicas que van a interferir en el desarrollo de la personalidad del niño

nea a través del proceso de identificación con cada uno de ellos va definiendo su propia identidad sexual.

e) Durante la siguiente fase ocurre una expansión en las esferas social y emocional, y la interacción del niño con su medio rebasa los límites de su familia inmediata, gracias a nuevas experiencias de la realidad social y del aprendizaje con sustitutos maternos y paternos y con niños iguales a él en la vida escolar. ¿ como se dañaría a un niño en ésta fase? inhibiendo su desligo paulatino de la familia, haciéndolo temeroso del mundo exterior, no interesandose en sus experiencias escolares o aprovechando que el niño ya tiene intereses externos para deshacerse de él afectivamente.

f) Finalmente, en la etapa de crecimiento puberal aparecen impulsos sexuales diferenciados, se ratifican líneas de identificación y con ellas lealtades y roles de grupo y el individuo se prepara para la tarea de la vida adulta a partir de la lucha adolescente de adaptación. En ésta etapa el adolescente ya contraataca de una manera más palpable que la que usó cuando era niño.

Se puede ver entonces cuán importante es la interacción entre la familia y el niño para la satisfacción o la frustración de las necesidades básicas y las agresiones que puede sufrir durante su desarrollo. El resultado final dependerá de los recursos positivos que tanto el niño como la familia pueden movilizar juntos para superar las dificultades.

En base a la revisión anterior se pueden obtener las siguientes conclusiones:

- La literatura previa ha apoyado la existencia de una relación entre las crisis asmáticas y las alteraciones psicológicas que van a interferir en el desarrollo de la personalidad del niño

- Los datos reportados sobre las posibles causas de las alteraciones emocionales del niño asmático, en su mayoría se refieren únicamente a la relación diádica madre-hijo, dejando fuera del contexto a los demás miembros que conforman el núcleo familiar.

↳ El núcleo familiar con todos y cada uno de los miembros que la integran va a ser determinante en el desarrollo de las características de la personalidad del niño.

\_ Otra gran mayoría de investigaciones reportadas describen las características individuales de personalidad del niño asmático.

- Se concluye en investigaciones ya reportadas que la génesis del asma bronquial es multifactorial, interviniendo en mayor o menor grado los factores psicológicos.

- Por lo anterior considero necesario una investigación del núcleo familiar del niño asmático como parte de una evaluación integral que redundaría en un mejor conocimiento planteando la posibilidad de un tratamiento multidisciplinario.

## 2.2 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO.

Es bien sabido que en nuestro país la investigación clínica no ha tenido un gran avance, el problema es aún más grave en áreas específicas como es el caso del estudio de la estructura familiar ligada a padecimientos psicosomáticos como es el caso del asma bronquial. Un estudio como el realizado en ésta ocasión, no ha sido llevado a cabo en nuestro país, lo cual es de llamar la atención ya que se cuenta con los recursos como son:



- Personal profesional capacitado.
- Material de bajo costo.
- No se requiere de manipulacion de variables complejas a nivel experimental.
- Disponibilidad de instrumentos de evaluacion para evaluar la estructura familiar.
- Disponibilidad de recursos humanos como lo son los pacientes.

Por otro lado se tiene la necesidad de consultar bibliografía extranjera, tanto por los especialistas en Psiquiatria como por las demas ramas afines, importando y extrapolando datos a nuestra poblacion, pero sin saber a ciencia cierta cuál es nuestra realidad en ésta área de la investigacion.

Teniendo en cuenta que el asma bronquial es un padecimiento que en nuestro país se ha incrementado notablemente en los ultimos años, que afecta a gente joven principalmente a niños y que ocupa uno de los principales lugares en la poblacion de los hospitales infantiles, se considera que la investigación tiene suficiente validez, aportando conocimientos sobre las influencias psicologicas del ambiente familiar en que se desarrolla el niño asmático, siendo el principal objetivo aportar conocimientos en busca de un mejor pronostico del asma bronquial en niños.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Es evidente, tanto por observación clinica como por la revision de la literatura, que existe una asociación entre las crisis asmáticas y alteraciones psicologicas en los niños que padecen asma bronquial y que van a repercutir en el desarrollo de su personalidad, así como en el tratamiento, evolución

y pronostico a largo plazo del asma bronquial.

Por otro lado ya ha sido exhaustivamente revisado que los primeros factores que el niño toma para la integración de una personalidad madura provienen del núcleo familiar donde se desarrolla, por lo tanto se hace necesario el estudio de la estructura familiar en busca de disfunciones que contribuyan al difícil control y cronicidad del asma bronquial.

#### 4. OBJETIVOS.

- El presente estudio pretende investigar si existe una disfunción a nivel familiar tanto de aspectos psicodinámicos, comunicacionales como estructurales en la familia nuclear del niño asmático que va a favorecer su cronicidad, interfiriendo en grado notable con el tratamiento médico.
- Plantear la necesidad de evaluación no solo del niño asmático en forma individual sino dentro de su contexto familiar.
- Determinar mediante la aplicación del cuestionario para familias ( que tiene por objeto hacer un estudio de las relaciones dentro de la familia) las características del núcleo familiar - en que se desarrolla el niño con asma bronquial.
- Establecer si existe disfunción en el núcleo familiar del niño asmático con alteraciones a nivel de autonomía, autoridad, límites, alianzas, centralidad y geografía.
- Efectuar el estudio en familias de niños asmáticos de nuestro país, ya que hasta el momento actual no existe bibliografía sobre el núcleo familiar del niño asmático mexicano.

## 5. HIPOTESIS.

- Existe una disfunción en la familia del niño asmático a nivel psicodinámico, estructural y comunicacional.

## 6. PLAN DE LA INVESTIGACION.

6.1 TIPO DE INVESTIGACION, la investigación que se realizó fue de tipo prospectivo ( toda la información pertinente al estudio fué captada en un futuro inmediato), transversal ( se estudiarón características del grupo familiar en un momento dado y en una sola ocasión), observacional ( los fenomenos estudiados se describieron sin modificación alguna de los factores que intervienen en el proceso), descriptiva ( se observo y se describió).

### 6.2 METODOLOGIA.

La investigación se realizó en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias ( I.N.E.R.), contando con la autorización del departamento de investigación del Instituto antes citado.

Se estudiaron 10 familias de niños asmáticos, tomados de la consulta externa de pediatría del I.N.E.R., los niños asmáticos contaban con estudios completos clínicos y de laboratorio que justificaron el Dx . de asma bronquial así como la evolución del padecimiento que lo apoyaba.

Las familias de los niños asmáticos que entraron al estudio reunieron los siguientes requisitos:

- Familias de tipo monogámico, dos adultos de ambos sexos, que habitan bajo un mismo techo, conviven y participan de la abundancia ó de la escasez en forma constante y mantienen relaciones sexuales socialmente aceptadas.

- Familias de origen completa ( ambos padres vivos), que es aquella en que se nace y se crece.
- Union de pareja formalizada por el matrimonio civil.
- Parejas cuya union formalizada sea la primera y unica.
- Familias cuyas parejas se encuentren entre los 20 y 35 años de edad.
- Familias cuyo nivel educacional sea de primaria completa como minimo de ambos padres.
- Familias que como minimo tengan 5 años de haberse estructurado.
- Familias que tengan un minimo de 2 hijos incluyendo al niño identificado con asma bronquial.
- La familia del niño asmático que entra al estudio deberá tener un nivel socioeconomico medio.

El niño asmático de la familia que entra al estudio debió contar con los siguientes requisitos:

- Un desarrollo psicomotor dentro de los limites aceptados.
- Tener una edad entre 4 y 12 años.
- No debera presentar al momento de la investigacion otra enfermedad diferente del asma bronquial.
- Deberá presentar remisiones de sus crisis asmáticas de por lo menos 2 meses y durante los cuáles su funcionamiento aparente - al menos sea regular.
- Fue motivo de exclusión del estudio si no se cumplian los requisitos anteriores tanto para el niño asmático como para su familia.

A las familias que reunieron los requisitos anteriormente é descritos, se les solicito autorizacion en forma verbal, para - efectuar la investigacion haciendo notar que la informacion recopilada sería manejada con absoluta discreción y solo para los fines que la investigacion requiera.

Se revisarán los expedientes de los niños asmáticos recopilando datos sobre el estudio socioeconómico que el Departamento de Trabajo Social del I.N.E.R. había efectuado, corroborando que su nivel socioeconómico quede comprendido en el de tipo medio.

El instrumento de medición que se utilizó en esta investigación fue el cuestionario para familias elaborado por la Lic. en Psicología Ma. Teresa Gomez Zepeda.

Para la elaboración del cuestionario se tomaron en cuenta algunas ideas del cuestionario de Erick Fromm y Maccobby M (1970) del libro Sociopsicoanálisis del Campechino Mexicano. Se solicitó al Instituto de la familia AC algún instrumento que pudiera brindar alguna ayuda para la realización de este cuestionario, proporcionando un cuestionario que está basado en el APGAR, de este instrumento también se tomaron ideas para la elaboración del cuestionario. Personas especializadas en terapia familiar lo revisaron, hicieron comentarios y sugerencias las cuales fueron tomadas en cuenta reelaborándose el cuestionario. Ya aceptado el cuestionario se "piloteó", para estar seguros de que no pudiera presentar alguna dificultad en el momento de la aplicación final. Las áreas de la dinámica familiar que investiga el cuestionario son: autonomía, autoridad, límites, alianzas, y centralidad.

El cuestionario es abierto, de tipo nominal y consta de 72 reactivos. Este tipo de cuestionario es interpretativo, la familia es vista en forma de sistema en donde todos los datos convergen hacia un solo punto: la salud mental.

La forma como se dividieron los 72 reactivos fue la siguiente:

PARAMETRO	N. DE PREGUNTA
Autonomia	2 - 12
Autoridad	1, 13-16, 27-29, 65-68.
Limites	
a) afectos	21, 25,26, 28, 33-40.
b) Homeostasis familiar	41 - 48
c) comunicacion	50, 52 -56, 61, 62
Alianzas	22-24, 49, 62-72.
Centralidad	17-20, 51, 57, 59.

El parametro limites se subdividió en tres áreas, debido a que en nuestro marco teorico, se encuentran integrados los aspectos de afectos, homeostasis familiar y comunicacion.

El otro parámetro que se incluye en la investigacion es geografia, éste fué tomado de los expedientes de los pacientes de acuerdo al estudio socioeconomico.

**AUTONOMIA:** Son las características de dependencia e independencia que manifiestan cada uno de los miembros del nucleo familiar en los diferentes contextos.

**AUTORIDAD:** Todo sistema está jerarquizado y en la familia la autoridad se distribuye en varios niveles y se manifiesta en diversas formas en cada contexto, ésta estructura de poder requiere de cierta flexibilidad que le permita hacer cambios ante situaciones excepcionales o criticas. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas y el ellos adopta diferentes niveles de autoridad. Es muy importante que la autoridad quede bien definida en cada contexto de la vida familiar. Lo mas funcional consiste en que la autoridad sea compartida por los padres en forma flexible.

**LIMITES:** Son las reglas que definen quienes y cómo participan en las transacciones interpersonales; son aquellas fronteras imaginarias que dividen los roles particulares de padres e hijos; son las reglas que diferencian y definen los derechos y obligaciones de padres e hijos. La función de los límites es marcar una diferenciación necesaria entre los individuos y entre los subsistemas, y su claridad es fundamental para el buen funcionamiento de la familia.

**ALIANZAS:** Se llama así a la asociación, abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia. Las alianzas más funcionales son las que incluyen a miembros de la misma generación, entre miembros del mismo sexo.

**CENTRALIDAD:** Se refiere al espacio que cada quien ocupa en determinado contexto. En ocasiones la figura más central es la misma que ocupa el puesto más alto en la jerarquía, pero esto no ocurre siempre necesariamente.

**GEOGRAFIA:** Se refiere al esquema que representa, en forma gráfica y sencilla, la organización de una familia y proporciona al terapeuta datos para entender la dinámica familiar y las posibilidades de intervención terapéutica. Este parámetro consiste en la distribución de los miembros de la familia al ir a dormir, al comer, viajar en coche etc.

El cuestionario fue aplicado en el domicilio de cada familia con previa cita a todos los miembros que conforman a la familia, se entrega un cuestionario a cada miembro, junto con un lápiz y goma para borrar, el examinador lee las instrucciones en voz alta y pregunta si existe alguna duda. El examinador mientras tanto observa todas las actitudes que presentaban los examinados para hacer sus propias anotaciones posteriormente. Al terminar de contestar el cuestionario, los examinados lo entregan al examinador. El tiempo de aplicación del cues

cionario se realizó entre 75 y 90 min. Con todos los datos procesados se pasa a hacer un analisis e interpretacion de - tipo psicodinamico.

## 7. RESULTADOS.

### 7.1 ANALISIS DESCRIPTIVO.

Se estudiaron 10 familias con la metodologia antes descrita, a continuacion se describen los resultados objetidos en cada una de ellas.

#### FAMILIA No. 1

La familia No. 1 esta integrada por:

Padre de 35 años de edad, originario del estado de Veracruz, y - residente de esta ciudad desde hace mas de 20 años, con estudios de secundaria completa, labora como empleado en una fábrica.

Madre de 33 años de edad, originaria del estado de Veracruz y - residente de esta ciudad desde hace mas de 15 años, con estudios de secundaria, dedicada al hogar alterando con el oficio de costurera que realizó en su domicilio.

#### Hijos:

Masculino de 10 años de edad, estudiante de 5o. grado de primaria. Sus padres lo describen como tranquilo, cooperador, buen - estudiante sin embargo su relación no es muy buena con el paciente identificado.

Masculino de 8 años de edad ( paciente identificado), producto de embarazo planeado y deseado, producto de parto eutocico, desarrollo psicomotor dentro de parametros aceptados. Inicio su padecimiento a los 2 años de edad con crisis de asma bronquial que han ameritado varios internamientos, no se ha encontrado factor desencadenante. Sus padres lo definen como demandante de atencion miedoso, no le gusta estar solo.



## RESULTADOS DEL CUESTIONARIO:

**AUTONOMIA.** Se encuentra presente, establecida de una manera rígida y poco flexible, buscando cada uno de los miembros su realización fuera del núcleo familiar.

**AUTORIDAD.** Se encuentra monopolizada por el esposo, el otro miembro que es la esposa se encuentra subyugado con un gran resentimiento.

**LIMITES.** Se encuentran en la familia No. 1 demasiado marcados y desvinculados, solo la enfermedad del paciente indentificado logra activar sistemas de apoyo en un momento dado, fuera de esto se pierde el sentido de solidaridad y unión al grupo.

**ALIANZAS.** Se encuentra una alianza muy marcada entre la madre y el paciente indentificado formando una coalición en contra del padre para restarle jerarquía y poder, no siempre se logra por la manera impositiva en que ejerce el padre la autoridad terminando en enojos frecuentes.

**CENTRALIDAD:** El padre goza de mayor territorio logrando esto de una manera autoritaria e impositiva, existe sin embargo una gran competencia entre el padre y la alianza de la madre con el paciente indentificado.

**GEOGRAFIA:** El padre y el paciente indentificado compiten por lograr un estatus más cómodo, exigiendo mayor calidad ambos en la alimentación, vestimenta, comodidades etc.

### FAMILIA No. 2

La familia No. 2 esta integrada por:

**Padre:** originario y residente de esta ciudad de México, de 30 años de edad, con estudios universitarios de geología, labora como empleado.

**Madre:** originaria y residente de esta ciudad, de 28 años de edad actualmente se encuentra estudiando contaduría, y labora como empleada en una empresa desde hace 5 meses.

## HIJOS:

Femenina de 4 años de edad, (paciente identificada), es producto de embarazo no planeado ni deseado, de curso normal, parto eutócico, desarrollo psicomotor adecuado. Inicia su padecimiento al año y medio de edad, con crisis de asma bronquial que ha ameritado varios internamientos, no se ha encontrado factor desencadenante. Sus padres la definen como caprichosa y demandante de atención, llora con frecuencia para lograr sus objetivos.

Femenina de 2 años de edad, producto de embarazo planeado, informan los padres que decidieron tener otro hijo para que le hiciera compañía a su hija sin embargo esto no ha sucedido, ambas compiten por llamar la atención.

## RESULTADOS DEL CUESTIONARIO.

**AUTONOMIA.** Entre los padres la autonomía se encuentra presente establecida de una manera poco flexible, buscando ambos fuera del núcleo familiar su realización personal.

**AUTORIDAD:** Se encuentra compartida por ambos padres, sin embargo no se encuentra bien definida en cada contexto de la vida familiar creando confusión. Por otro lado el paciente identificado goza de gran jerarquía manipulando situaciones.

**LIMITES.** Se encuentran alterados en forma notable, los límites individuales son demasiado rígidos, la comunicación es muy difícil y el funcionamiento protector del grupo es deficiente al ser sus miembros desvinculados perdiéndose el sentido de solidaridad y pertenencia al grupo familiar. Solo un nivel alto de estrés como lo es la enfermedad del miembro identificado puede activar los sistemas de apoyo en la familia.

**ALIANZAS.** En el núcleo de la familia No. 2 no se encuentran alianzas significativas, sus miembros funcionan con un alto grado de autonomía que no permite que se formen asociaciones.

CENTRALIDAD. La centralidad se encuentra compartida por ambos padres de una manera difusa , no clara para el resto de los integrantes.

GEOGRAFIA. La paciente identificada goza de mayor comodidad que el resto de los miembros, su alimentacion, vestido, juguetes son los de mayor calidad, su dormitorio es el mas soleado y arreglado para su mayor comodidad.

### FAMILIA No. 3

La familia No. 3 esta integrada por:

Padre, de 35 años de edad, originario y residente de esta ciudad con escolaridad de secundaria, dedicado al comercio de ropa deportiva.

Madre, de 35 años de edad, originaria y residente de esta ciudad con estudios de secundaria, dedicada a la elaboración de ropa - deportiva actividad que alterna con el cuidado del hogar.

#### Hijos:

Femenina de 10 años, paciente identificada, producto de embarazo no deseado ni planeado, parto eutocico, desarrollo psicomotor normal. Inicia sus crisis asmaticas a los 8 meses, de dificil control ameritando multiples internamientos. Los padres la definen como tranquila, timida, obediente, llora con facilidad, temerosa muy aislada.

Masculino de 16 años, estudiante de secundaria y trabajador en el negocio de los padres, junto con su hermano mayor de 17 años, - ambos llevan buena relacion afectiva, los padres los definen - como estudiosos, trabajadores y buenos hijos.

#### RESULTADOS DEL CUESTIONARIO.

AUTONOMIA. Se encuentra presente en los miembros de la familia, establecidos de una manera rígida poco flexible, en la - cual su realizacion es buscada en forma independiente.

AUTORIDAD. En esta familia la jerarquia se encuentra monopolizada por la madre en una forma rígida guardando resentimiento

el otro miembro de la pareja.

LIMITES. Los limites en esta familia se encuentran difusos viviendo sus relaciones como ataduras y ligas incontrolables - muestran mucho temor y desagrado, encontrandose vinculos de - agresion. La comunicacion es dificil oscura e indirecta.

ALIANZAS. Se encuentra una coalición entre la madre y la - paciente identificada en contra del padre.

CENTRALIDAD. En esta familia el territorio está acaparado en su mayor parte por la paciente identificada. El padre lleva una vida periferica ocupando la madre un mejor lugar.

GEOGRAFIA. Como dato positivo en este apartado se tiene que la paciente identificada goza de el mejor dormitorio, asi como - de mejor vestimenta exageradamente limpia y adecuada.

#### FAMILIA No. 4

La familia No. 4 está integrada por:

Padre de 30 años de edad, originario y residente de ésta Cd. de México, con estudios de preparatoria, labora como agente de ven\_ tas en una empresa de productos domesticos.

Madre de 31 años de edad, originaria y residente de esta ciudad, con estudios de secundaria, dedicada a labores del hogar.

Hijos:

Masculino de 10 años de edad, paciente identificado, producto de ambarazo no deseado, parto eutocico, desarrollo psicomotor nor - mal. Inició su padecimiento a los 2 años de edad con crisis de - asma bronquial, de dificil control que ha ameritado varias hospi talizaciones. Los padres lo definen como rebelde, demandante de atención, voluntarioso, poco sociable y muy apegado a la madre.

Femenina de 7 años de edad, estudiante de segundo grado de prima ria, definida por los padres como muy obediente, tranquila y ca\_

riñosa con su hermano enfermo.

#### RESULTADOS DEL CUESTIONARIO:

**AUTONOMIA.** Se encuentra presente en los miembros del núcleo familiar, sin embargo de una manera rígida al grado que sus miembros buscan su realización fuera del hogar.

**AUTORIDAD.** Se encuentra compartida en forma flexible entre ambos padres.

**LIMITES.** Se encuentran bien definidos con un poco de rigidez en cuanto a delimitar las diferencias de los roles de padres e hijos. En la comunicación en su mayoría es de tipo verbal con mayor cantidad de mensajes claros y directos. Aún cuando en la familia se encuentran datos de temor a comprometerse o demostrar en forma abierta sus afectos, no se encuentran mayores datos de agresión u odio.

**ALIANZAS.** Se encuentra una alianza entre ambos padres que refuerza sus roles.

**CENTRALIDAD.** El territorio se encuentra compartido por ambos padres, encontrándose la madre quizá en mejor posición.

**GEOGRAFIA.** En el núcleo familiar el paciente identificado goza de mayor comodidad, tiene el mejor dormitorio, su vestimenta es de mejor calidad así como su alimentación.

#### FAMILIA No. 5

La familia No. 5 está integrada por:

Padre de 32 años, originario del estado de Guanajuato y residente de esta ciudad de México, con estudios de secundaria, dedicado al comercio.

Madre de 33 años de edad, originaria y residente de esta ciudad, con estudios de comercio, dedicada al hogar.

Hijos:

Masculino de 8 años, estudiante del tercer grado de primaria, los

padres lo definen como rebelde, poco cooperador y sin embargo - buen estudiante.

Masculino de 5 años de edad, nuestro paciente identificado, producto de embarazo deseado y planeado, parto eutócico, desarrollo psicomotor normal. Actualmente cursa el jardín de niños. Los padres lo definen como tímido, aislado, llora frecuentemente y es muy apegado a la madre. Inicó su padecimiento a los 6 meses de edad con crisis de asma bronquial de difícil control que ha ameritado varios internamientos.

Femenina de 3 años de edad, los padres refieren que es mas desevuelta que su hermano de 5 años (paciente identificado), generalmente no demanda tanto la atención de los padres.

#### RESULTADOS DEL CUESTIONARIO:

AUTONOMIA. Entre los padres la autonomía se encuentra presente, establecida de una manera rígida y poco flexible.

ATORIDAD. En el núcleo familiar la jerarquía se encuentra difusa, creando confusión entre los miembros.

LIMITES. En la familia No. 5 los límites se encuentran demasiado rígidos, se evidencian vínculos de agresión entre ambos padres; la afectividad en la familia se encuentra en franca ambivalencia, acentuándose entre la madre y el paciente identificado. El tipo de comunicación que predomina es el no verbal así como - abundantes mensajes enmascarados y desplazados.

ALIANZAS. Se encuentra una coalición entre la madre y el paciente identificados en contra del padre.

CENTRALIDAD. El padre goza de muy poco territorio llevando una vida familiar un tanto periférica, funcionando como proveedor económico. Su integración con el resto de la familia es escasa.

GEOGRAFIA. Geográficamente el paciente identificado es el - que goza de mejor distinción, sobre todo en cuanto a vestimenta, alimentación, juguetes y dormitorio.

## FAMILIA No. 6

La familia No. 6 está integrada por:

Padre de 35 años de edad originario del Estado de Guanajuato y residente de esta ciudad, con estudios de secundaria. Labora como obrero en una fábrica.

Madre de 35 años, originaria y residente de esta ciudad, con estudios de secundaria completa, dedicada a labores del hogar.

Hijos:

Masculino de 12 años de edad, estudiante de secundaria, los padres lo definen como buen estudiante, hijo obediente, cooperador en trabajos domesticos, su relacion afectiva con el paciente identificado es muy pobre, sin grandes conflictos pero tambien sin demostraciones de afecto.

Masculino de 11 años de edad, paciente identificado, producto de embarazo fortuito, no deseado, con embarazo de curso normal, parto eutocico, desarrollo psicomotor normal. Inició su padecimiento a los 2 años de edad, con crisis de asma bronquial que han ameritado varios internamientos, sin un buen control hasta el momento actual. Sus padres lo definen como caprichoso, demandante de atencion, timido con gente extraña a la familia. Su desarrollo escolar es adecuado, no da problemas de conducta, sus maestros lo califican como timido y aislado.

### RESULTADOS DE CUESTIONARIO.

**AUTONOMIA.** Entre los padres la autonomia se encuentra presente, establecida de una manera poco flexible, buscando ambos padres su realizacion fuera del nucleo familiar.

**AUTORIDAD.** La jerarquia se encuentra localizada en la madre haciendo sentir al otro miembro subyugado y con un gran resentimiento, logrando la madre todo esto a travez de maniobras pasivas.

LIMITES. En la familia No. 6 los limites se encuentran demasiado marcados, dando la apariencia de desvinculación entre sus miembros, con una comunicacion dificil entre sus miembros no encontrandose sentimiento de proteccion ni solidaridad.

ALIANZAS. Se encuentra una alianza marcada entre la madre y el paciente identificado formando una coalición contra el padre que le resta poder como figura paterna, lograndose plenamente el objetivo.

CENTRALIDAD. En la familia No. 6 el padre tiene poco territorio o centralidad su posicion en la vida familiar es muy periferica limitandose a traer dinero al hogar, su interaccion con el resto de la familia es nula sin ninguna funcion de tipo parental el paciente identificado y la madre gozan de una mejor posición.

GEOGRAFIA. Se encuentra acaparada por el paciente identificado quien goza de comodidades que los demas miembros no tienen como son mejor dormitorio, mejor alimentación y mejor vestido.

#### FAMILIA No. 7

La familia No. 7 está integrada por:

Padre de 32 años, originario y residente de esta ciudad, con estudios de preparatoria incompleta, laborando como agente judicial  
Madre de 29 años de edad, con estudios de secundaria, originaria y residente de esta ciudad, dedicada a labores del hogar.

Hijos:

Masculino de 11 años de edad, paciente identificado, producto no deseado ni planeado, embarazo de curso normal, parto eutocico, - desarrollo psicomotor normal. Actualmente se encuentra estudiando 6o. grado de primaria. Inicio su padecimiento al año de edad con crisis de asma bronquial que han ameritado varias hospitalizaciones de dificil control. Los padres lo definen como volunta



rios, con poca capacidad de frustración y muy demandante de atención.

Femenina de 8 años, estudiante de cuarto grado de primaria. Los padres la definen como muy obediente, tímida, con pocos amigos, callada y estudiosa.

#### RESULTADOS DEL CUESTIONARIO:

**AUTONOMIA.** Se encuentra presente, establecida de una manera rígida y poco flexible, buscando cada uno de los miembros su realización en forma ajena a los demás integrantes de la familia.

**AUTORIDAD.** En esta familia la jerarquía se encuentra en la figura materna, el padre es un miembro periférico y su única función es la de proveedor económico.

**LIMITES.** Los límites en la familia se encuentran muy difusos, afectando en forma notoria los roles de padres e hijos, no existen diferencias entre los derechos y obligaciones entre padres e hijos. Se encuentran sentimientos francamente ambivalentes entre la madre y el paciente identificado. La comunicación es difícil de una manera obscura e indirecta.

**ALIANZAS.** Se encuentra una coalición entre la madre y los hijos en contra del padre.

**CENTRALIDAD.** El padre lleva una vida periférica, limitandose a traer dinero al hogar, su interacción con la familia es prácticamente nula. La madre goza de mejor territorio.

**GEOGRAFIA.** En esta familia el paciente identificado goza de mejor dormitorio, su vestimenta es de mejor calidad en comparación con el resto de la familia así como la alimentación es mejor en cantidad y calidad.

#### FAMILIA No. 8

La familia No. 8 esta integrada por:

Padre de 34 años de edad originario y residente de esta ciudad, con estudios de preparatoria incompleta, de ocupación comerciante.

Madre de 32 años de edad originaria y residente de esta ciudad, con escolaridad de secundaria, dedicada a labores del hogar.

Hijos:

Masculino de 9 años, estudiante de cuarto grado de primaria. Sus padres lo describen como tranquilo, cooperador, buen estudiante, sin embargo su relacion con el paciente identificado no es muy - muy buena.

Masculino de 7 años de edad, paciente identificado, producto de embarazo no planeado, parto eutócico, desarrollo psicomotor normal. Inicia su padecimiento al año de edad con crisis de asma bronquial que han ameritado varios internamientos. Sus padres lo definen como muy demandante de atención, tímido, no le gusta estar solo y es muy apegado a la madre. Actualmente se encuentra estudiando el tercer grado de educación primaria con buen rendimiento, sus maestros lo definen como un niño tranquilo y estudioso.

#### RESULTADO DEL CUESTIONARIO:

**AUTONOMIA.** Se encuentra presente establecida de una manera rigida y poco flexible, buscando cada uno su realizacion fuera del núcleo familiar.

**AUTORIDAD.** Se encuentra monopolizada por el esposo provocando en el otro miembro un gran resentimiento.

**LIMITES.** Se encuentran en esta familia demasiado marcados y desvinculados, solo la enfermedad del paciente identificado logra activar sistemas de apoyo en un momento dado, fuera de esto se pierde el sentido de solidaridad y unión al grupo familiar.

**ALIANZAS.** Se encuentra una alianza muy marcada entre la madre y el paciente identificado, formando una coalición en contra del padre para restarle jerarquía y poder que no siempre se logra por la manera impositiva en que ejerce el padre la autoridad terminando en enojos frecuentes.

CENTRALIDAD. El padre goza de mayor territorio logrando esto al través de una manera autoritaria e impositiva, existe sin embargo una gran competencia entre el padre y la alianza entre la madre y el paciente identificado.

GEOGRAFIA. El padre y el paciente identificado compiten por lograr una vida familiar más comoda, exigiendo mejor calidad en la alimentacion y vestimenta.

#### FAMILIA No. 9.

La familia No. 9 esta integrada por:

Padre de 33 años de edad originario y residente de esta ciudad, con estudios de primaria completa, dedicado a la carpintería.

Madre de 30 años de edad originaria y residente de esta ciudad, con estudios de secundaria completa, dedicada a labores del hogar.

#### Hijos:

Masculino de 5 años de edad, no asiste aún a la escuela, los padres lo definen como amigable, jugeton, mas desenvuelto que el paciente identificado.

Masculino de 7 años de edad, paciente identificado, embarazo deseado, parto eutócico, con desarrollo psicomotor normal. Inicia su padecimiento a los 8 meses de edad con crisis de asma bronquial, ameritando internamientos repetidos sin lograr un buen control hasta el momento actual. Sus padres lo definen como caprichoso, demandante de atención, tímido con gente extraña a la familia. En su escuela no da problemas de conducta calificandolo - sus maestros como estudioso y algo tímido.

#### RESULTADOS DEL CUESTIONARIO:

AUTONOMIA. Entre los padres la autonomia se encuentra establecida de una manera poco flexible.

**AUTORIDAD.** La jerarquía se encuentra en la madre haciendo sentir al otro miembro subyugado y con un gran resentimiento.

**LIMITES.** En la familia No. 9 los límites se encuentran demasiado marcados dando la apariencia de desvinculación entre sus miembros con una comunicación difícil, obscura y dobles mensajes. No se encuentran sentimientos de protección hacia sus miembros.

**ALIANZA.** Se encuentra una alianza marcada entre la madre y el paciente identificado formando una coalición contra el padre que le resta poder como figura paterna.

**CENTRALIDAD.** El padre tiene poco territorio o centralidad, su posición en la vida familiar es muy periférica funcionando como proveedor económico sin alguna función de tipo parental. El paciente identificado y la madre gozan de una mejor posición con respecto al padre.

**GEOGRAFIA.** Se encuentra acaparada por el paciente identificado, quien goza de comodidades que los demás miembros no tienen como son: mejor alimentación, vestido, juguetes, etc.

#### FAMILIA NO. 10

La familia No. 10 se encuentra integrada por:

Padre de 35 años originario de Sinaloa y residente de esta ciudad, con estudios de preparatoria, dedicado a empleado de oficina.

Madre de 35 años originaria y residente de esta ciudad, con estudios de secundaria, dedicada a la costura que alterna con labores domésticas.

Hijos:

Femenina de 11 años de edad, paciente identificado, producto no deseado, embarazo de curso normal, parto eutócico, desarrollo psicomotor normal, actualmente se encuentra estudiando el sexto grado de primaria. Los padres la definen como demandante, voluntariosa, poco sociable, tímida.

Femenina de 8 años de edad, estudiante de cuarto grado de primaria. Los padres la definen como muy obediente, tranquila, estudiosa, cooperadora en las labores domesticas.

Femenina de 6 años, estudiante de primer grado de primaria, los padres la definen como rebelde, desobediente, mal estidiante, poco cooperadora con el resto de la familia.

#### RESULTADOS DEL CUESTIONARIO:

**AUTONOMIA.** Se encuentra presente, establecida de una manera rigida e inflexible, buscando ambos padres su realización fuera del núcleo familiar.

**AUTORIDAD.** En la familia No. 10, la jerarquía se encuentra depositada en la figura materna, el padre es un miembro periférico compartiendo el aporte económico con la madre.

**LIMITES.** Los limites en esta familia se encuentran muy difusos provocando confusión entre los miembros y afectando en forma notoria los roles de padre e hijas. La familia vive sus afectos con mucho temor encontrandose sentimientos francamente ambivalentes entre ambos padres. La comunicacion es difícil, predomina en forma notoria la no verbal.

**ALIANZAS.** No se encuentran alianzas francas dentro de la familia viviendo cada uno de sus miembros en forma desvinculada respetando su autonomia, sin sentimientos de unión y cooperacion al grupo familiar.

**CENTRALIDAD.** El padre lleva una vida periférica, observandose la madre mejor territorio pero sin ser este absoluto, funcionando ambos más bien como proveedores económicos.

**GEOGRAFIA.** Esta depositada en el paciente identificado quien goza de mejor alimentacion, vestimenta, juguetes, etc.

No. DE FAMILIA	EDAD DEL PACIENTE IDENTIFICADO.	LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HERMANOS.	INICIO DEL PADECIMIENTO.	CAUSA DESENCADENANTE.
No. 1	Masculino 4 años	1o.	1 y medio años	Se desconocen
No. 2	Masculino 8 años	2o.	2 años	Se desconocen
No. 3	Masculino 11 años	2o.	2 años	Se desconocen
No. 4	Masculino 11 años	1o.	1o. año	Se desconocen
No. 5	Masculino 5 años	2o.	6 meses	Se desconocen
No. 6	Masculino 10 años	1o.	2 años	Se desconocen
No. 7	Masculino 11 años	1o.	1 año	Se desconocen
No. 8	Masculino 7 años	1o.	1 año	Se desconocen
No. 9	Masculino 7 años	1o.	8 meses	Se desconocen
No. 10	Femenina 11 años	1o.	1 año	Se desconocen

AUTONOMIA	AUTORIDAD	LIMITES	ALIANZAS	CENTRALIDAD
F. 1 Presente, en forma rígida.	Compartida por ambos padres, no bien definida, creando confusión.	Alterados, con una comunicación difícil.	No se encuentran en forma significativa.	Compartida por ambos padres de manera difusa.
F. 2 Rígida y poco flexible.	Monopolizada por el padre.	Marcados y desvinculados.	Entre la madre y el paciente identificado.	El padre goza de mayor territorio.
F. 3 Presente, rígida.	Madre es la portadora.	Marcados, con desvinculación, comunicación difícil.	Entre la madre y el paciente identificado.	La madre y el paciente identificado.
F. 4 Presente, de una manera rígida, buscando cada miembro su realización fuera del núcleo familiar.	Se encuentra en la figura materna.	Difusos, afectando roles de padres e hijos. Comunicación difícil.	Se encuentra una coalición entre la madre y los hijos en contra del padre.	La madre goza de mejor territorio.
F. 5 Presente en ambos padres de una manera rígida.	Se encuentra difusa, creando confusión.	Demasiados rígidos con una comunicación difícil.	Se encuentra una coalición entre la madre y el paciente identificado.	El padre tiene poco territorio, su interacción con el resto de los familiares es escasa.
F. 6 Presente en ambos padres, establecida de una manera flexible.	Se encuentra compartida por ambos padres.	Se encuentran definidos con un poco de rigidez.	Se encuentra una alianza entre ambos padres de una manera inestable.	Se encuentra compartida, ocupando la madre ligeramente en mejor posición.
F. 7 Autonomía rígida, poco flexible.	Figura materna.	difusos.	Entre la madre y el paciente identificado	La madre goza de mejor territorio.
F. 8 Rígidos, poco flexibles.	Figura materna	Marcados, dando la apariencia de desvinculación.	Madre y el paciente identificado.	El padre goza de mejor territorio.

	AUTONOMIA	AUTORIDAD	LIMITES	ALIANZAS	CENTRALIDAD
F. 9	Rígida y poco flexible.	Figura materna	Marcados, dando la apariencia de desvinculación.	Entre la madre y el paciente identificado.	El tiene una vida periférica.
F. 10	Rígida y poco flexible.	Figura materna.	Difusos, provocando con fusión.	No se encuentran, viven su vida, sus miembros de una manera desvinculada.	La madre goza de un mejor territorio.

---



## 8. DISCUSION.

Como se observó en la elaboración de la investigación, se estudiaron 10 familias de niños asmáticos aplicandoles el cuestionario de familias con un paciente identificado.

Una de las dificultades fué lograr reunir un grupo de familias homogéneo de acuerdo con los criterios de inclusión.

El nivel escolar promedio fue de 10 años de estudios, esto influye para la comprensión de las preguntas del cuestionario - así como las herramientas con que cuentan los examinados para responder a las preguntas. Otro problema fue el nivel socioeconómico que fluctuó entre el medio medio y el medio alto para evitar con esto que la familia esté pasando por crisis de tipo económico que podrían sesgar los resultados. Otro problema encontrado fue que solo entrarían las familias cuya unión por el matrimonio civil fuera la primera y única.

Quedaron 4 familias fuera de la investigación, al calificar sus cuestionarios quedó claro que habían omitido información en las entrevistas previas a su selección. 3 familias se descartaron porque el paciente identificado es hijo adoptivo funcionando este dato como un secreto de familia, en la otra familia que se descartó, la unión por el matrimonio civil de los padres no era la primera y única.

El número reducido de la muestra se debió a que se contaba con un tiempo limitado para su selección, así como a los criterios estrictos de selección. Por ser la investigación un estudio pionero, no encontrándose otro igual en la bibliografía general ni en la de nuestro país, el que más se le parece es el de Minuchin, que estudió familias donde el hijo sufre una enfermedad psicósomática.

Se convino no manejar variables complicadas, quedando para-

un tiempo posterior de acuerdo a los resultados obtenidos inves  
tigaciones de mayor complejidad, que partieran ya de una pre-  
via a manera de soporte y validéz manejando grupos controles -  
con la misma metodología.

## 9. CONCLUSIONES.

- Los pacientes asmáticos de las familias que entraron en la -  
investigación, contaban con expedientes completos que incluían -  
exámenes de laboratorio ( Bh, Q.S. E.G.O, coproparasitoscópico,  
exudado faringeo, búsqueda de eosinófilos en moco nasal), así -  
como radiografías de torax, pruebas de reacción bronquial. En nin-  
guno de los pacientes se ha encontrado una causa etiológica del -  
padecimiento que desencadene las crisis de asma bronquial. Por  
otro lado no se encontro ningun tipo de patrón constante en los  
resultados de laboratorio, exepcto que todos los niños asmáticos  
presentaron como positiva la prueba de reacción bronquial, que-  
dando clasificados como hiperreactores bronquiales. En ninguno-  
de los pacientes asmáticos se identifico causa alérgica desenga-  
denante. Los pacientes tienen un promedio de 5 años de evolución  
del padecimiento, recibiendo una atención constante tanto médica  
como familiar.

- Las 10 familias de niños asmáticos fueron todas significativa-  
mente pequeñas , contando con un número de 4 a 5 miembros como  
máximo, aún contando con posibilidades económicas el número de  
hijos fue de 2 a 3 por familia.

- Autoridad: la autoridad o jerarquía se encontro distribuida -  
de la siguiente manera:

a) se encuentra compartida por ambos padres, no bien definida, -  
creando confusión entre los miembros que forman el núcleo fami-  
liar ( familias No. 1, 5, 6. )

b) La autoridad o jerarquía se encontró monopolizada por el - padre. (Familias no. 2, 8.)

c) La autoridad se encontró depositada en la figura materna. ( Familias No. 3, 4, 7, 9, 10.).

Como puede observarse no se encontró un patrón específico - en cuanto a que miembro tiene la autoridad. Es muy importante - que la jerarquía quede bien definida en cada contexto de la vida familiar. Lo más funcional consiste en que la autoridad sea compartida por ambos padres en forma flexible, pero de una manera clara y abierta para no crear confusión dentro del núcleo - familiar. Cuando uno de los padres monopoliza la autoridad en - forma rígida es posible que el otro miembro de la pareja se - sienta subyugado, proteste, guarde cierto resentimiento o quizá desarrolle síntomas.

- Límites: los límites se encontraron de la siguiente manera:

a) Alterados en forma rígida, comunicación difícil. (Familias No. 2, 5, 8, 9.).

b) Difusos, afectando los roles de padres e hijos. (Familias No. 3, 4, 6, 7, 10.).

Una familia adecuadamente organizada tiene sus límites claramente definidos. Los límites son las reglas que definen quienes y cómo participan en las transacciones interpersonales. Los límites generacionales son aquellas fronteras imaginarias que - dividen roles particulares de padres e hijos. Son las reglas que definen los derechos y obligaciones de padres e hijos. Su diferenciación y su claridad es fundamental para el buen funcionamiento de la familia.

En las familias estudiadas se encontraron límites individuales difusos, la distancia entre sus miembros es escasa desde el punto de vista psicológico y frecuentemente unos responden -

por otros cómo si la familia fuese una masa amorfa. En otras de las familias estudiadas se encontraron límites individuales demasiado rígidos, la comunicación es difícil al ser sus miembros demasiado celosos de su autonomía personal perdiendo el sentido de solidaridad y pertenencia al grupo familiar, solo un nivel elevado de estrés cómo podría ser la enfermedad del paciente - identificado puede activar los sistemas de apoyo del resto de la familia.

- Alianzas. Se encontro distribuida de la siguiente manera:

- a) No se encontraron en forma significativa. (Familias no. 1, 10).
- b) Se encontraron alianzas entre la madre y el paciente identificado. (Familias No. 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9.).
- c) se encontro una alianza entre ambos pasres aunque de manera - un poco inestable. (Familia No. 10 ).

Las alianzas mas funcionales son las que incluyen a miembros de la misma generacion, por ejemplo la establecida entre los esposos, entre hermanos etc. Generalmente tambien se consideran - funcionales las alianzas entre miembros del mismo sexo.

En las familias estudiadas se encontraron en la mayoria de los casos entre la madre y el paciente identificado formando - una coalición contra del padre.

- Centralidad. Se encontro distribuida de la siguiente manera:

- a) Compartida por ambos padres de una manera difusa. (Familias No. 1, 6.).
- b) El padre goza de mayor territorio o centralidad. (Familias No. 2, 8.).
- c) La madre goza de mayor centralidad. (Familias No. 3, 4, 5, 7, 9, 10.).

En las familias estudiadas se encontró en la mayoria que el padre tiene poco territorio o centralidad, su posición en la vida

familiar es periférica limitándose a traer dinero al hogar. Su interacción con el resto de la familia es escasa.

- Autonomía: Los miembros de las 10 familias estudiadas presentan un alto grado de autonomía, en general los miembros buscaron siempre su realización fuera del núcleo familiar.

- Geografía. Los resultados obtenidos para este parámetro fueron obtenidos de los expedientes de los pacientes asmáticos, elaborado por el departamento de trabajo social del I.N.E.R.

Los resultados fueron uniformes en las 10 familias estudiadas, encontrándose que el paciente identificado goza de mejor comodidad que el resto de los miembros de la familia, como son mejor dormitorio, su vestimenta de mejor calidad, así como su alimentación es mejor en calidad y cantidad.

El presente cuestionario tiene por objeto hacer un estudio de las relaciones dentro de la familia.

Es por esto que Uds. han sido elegidos para proporcionar algunos datos que serán de gran ayuda para el presente trabajo.

La información que se obtenga por medio de este cuestionario -- será manejada con absoluta discreción y solo con fines estadísticos.

### INDICACIONES

1. - Lea cuidadosamente cada pregunta.
2. - Conteste lo más sinceramente posible.
3. - Las respuestas que dé no son ni buenas ni malas.
4. - Si tiene alguna duda pregunte al aplicador.

### ESCRIBA LOS SIGUIENTES DATOS PERSONALES

Fecha de aplicación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Qué lugar ocupa en la familia (o dentro del No. de hermanos) \_\_\_\_\_

Tiempo de radicar en el D. F. o zona Metropolitana \_\_\_\_\_

Edo. Civil \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Lugar donde trabaja y/o estudia \_\_\_\_\_

1.- ¿Además de trabajar y/o estudiar que otras labores desempeña en relación a su familia? \_\_\_\_\_

2.- ¿Qué es lo que más le gusta hacer? \_\_\_\_\_

3.- ¿Qué es lo que menos le gusta hacer? \_\_\_\_\_

4.- ¿Cómo ocupa su tiempo libre? \_\_\_\_\_

5.- Si dispusiera de tiempo que es lo que más le gustaría hacer y porqué? \_\_\_\_\_

6.- ¿Cuál es la diversión que más le gusta? \_\_\_\_\_

Porqué \_\_\_\_\_

7.- Si tuviera la oportunidad que cosa le gustaría saber o estudiar. \_\_\_\_\_

Porqué \_\_\_\_\_

8.- ¿Qué actividad le gustaría realizar para mirarse más a su familia? \_\_\_\_\_

Porqué \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES LABORALES Y ECONOMICOS

9.- ¿A qué edad comenzó a trabajar? \_\_\_\_\_

10.- ¿Qué tipo de trabajo realiza? \_\_\_\_\_

11.- ¿Desde cuándo está en este trabajo? \_\_\_\_\_

12.- ¿Está satisfecho con su trabajo? \_\_\_\_\_

13.- ¿Contribuye al sostenimiento del hogar Si ( ) No ( )

eventualmente ( )

14.- ¿Le gustaría que algún miembro de la familia le ayude económicamente? \_\_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

15.- Si no trabaja quién lo sostiene económicamente \_\_\_\_\_

16.- ¿Tiene problemas económicos? \_\_\_\_\_ ¿porqué? \_\_\_\_\_

## RELACIONES FAMILIARES

1. - *Describe las cualidades de su madre* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. - *Describe los defectos de su madre* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. - *Describe las cualidades de su padre* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. - *Describe los defectos de su padre* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. - *¿Cómo es la relación con sus padres?* \_\_\_\_\_
6. - *Describe las relaciones que existen entre hermanos* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. - *¿Cómo es la relación entre Ud. y sus hermanos?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. - *Tiene preferencia por alguno (s) de su (s) hermano(s)* \_\_\_\_\_  
*¿Quién (es) ?* \_\_\_\_\_  
*¿Porqué?* \_\_\_\_\_
9. - *¿Qué es lo que más le gusta de su familia?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. - *¿Qué es lo que más le disgusta de su familia?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. - *¿En su familia cómo toman una decisión ?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. - *¿Cuáles son los problemas más frecuentes en su familia?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. - *¿Cuándo surge algún problema como reacciona Ud?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



14. - Según la opinión de la familia cual es la causa del problema?

\_\_\_\_\_

15. - ¿A quién recurre cuando tiene que resolver algún problema?

\_\_\_\_\_

16. - En su opinión a quién le echa Ud. la culpa

\_\_\_\_\_

17. - ¿Qué cree Ud. que es el amor?

\_\_\_\_\_

18. - ¿De qué manera expresa una madre el amor a sus hijos?

\_\_\_\_\_

19. - ¿De qué manera expresa un padre el amor a sus hijos?

\_\_\_\_\_

20. - ¿Cómo manifiesta un hijo (a) el amor en relación a su madre?

\_\_\_\_\_

21. - ¿Cómo manifiesta un hijo (a) el amor en relación a su padre?

\_\_\_\_\_

22. - ¿Hay alguna cosa que se tiene que sacrificar por los hijos?

\_\_\_\_\_

23. - ¿Hay alguna cosa que se tiene que sacrificar por los padres?

\_\_\_\_\_

24. - ¿Qué le gusta más dar o recibir afecto?

\_\_\_\_\_

25. - ¿Cuándo algún miembro de la familia está alegre como reacciona la familia

Usted \_\_\_\_\_

26. - ¿Cuándo algún miembro de la familia está triste como reacciona la familia \_\_\_\_\_

Usted \_\_\_\_\_

27. - ¿Cuándo algún miembro de la familia está enojado como reacciona la familia \_\_\_\_\_

Usted \_\_\_\_\_

28. - ¿Cuándo algún miembro de la familia es cooperador como reacciona la familia \_\_\_\_\_

Usted \_\_\_\_\_

29. - ¿Cuándo algún miembro de la familia se burla como reacciona la familia \_\_\_\_\_

Usted \_\_\_\_\_

30. - ¿Cuándo algún miembro de la familia da apoyo como reacciona la familia \_\_\_\_\_

Usted \_\_\_\_\_

31. - ¿Cuándo algún miembro de la familia se aísla como reacciona la familia \_\_\_\_\_

Usted \_\_\_\_\_

32. - ¿Cuándo algún miembro de la familia es cariñoso como reacciona la familia \_\_\_\_\_

Usted \_\_\_\_\_

33. - En su familia como se llaman todos los miembros de ella \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

34. - ¿Cuándo tienen alguna dificultad en la familia como la aclararán?

\_\_\_\_\_

35. - ¿Cómo reacciona cuando su familia no está de acuerdo con Ud?

\_\_\_\_\_

36. - ¿Cómo les demuestras a los demás tu enojo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
37. - ¿Cómo se da cuenta que sus familiares están enojados? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
38. - ¿Qué hace? \_\_\_\_\_
39. - ¿En su familia hay secretos? \_\_\_\_\_  
¿Porqué? \_\_\_\_\_
40. - ¿Qué tan sincero es con su familia? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
41. - ¿Cuál es el recuerdo más feliz de su vida? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
42. - ¿Cuál es la situación más infeliz de su vida? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
43. - ¿Cómo la resolvió? \_\_\_\_\_
44. - ¿Dentro de su familia ha habido algún sentimiento que le haya causado mucho dolor? \_\_\_\_\_
45. - ¿Se considera una persona sociable? \_\_\_\_\_  
¿Porqué? \_\_\_\_\_
46. - ¿Alguna persona ajena a su familia le ha ayudado a resolver algún problema? \_\_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_
47. - ¿Qué recuerda de su madre cuando era niño (a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
48. - ¿Qué recuerda de su padre cuando era niño (a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
49. - ¿Cuándo era niño (a) tenía más al enojo de su padre o de su madre? \_\_\_\_\_  
¿Porqué? \_\_\_\_\_

50. - ¿Cree usted que es bueno que los hijos teman a los padres? \_\_\_\_\_

Porqué \_\_\_\_\_

51. - ¿Cuándo alguien de su familia le llama la atención lo acepta? \_\_\_\_\_

Porque \_\_\_\_\_

52. - ¿Quién es el más obediente en su familia? \_\_\_\_\_

Porqué \_\_\_\_\_

53. - ¿Qué dice Ud. si un miembro de la familia se emborracha? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

54. - ¿Qué dice Ud. si un miembro de la familia fuma marihuana? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

55. - ¿Qué dice Ud. si un miembro de la familia apuesta? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

56. - ¿Qué dice Ud. si un miembro de la familia roba? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

22<sup>o</sup> m.

57. - Escriba brevemente su opinión sobre el cuestionario. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Alexander F : Psychogenic factors in bronchial asthma. Psychosom. Med. Monograph No. 2, 1941.
- 2.- Aoki H. M.D., Kemi Y : Some Psychosomatic disorders in Japan from a cultural. Perspective, november, vol 23, No. 11 1982.
- 3.- Ackerman, N. W. : Diagnostico y tratamiento de las relaciones familiares. Edit. Hormé, Buenos Aires.
- 4.- Ackerman, N.W. : Grupoterapia de la familia. Edit. Hormé, - Buenos Aires.
- 5.- Apfel Roberta: An overview of psychosomatic problems in women. Psychoter psychosom, 37: 106-118, 1982
- 6.- Batenson, G; Ferreira, A; Jackson, D y otros autores: Interacción familiar, aportes fundamentales sobre teoría y técnica. Edit. Tiempo Contemporaneo, Buenos Aires.
- 7.- Bela Mittelman : Breve tratado de medicina psicomatica. Edit. Biblioteca del hombre contemporaneo.
- 8.- Brusch, H, Touraine, G. The family frame of asthma. Psychosom Med. No.2, 1940.
- 9.- Bowen, M : The use of family therapy in clinical practise. J. Psychiatry, 7:345-374, 1981.
- 10.- Cremerius, J. : Some reflexiones about the conception of Psychosomatic patients in the french school. Psychosom, - 28:236-242, 1977.
- 11.- Erickson, E. : Infancia y sociedad. Edit. Hormé, 1974.
- 12.- Foncerrada y otros : Maltrato físico al niño. Monografía IMSS 1971.

- 13.- Epstein, N. Bishop, D. Levin S.: The Mc Master model of family functioning of marriage and family counseling. Oct. vol 4, 19-31, 1978.
- 14.- Franz Alexander, French Thomas: Psicología y asma bronquial. Edit. Paidós.
- 15.- Freud, S. La interpretación de los sueños. Tomo XII, Buenos Aires, 1943.
- 16.- Freud, S. Algunas observaciones sobre el concepto de lo inconsciente en el psicoanálisis. Tomo IX, Buenos Aires, 1943.
- 17.- Freud, S. : Psicología de las masas y análisis del YO. Tomo IX, Buenos Aires, 1943.
- 18.- Haley, S. : Tratamiento de la familia. Edit. Toray Barcelona 1974.
- 19.- Howello, J. M.D.: Family diagnosis. Psychiatric annals. 10 (7): 6-14, July 1980.
- 20.- Kaplan, H. Freedman, A, Sadook, B.: Comprehensive textbook of psychiatry. Vol I, II, III.
- 21.- Lévi-Strauss.: Las estructuras elementales del parentesco. Buenos Aires . Edit. Paidós, 1969.
- 22.- Lipowski, Z.J.: Psychosomatic medicine in a changing society: Some current trend in theory and research. Psychiatry 14:203 1973.
- 23.- Luparello, T. et al. Influences of suggestion on air way reactivity in asthmatic subjects. Psychosomat. Med. 30: 819-825. 1968.
- 24.- Luparello T. : Psychologic factors and bronchial asthma. N.Y. S.S. MED. 71 (3): 2161-2165.

- 25.- Luparello T, Et al: The interaction of psychologic stimuli and pharmacologic agents on airway reactivity subjects. - Psychosomat. Med. 32: 509-503.
- 26.- Matus Irwin, Ph.D: Assessing the nature and clinical significance of psychological contributions to childhood asthma. Amer, J, Orthopsychiat. 51 (2). April 1981.
- 27.- Macias R. y Chagoya L: Formas de agresión al niño en la familia. Gaceta Médica de México. Vol IO9, No. 4, pags 235-244. Abril 1975.
- 28.- Margaret W, Gerard MD: Bronchial asthma in children. The Nervous child. Vol 4, 327-331, 1946.
- 29.- Minuchin Salvador: Familias y terapia familiar. Granica Ed. Barcelona 1977.
- 30.- Minuchin Salvador: Psychosomatic families. Harvard University press, Cambridge Mass. 1978.
- 31.- Minuchin Salvador: Psychosomatic families in child psychiatry. Journal of child psychiatry, vol 18, No. I, Winter 1979, pags 76-90.
- 32.- Nelson Vaughan: Tratado de pediatría. Ed. Salvat.
- 33.- Parson T. y otros. La familia. Barcelona. Ed. Peninsula 1970.
- 34.- Rees L. The significance of parental attitudes in childhood asthma. J. Psychosomatic. 7: 181-190. 1963.
- 35.- Rees L. Physical and Emotional factors in bronchial asthma. J. Psychosomat. I:98-114. 1956.
- 36.- Rogerson. C.H.: A psychological approach to the problem of asthma and the asthma-eczema-prurigo syndrome. Guy'S Hosp. Rep. 1935-85-289.

- 37.- Roussel L.: La crisis en la familia. Salud Mental V.4, No.2  
Verano 1981.
- 38.- Satir V.: Psicoterapia familiar conjunta. La prensa Medica  
Mex., Mex. D.F. 1980.
- 39.- Satir V.: Relaciones humanas en el núcleo familiar. Ed. Pax  
Mexico, 1978.
- 40.- Saavedra V.: Anatomia de la familia. Ed. Samo, Mex. 1972.
- 41.- Sifneos, P.: The prevalence of alexthymic characteristics  
in psychosomatic patients. Psychather pasychosom. 34,17-24.  
1981.
- 42.- Warner J.: Family Therapy: A search for Poundation. Journal  
of family therapy (1981) 3: 201-209.
- 43.- Watzlawick; Jackson.: Teoría de la comunicacion humana. Ed.  
Tiempo contemporáneo, Buenos Aires. 1971.