

Evaluación de la dinámica familiar en familias de niños con diagnóstico de asma

Dedsy Yajaira Berbesí Fernández¹
Margarita María García Jaramillo¹
Ángela María Segura Cardona¹
Ricardo Posada Saldarriaga²

Resumen

Objetivo: Determinar a partir de esta investigación la funcionalidad familiar en un grupo de familias de niños asmáticos de 7 a 12 años de edad. *Método:* Estudio transversal, ejecutado de julio a septiembre del 2010 en 6 instituciones de salud en la ciudad de Medellín, Colombia. Se estudiaron 50 familias con niños con diagnóstico de asma, de los cuales 22 tenían asma no controlada, y 28, asma controlada, que participaron como grupo de comparación. Se evaluó la funcionalidad familiar mediante el instrumento APGAR Familiar y la valoración de una médica terapeuta de familia; entre tanto, el diagnóstico de asma y la evaluación clínica, con ayuda de un pediatra-neumólogo. Las asociaciones se exploraron mediante *odds ratio* (OR) e intervalos de confianza (IC) del 95%. *Resultados:* La disfunción familiar es un factor asociado con mayor frecuencia a familias de niños con asma no controlada, en comparación con aquellas que no tienen este tipo de pacientes (OR = 8,95; IC95%: 2,4-32,3). La disfunción familiar es notoriamente mayor en familias con niños con asma no controlada. *Conclusiones:* Dada la frecuencia de disfunción familiar en niños con asma, la evaluación de la funcionalidad familiar se debe considerar parte del abordaje integral de las familias con niños asmáticos.

Palabras clave: Asma, relaciones familiares, composición familiar, familia, factores de riesgo.

Title: Assessment of Family Dynamics in Families with Children Diagnosed with Asthma

Abstract

Object: Determine from this research family functionality in asthmatic children between 7 and 12 years of age. *Methodology:* Cross-sectional study performed from July to September 2010 in six health-care institutions of the city of Medellín, Antioquia, Colombia. The study comprised 50 families having children diagnosed with asthma of whom 22 had uncontrolled asthma, while 28 other children had controlled asthma and served as comparison group. Family functionality was assessed by the Apgar family instrument and an M.D. family the-

¹ Docente investigadora de la Universidad CES, Medellín, Colombia.

² Jefe de posgrados clínicos, Facultad de Medicina de la Universidad CES, Medellín, Colombia.

rapist while a pediatric pulmonologist made the asthma diagnosis and the clinical evaluation. Associations were explored through the odds ratio (OR) and confidence intervals (CI) 95%. *Results:* Family dysfunction is a factor most commonly associated to families having children with uncontrolled asthma in comparison with those families without such patients (OR = 8.95; CI 95%; 2,4-32.3). The dysfunction is significantly greater in families having children with uncontrolled asthma. *Conclusion:* Given the frequency of family dysfunction in children with asthma, assessment of family functionality should be considered as part of a comprehensive approach to families with asthmatic children.

Key words: Asthma, family relations, family characteristics, family, risk factors.

Introducción

El asma es una de las principales causas de morbilidad por problemas respiratorios, la cual ha presentado un incremento considerable en su prevalencia en los últimos 20 años a escala mundial, sobre todo en poblaciones pediátricas (1). Es la enfermedad crónica más común en la infancia, caracterizada por una obstrucción bronquial episódica que cursa con un aumento de la respuesta de la vía aérea frente a gran variedad de estímulos: infecciones, ejercicio, herencia, alergia, cambios ambientales y factores emocionales, estos últimos relacionados principalmente con la disfunción familiar (2).

Las crisis asmáticas son episodios agudos o subagudos de empeoramiento progresivo de dificul-

tad respiratoria, tos, sibilancias y opresión en el pecho, o cualquier combinación de estos síntomas. Se caracterizan por disminución del flujo espiratorio, demostrado por la medición de la función pulmonar a través de la espirometría. Los primeros síntomas de una crisis pueden aparecer súbitamente, o presentarse de forma progresiva durante varios días, sin que el niño y su familia en ocasiones presten atención (3).

Esta enfermedad requiere constante atención por parte de los padres de los niños afectados. Debido a su evolución, puede llegar a ser origen de múltiples visitas al médico e incluso de hospitalizaciones continuas. Sin embargo, estas situaciones ocasionan serios cambios en la vida diaria de la familia, con importantes repercusiones en el funcionamiento familiar normal (4).

La influencia de la familia en el proceso salud-enfermedad es de vital importancia, ya que el grupo puede funcionar como fuente de salud o enfermedad, o viceversa, y el paciente puede llegar a comprometer la salud emocional de los individuos que componen la familia (5,6).

En cuanto a la *disfunción familiar*—entendida como la incapacidad de la familia para enfrentar las crisis y cumplir algunas o todas las funciones básicas (afecto, comunicación, adaptabilidad, resolución de problemas, participación y normas de convivencia)—, se ha reconocido el asma como un problema que incrementa los episodios de este evento,

como un mecanismo de respuesta para la solución de los conflictos familiares (5,7).

En las familias de los pacientes se podrían reconocer características disfuncionales típicas, como la sobreprotección (8), en la que todos los miembros de la familia muestran un alto grado de interés recíproco, con respuestas de tipo protector. Cuando el niño asume un comportamiento sintomático, toda la familia se moviliza para intentar protegerlo, y evita en este proceso muchos conflictos familiares, por eso la enfermedad del paciente en muchas ocasiones tiene una función protectora respecto a la familia.

La rigidez se manifiesta como una familia unida y armoniosa en la que no existen problemas más allá de la enfermedad del paciente y niegan la necesidad de un cambio en el sistema (9).

La evitación del conflicto se evidencia en las familias que presentan un umbral muy bajo de tolerancia a la confrontación y ponen en acción una cantidad de mecanismos para evitar el desacuerdo; para que quede oculto y no estalle abiertamente.

La organización disfuncional de la familia facilita la persistencia del síntoma, como la crisis asmática de uno de sus miembros, pero este a su vez realiza un mecanismo de *feed back*, que tiende a mantener estable la organización.

Un ambiente familiar conflictivo puede también contribuir a la severidad del asma o al desarrollo de sus síntomas (10). Por ello, es ne-

cesario un asesoramiento adicional a las familias sobre el manejo del comportamiento de sus niños y la dinámica familiar.

Pocas investigaciones en Colombia (11,12) han estudiado la relación entre la funcionalidad familiar y las características clínicas del asma. Este artículo describe la funcionalidad familiar de niños asmáticos de 7 a 12 años en Medellín.

Métodos

Se realizó un estudio *cross-sectional*, que determinó la funcionalidad familiar de las familias de 50 niños y niñas con diagnóstico de asma de seis instituciones de salud de Medellín, Colombia, en 2010. Fueron seleccionadas 50 familias adscritas a una entidad aseguradora de salud, con niños con diagnóstico de asma.

Se aplicó un formulario con preguntas demográficas, sociales y evaluación clínica, utilizando los criterios de GINA, para determinar el diagnóstico de asma; la funcionalidad familiar se determinó según la escala de APGAR familiar, instrumento validado y específico (13). Todas las familias otorgaron autorización escrita mediante consentimiento informado; y se verificó la capacidad de entendimiento, razonamiento y lógica del niño para responder a la entrevista por medio de una prueba realizada por una psicóloga, utilizando la prueba de RAVEN.

El instrumento utilizado para medir la funcionalidad familiar fue el APGAR familiar, diseñado en 1978 por Smilkstein (14); ha sido ampliamente validado y es considerada una escala sencilla de autorreporte. Es un cuestionario de cinco preguntas que evalúa el estado funcional de la familia, cuyo acrónimo hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: *adaptation* (adaptación), *partnership* (asociación/cooperación), *growth* (crecimiento), *affection* (afecto), *resolve* (capacidad de resolución) (15).

Estos cinco componentes se evalúan por medio de una serie de preguntas que pueden realizarse en el transcurso de una entrevista y miden tanto el ambiente emocional que rodea a nuestros pacientes como la capacidad del grupo familiar para hacer frente a las diferentes crisis. Se conoce así el funcionamiento de la familia, por medio de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y la percepción que un integrante de una familia tiene del propio funcionamiento familiar. Ha sido aplicado en varios estudios de problemas de salud mental y diversos contextos socioculturales, y ha mostrado una buena fiabilidad. Su versión en español ha sido validada en población colombiana (16-18); se realizó la valoración de manera dicotómica, considerando solamente la funcionalidad y la disfuncionalidad de la familia. El instrumento se aplicó a dos integrantes de la familia, entre los que

se encontraba la madre y el niño; se incluyeron niños mínimo con seis meses de diagnóstico de asma, en tratamiento; que vivieran por lo menos con uno de los padres (familias nucleares, monoparentales, extensas y poligenéticas).

Las variables sociodemográficas incluidas fueron la edad del niño y de la madre, el estrato socioeconómico y la composición familiar. Para evaluar esta última, se consideró si la familia era nuclear o no. El tamaño de la muestra se calculó en el paquete estadístico EpiInfo, mediante la aplicación Statcalc, considerando los siguientes valores: nivel de confianza del 95%, poder del 80% y una prevalencia del fenómeno estudiado (disfunción familiar) en el grupo de niños con asma controlada del 10%, y el 50% en el grupo de niños con asma no controlada; se obtuvo como tamaño de muestra 22 familias por grupo.

La información fue tabulada en una hoja de Excel® y se exportó al paquete estadístico de Stata 10.0® para el análisis estadístico de los datos y la generación de cuadros de salida; se realizó análisis univariado en la descripción de las características sociodemográficas de los niños con asma, y un análisis bivariado de los niños con y sin disfunción familiar, además de la clasificación del asma. Este análisis utilizó las razones de disparidad (OR) y la prueba estadística de χ^2 . La significación estadística fue considerada con un valor de $p < 0,05$.

Resultados

Características demográficas de los niños

Los niños (27) tenían en promedio 9,7 años (DE: 1,43); las niñas (23), 9,39 años en promedio (DE: 1,37). El 54,5% de los casos de asma no controlada se presentó en niños. El 76% y 82% de las madres tenían 30 años o más; así mismo, dos de cada tres familias eran de estrato bajo, sin diferencias estadísticamente significativas en los grupos (tabla 1).

Tipo de familia

El 68,2% de los niños con asma controlada pertenecían a familias nucleares, comparado con el 46,4% de los niños con asma no controlada, sin diferencias entre ambos grupos. Al consultar a la madre sobre algunas

características del comportamiento, como agresividad, distracción y relación de las crisis asmáticas con dificultades familiares, se observaron diferencias estadísticamente significativas en cada una de estas categorías (tabla 2).

Relación disfunción familiar y asma

Al determinar la relación de la funcionalidad familiar con el asma, se observó disfunción familiar, con mayor frecuencia en las familias de niños con asma no controlada (77,3%), en comparación con las familias de niños con asma controlada (27,6%) (OR = 8,95; IC del 95%, 2,46-32,33) (tabla 3).

Se utilizó la clasificación GINA para medir la severidad del asma; en 22 familias había un niño con asma parcialmente controlada o no

Tabla 1. Características de la población

Variable		Asma		OR	IC (OR)	χ^2	Valor p
		No controlada (n = 22)	Controlada (n = 28)				
Edad	---	9,45 ± 1,50	9,82 ± 1,33	---	---	F (0,82)	0,37
Edad de la madre	< 30 años	(5) 23,8%	(5) 17,9%	1,43	[0,35-5,79]	0,26	0,60
	> 30 años	(16) 76%	(23)82,1%				
Sexo	Masculino	12 (54,5%)	15 (53,6%)	1,34	[0,44-4,12]	0,27	0,60
	Femenino	10 (45,5%)	13 (46,4%)				
Estrato	≤ 3	16 (72,7%)	20 (71,4%)	1,06	[0,30-3,70]	0,01	0,91
	> 3	6 (27,3%)	8 (28,6%)	---	---	---	---
Estructura familiar	Nuclear	15 (68,2%)	13 (46,4%)	2,47	[0,77-7,92]	2,36	0,12
	No nuclear	7 (31,8%)	15 (53,6%)				

Tabla 2. Crisis asmáticas y disfunción familiar

Crisis asmáticas y disfunción familiar	Sí/No	Asma no controlada	Asma controlada	Total	OR	IC		χ^2	Valor de p
Las dificultades empeoran las crisis asmáticas	Sí	13 (59,1%)	6 (21,4%)	19	5,3	1,53	18,3	7,42	0,01*
	No	9 (40,9%)	22 (78,6%)	31	---	---	---	---	---
El niño normalmente se ve distraído o deprimido	Sí	12 (54,5%)	6 (21,4%)	18	4,4	1,28	15,1	5,86	0,02*
	No	10 (45,5)	22 (78,6%)	32	---	---	---	---	---
El niño es agresivo en la casa o en el colegio	Sí	14 (63,6%)	6 (21,4%)	20	8,5	2,3	31,9	11,32	0,00*
	No	6 (27,3%)	22 (78,6%)	28	---	---	---	---	---
Total		22	28	50	---	---	---	---	---

Tabla 3. Funcionabilidad familiar en niños con asma

Variable	Asma		OR	IC (OR)	χ^2	Valor de p
	No controlada (n = 22)	Controlada (n = 28)				
Familia disfuncional	17 (77, 3%)	7 (27, 6%)	8,95	(2,46-32,33)	12,35	0,000
Familia funcional	5 (22, 7%)	21 (72, 4%)				

controlada, y en las otras 28, un niño con asma controlada.

Discusión

La disfunción familiar es un evento asociado con familias de niños con asma (19). En la presente investigación se utilizó un instrumento específico y validado para evaluar la funcionalidad familiar (7,8), y la valoración por una médica terapeuta de familia que permitió identificar

las diferencias entre las familias con y sin disfunción familiar de niños asmáticos.

Dos investigaciones realizadas en niños con asma señalan que el cuidado de esta enfermedad implica un desgaste emocional en los padres y en sus familias (20,21). En otro estudio sobre calidad de vida de los padres con niños asmáticos, se refiere que muchos padres frecuentemente ignoran el entorno de la enfermedad, y pueden lle-

gar a sentir frustración e incluso presentar síntomas depresivos. Así mismo, algunos padres indicaron que cotidianamente la vida familiar se desarrolla en función del grado de control del asma en el niño (22).

Los niños con trastornos del comportamiento y la conducta son más vulnerables a desarrollar asma (9,23). Se ha encontrado relación entre los problemas de conducta del niño, con el desarrollo de los síntomas sugestivos del asma. Por ejemplo, en los niños asmáticos, los problemas, las dificultades de los padres o el estrés en una vida temprana pueden estar asociados con el desarrollo del asma y la persistencia clínica de las sibilancias, los cuales también incrementan los problemas de comportamiento en el niño. Un ambiente familiar conflictivo también puede contribuir a la severidad del asma o al desarrollo de sus síntomas (24,25). Se requiere asesoramiento adicional a las familias sobre el manejo del comportamiento de sus niños y la dinámica familiar (12,26).

De acuerdo con Minuchin (27), identificar la relación entre las características de la organización familiar y las enfermedades psicosomáticas como el asma han permitido diseñar y cambiar los patrones familiares que exacerban los síntomas, intervenir para cambiar el sistema de la familia y prevenir la recurrencia de los síntomas.

En cuanto a la limitación, aunque se identificó la asociación entre

la disfunción familiar y la severidad del asma determinada por medio del asma no controlada, en niños de 7 a 12 años de edad, con un estudio de tipo transversal no es posible establecer la causalidad entre los factores identificados; para ello, es necesario realizar otras investigaciones en las cuales se pueda establecer la temporalidad del factor y el efecto como un criterio necesario en la causalidad de estos eventos.

Conclusión

Cuando se evalúa a un niño asmático y a su familia desde el inicio del primer episodio de asma, es tratada solo a partir del tratamiento farmacológico, bajo un enfoque clínico; posteriormente, la enfermedad se toma como un evento corporal donde no se reconocen otros factores de tipo orgánico. Los familiares comienzan a afrontar la enfermedad de manera más autónoma, pero toman consciencia de que la aparición y el transcurso de las crisis pueden influir otros componentes (psicológicos y emocionales).

Se puede concluir, en la presente investigación, que la disfunción familiar se presenta más frecuentemente en familias de niños con asma no controlada, en comparación con las familias de niños con asma controlada. Se pueden reducir los síntomas del niño asmático y mejorar su calidad de vida mediante la instauración de cambios en la dinámica familiar.

Agradecimientos

Los investigadores agradecen a José Miguel Abad Echeverri, coordinador científico de la EPS SURA, y a María Cecilia López, auxiliar de investigación, por su importante colaboración en la ejecución de este proyecto. A la Dirección de Investigación y a la Facultad de Medicina de la Universidad CES, por la financiación.

Referencias

1. The Global Initiative for Asthma (GINA) Ontario, Canadá [internet]. 2011 [citado: 20 de junio de 2012]. Disponible en: www.ginasthma.org.
2. Río BE, Hidalgo EM, Sierra J. Asma. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2009;66.
3. Álvarez FJ, Barchilón V, Casas F, et al. Documento de consenso sobre asma bronquial en Andalucía. *Rev Española Patol Torácica*. 2009;21:201-35.
4. Negrin JA. Asma bronquial. Aspectos básicos para un tratamiento integral según la etapa clínica. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2004.
5. Guzmán E, Reyes E, Luce G, et al. Disfunción familiar en pacientes pediátricos con asma. *Aten Primaria*. 2008;40:543-6.
6. Katon J, Richardson L, Lozano P, et al. The relationship of asthma and anxiety disorders. *Psychosomatic Med*. 2004;66:349-55.
7. Schor EL, American Academy of Pediatrics Task Force on the Family. Family pediatrics: report of the task force on the family. *Pediatrics*. 2003;111:1541-71.
8. Caso ME. La sobreprotección parental como factor asociado en el asma bronquial en niños. *Psicología Salud*. 2011;16.
9. Onnis L. *terapia familiar de los trastornos psicósomáticos*. Barcelona: Editorial Paidós; 1996.
10. Bazán G, Torres B, Prat R, et al. Impacto familiar del asma pediátrica. Versión mexicana del cuestionario IFABI-R. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex*. 2009;22:115-25.
11. Valencia LP, Valencia ML, Lopera J. Evaluación y seguimiento de un programa de asma por atención grupal en el hospital infantil concejo de Medellín 1993-1994. *Revista CES Medicina*. 1995;9:21-33.
12. Mendoza DL, Del Castillo L, Lozano S, et al. Factores de riesgo asociados con asma alérgica en niños de 4 a 16 años de Santa Marta, Colombia. Santa Marta: Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. 2008;5.
13. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family. *Function J Fam Prac*. 1982;15:303-11.
14. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*. 1978;6:1231-9.
15. Nieto MC, Nieto N, Ronderos J, et al. La familia. *Medicina familiar*. 2001.4:1-62.
16. Bellón JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, et al. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR-familiar. *Aten Primaria*. 1996;18:289-96.
17. Yorke J, Shuldham C. Terapia familiar para el asma crónica en niños (Revisión Cochrane traducida)[internet]. 2008 [citado: 20 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
18. Forero L, Avendaño M, Duarte Z, et al. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Rev Colomb Psiquiat*. 2006;35:23-9.
19. Calam R, Gregg L, Simpson B, et al. Childhood asthma, behavior problems, and family functioning. *J Allergy Clin Immunol*. 2003;112:499-504.
20. Lozano J, Blanco A. Un análisis de los factores de personalidad de niños asmáticos y sus progenitores. *Psicologemas*. 1996;10:193-207.
21. Lozano J, Blanco A. Problemas emocionales y de salud experimentados por los progenitores de niños asmáticos. *Clín Salud*. 1996;7:317-28.
22. Schulz R, Dye J, Jolicoeur L, et al. Quality of life factors for parents of children with asthma. *J Asthma*. 1994;31:209-19.
23. Feldman JM, Ortega AN, Koinis-Mitchell D, et al. Child and family psychiatric and psychological factors associated

- with child physical health problems: results from the Boricua youth study. *J Nerv Ment Dis.* 2010;198:272-9.
24. Klinnert MD, Nelson HS, Price MR, et al. Onset and persistence of childhood asthma: predictors from infancy. *Pediatrics.* 2001;108:1-8.
25. Mrazek DA, Schuman WB, Klinnert MD. Early asthma onset: risk of emotional and behavioral difficulties. *J Child Psychol Psychiatry.* 1998;39:247-54.
26. Wright A, Holberg J, Taussig L, et al. Factors influencing the relation of infant feeding to asthma and recurrent wheeze in childhood. *Thorax.* 2001;56:192-7.
27. Liebman R, Minuchin S, Baker L. The use of structural family therapy in the treatment of intractable asthma. *Am J Psychiatr.* 1974;131:535-40.

Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 4 de julio de 2012
Aceptado para publicación: 29 de julio de 2012

Correspondencia
Dedsy Yajaira Berbesí Fernández
Universidad CES
Calle 10A No. 22-04
Medellín, Colombia
dberbesi@ces.edu.co