



FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
EN PACIENTES ASMÁTICOS Y SU FAMILIA**

**Tesis previa a la obtención del Título
de Psicólogo Clínico**

GRADUANDA: MARÍA FERNANDA SÁNCHEZ RODAS

DIRECTOR: MST. ALBERTO ASTUDILLO PESÁNTEZ

CUENCA

2007

A MIS PADRES

AGRADECIMIENTO

En primer lugar quiero agradecerle a Dios por haberme permitido prepararme profesionalmente y entregarme las herramientas necesarias para emprender una nueva etapa... mi vida profesional.

Gracias... a dos grandes seres humanos que dejaron de lado parte de su vida y sus propios sueños para convertir las esperanzas, los anhelos y aspiraciones de sus hijas en realidad... Mis Padres. Que Dios los premie por toda la entrega a nuestra educación y vida

Mil gracias al Lic. Alberto Astudillo por su paciencia, su guía y motivación constante en toda mi carrera.

“La amistad es una red mas o menos firme, pero una red que nos sostiene.”

Antonio Gala

Por ello, un agradecimiento especial a mis amigas y amigos de siempre que estuvieron allí todo el tiempo... gracias por el apoyo que recibí.

Un profundo agradecimiento a toda mi familia: Lourdes y Hernán, Patty, Kevin y María Paz.

Gracias a todas las personas, familias, profesionales médicos y especialistas que colaboraron en la ejecución de este proyecto.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	8
-------------------	---

PRIMERA PARTE.

MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1. ASMA

1 Definición.....	13
2 Manifestaciones Clínicas.....	14
3 Ataque Asmático.....	15
4 Causas.....	16
5 Tratamiento.....	17

CAPITULO 2.

EFFECTOS PSICOLÓGICOS EN FAMILIAS DE NIÑOS CON ASMA BRONQUIAL

1 La enfermedad en la vida diaria.....	22
2 Cambios producidos por los síntomas.....	23
3 Aspectos psicológicos y conductuales.....	24
4 Relación familia- paciente con asma.....	26
5 Factores psicológicos implicados en la enfermedad.....	29

CAPITULO 3. TERAPIA FAMILIAR

1 Definición.....	35
2 Terapia del MRI de Palo Alto.....	36
3 Terapia estructural.....	42
4 Escuela de Milán.....	51

SEGUNDA PARTE.

INTERVENCIÓN

CAPITULO 4. INTERVENCIÓN

1 Intervención.....	64
2 Metodología de la investigación.....	65
3 Métodos y técnicas.....	66

CAPITULO 5. RESULTADOS Y ANÁLISIS

1 Tabulación.....	72
2 Resultados y análisis.....	74
3 Descripción de casos.....	76
4 Cuadros y Gráficos.....	85

CONCLUSIONES.....	91
--------------------------	-----------

BIBLIOGRAFÍA.....	93
--------------------------	-----------

ANEXOS

RESUMEN

En los últimos 30 años, la incidencia anual del asma infantil aumentó a un ritmo acelerado. Participan diversos factores en la patogénesis del asma bronquial, como las alergias, las infecciones, los trastornos endocrinos, la predisposición genética y, más recientemente, los elementos psicológicos como: situaciones de angustia, depresión, afectividad, sugestión, etc.

Este trabajo esta orientado a profundizar con el entorno familiar del niño asmático, con los posibles conflictos a este nivel para que luego de un periodo de intervención guiado por la Terapia Familiar Sistémica se obtenga un mejor conocimiento de la dinámica familiar así como también de las diversas reacciones de la enfermedad en el niño y en toda su familia.

Los objetivos de este trabajo son: evaluar si la terapia a nivel familiar produce una mejora en la enfermedad y en la dinámica familiar, la relación familiar de los niños que sufren asma y la aplicación de técnicas de intervención a nivel familiar.

ABSTRACT

In the last 30 years, the annual effect of the infantile asthma increased to an intensive pace. They inform diverse factors in the pathogenesis of the bronchial asthma, as the allergies, the infections, the disorders endocrines, the genetic and, predisposition more recently, the psychological elements as: situations of distress, depression, affectability, suggestion, etc.

This work this one orientated to penetrating with the family environment of the asthmatic child, with the possible conflicts to this level in order that after a period of intervention guided by the Family Therapy Systemic there is obtained a better knowledge of the family dynamic as well as also of the diverse reactions of the disease in the child and in all his family.

The aims of this work are: to evaluate if the therapy to family level produces an improvement in the disease and in the family dynamic, the family relation of the children who suffer asthma and the application of skills of intervention to family level.

INTRODUCCIÓN

El asma es un problema de salud crónico que afecta entre 10% de los niños de los países desarrollados. Esta enfermedad, de acuerdo con la American Thoracic Society (1987), se caracteriza por un incremento de la hiperactividad de las vías aéreas debido a varios estímulos, entre ellos alérgenos, irritantes no específicos (como contaminantes ambientales), ejercicio y aire frío. La manifestación fisiológica de esa hiperactividad es la obstrucción de las vías aéreas.

Durante los ataques del asma en los niños, la respiración se vuelve muy difícil y produce un sonido jadeante. La persona lucha por respirar y puede desarrollar angustia aguda, la cual agrava la condición.

Aunque se ha reconocido ampliamente que los factores psicológicos desempeñan un papel importante al precipitar los episodios del asma y en el control de los síntomas, el tratamiento farmacológico solo sigue siendo el tratamiento principal y en consecuencia, el foco de la mayoría de las investigaciones.

Sin embargo, los modelos médicos tradicionales que defienden una separación entre "psiquis" y "cuerpo" están siendo reemplazados en los últimos años por aquellos que reconocen las poderosas influencias de la primera sobre el segundo. De igual manera, está bien documentada la necesidad de modelos integrados de tratamiento que consideren las intervenciones conductuales o psicológicas además de la farmacoterapia (Cluss 1986; Lehrer 1992; Onnis 1984; Molinari 1994; Towns 1994)

Hemos recurrido a teorías del modelo de terapia familiar sistémica que conceptualizan a las familias en cuanto a los límites, a las jerarquías y los subsistemas, es decir que fortaleciendo los límites entre individuos y subsistemas jerárquicos, se puede revelar posibles conflictos ocultos que alteran los modelos disfuncionales de interacción entre los miembros de la familia para reducir o apartar al niño asmático la fuente de tensión familiar.

Las teorías sistémicas consideran los fenómenos desde el punto de vista de la circularidad, en lugar de desde el punto de vista lineal de causa y efecto inherente al modelo médico de enfermedad. Por lo tanto, se presupone que el asma es un síntoma de la disfunción familiar y que simultáneamente contribuye a la misma. Se ha utilizado la terapia familiar para reducir los síntomas y la repercusión del asma. (Lask 1979).

Cualquier terapia familiar basada en teorías sistémicas que se centren en la familia como un todo y que tengan como objetivo llegar a una comprensión de la función de los síntomas del asma dentro de este sistema, es un intento por comprender la interacción familiar disfuncional y generar un cambio.

La intervención terapéutica propuesta en este estudio se utiliza para alertar a la familia sobre su comportamiento disfuncional y para ayudarla a superar adaptativamente las dificultades que dan lugar a los síntomas. Sabemos que las relaciones entre los miembros de la familia se adhieren a ciertos modelos, que suelen estar mal adaptados a la situación de vida actual.

El interés de esta investigación es a más de conocer la dinámica familiar de los niños con asma bronquial avanzar a una segunda fase de intervención que abarque no solo al niño (paciente asmático) sino a todo su entorno familiar.

El estudio se realizó con cinco familias con uno de sus miembros diagnosticado con asma bronquial con edades comprendidas entre 6 y 12 años de edad. De diferentes estratos sociales que fueron facilitadas de la consulta privada del Hospital Monte Sinaí de la ciudad de Cuenca. A las que se les insto en primer lugar para una entrevista, luego la aplicación del Test de David H. Olson, Joyce Portner y Yoav Lavee, que mide el grado de adaptabilidad y cohesión de la familia, se aplico luego las técnicas de terapia familiar sistémica: tales como tareas directas y redefiniciones a cada una de las ellas.

Los resultados obtenidos fueron: de todas las familias del estudio, el asma y las crisis asmáticas prevalecen aunque con ligeros progresos que satisfacen a la familia y además todo este proceso influyó para que cada grupo sufrieran una alteración en la dinámica familiar, originando otras dificultades no distinguidas anteriormente que les promueve a buscar un nuevo tratamiento psicológico para toda la familia.

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

ASMA BRONQUIAL

El asma es una enfermedad que afecta al aparato respiratorio de las personas especialmente los pulmones. Es la enfermedad de duración prolongada más común entre los niños. Causa episodios repetidos de jadeo, dificultad para respirar, presión en el pecho y tos durante la noche o temprano en la mañana. La enfermedad está presente todo el tiempo, pero los ataques de asma sólo se presentan cuando algo afecta sus pulmones.

En este primer capítulo revisaremos los aspectos más importantes del asma bronquial como: su frecuencia, los factores de riesgo, las manifestaciones clínicas, las posibles causas y el tratamiento de la misma.

1.1 DEFINICIÓN DE ASMA

“Asma bronquial (del griego asthma, “respiración difícil”), enfermedad respiratoria en la que el espasmo y la constricción de los bronquios y la inflamación de su mucosa limita el paso del aire, con la consiguiente dificultad respiratoria. Este estrechamiento de las vías respiratorias es típicamente temporal y reversible, pero en ataques severos de asma puede provocar incluso la muerte” (Biblioteca Encarta 2005)

“Es asma bronquial es una enfermedad respiratoria crónica inflamatoria y de etiología no del todo conocida. Se manifiesta con crisis de disnea acompañada de silibancias, opresión en el tórax y algunas veces expectoración, que muchas veces puede alterara la vida diaria de la persona que la padece así como la de sus familiares”.

(Farreras Pág. 220 .1995.)

Frecuencia

El asma afecta a más del 10% de los niños en los países desarrollados, tanto a mujeres como a hombres de todas las edades y grupos étnicos y de los distintos niveles socioeconómicos, aunque es más frecuente, por causas que todavía se desconocen, en zonas urbanas deprimidas económicamente, en climas fríos y en países industrializados.

Antes de los 9 años, la familia del niño asmático juega un papel muy importante en la evaluación y tratamiento de la enfermedad. Los padres y madres son los principales informantes de la frecuencia e intensidad de los síntomas y de la medida en que se encuentran limitadas las actividades de sus hijos. Por lo tanto considero que la percepción que los progenitores tengan sobre el asma de su hijo y el impacto de la enfermedad en sus vidas, jugara un papel importante tanto en el proceso de evaluación como en el tratamiento de los niños asmáticos.

Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo más importantes tenemos:

- 1.- Genéticos:** cuando un padre es asmático, la posibilidad de tener un hijo asmático es de un 25% aproximadamente y sube a un 50% si ambos padres lo son.
- 2.- Alergia:** la relación entre asma y atopía es muy estrecha. Más del 85% de los niños asmáticos tienen un test cutáneo positivo o niveles plasmáticos de Inmunoglobulina tipo E aumentados considerablemente.
- 3.- Sexo:** en período prepuberal existe predominio del sexo masculino en proporción de 2-1 mientras que en el período de adolescencia esta proporción se iguala.
- 4.- Edad de comienzo:** el asma puede comenzar a cualquier edad. En la infancia alrededor de un 10% de los niños asmáticos comienzan sus síntomas antes del primer año de vida, un 80% antes de los 4 años, un 96% antes de los 8 años y sólo un pequeño porcentaje (4%) inicia su asma después de esta edad. (Farreras Pág. 224. 1995)
- 5.- Factores ambientales:** la exposición temprana a algunos alérgenos inhalantes, la aspiración pasiva de humo de cigarrillo, son factores claramente asociados al desarrollo de asma.

1.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

El asma en la infancia tiene variadas formas de presentación que deben ser consideradas para evitar el subdiagnóstico y la postergación de un tratamiento adecuado.

- 1. Crisis de Obstrucción o broncoespasmo agudo:** Es la forma más frecuente de presentación, se caracteriza por: episodios de dificultad para respirar, tos y sibilancias, reversible ya sea en forma espontánea o con broncodilatadores, variable en frecuencia e intensidad (forma más frecuente).

Si el desencadenante es un alérgeno, estos síntomas catarrales están ausentes; existe estacionalidad con relación a pólenes, siendo frecuentes las crisis en primavera y verano; en cambio, desencadenantes como polvo de habitación, caspas de animales y plumas originan crisis durante todo el año.

2. Tos crónica como equivalente de asma: forma habitualmente subdiagnosticada y caracterizada por tos continua, de predominio nocturno y que aumenta con el ejercicio, la risa y el llanto, en ausencia de dificultad respiratoria y sibilancias.

3. Asma por ejercicio: crisis de obstrucción bronquial exclusivamente frente al ejercicio, de presentación en edad escolar. Debe considerarse, sin embargo, que la mayoría de los asmáticos moderados y severos, también presentan síntomas con el ejercicio.

4. Asma del lactante: alrededor de un tercio de los lactantes con sibilancias a repetición continúan presentando síntomas obstructivos en edades posteriores, con claras evidencias personales y familiares de alergia, por lo que actualmente son considerados asmáticos de inicio precoz.

1.3 ATAQUE ASMÁTICO

El ataque asmático se produce cuando los bronquios y bronquiolos se inflaman, reduciendo el espacio por el que el aire pasa hasta llegar a los pulmones.

La inflamación de las vías respiratorias comienza cuando una sustancia irritante, por ejemplo el humo de un cigarrillo, se pone en contacto con la pared de las vías respiratorias. Esta sustancia desencadena la activación del sistema inmunológico del organismo que envía unas células especializadas, llamadas mastocitos, a la zona que sufre la irritación. Estas células liberan histamina, lo que origina una inflamación localizada y una vasodilatación.

Todo este proceso se conoce con el nombre de respuesta inflamatoria. La histamina puede causar un broncoespasmo, lo que provoca una dificultad mayor al paso del aire por las vías respiratorias. Asimismo, se favorece la producción de moco que obstruye aun más las vías, lo que origina ataques de tos y disnea.

Una crisis típica empieza con tos, estornudos, y respiración entrecortada, aunque ciertos individuos sólo desarrollan una tos seca. Incluso sin tratamiento, el ataque suele ceder en unas pocas horas. La tos se hace más húmeda y el sujeto expectora grandes cantidades de moco. Las crisis pueden repetirse en horas o días, o permanecer ausentes durante meses o incluso años. El estatus asmático, crisis prolongada que persiste a pesar del tratamiento, es una forma especialmente grave y a veces mortal de la enfermedad, y por lo general requiere hospitalización. La frecuencia y gravedad de los síntomas asmáticos varía mucho de una persona a otra, en algunos niños con asma los ataques desaparecen al alcanzar la edad adulta.

1.4 CAUSAS

Muchos ataques asmáticos se deben a una hiperactividad de las vías respiratorias que se produce cuando bronquios y bronquiolos entran en contacto con diversos agentes medioambientales o estímulos fisiológicos.

El ataque de asma se debe, generalmente, a la inhalación de partículas muy pequeñas que transportadas con el aire entran en contacto con los pulmones. Muchas veces se trata de alergenios, es decir, sustancias naturales como el polen, el polvo o pelos y restos de piel de animales que producen una respuesta exagerada del sistema inmune en la cual un anticuerpo, la inmunoglobulina E, inicia la respuesta inflamatoria.

El asma también afecta a personas que no son alérgicas; en estos casos, distintas sustancias químicas irritantes pueden desencadenar una respuesta inflamatoria que provoca un asma bronquial. Esto puede ocurrir en personas sensibles a ciertos productos químicos industriales, a determinados contaminantes atmosféricos o a sustancias químicas presentes en perfumes, lacas de pelo o cosméticos, entre otros.

A veces, determinados estímulos fisiológicos pueden desencadenar un ataque de asma, como el ejercicio, el frío o una infección. Sustancias presentes en la comida o en los medicamentos también pueden originar un ataque asmático. Incluso emociones intensas, al llorar, al reír o gritar, pueden provocar una hiperventilación y, por tanto, una excesiva inhalación de oxígeno que da lugar a un estrechamiento de las vías respiratorias.

Distintas investigaciones sugieren que determinados factores genéticos pueden incrementar el riesgo de desarrollar asma. Se ha comprobado que los niños de padres asmáticos son más propensos a padecer la enfermedad.

De los pocos estudios que examinan las influencias psicológicas en el asma infantil, los factores psicosociales y emocionales se consideran importantes en los niños asmáticos más gravemente enfermos

La investigación más temprana realizada en la década del 70 indicó la presencia de relaciones problemáticas en la familia de niños con asma grave). Este hecho impulsó la realización de un número limitado de ensayos en el área de la terapia familiar. (Gustafsson 1986; Lask 1979). (Liebman 1974; Liebman 1976)

1.5 TRATAMIENTO

Las crisis asmáticas se pueden tratar o prevenir con varios fármacos. El tratamiento habitual es la inhalación de preparados broncodilatadores, que proporcionan alivio en pocos minutos. Las crisis graves que no responden a estos preparados específicos suelen precisar tratamiento con corticoides.

Cuando el asma está asociada a una alergia provocada por partículas inhaladas, se recomienda evitar el alérgeno responsable, aunque esto es difícil de conseguir. Las almohadas de plumas y los animales de compañía se pueden evitar, pero el polvo, los mohos y los pólenes no. Las pruebas cutáneas de alergia identifican los alérgenos responsables, y las inyecciones de desensibilización periódicas de pequeñas cantidades de estas sustancias son en ocasiones útiles; estas inyecciones deben administrarse durante varios años.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Si bien el asma no está causada por problemas psíquicos o emocionales, sí es cierto que estos factores juegan un papel importante en las agudizaciones. El estrés y los factores psicológicos pueden provocar la crisis asmática y agravar los síntomas del paciente.

La ansiedad, angustia, excitación, irritabilidad, etc. pueden actuar como precipitantes de las crisis asmáticas en personas que ya presentan una hiperreactividad bronquial. Existen estudios que demuestran que las personas asmáticas sometidas a estrés tienen un empeoramiento de sus síntomas

También se ha demostrado que se producen cambios en las vías aéreas como consecuencia de estímulos psicológicos

El tratamiento psicológico está encaminado a intentar mantener un estilo de vida normal y un ambiente adecuado para que la persona asmática sienta confianza y bienestar.

Considerando que el asma es un trastorno grave que puede influir notablemente en la calidad de vida de la persona y ocasionar visitas inesperadas al medico a más de ausencias a diferentes niveles tales como: trabajo, colegio, etc. es una enfermedad que puede tratarse y la mayoría de los pacientes intenta llevar una vida normal, productiva y activa.

Sin embargo, aunque el asma no está causada por problemas psíquicos o emocionales, es cierto que estos factores juegan un papel importante en las agudizaciones. El estrés y los factores psicológicos pueden provocar las crisis asmáticas y agravar los síntomas del paciente

CAPITULO 2

EFFECTOS PSICOLÓGICOS EN FAMILIAS DE NIÑOS CON ASMA BRONQUIAL

Desde la antigüedad se ha reconocido que el paciente asmático sufre un padecimiento psicosomático, donde los aspectos emocionales juegan un papel importante, estos pueden tener un efecto sobre el asma en los niños o sobre su gravedad.

Desde el punto de vista psicológico, el asma bronquial es una enfermedad que ha sido ampliamente estudiada a lo largo del tiempo, los estudios indican que existen variables como el estrés, la sugestión y el condicionamiento, que pueden afectar la misma. Así mismo, destacan que las variables cognitivas y comporta mentales pueden condicionar las manifestaciones clínicas y los índices de morbilidad que presenta el enfermo.

Por ello en este capítulo revisaremos los aspectos psicológicos mas relevantes de los niños con asma bronquial, y como su familia reacciona frente a ella.

2.1 LA ENFERMEDAD EN LA VIDA DIARIA.

Los elementos principales que componen este aspecto de la vida del niño asmático, son las actividades diarias de cualquier niño de su edad, como son el colegio, el juego, el deporte, y la relación diaria con sus compañeros, hermanos, amigos y la vida familiar.

La medicación forma parte de la vida ordinaria y es totalmente asumida como normal, se puede comparar con actividades como comer, vestirse, ir al aseo, actividades que no se mencionan si no se insiste en ellas. Lo mismo ocurre con los dispositivos para la realización de aerosolterapia, cámaras, inhaladores.

En las entrevistas hechas a los niños en un estudio realizado en la universidad de Barcelona, los niños no admiten una diferencia llamativa con los demás cuando no están presentes los síntomas a pesar de que su vida diaria está invadida por hechos no compartidos con sus compañeros.

La mayor parte de estas limitaciones vienen referidas a los cambios del entorno y sus actividades para evitar las agudizaciones, lo que se denomina habitualmente control ambiental (España 1989)

De igual manera las percepciones de limitación observadas en estas entrevistas, fueron fundamentalmente referidas a actividades físicas y no en relación al terreno de lo social o psicológico. Estos resultados son compatibles con el trabajo de Agustín y Cols en el que se comparan las limitaciones del niño epiléptico y el asmático, en donde se observa que los niños que sufren epilepsia presentan mayores limitaciones en el área social, psicológica y escolar mientras que en el asmático predominan las limitaciones físicas.

La escuela es un eje especialmente importante en el mundo social del niño donde se produce gran parte de su desarrollo intelectual, social, y personal y donde permanece gran parte de su tiempo. La repercusión observada de la enfermedad sobre el rendimiento escolar es difícilmente valorable

2.2 CAMBIOS PRODUCIDOS POR LOS SÍNTOMAS

La aparición de los síntomas provoca la aparición de una serie de sentimientos y situaciones que afectan toda la estructura social y familiar infantil:

Personal: sentimientos de angustia, dolor, sensación de riesgo o cercanía de muerte, inmovilización, toma de decisiones.

Social: modificaciones de conducta personal cuando los síntomas aparecen en la escuela, durante una reunión familiar, en la calle, con amigos, cuando obliga a suspender una actividad en grupo, etc.

Este esquema de los componentes del mundo social del niño asmático pretende incorporar sistemáticamente una buena parte de la información obtenida en las entrevistas con los niños asmáticos. Cabe plantear que el componente social del niño asmático tendría validez para el estudio del niño con otras enfermedades crónicas, adecuándose al contexto de enfermedades como diabetes, epilepsia, enfermedades neuromusculares, siendo un terreno que merece explorarse en el futuro.

Familiar: ya que provoca una cascada de decisiones, en cuanto a tratamiento, actitud, visita al médico, etc. También se reflejaron en las entrevistas sentimientos de culpa, preocupación, ansiedad, o percepción de estigmatización.

La sensación del niño de inmovilización es la más reiterada durante estas entrevistas y la más representativa de la situación que vive el niño en la crisis. En este momento, la figura de los padres, es muy valorada, en especial la figura materna, que es el eje de toda la estructura social del niño, con el apoyo del padre, (cuando está presente) como respaldo y fuerza en las situaciones más graves.

2.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES

La percepción de un síntoma es un proceso complejo que depende de diversos factores, entre los que puede destacarse: la naturaleza del síntoma, las diferencias individuales, biológicas, las diferencias individuales cognitivas o comporta mentales, los factores situacionales, la influencia psicosocial, los estados emocionales y la propia percepción de la enfermedad.

La percepción que tengan los padres de los niños asmáticos, nos ayudara a comprender lo morbilidad y los mecanismos de control de quien sufre y de su impacto en el entorno familiar (Lorrie y McMullen, 1996).

Diremos entonces que la percepción que los padres tengan sobre los síntomas del asma de sus hijos, influirá en gran medida en la frecuencia con que se presenten las conductas de enfermedad en estos pacientes (ausencias escolares, permanencia en casa sin salir, visitas a urgencias hospitalarias). La percepción subjetiva que los padres tengan sobre el asma de sus hijos y sobre la limitación de actividades, influirá en gran medida en el bienestar de los padres y en su calidad de vida.

En el ámbito de las enfermedades crónicas el modelo biopsicosocial considera al enfermo como un agente social, considerando además las necesidades sociales del enfermo y de su familia, de acuerdo a este modelo es importante que el paciente y quienes lo rodean, no pierdan o pierdan en la menor medida posible su dimensión personal y social, que se esfuercen para que la enfermedad conlleve la menor alteración posible en su autonomía y entrañe las mínimas variaciones en su vida habitual (Moreno y Ximenez1996)

Menciona también que la cronicidad de la enfermedad, sus efectos negativos en la vida del enfermo y la sensación de amenaza para la vida que pueden percibir el niño asmático, pueden dar lugar a diferentes alteraciones a nivel psicosocial, tanto en el paciente como en su entorno familiar. (Vásquez y Buseta 1994)

Desde el punto de vista del análisis funcional, las variables antes anotadas, se relacionan de manera circular, de modo que una variable puede haber surgido como consecuencia de la enfermedad y actuar, a partir de ese momento, como desencadenante de los episodios disneicos. De igual manera, los factores que incides en el empeoramiento del trastorno pueden al mismo tiempo provocar reacciones emocionales alteradas (Vásquez y Buseta, 1995)

Diversos autores han estudiado las variables psicológicas emocionales y conductuales que, en mayor o menor medida pueden verse alteradas en los niños asmáticos. Así vemos que, varios estudios han revelado que los niveles de ansiedad en estos niños son más elevados que en las personas sanas. (Fernández y Cano1999)

Entre los factores que pueden aumentar la ansiedad en los niños asmáticos, algunos autores mencionan la dificultad para respirar y la incertidumbre provocada por la intermitencia de las crisis y por la variabilidad de estímulos que provocan la enfermedad. Estos factores pueden dar lugar a la presencia de ansiedad crónica en el paciente por la dificultad para controlar la situación asmática, caracterizada por un aumento de la activación fisiológica y una exagerada atención a los estímulos que le rodean.

Al igual que en la ansiedad, los síntomas de depresión en los niños asmáticos se justifican por la permanente percepción de falta de control sobre la situación, que puede dar lugar a estados de pasividad e inhibición. Los síntomas de depresión pueden desarrollarse cuando, a consecuencia de la enfermedad, existe una importante pérdida de la salud y un cambio significativo en el trato que el paciente recibe de su entorno.

Otro factor que puede influir en la presencia de síntomas depresivos en estos pacientes es la sobreprotección por parte de los padres. Se considera que la sobreprotección hace más vulnerable al niño a desarrollar trastornos emocionales, en especial, a la aparición de síntomas. Los síntomas de depresión en los niños asmáticos, también pueden tener un impacto negativo en su adaptación y progreso académico, mas aún si va acompañada de un elevado numero de días de ausencia escolar, aislamiento de los compañeros, disminución de las actividades físicas y una autoestima baja (Bender1995)

Los trastornos del comportamiento han sido estudiados por algunos autores como Schuman y Klinnert (1998). En los resultados de algunos de estos estudios se encontró una elevada tasa de trastornos del comportamiento y una dificultad para adaptarse a las normas sociales, especialmente en aquellos niños que presentan una mayor gravedad asmática. Además con respecto a la actividad física se ha visto con frecuencia que estos niños reducen drásticamente el ejercicio físico, aunque ello no obedezca a limitaciones físicas propias de la enfermedad ni a las recomendaciones medicas.

Los padres de los niños, frecuentemente eliminan o impiden de manera indiscriminada la participación de sus niños en deportes o juegos que conllevan actividad física. En estudios recientes se puede constatar que la privación del ejercicio puede tener importantes repercusiones negativas en el desarrollo social y afectivo del niño. Ya que pueden sentirse diferentes o inferiores a sus iguales y pueden limitar las interacciones sociales que en la infancia se establecen frecuentemente.

2.4 RELACION FAMILIA Y PACIENTE CON ASMA

Factores del entorno: Son aquellos aspectos emocionales, que aunque no inducen asma en sujetos no predispuestos, sin embargo, en pacientes asmáticos, los factores emocionales pueden influir tanto sobre la respuesta bronco constrictora como sobre la broncodilatadora. Indudablemente el estrés y los factores emocionales deben tenerse en cuenta ya que pueden agravar la enfermedad y a veces precipitar una crisis asmática. Por otra parte, conviene recordar que los niños afectos de enfermedades crónicas como el asma tienden a utilizar su enfermedad para obtener determinados privilegios.

La actitud que tome la familia del niño asmático ante la enfermedad, condiciona de manera importante la situación del enfermo. Por tanto, el tratamiento global del niño que sufre de asma, debe incluir a la familia, que junto al paciente debe considerarse como una unidad de tratamiento.

A partir de algunos estudios en donde se destaca las áreas emocional y de limitación de las actividades de los padres de niños asmáticos. Shultz (1994). Macdonals (1996) señala que los efectos emocionales que se producen en los cuidadores de los niños asmáticos a lo largo de la enfermedad se dan en términos de temor, incertidumbre, estrés, etc.

A partir de estos estudios podemos decir que la presencia del ama en un niño, implica en los padres una serie de demandas emocionales y dificultades prácticas, que muchas veces conllevan riesgos en el funcionamiento familiar normal. Es importante que estos aspectos, puedan ser identificados, con tal de evitar o disminuir los riesgos de la enfermedad para la familia.

Se debe tomar en cuenta los efectos de la enfermedad en el funcionamiento de la vida diaria de los padres, en los aspectos psicosociales de sus vidas, así como en los ámbitos económicos y laborales.

Según Shultz y Macdonals los efectos se dan en cuatro áreas:

- Dimensión funcional
- Dimensión emocional.
- Dimensión social
- Dimensión económica

Dimensión funcional

Los padres de los niños asmáticos, muchas veces interrumpen sus actividades diarias y de ocio debido al tiempo que requieren para atender a su niño. Estas actividades pueden verse afectadas también por la fatiga o falta de sueño que pueden experimentar los padres a causa de los cuidados de su hijo. La fatiga y al falta de sueño pueden a su vez comprometer la salud y el funcionamiento diario del progenitor. Incluso, en ocasiones que la gravedad del asma del niño requiere de un continuo cuidado, los padres pueden verse obligados a dejar el trabajo o a cambiar horarios del mismo.

Esta dimensión se refiere a los cambios en el funcionamiento cotidiano normal de los miembros de la familia provocados por la enfermedad, Incluye también aquellos aspectos relacionados con alteraciones en la salud física del padre o madre que se encarga del cuidado del niño asmático y en sus actividades cotidianas y laborales, a causa de la enfermedad de su hijo.

Dimensión emocional.

Esta dimensión trata sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del asma en los padres, que pueden variar dependiendo de sus características personales, su vulnerabilidad y su manera de responder a la enfermedad.

La responsabilidad de cuidar adecuadamente a un niño asmático, pueden poner en riesgo la autoestima y la auto confianza de los padres. Pueden presentar sentimientos de inseguridad e incertidumbre, de temor, de culpa, ansiedad, tristeza, malhumor y frustración. Es posible que experimenten también sentimientos de preocupación y angustia por los síntomas de la enfermedad, la medicación requerida por el niño, su rendimiento escolar. Además, la experiencia de los padres de haber visto a su niño con una crisis asmática, sumado a la ansiedad y al miedo que se vuelvan a producir, pueden llevar a los padres a sobreproteger al niño, llevándolo a reducir su participación en las actividades escolares, familiares y sociales.

Dimensión social

Los padres de los niños asmáticos, a causa de la enfermedad de sus hijos, pueden llegar a una situación en la que disminuye sus relaciones sociales con la familia y los amigos y su tiempo disponible para los demás miembros de la familia. Además, el deseo de los padres de evitar el desencadenamiento de síntomas en el niño, pueden llevarlos a restringir las actividades sociales que se desarrollan en un ambiente que resulta nocivo (Ejemplo: Reuniones cargadas de humo de cigarrillo)

Se pueden también producir, cambios de planes de la familia a causa del asma del niño.

Dimensión económica

La enfermedad de un niño implica: las frecuentes visitas al médico, las medicaciones y los cambios en el equipamiento para la casa por motivo del asma todo esto conlleva gastos económicos para la familia. Tomando en cuenta además que en varias ocasiones las actividades laborales de uno o ambos padres se verán afectadas.

2.5 FACTORES PSICOLÓGICOS IMPLICADOS EN LA ENFERMEDAD

Existe evidencia de estudios que demuestran los cambios que se producen en la función inmunológica ante una variedad de estresores. Esto ha abierto la posibilidad de intervenir en el sistema inmunológico mediante estrategias conductuales. En general los procedimientos psicológicos utilizados han producido efectos positivos. Esto permite comprender que el funcionamiento del sistema inmunológico está íntimamente relacionado con una serie de procesos psicofisiológicos.

Por otra parte, en los últimos años, cada vez son más abundantes; los estudios que ponen de manifiesto asociaciones entre el estrés y la severidad de los síntomas asmáticos, es decir, que pueden producirse cambios en las vías aéreas provocados por estímulos psicológicos, estresantes (provocadores de crisis) o relajantes (provocadores de disminución ó superación de la crisis). Tales como:

- La influencia del sistema nervioso, afectando el sistema respiratorio e inmunológico.
- Variables biopsicosociales, basadas en investigaciones experimentales
- Procesos de aprendizaje
- Patrones psicológicos personales
- Signos de la efectividad de las intervenciones psicológicas
- Influencia del arousal emocional en el funcionamiento pulmonar

Es importante comprobar que en ocasiones el asma expresa una búsqueda de reconocimiento, por esto se puede manifestar cuando el niño es ignorado.

Tomar y dar: El asmático trata de tomar demasiado aire. Inspira profundamente y provoca una excesiva dilatación de los pulmones y un espasmo espiratorio. La persona toma aire, llenándose hasta rebosar y, cuando tiene que dar, llega al espasmo. Aquí se nota el desequilibrio de los dos polos “Tomar” y “Dar”, que deben estar equilibrados para poder formar un ritmo. La evolución depende del equilibrio interno, toda acumulación impide la fluidez.

La respiración es interrumpida porque el asmático se excede en tomar (yo), luego, como no sabe dar (tu), no puede volver a tomar lo que tanto ansía. El asmático quiere tomar oxígeno y además conservar el CO₂, generando un envenenamiento, esto produce verdadera sensación de asfixia. Sólo se recibe en la medida en que se da, si se suspende el dar, se interrumpe el flujo y tampoco se recibe nada, por lo tanto, el dejar de dar se convierte en autoexclusión.

El deseo de inhibirse: El llamado reflejo de Kretschmer consiste en un bloqueo e inmovilización del diafragma, bronco constricción y secreción de mucosidad, para impedir la entrada de algo que viene de afuera. El asmático percibe la sustancia más inofensiva del entorno como peligrosa para la vida y se cierra inmediatamente a ella.

Afán de dominio o insignificancia: El asmático tiene un gran afán de dominio que no reconoce y que por lo tanto es transmitido al cuerpo en forma de “soberbia”. A medida que aumenta el ansia de poder, crece también la sensación de insignificancia y desamparo. Esta soberbia muestra claramente la arrogancia y la megalomanía que él ha reprimido cuidadosamente en su conciencia, pero al encontrarse con el deseo de poder y dominio del otro, el miedo se le ubica en los pulmones y lo deja sin habla, esto indica que el asmático se sirve de sus síntomas para ejercer dominio en su entorno; los animales domésticos tienen que ser eliminados, no puede haber polvo, es absolutamente prohibido fumar, etc.

Cuando se confronta al asmático con su afán de dominio, se manifiestan sus peligrosos y chantajistas ataques. En psicoterapia se ha observado que el ataque suele ser el último recurso cuando el enfermo se siente muy cerca de la verdad. El asmático no ha aprendido a articular debidamente su agresividad en la fase verbal, por lo que se le queda dentro, en los pulmones. Esta agresividad regresa al plano corporal y sale a la luz del día en forma de tos y expectoración.

Rechazo al lado oscuro de la vida: El asmático ama lo limpio, lo puro, lo transparente y estéril y evita lo oscuro, profundo y terrenal, lo cual suele expresarse claramente en la elección de los alergenicos.

Los asmáticos anhelan el aire puro, les gustaría vivir en una montaña, allí se satisface su afán de dominio: arriba, contemplando desde la cumbre el turbio acontecer del valle sombrío, a distancia segura, donde el aire todavía es puro. También en las cercanías al mar con su aire salobre, espacio donde ocurre lo mismo: sal, símbolo del desierto, de lo mineral, de la esterilidad, es el espacio que ansía el asmático por que tiene miedo de lo vital.

El asmático es un ser que tiene sed de amor - quiere amor, por eso inspira tan profundamente. Pero no puede dar amor - tiene dificultad en la espiración. El asmático quiere alejarse de lo desagradable de la vida cotidiana.

Sistema de defensa: Defender equivale a rechazar. El polo opuesto de rechazar es amar. En el amor el ser humano rompe barreras y deja entrar algo que estaba fuera de él, a estas barreras solemos llamar YO (ego) y todo aquello que queda por fuera de la propia identificación es el TU (ello). En el amor esta barrera se abre para dar cabida a un tú que con la unión se convertirá en un yo. Desde Freud, la expresión “mecanismos de defensa” quiere decir que los resortes de la conciencia impiden la penetración de elementos amenazadores procedentes del subconsciente.

Como la defensa psíquica apunta contra elementos del subconsciente catalogados de peligrosos y que pasan por la conciencia, así la defensa física se orienta con enemigos externos llamados agentes patógenos o toxinas. Hay ciertas personas que se dejan impresionar de tal modo por este subjetivo señalamiento de enemigos que hay que declararlas enfermas, estos son los alérgicos.

En síntesis, a partir de la experiencia recogida, los resultados sugieren que los factores emocionales pueden desempeñar un papel importante en el inicio y mantenimiento de la sintomatología asmática.

Cuando una persona ha reconocido sus temores debe acostumbrarse a no evitar las causas del miedo sino a afrontarlas hasta poder quererlas y asumirlas. Todo asmático debe tomar conciencia de sí e ir cultivando una implacable sinceridad consigo mismo.

Luego de revisar este capítulo indicaremos que el carácter crónico del asma juega un papel importante en las áreas escolar social y familiar del niño y en su entorno familiar por ello las diferentes crisis asmáticas conllevan a un sin número de cambios no solo en la vida del paciente sino de la mayoría de sus miembros tales como: abstención escolar, ingresos de urgencia en el hospital, posibles ausencias laborales, etc.

A más de ello gran parte de su rutina diaria depende de las medicinas que están incluidas como algo habitual, al igual que todas aquellas conductas de prevención y evitación de todos los factores que le pueden desencadenar los síntomas, haciendo del día a día del paciente una minuciosa clasificación de sus actividades.

CAPITULO 3

TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

En este capítulo revisaremos tres enfoques de la terapia familiar: La terapia del MRI Palo Alto, la terapia Estructural y la escuela de Milán, sus características, su forma de evaluación, las técnicas de intervención más importantes que cada una de ellas utiliza.

Esto nos ayudara a centralizarnos en la parte familiar y nuclear de esta investigación, contribuyendo de esta manera a entender y comprender la dinámica familiar en los casos de niños que presentan asma bronquial y los posibles conflictos a nivel familiar.

3.1 TERAPIA FAMILIAR

Definición.-

La terapia familiar puede ser definida de manera amplia como una terapia de grupo que busca modificar las relaciones dentro de una familia para lograr la armonía. (Foley, 1989).

Los objetivos de la terapia son reconocer el patrón, a menudo encubierto, que mantiene el balance, ayudar ala familia a comprender el significado de estos patrones y estimular el cambio que de lugar a un funcionamiento más adaptativo.

Existen varios modelos de terapia familiar:

- Psicodinámico
- Estructural
- Estratégico
- Conductual

La mayoría de ellos se apoyan en la teoría general de los sistemas que considera a la familia como un sistema. Un sistema e esta teoría es un conjunto de electos, cuya interacción produce la aparición de nuevas cualidades, no inherentes a los componentes aislados del sistema

Otros aspectos que se tienen en cuenta en la evaluación y tratamiento son los de los subsistemas familiares de los padres, esposos, hijos, otros parientes o personas influyentes en el sistema. Puede haber disfunciones en los subsistemas, como esposos o que uno de los hijos este desempeñando funciones parentales. Los subsistemas deben estar adecuadamente jerarquizados y con límites claros pero flexibles entre ellos.

Dentro de las indicaciones de la terapia familiar esta el tratamiento de problemas psicosomáticos como el asma. Por ello he creído conveniente hacer una reseña de tres enfoques principales dentro de la terapia familiar sistémica para luego hacer de una de ellas la guía y el camino para llevar a cabo esta intervención.

3.2 TERAPIA DEL MRI DE PALO ALTO

Este enfoque fundado por D, Jackson y seguido por Watzlawick, Weakland, Fish y Segal se caracteriza por intervenir sobre aquellas respuestas que los pacientes y sus familias desarrollan para solucionar la situación sintomática y que no han dado resultado. Estos autores proponen una terapia breve, cuya duración no sobrepase las diez sesiones repartidas semanalmente. Las estrategias serían la utilización de la postura del paciente y la de sus familiares ante: el problema, la terapia y el terapeuta (D, Jackson Pág. 43 1959)

Según este modelo, una conducta para que llegue a ser sintomática ha de presentar las siguientes características:

1. Los problemas comienzan por una dificultad de la vida cotidiana, generalmente ligada a un momento de transición, que se maneja de una forma pobre. No es necesaria una situación traumática para explicar la aparición de un síntoma.
2. La conducta se hace reiterativa.
3. El contexto social mantiene dicha conducta.
4. El contexto social aplica diferentes soluciones al problema, que lejos de solucionarlo lo perpetúa.

Los autores de la escuela de Palo Alto piensan que las conductas problemáticas es mejor considerarlas (para su mejor transformación) en términos de un comportamiento que es mantenido por los intentos de solucionarlo. El esquema de aparición de un síntoma podría ser el siguiente:

1. Un cambio evolutivo (o un nuevo requerimiento externo) precisa de un nuevo tipo de respuesta.
2. El sujeto da una respuesta equivocada y en vez de abandonarla cuando observa que no consigue el efecto deseado, aplica una dosis más alta de la misma solución.
3. Producida la desviación, las personas que rodean a quien comienza a desviarse tratan de solucionar el problema. El hecho de que no consigan nada no les motiva a cambiar su esquema de actuación, sino a aplicarlo más activamente, de suerte que el síntoma queda ligado a las conductas del grupo, constituyendo la manera en que es mantenido (ya que de variarse, cambiaría la conducta desviada).

La reiteración de el sujeto desencadena lo que los teóricos de sistemas llaman un proceso de amplificación de la desviación, que, en definitiva, implica una intensificación de la conducta sintomática, es decir, su agravamiento, y posteriormente la radicalización en los intentos de solución en el sentido de aplicar con mayor rigor y en mayores dosis aquellas soluciones que mostraron su ineficacia.

Evaluación

El síntoma se origina en un cambio en la vida del paciente y/o de su familia, que precisa un nuevo tipo de respuesta al que los autores denominan “dificultad” (Watzlawick, Pág. 45. 1976:1980)

Según otros autores como Weakland y sus colaboradores en 1974. Interpretan que los pasos transicionales normales en la vida familiar como las dificultades cotidianas pueden derivar en problemas.

Los integrantes del MRI han establecido una tipología de las soluciones intentadas por los pacientes y sus familias.

- Forzar algo que solo puede ocurrir espontáneamente.-
- Dominar un acontecimiento temido aplazándolo
- Llegar a un acuerdo mediante coacción
- Conseguir sumisión a través de la libre aceptación
- Confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa

Presuponen que alterando las soluciones intentadas se rompe la secuencia sintomática produciéndose el cambio terapéutico. La secuencia esta regulada por una causalidad circular, de manera que el síntoma mantiene los intentos de solución al mismo tiempo que es mantenido.

El terapeuta debe obtener una redefinición del problema y de las soluciones intentadas en términos de conductas concretas.

Se puede preguntar:

- ¿Cuál es el problema que les trae aquí?
- ¿Qué les ha llevado a consultar por el problema ahora?

Luego de alcanzar una definición operativa se debe indagar por las soluciones intentadas. Se recomienda al terapeuta adoptar una postura inferior aduciendo que no entiende o que requiere un ejemplo para verlo claro.

Intervención

Según el grupo del MRI la eficacia de la intervención se centra en dos puntos importante:

- La aplicación de los recursos técnicos relacionados con el cambio de soluciones intentadas
- El Conjunto de estrategias dirigidas a persuadir al paciente y a la familia para que lleven a cabo las prescripciones

Esta intervención se debe realizar al final de la entrevista y consta de una redefinición y las tareas a realizar en casa.

Metas y estrategias.- definir las metas concretas que quieren conseguir con el tratamiento para orientar adecuadamente a la consecución de los objetivos. Esto permitirá saber cuando termina la terapia. A continuación citamos las estrategias que debe seguir el terapeuta:

- Definición de los objetivos
- Elección de un cambio mínimo. ¿Qué es lo que usted consideraría como primera señal de que ha ocurrido un cambio significativo aunque pequeño?
- La estrategia efectiva es completamente opuesta a la clase de soluciones intentadas hasta entonces. Es decir nunca pedir a las personas que no hagan nada sino que hagan algo diferente.
- Utilización de la postura del paciente, lenguaje, valores, actitud ante el problema, la terapia y el terapeuta; para persuadirle de que lleve a cabo la intervención sugerida.
- Se recomienda asumir una posición inferior para evitar confrontaciones posibilitando intervenir en cualquier posición que presente el paciente.

Técnicas de intervención

- Redefiniciones.- Son técnicas cognitivas que evitan aquellas etiquetas que utilizan los pacientes y que dificultan el cambio. Ejemplo. Una conducta rotulada como depresión puede ser redefinida como necesidad de tomarse un respiro en un ritmo de vida agotador. De esta manera es más fácil suscitar la solución del problema.
- Tareas directas.- Son intervenciones conductuales cuyo objetivo es cambiar la conducta de algún o algunos componentes de la familia especialmente aquella que mantiene el síntoma proponiendo la realización de otra conducta alternativa.
- Tareas paradójicas.- Son intervenciones conductuales que se diferencian de las directas en que no se propone una conducta diferente sino la continuidad de esta durante un tiempo fijado. Es necesario que estas tareas vayan acompañadas de una redefinición del síntoma y de técnicas de persuasión que justifiquen su recomendación. Ejemplo se puede pedir al paciente hacer surgir el síntoma y tomar nota de las circunstancias que lo rodean insistiendo en que de esta forma se obtendrán datos más concretos.

- **Técnicas de persuasión**

1. Intervenciones metafóricas.- son intervenciones cognitivas que se emplean para transmitir un mensaje, no relacionado directamente con el problema pero que puede ejercer acción por vía analógica. Se espera que la familia extraiga de la historia contada una consecuencia que les ayudara a resolver el problema. El mensaje puede ser una nueva definición del problema, una solución, o ambas cosas a la vez.
2. El pacto con el diablo.- Es una ordalía que se recomienda en pacientes con quienes se mantiene una buena alianza terapéutica que encontrándose en las ultimas sesiones del tratamiento, consiguen poco o ningún cambio. La intervención es proponer una tarea directa cuyo cumplimiento definirá la continuación de la terapia.

Intervenciones específicas

La denominación de cada intervención esta representada por el intento de solución del paciente o familia.

1. Forzar algo que solo puede ocurrir espontáneamente.- tales como: insomnio, tics, dolor de cabeza, rendimiento sexual o tartamudeo. En donde el paciente toma medidas para corregir y para que no aparezca el síntoma. La intervención consiste en invertir la solución anterior pidiendo al sujeto que fracase el intento de superar el problema. Ejemplo. En el insomnio la sugerencia seria que intente no dormir. Se debe explicar al paciente el porque de esta intervención con dos razones importantes descritas a continuación:
 - Se le pide al paciente provocar el síntoma para que pueda observarlo sin angustia de luchar contra él de manera que obtenga información detallada para la próxima entrevista.
 - Se le insiste en la necesidad de entrenarse para lograr un control definitivo de la conducta sintomática siendo el primer paso provocar el síntoma.

2. Dominar un acontecimiento temido aplazándolo.- El impulso básico del paciente es dominar con anterioridad una tarea para no fracasar. Lo que lleva a no enfrentarse nunca a ella. La intervención consiste en exponer al paciente al acontecimiento con un dominio incompleto y en una situación controlada, impidiéndole acabar la tarea con éxito. Para vender esta tarea se explica la necesidad de aprender a superar los fracasos como única vía para saber que hacer en esa situación. Ejemplo. Imposibilidad de relacionarse con el sexo opuesto. Se le pide que incremente la posibilidad de ser rechazado en su próximo encuentro, comportándose de una manera absurda y torpe. El objetivo es inmunizarlo al impacto del rechazo.
3. Llegar a un acuerdo mediante coacción.- El objetivo de la intervención es que se adopte una postura de inferioridad denominada “sabotaje benévolo” Es una solución común en padres de adolescentes conflictivos en donde la obediencia y el respeto son conductas concretas. La tarea consiste en eliminar la actitud dominadora para que desaparezca la conducta provocadora e inductora de rebeldía que han estado empleando involuntariamente.
4. Conseguir sumisión a través de la libre aceptación.- es un intento de solución muy habitual en las relaciones padres – hijos así como en las relaciones de pareja. Se trata de lograr una respuesta espontánea del otro pero que coincida con los deseos de uno mismo. El sujeto piensa que si pide directamente lo que desea, su obtención quedara inválida por no haberlo conseguido espontáneamente. La intervención se fundamenta en la necesidad de pedir las cosas directamente.

5. Confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa.- el objetivo es interrumpir la secuencia y justificaciones que normalmente se da entre dos personas, denominada interferencia o confusión de señales. Ejemplo: Recriminaciones por alcoholismo.

3.3 TERAPIA ESTRUCTURAL

Este enfoque fue creado por Minuchin entre los años 1965 y 1970 cuando trabajaba como director en la clínica de orientación infantil de Filadelfia. Este enfoque se basa en la estructura familiar y sostiene que los procesos del sistema familiar se reflejan temporalmente en sus estructuras.

- Los autores representativos de este modelo son MINUCHIN, MONTALVO y FISHMAN. El objetivo terapéutico es a reorganización de la estructura familiar. Dice Minuchin que no existe diferencia entre los problemas que tiene que afrontar una familia "normal", y los de una familia presuntamente "anormal", ésta última es aquella que enfrenta los requerimientos de cambio internos y externos con una respuesta estereotipada. En una entrevista clínica esa rigidez se hace perceptible en la estructura familiar.

La familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. La repetición de las transacciones generan pautas acerca de qué manera relacionarse, cuándo y con quién. La estructura familiar refleja en el presente de la entrevista, las pautas de transacción de la familia.

Minuchin, hace un especial hincapié en que la evaluación (o diagnóstico), ha de realizarse desde la experiencia de unión del terapeuta con la familia.

Los estructuralistas se fijan más en el patrón interaccional que en el síntoma. El síntoma se explica como la respuesta de defensa de un organismo; todos los organismos cuando se ven sometidos a determinadas circunstancias reaccionan adaptándose al cambio, estas conductas de adaptación pueden llegar a ser los síntomas.

El cambio se produce cuando una situación es desequilibrada. Como quiera que la tendencia del sistema es a volver a equilibrarse, la nueva situación generada será, presumiblemente, distinta de la anterior.

La concepción de Minuchin parece establecerse, por tanto, en los siguientes hechos:

1. La familia se configura en torno a un equilibrio cuyo reflejo temporal es la estructura que el terapeuta elicitó durante la entrevista.
2. La situación no cambiará si dicho equilibrio no es desafiado. Es el terapeuta el que tiene que desafiar y por lo tanto desequilibrar la familia.
3. Producido el desequilibrio la familia vuelve a reequilibrarse sobre otros presupuestos más sanos.
4. El proceso de reequilibramiento está igualmente dirigido por el terapeuta, una de cuyas misiones es la de investigar nuevas conductas a ensayar por la familia, conductas que se experimentarán durante la entrevista.

Un tema clave en el enfoque estructural de Minuchin es el concepto de "LÍMITES ENTRE SUBSISTEMAS". El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Las díadas, como la de marido-mujer o madre-hijo, pueden ser subsistemas. Los subsistemas pueden ser formados por generación, sexo, interés o función.

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de qué manera. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema.

Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros. La claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento. Así, el "subsistema conyugal" tendrá límites cerrados para proteger la intimidad de los esposos. El "subsistema parental" tendrá límites. Claros entre él y los niños, permitiendo el acceso necesario entre ambos subsistemas.

Es posible considerar a todas las familias como pertenecientes a algún punto situado entre un "continuum" cuyos polos son los dos extremos de límites difusos (familias aglutinadas), por un lado, y de límites rígidos (familias desligadas), por el otro. La mayor parte de familias se incluyen dentro del amplio espectro normal.

Otro concepto con el que trabaja Minuchin es el de "HOLON". Según, A. Roestler, refiriéndose a esta dificultad conceptual, señaló que "para no incurrir en el tradicional abuso de las palabras todo y parte, uno se ve obligado a emplear expresiones torpes como SUBTODO o TODO-PARTE". Creó un término nuevo "para designar aquellas entidades de rostro doble en los niveles intermedios de cualquier jerarquía": la palabra holón, del griego holos (todo) con el sufijo on (como en protón o neutrón), que evoca una partícula o parte.

El término de Koestler es útil en particular para la terapia de familia porque la unidad de intervención es siempre un Holón. Cada Holón es: el individuo, la familia nuclear, la familia extensa y la comunidad es un todo y una parte al mismo tiempo no más lo uno que lo otro y sin que una determinación sea incompatible con la otra ni entre en conflicto con ella.

Según Minuchin podríamos considerar varios HOLONES: "holón individual", "holón conyugal", "holón parental", "holón de los hermanos"

Los dos tipos de intervención que según Minuchin se deben dar en un proceso terapéutico son:

A) ACOMODACIÓN:

La "acomodación" hace referencia a las acciones del terapeuta tendientes directamente a relacionarse con los miembros de la familia, y a las adaptaciones del terapeuta tendientes a lograr la alianza. Para aliarse a un sistema familiar, el terapeuta debe aceptar la organización y estilo de la familia y fundirse con ellos. La familia se modifica solamente si el terapeuta ha logrado incorporarse al sistema de un modo sintónico a éste. Debe "acomodarse" a la familia e intervenir de un modo que la familia pueda aceptar. Es posible que las técnicas de "acomodación" no siempre dirijan a la familia en la dirección de los objetivos terapéuticos, pero son exitosas en la medida en que garanticen el retorno de la familia a la sesión siguiente.

B) REESTRUCTURACIÓN:

Las operaciones de "reestructuración" son las intervenciones terapéuticas que una familia enfrenta en el intento de lograr un cambio terapéutico. Las operaciones de "reestructuración" constituyen los aspectos descolantes de la terapia. Son las intervenciones dramáticas que crean movimiento hacia las metas terapéuticas.

Ambos tipos de intervención son interdependientes: la terapia no puede lograrse sin la "acomodación", pero ésta no tendrá éxito sin la "reestructuración".

Estas variables estructurales específicas son los límites, que implican reglas de participación, jerarquías, que encierran reglas de poder.

La terapia estructural mantiene que la modificación de las reglas concernientes a los límites y jerarquías impacta profundamente en las transacciones familiares, produciendo un desequilibrio e los patrones de interacción que contienen y mantienen el síntoma. Tales alteraciones obligan a las familias a reestructurarse.

De acuerdo con este enfoque el Proceso Terapéutico se desarrolla en tres etapas:

- el terapeuta se une a la familia (posición de liderazgo)
- el terapeuta se desliga y evalúa la estructura subyacente
- crea las circunstancias que permitirán transformar dicha estructura

Evaluación

Según el autor de este enfoque no se puede evaluar el sistema familiar como si se tratara de una entidad estática, sino que el núcleo de la experiencia diagnóstica debe ser el proceso de interacción familiar con el terapeuta como agente de cambio. De modo que se presenten las estructuras, tanto manifiestas como latentes que gobiernan la vida familiar.

Por lo tanto la fase de evaluación debe partir de una serie de hipótesis sobre la interacción del sistema entre el contexto familiar total y las conductas sintomáticas individuales de los miembros. El terapeuta pone a prueba dichas hipótesis mediante un proceso interaccional denominado coparticipación que fortalece la relación terapéutica.

Esta se inicia tomando contacto con los miembros individuales. En este proceso cada uno responde al contacto de acuerdo a sus pautas de conducta habituales, aceptando o resistiendo la aproximación del terapeuta.

De esta forma se puede percibir y experimentar el cambio en sus vidas pudiendo identificar los componentes del sistema que contribuyen a mantener los patrones disfuncionales, el poder de los diferentes subsistemas y los límites entre los mismos.

“La coparticipación implica que más adelante el terapeuta intente alterar las reglas familiares y observe las reacciones de cada una de las personas a la modificación.”
Minuchin, 1984.

Variables que evalúa el terapeuta

- momento del ciclo evolutivo que atraviesa el sistema familiar y su rendimiento en las tareas apropiadas a este estadio
- Las interacciones que los miembros presentan durante la entrevista
- Las alianzas y coaliciones familiares
- Los problemas de la distribución jerárquica del poder
- El tipo de límites intra y extra familiares
- Las pautas de transacción alternativas disponibles de acuerdo a la flexibilidad del sistema al cambio
- Las fuentes de apoyo y estrés dentro y fuera del grupo
- La forma en que el síntoma es aprovechado por la familia para mantener sus pautas transnacionales.
-

Intervención

Esta tiene lugar durante toda la sesión. Por ello el terapeuta debe interesarse desde un principio por conocer la disposición de la familia para efectuar un cambio.

Teoría del Cambio

El cambio se produce cuando la familia se reequilibra sobre una nueva estructura adecuada a la etapa del ciclo evolutivo que corresponde.

Objetivo.- cambiar la organización familiar, los límites entre subsistemas y las jerarquías, introduciendo novedad y diversidad en las estrategias de la vida de la familia que sustituyan a las pautas de rigidez y rutina crónicas que caracterizan un sistema patológico.

La intervención entonces provocara una crisis, un desequilibrio en la estructura familiar llevando a una transformación de la misma que permitirá un funcionamiento distinto que posibilite la superación del problema, es decir la adaptación a las nuevas exigencias.

Metas y estrategias terapéuticas

Para el éxito del proceso terapéutico se debe llegar a un acuerdo con la familia sobre los objetivos que desean alcanzar con la terapia. Por lo tanto las metas terapéuticas no solo se dirigen a disminuir o hacer desaparecer los síntomas del paciente identificado sino también a cambiar la estructura y la cosmovisión familiar. Con la finalidad de aumentar la capacidad de maniobra el terapeuta puede adoptar tres posiciones:

Posición de cercanía

En esta posición el terapeuta se convierte en una fuente de auto estima y apoyo. Ejemplo cuando confirma algún aspecto positivo de las personas o detecta el sufrimiento y tensión familiar. En esta posición el terapeuta corre el riesgo de quedarse encerrado en las reglas de la familia por ello debe tener la capacidad de salir de ellas con rapidez.

Posición intermedia

Denominada rastreo, el terapeuta escucha de manera activa y neutral, ayudando a que la familia cuente lo que pasa y al mismo tiempo redefine las interacciones penosas

Posición distante

El terapeuta adopta una posición de neutralidad emocional. Así se convierte en observador de la cosmovisión familiar de modo que cada persona encuadra su experiencia ajustándose a los contratos cognitivos para promover el cambio.

Técnicas de intervención

En la terapia estructural la intervención se da durante la sesión misma.

Desafío.- es una técnica compleja compuesta por tres fases: Escenificación, Focalización e Intensificación.

1.- Escenificación de una pauta disfuncional.- permite alcanzar 3 objetivos:

- establecer una fuerte alianza terapéutica
- definir a toda la familia como un sistema disfuncional
- el clínico puede tomar distancia, observar y recuperar capacidad terapéutica.

En este procedimiento se requiere:

- Primeramente el terapeuta debe observar las interacciones espontáneas de la familia y decidir los aspectos del patrón disfuncional
- Luego debe pedir a los integrantes del sistema que escenifiquen una determinada secuencia en su presencia e intervenir aumentando y/o disminuyendo su duración.
- Finalmente se propone diferentes modalidades de interacción con el objeto: de obtener información sobre la flexibilidad de la estructura familiar para el cambio y alterar las pautas disfuncionales.

2.- Focalización.- Implica prestar atención a una información e ignorar otra, de modo que durante la entrevista se resalta un tema para trabajar.

3.- Intensificación.- Para que el mensaje que el terapeuta introduzca en el sistema tenga la intensidad adecuada y provoque una crisis se debe recurrir hacia algunas alternativas como: al humor, la exageración etc.

Es necesario recurrir a la repetición del mensaje debido a la inercia de los sistemas que les hace resistirse al cambio.

Técnicas Re estructurantes

Son recursos técnicos que tratan de cambiar la estructura familiar, los más importantes son: La fijación de límites, el desequilibrio y la enseñanza de la complementariedad.

Fijación de límites.-

Permite regular la permeabilidad de los límites entre subsistemas. De manera que los límites muy rígidos se hagan mas permeables y los límites muy porosos se fortalezcan.

Al cambiar los límites cambian las reglas que rigen las relaciones haciendo que el sistema familiar ayude al crecimiento psicosocial de sus miembros. Esto se consigue aumentando o disminuyendo el acercamiento o la distancia entre los miembros de la familia.

Desequilibrio.- su finalidad es modificar la jerarquía familiar para lo cual el terapeuta se alía: con miembros de la familia, ignora a determinados integrantes del sistema, o se coaliga con una persona o con un subsistema en contra de otras personas o subsistemas.

- En el primer caso el terapeuta puede apoyar a un miembro periférico o de posición inferior o aliarse con un miembro dominante para crear un desequilibrio que extienda la posición y provoque una respuesta cuestionadora del resto de la familia.
- En la segunda posición, las personas ignoradas pueden rebelarse y reclamar una coalición de los demás componentes de la familia contra el terapeuta provocando un realineamiento de las jerarquías familiares.
- Y finalmente si el terapeuta se coaliga con un subsistema parental en contra del subsistema filial se llegará a estimular la unión de los padres entre si y la destriangulación de los hijos.

Aprendizaje de la complementariedad.- La complementariedad se define como la capacidad de ver el problema formando parte de un todo más amplio y de mostrar puntos de vistas alternativos a la forma habitual de concebir el síntoma y a la creencia de que el paciente identificado puede controlar el sistema mediante su conducta. Minuchin 1984.

Esta técnica cuestiona la definición familiar del problema y su creencia en una causalidad lineal del síntoma. Esto aporta datos importantes de que la conducta sintomática solo se puede producir en el contexto de otra a la que la familia en su conjunto contribuye.

TÉCNICAS DE CAMBIO DE VISIÓN

La percepción de todos los miembros frente al síntoma es afectada para lo cual es necesario configura nuevas modalidades de interacción entre ellos mediante las siguientes técnicas: modificación de los constructos cognitivos, intervenciones paradójicas y la identificación de las facetas fuertes o competentes de las familias.

Modificación de los constructos cognitivos.- el terapeuta altera estos constructos cognitivos familiares, presentando una visión del mundo diferente. Se presume que la modificación del sistema familiar de creencias facilitara el cambio conductual necesario.

Intervenciones paradójicas.- Se trata de técnicas basadas en una postura de oposición por parte de la familia en donde el terapeuta pone en relación la conducta sintomática con su contexto relacional, enumera las consecuencias negativas para el sistema la eliminación del síntoma y finalmente recomienda a las familias que sigan recurriendo al mismo para evitarlas.

De esta manera surgen tres situaciones:

- El síntoma es redefinido en términos positivos y deja de ser un elemento ajeno convirtiéndose en algo esencial.
- Cuando se escenifica la secuencia del síntoma de manera conciente obedeciendo al terapeuta, pierde el poder que tenía para mantener el síntoma ya que existe una posibilidad de control voluntario.
- El terapeuta pide a la familia que por un momento no cambie con la intención de que lo haga.

3.4 ESCUELA DE MILÁN.

La escuela de Milán se desarrolló en la década de 1971 a 1980 a través de las investigaciones del equipo formado por MARA SELVINI, PRATA, BOSCOLO y CECCHIN. Al finalizar esa década, el equipo se disuelve en dos: Mara Selvini y Prata permanecieron juntas algunos años más. Boscolo y Cecchin crean otro Instituto.

El equipo de Milán desarrolla, para la coordinación de la sesión terapéutica, tres directrices:

- 1- Elaboración de hipótesis
- 2- Circularidad
- 3- Neutralidad

1- Elaboración de hipótesis:

Por elaboración de hipótesis se entiende la capacidad del terapeuta para construir una hipótesis basada en las informaciones que posee. Con esa hipótesis el terapeuta determina el punto de partida de su propia investigación. Si la hipótesis resultara errada, se deberá formular otra basada en las informaciones recogidas durante el trabajo de verificación de la hipótesis anterior.

Antes de la primera entrevista con la familia, y en base a las informaciones recogidas en la "ficha telefónica", el equipo terapéutico se reúne para elaborar una primera hipótesis. Al empezar la primera sesión con una hipótesis ya construida, el terapeuta puede tomar la iniciativa, actuar con orden, controlar, interrumpir, guiar y provocar transacciones, evitando. Así, el quedar atrapado en conversaciones desprovistas de valor informativo.

Etimológicamente, "hipótesis" significa lo que está debajo, es decir, la propuesta que sirve de base a una construcción conceptual. Es, por tanto, una suposición que se hace

como base de un razonamiento, sin referencia a su verdad, como punto de partida para una investigación.

La hipótesis, como tal, no es ni verdadera ni falsa, sino sólo más o menos útil. Su función esencial es la de proporcionar una guía para obtener nuevas informaciones que la confirmarán, refutarán o modificarán. Toda hipótesis que formulemos deberá ser sistémica, es decir, deberá incluir a todos los componentes de la familia y proporcionarnos una suposición relativa a todo el funcionamiento relacional. Si el terapeuta actuara de modo pasivo, como observador, sería la familia la que, de acuerdo con su propia hipótesis lineal, podría imponer -su procedimiento destinado exclusivamente a señalar quién está "loco" y quién es "culpable". Por el contrario, la hipótesis del terapeuta introduce en la familia el poderoso "imput" de lo inesperado, lo improbable, y por eso actúa para producir información y evitar descarrilamientos y desórdenes.

El procedimiento a seguir en la elaboración de hipótesis debe guiarse por el "Principio de Ockam": entre dos formas de hacer las cosas debe seguirse la más simple. Así por tanto:

1.- Elaborar una hipótesis sobre el papel que juega el síntoma en la relación de pareja, lo que supone definir la naturaleza de la relación, contando con el mensaje que implica la conducta sintomática para ambos cónyuges: la depresión de ella, por ejemplo, puede servir para que él se sienta necesitado, y, quizá, atractivo, y para que ella obtenga una atención que de otra forma no tendría. Si la intervención diseñada a partir de esta hipótesis fracasara ampliarse el nivel de comprensión y pásese a la regla B.

2.- Elaborar una hipótesis sobre el papel que juega el síntoma en la familia nuclear, lo que supone entender como quedan definidas las relaciones a partir del mensaje de la conducta sintomática para cada uno de los miembros: la depresión de ella dificulta que la última de las hijas se emancipe de casa, pues se siente en la obligación de apoyar a su desvalida madre. A su vez la hija obtiene el no tener que responsabilizarse, todavía, de sus relaciones de pareja.

La prolongación de la permanencia de la hija en casa sirve, además, para que el padre no se sienta excesivamente abrumado por los cuidados que su esposa demanda (en la medida en que son compartidos con la hija) y le permite seguir teniendo una intensa actividad profesional. La madre, a su vez, se siente atendida en mayor grado tanto por su hija, como por su marido.

3.- Elaborar una hipótesis sobre el papel que juega el síntoma en la familia extensa, lo que supone entender como se definen las relaciones entre el paciente identificado, su propia familia y las familias de origen, a partir de cómo interpretan el mensaje de su síntoma todas estas personas.

2- Circularidad:

Por circularidad se entiende la habilidad del terapeuta para realizar preguntas circulares. Se trata de indagar de qué modo ve un tercero una relación diádica. Es decir, todo miembro de la familia será invitado a decir cómo ve la relación entre los otros dos miembros.

Al proponer preguntas de tipo circular, además de obtener informaciones, se alcanza simultáneamente el objetivo de introducir en la familia conexiones entre distintos hechos, permitiéndole adquirir una nueva visión del problema.

3- Neutralidad:

Por neutralidad se entiende la capacidad del terapeuta de no tomar partido por ninguno y de no preferir evaluación alguna. Cuanto mas asimila el terapeuta la epistemología sistémica, más interesado está en provocar realimentaciones y recoger informaciones, y menos en hacer juicios moralistas de cualquier clase. El hecho de emitir un juicio cualquiera, sea de aprobación o de desaprobación, implica, implícita e inevitablemente, una alianza con alguna de las partes.

El equipo de Milán también pone especial cuidado en captar y neutralizar lo antes posible cualquier tentativa de coalición, seducción o relación privilegiada con nosotros realizada por algún miembro o subgrupo de la familia. El terapeuta sólo puede ser

efectivo en la medida en que se coloque y mantenga en un nivel diferente (metanivel) del de la familia.

Un concepto importante desarrollado por el equipo de Milán es el de "JUEGO". Es por eso, que aquello que ha de diagnosticarse (lo enfermo), es el "juego familiar".

Si trazáramos una línea imaginaria, en un extremo podría estar la "secuencia" y en el otro el "mito familiar". El "Juego familiar" ocuparía un lugar intermedio entre ambos, aunque más próximo al mito.

La secuencia define una interacción cara a cara, fácilmente observable, que se repite transcurrido un intervalo de tiempo relativamente corto, de segundos a una hora. Las secuencias son encadenamiento de conductas que se estereotipan, justamente la repetición está hablando de algún tipo de regla por la que se rigen. Los mitos son reglas sistematizadas. Los mitos son reglas en cuanto que se han sistematizado.

El mito se percibe como pensamiento, como el estilo de la familia de percibir la realidad y percibiéndose y en este sentido funcionan como filtro. El mito contiene las reglas de mayor grado de abstracción que dirigen el funcionamiento familiar, por lo tanto, cualquier tipo de secuencia de rango inferior queda subsumida dentro de ella. Las conductas, las rutinas familiares, tienen su justificación última en el mito. La secuencia es lo más observable y el mito es lo más inferido. Si la secuencia son conductas interactivas, el mito lo componen reglas.

El juego familiar, se utiliza como una hipótesis operativa, es decir, como un diagnóstico sobre el que basar una intervención. Mara Selvini ha elaborado el concepto de 'Juego' más como una metáfora que como un modelo teórico. Cuando recurre a la metáfora del juego es para sugerir intuitivamente, mediante la expresión "JUEGO FAMILIAR", aquello que sugieren las expresiones juego político, juego financiero, juego de poderes, juego de equipo, etc. Se trataría, por tanto, de un uso intuitivo e informal de la metáfora del juego, con la finalidad de producir asociaciones, semejanzas y lenguajes aptos para encuadrar de modo más inmediatamente inteligible los fenómenos que nos interesan.

Así pues, la metáfora del juego resulta adecuada para integrar las "reglas" generales del sistema con las "movidas" de los individuos. Facilita el acceso a una visión que tiende a diluir la dicotomía individuo versus sistema.

El término "Juego" genera asociaciones inmediatas con las ideas de grupo, equipo, jugadores, posiciones, mando, soldado, ataque, defensa, estrategias, tácticas, movidas, habilidad, alternación de turnos. Se tiene, de este modo, la posibilidad de disponer de un lenguaje muy ligado a las relaciones interpersonales en cuanto a cambios de conducta.

Palabras como embrollo, instigación, amenaza, promesa, seducción, viraje, cooperación, ganar, perder, son palabras muy ligadas a la necesidad de describir vicisitudes interhumanas. Además, no se trata de palabras pertenecientes a una jerga especializada, sino que son términos de fácil comprensión para los propios pacientes ya que forman parte de su patrimonio lingüístico.

Las relaciones familiares se pueden considerar como vínculos entre "vencedores y vencidos", entre quién "obtiene una ganancia" y quién "debe pagar el precio". Preguntarse quién juega significa averiguar como se desarrolla la "partida" en los niveles supraindividuales, para comprender así si sólo tiene lugar dentro de la familia nuclear o si pasa a través de otros sistemas ampliados, como la familia extensa, la escuela o el lugar de trabajo. Al pensar en términos de juego se pone la atención a la secuencia de los movimientos del individuo.

El paciente identificado puede ser visto como el perdedor en una situación de juego en la cual, siendo él mismo jugador, está buscando confusamente con el síntoma, manifestar su propuesta y tratar de recuperar las posiciones perdidas.

El momento en el cual la familia pide ayuda y entra en tratamiento coincide con una evolución de su juego que ha puesto a uno o más de sus jugadores en una posición intolerable.

El estudio y la terapia de una familia parten de la elaboración de una hipótesis sobre el tipo especial del juego en curso. Sobre la base de esa hipótesis se orienta la entrevista para tratar de obtener toda la información posible que permita verificarla o desmentirla. Una hipótesis de juego relacionar pasa por la identificación de la estrategia de cada uno

de los actores: finalidades, pensamientos y sentimientos en base a los cuales ellos organizan su accionar recíproco.

El terapeuta debe tener siempre conciencia de que algunos "movimientos" de un miembro de la familia con respecto a él (ataques, seducciones, insubordinaciones, etc.) deben ser vistos, por lo menos preliminarmente, como dirigidos a provocar un efecto sobre uno de los familiares presentes. Así, un miembro de la familia puede mostrarse seductor hacia el terapeuta para dar celos a su cónyuge, o mostrarse insubordinado con él sólo porque los demás se muestran obsequiosos.

Cuando el terapeuta decide interactuar con un miembro de la familia de una forma totalmente opuesta a la que lo hace la organización familiar, el objetivo de tal comportamiento es doble: por un lado, observar las retroacciones de los distintos miembros ante tal comportamiento suyo; por otro, desalojar a ese miembro de una posición que perpetúa el juego disfuncional.

Un ejemplo de lo dicho, sería tratar con respeto y consideración a un padre que ocupa una posición de persona incapaz en el juego de esa familia.

El juego no se toma como el fiel reflejo de lo que está sucediendo en la familia, se trata de una hipótesis, algo a no confundir con la realidad. Su valor, en definitiva depende de que sea capaz de generar más información y/o una intervención que produzca un cambio. Concebir el problema familiar en términos de juego, no es algo dictado por la necesidad de conocer qué sucede, sino por encontrar una forma operativa de diseñar el cambio.

El síntoma es una configuración de relaciones y de reglas que se reiteran sin una meta-regla que defina cómo han de cambiarse. El cambio se produce cuando se halla dicha meta-regla: la terapia pone las condiciones para que surja. El cambio, para que sea terapéutico, supone hallar una meta-regla, que varíe la naturaleza del familiar. Naturalmente, se instaura otro juego menos perjudicial o enteramente benéfico. Las técnicas de intervención que emplea el equipo de Milán han ido evolucionando a través de su propia investigación, las más destacables son:

Técnicas de intervención

Los recursos técnicos propuestos por el Grupo de Milán han ido cambiando en el transcurso de la historia. A demás de las intervenciones conductuales directas se siguen manteniendo las intervenciones cognitivas, entre las que se destacan la redefinición y la connotación positiva.

Intervenciones Cognitivas.- La finalidad de esta intervención es alterar el modo en que los integrantes de la familia se perciben entre sí en relación al síntoma. De esta manera afectan al tipo de atribuciones que las personas hacen con respecto a las causas del problema o con respecto a las intenciones de la conducta de los demás. Las principales intervenciones a nivel cognitivo son las siguientes:

1.- **Redefinición.-** Modifica la percepción cognitiva del síntoma, presentándolo desde otro marco conceptual distinto al de la familia. Generalmente se combina como una connotación positiva dentro de la intervención cognitiva que precede a la prescripción.

2.- **Connotación Positiva.-** Se cambia la atribución del problema de causas negativas a causas positivas o la menos a causas que no supongan intenciones hostiles. El síntoma se presenta como debido a razones altruistas sacrificio – amor por parte del paciente identificado y por parte del resto de componentes del sistema familiar. No se connota positivamente la conducta sintomática en sí, sino su relación con otras conductas mas importantes, para las cuales el síntoma es en realidad una solución.

Intervenciones conductuales.- Dentro de esta clasificación se encuentran:

- Intervenciones Paradójicas
- Connotación Positiva.
- Rituales.
- Prescripción Invariable

De estas cuatro, las intervenciones paradójicas, se han ido abandonando con el tiempo dando preferencia a las demás especialmente a los rituales

1.- **Prescripción Paradójica.-** se emplean cuando la situación es de orden y secuencialidad rígidas, como forma de introducir confusión y flexibilidad en el sistema

de creencias. No se debe recurrir a ellas cuando el terapeuta desconozca que hacer, cuando prevea que la familia cumplirá literalmente lo sugerido.

El procedimiento clásico ahora prácticamente abandonado era:

- connotación positiva
- redefinición
- prescripción de la secuencia sintomática
- límite temporal arbitrario (el síntoma debe seguir vigente)

Al calificar como positivos los comportamientos sintomáticos, se connota positivamente la tendencia homeostática de la familia y no las personas, ubicando a todos sus miembros en un mismo plano. Así se provoca paradójicamente la capacidad de transformación del sistema familiar, ya que están unidos por lazos afectivos fuertes. Es decir necesitan que el síntoma siga vigente para seguir unidos. (Palazzoli y Cols. Pág. 60.1981).

2.- Rituales.- consiste en la prescripción de una secuencia estructurada de conductas que introducen nuevas reglas sin recurrir a explicaciones críticas o cualquier otra intervención verbal. Se emplean cuando la situación es confusa para introducir orden y secuencialidad. Se supone que la familia debe responder frente a un nuevo elemento creando el cambio. Dentro de estos tenemos:

- rituales.- Es una secuencia de conductas, definida con precisión, e la que se establece que ha de hacer cada miembro de la familia, donde y en que momento. La nueva actividad no siempre tiene que pasara formar parte de la vida diaria familiar, sino que simplemente puede contribuir a clarificar patrones de interacción caóticos y contradicciones inherentes al sistema de creencias que permanecían sin reconocer. Ejemplo se puede prescribir un ritual funerario cuando, luego del fallecimiento de un miembro de la familia, otro presenta un síntoma.
- Tarea ritualizada de los días pares – días impares.- consiste en prescribir, en días separados, dos conductas contradictorias o muy dispares, que coexisten habitualmente en el grupo familiar. (Palazzoli y Cols Pág. 65. 1981)

- Prescripción invariable.- Denominada también universal, elimina la necesidad de establecer hipótesis al presuponer que en todas las familias de esquizofrénicos el problema es una falta de diferenciación entre el subsistema parental y filial. La finalidad de esta intervención es separar de forma gradual los dos subsistemas, introduciendo un mensaje organizador que clarifica los límites intergeneracionales, evitando coaliciones.

Luego de conocer los algunos aspectos importantes de Terapia familiar podemos concluir este capítulo indicando que el nexo entre los componentes de la familia es bien estrecho, que la modificación de uno de ellos produce cambios en los otros o en todo el sistema. Cada miembro de la familia desempeña un rol determinado (víctima, portador, del síntoma, salvador.) relativamente estable. Es decir existe una mutua interacción entre la enfermedad (paciente portador del síntoma) y los factores socio familiares.

La familia posee un dominio en el desarrollo y prevalecía de la enfermedad así como de la adaptación a la misma. La enfermedad que en este trabajo investigativo es el “asma” incide notablemente en el grupo constituyéndose en el mas importante desafío para el equilibrio familiar.

SEGUNDA PARTE

PRÁCTICA

Sabemos que la salud es una categoría individual, social y es el producto de las estrategias y las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que realizan los individuos, las familias, los grupos sociales y el conjunto de la sociedad para mantener y desarrollar la integridad.

Uno de los grupos fundamentales a intervenir es la familia dada la importancia de esta en el desarrollo de la personalidad de sus miembros

Por ello en este capítulo presentamos una guía de Intervención aplicada a las familias de los pacientes con asma bronquial.

CAPITULO IV

LA INTERVENCIÓN PRÁCTICA

4.1 LA INTERVENCIÓN

La familia tiene la tarea de desarrollar determinadas funciones, tales como la biológica, la económica, la educativa en la formación de sus integrantes, contribuyendo a la formación de valores, a la socialización de sus miembros, a la educación, a la reproducción y a la satisfacción de necesidades económicas entre otros. Asimismo tiene la tarea de preparar a los individuos para enfrentar cambios que son producidos tanto desde el exterior como desde el interior y que pueden conllevar a modificaciones estructurales y funcionales.

Estos cambios o crisis pueden estar relacionados con el tránsito de las etapas del ciclo vital los que son derivadas del enfrentamiento a los eventos de vida y crisis que se derivan de la ocurrencia de eventos accidentales y que suelen tener un impacto muy desfavorable en la dinámica familiar. En la mayoría de estos casos la familia requiere de atención psicológica.

Ante estas situaciones existen familias que asumen estilos de enfrentamientos ajustados, son capaces de utilizar mecanismos estabilizadores que le proporcionan salud y otras no pueden enfrentar las crisis, pierden el control, manifiestan desajustes, desequilibrios, violencia que condiciona desfavorablemente el proceso salud-enfermedad y en especial el funcionamiento familiar.

Se considera el funcionamiento familiar como la dinámica interactiva y sistémica que se produce entre los miembros de la familia y se evalúa a través de las categorías de armonía, cohesión, rol comunicación, afecto, permeabilidad y adaptabilidad.

La disfunción familiar puede estar en la base de los problemas de salud y los problemas de salud pueden proporcionar o exacerbar un inadecuado funcionamiento familiar.

Las consideraciones antes expuestas nos hacen reflexionar acerca de la importancia de planificar estrategias de intervención psicológicas con el fin de promover un adecuado funcionamiento familiar por lo que en este estudio nos proponemos la siguiente forma de intervención.

4.2 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVOS

Objetivo general

- Evaluar si la terapia a nivel familiar produce una mejora en la enfermedad y en la dinámica familiar.

Objetivos específicos

- Evaluar la relación familiar de los niños que sufren asma.
- Aplicación de técnicas de intervención a nivel familiar.

Población para el estudio

La investigación se realizará en pacientes niños diagnosticados con asma bronquial en consulta privada y sus familias. La investigación se realizara con 5 familias

- Se trabajará con familias de niños con asma bronquial de edades comprendidas entre 6 y 12 años.
- Se evaluará los efectos psicológicos que produce el asma en estas familias.
- La evaluación se llevará acabo mediante reactivos psicológicos: Test de David H. Olson, Joyce Portner y Yoav Lavee.) entrevistas y cuestionarios que nos ayudaran a conocer de mejor manera los aspectos familiares tales como: calidad de vida, adaptación, ansiedad, depresión, ausentismo escolar, factores psicosociales, etc. Para luego emplear las diferentes técnicas de terapia familiar adecuada para cada caso.

Instrumentos de Recolección de Datos

La recolección de datos se realizará mediante:

- Entrevista familiar, Test de David H. Olson, Joyce Portner y Yoav Lavee, encuestas, fichas de seguimiento, historias clínicas los cuales nos permitirán conocer en funcionamiento psicológico tanto del paciente como de la familia del niño asmático
- Consultas bibliografías, Internet

MÉTODOS Y TÉCNICAS

Para la realización de investigación se realizaron las siguientes actividades:

1. La Tecnóloga Médica Nancy Maza fue la persona quien proporcionó un listado de los pacientes diagnosticados con asma bronquial lo que facilitó luego el contacto telefónico y posteriormente la primera cita con 5 familias.
2. El estudio se realizó en primer lugar con una entrevista inicial a toda la familia incluido el paciente con asma bronquial, en donde se les explicaron los objetivos de esta investigación y el procedimiento que se llevara a cabo. Tomando en cuenta sus dudas y expectativas sobre el mismo se les pidió colaboración para un óptimo resultado.
3. En la segunda entrevista se procedió con la recolección de datos para la historia clínica de cada caso, lo que nos permitió obtener información a cerca del desarrollo del paciente, el entorno en donde se desarrolla su personalidad, su nivel de funcionamiento. Además de los problemas médicos y psiquiátricos anteriores a la enfermedad actual, su origen, la historia familiar tanto psicológica como medica su historia escolar y su relación afectiva con cada miembro de la familia.
4. Luego de la corrección de datos se realizó una segunda entrevista que contenía 24 preguntas abiertas con el objetivo de obtener mayor cantidad de datos referentes a la dinámica familiar y a la enfermedad.

5. Se aplicó luego a la familia pruebas psicológicas en este caso el test de David H. Olson, Joyce Portner, y Yoav Lavee. Es una prueba que mide la adaptación y la cohesión en la familia esta prueba consta de 2 partes cada una incluye 20 ítems con la siguientes consignas respectivamente:

Parte 1 ¿Cómo es su familia ahora?

Parte 2 ¿Cómo le gustaría que fuera su familia?

Teniendo 5 opciones de respuesta que son:

- 1 Casi siempre
- 2 Muchas veces
- 3 Algunas veces si a veces no
- 4 Pocas veces
- 5 Casi nunca

Esta prueba permitió identificar a la familia en su grado de adaptación y cohesión respectiva de acuerdo con el CIRCUMPLEX MODEL OF MARITAL FAMILY SYSTEMS. Este Test se volverá a aplicar cerca de las últimas sesiones con la familia para medir los resultados.

6. luego de esta clasificación de las familias se procedió a intervenir con las técnicas de terapia familiar entre 6 y 8 sesiones de acuerdo a la disponibilidad de cada familia antes mencionadas se aplico:

1 - FIJACIÓN DE REGLAS (TAREAS DIRECTAS)

Tarea.- Pedir a la familia y paciente establecer una posición diferente de la cotidiana en cuanto a las relaciones ya sean estrechas o distantes que existen entre sus miembros. Incluyendo tareas domésticas, escolares, o de recreación.

La tarea debe ser realizada al margen de que el síntoma se presente o no.

Tareas domesticas

- El Padre llevará y retirará de la escuela al niño(a)
- El Padre colaborará en la realización de tareas escolares
- El Padre y madre de familia deberán turnarse en la realización de una tarea doméstica como: preparar una de las comidas del día.
- Toda la familia sin excepción de ningún miembro se reunirá una vez a la semana para realizar una actividad de recreación

Objetivos:

Alterar el sistema familiar (transformación del sistema familiar) mediante una tarea específica para provocar un cambio en las relaciones o lazos afectivos ya establecidos entre los miembros de la familia.

Evaluación

Luego de transcurrida la semana se llevo a cabo una recapitulación de las impresiones que tuvieron durante la realización de la tarea.

2 - REDEFINICIÓN

Tarea.- Indicar a la familia que el síntoma se debe a causas de connotación positiva o a razones que no suponen intenciones hostiles.

Objetivos.- cambiar mediante una idea o mensaje la posible etiqueta negativa que se de al síntoma (asma) para lograr una expresión positiva de la misma.

Connotación positiva

Mensaje

- “El síntoma se puede deber a una intención de mantener una buena relación entre sus miembros logrando mantenerlos juntos”.

Connotaciones positivas

- “Eres un niño inteligente y normal”
- “La enfermedad no es un impedimento para que realices tus actividades cotidianas”.
- “No es necesario que estés enfermo, para mantener a toda la familia junta a tu lado”.
- “Todos van a dar lo mejor para que todo se vaya solucionando”.

Evaluación

Luego de cumplida la tarea se procede a recibir las expresiones y opiniones sentidas por cada miembro de la familia.

Consiguiendo establecer una nueva definición del síntoma y de sus posibles causas la idea del mismo podría cambiar.

7 Al final del proceso de intervención se aplicará una encuesta de seguimiento a cada una de las familias.

CAPITULO 5

RESULTADOS Y ANALISIS

Luego de haber revisado los componentes teóricos más importantes relacionados con el asma bronquial y de haber realizado y aplicado la guía de intervención descrita anteriormente, en este capítulo presentamos los resultados alcanzados en la misma y detallaremos cada una de las impresiones y reacciones obtenidas durante las diferentes sesiones que se mantuvieron con las familias que colaboraron en el estudio

5.1 TABULACIÓN

Luego de la primera aplicación del Test de David H. Olson, Joyce Portner, y Yoav Lavee a cada una de las cinco familias los resultados fueron los siguientes:

ADAPTACIÓN Y COHESIÓN

Familia 1

EQUILIBRADA = FLEXIBLEMENTE SEPARADA. Pero desea cambiar a una forma
MEDIA = CAOTICAMENTE SEPARADOS

Familia 2

MEDIA= FLEXIBLEMENTE DESLIGADA pero desea cambiar a una forma
EXTREMA = CAÓTICAMENTE SEPARADOS.

Familia 3

EXTREMA = CAOTICAMENTE ENREDADA pero desea cambiar a una forma
MEDIA= CAOTICAMENTE SEPARADA.

Familia 4

EXTREMA = CAOTICAMENTE DESCONECADA pero desea cambiar a una forma
MEDIA = CAOTICAMENTE SEPARADA

Familia 5

EXTREMA = CAOTICAMENTE ENREDADA. Pero desea cambiar a una forma
EXTREMA = CAOTICAMENTE DESENGANCHADA.

SEGUNDA APLICACIÓN

Al final del proceso de intervención se realizó una nueva aplicación del Test de David H. Olson, Joyce Portner, y Yoav Lavee. Los resultados fueron los siguientes:

ADAPTACIÓN Y COHESIÓN

Familia 1 EXTREMA= CAOTICAMENTE ENREDADA.

Familia 2 EXTREMA= CAOTICAMENTE ENREDADA.

Familia 3 EXTREMA= CAOTICAMENTE ENREDADA.

Familia 4 EXTREMA= CAOTICAMENTE ENREDADA.

Familia5 MEDIA= CAOTICAMENTE CONECTADOS

5.2 RESULTADOS Y ANALISIS

Adaptación y cohesión

De las 5 familias que se encuentran dentro del estudio al inicio del mismo cuando se les preguntó ¿Cómo es su familia ahora? En los resultados 3 se encontraban en una posición extrema es decir caóticamente enredada y desconectada. En la segunda parte del Test donde se les preguntó ¿Cómo les gustaría que fuese su familia? De las 5 familias 3 deseaban llegar a una posición media es decir caóticamente separados.

Luego de la segunda aplicación los resultados fueron los siguientes:

De las 5 familias a las cuales se les preguntó ¿Cómo es su familia ahora? 4 se encuentran en una posición extrema es decir caóticamente enredados y una familia en una posición media es decir caóticamente conectados. Se podría decir que la familia de los niños con asma bronquial tienen temor a cambiar las plataformas en donde se encuentran ubicados y de esta manera mantienen el síntoma

A más de los resultados del test los datos proporcionados por la familia y en las encuestas aplicadas se pudieron obtener los siguientes resultados.

De las 5 familias 3 de los niños son hijos únicos, cuatro pertenecen a núcleos familiares completos, 1 niño pertenece a un grupo familiar desestructurado por fallecimiento de la madre, lugar que ocupa actualmente la abuela y/o tía. El hijo único da una característica especial a la estructura familiar ya que este no tiene competencia, no hay quien lo desplace la ampliación del núcleo familiar con presencia de abuelos u otros familiares es índice de concentración de la atención para el niño y por lo tanto se fortalece la protección generando de esta manera una dependencia exagerada hacia a la familia como tal.

La relación de la madre con sus hijos en esta investigación muestra que en las 5 familias los niños mantienen una relación estrecha es decir de comprensión, respeto y afectividad. De las 5 familias 3 mantienen una relación de sobreprotección originada por el cuidado que requiere el asma.

Con respecto a la relación con el Padre, se puede decir que de los 5 niños 2 mantienen una estrecha relación de comprensión, respeto y afectividad. Los 3 niños restantes no mantienen contacto físico ni afectivo suficiente.

En cuanto a la relación de pareja de las 5 familias 3 parejas mantienen una relación basada en el amor, respeto y comprensión. De las 2 parejas, 1 quedó viuda hace poco tiempo y la otra aunque viven juntos mantienen una relación conflictiva.

En cuanto a los aspectos emocionales, dentro de esta investigación se pudo observar que 4 niños de los 5 han sufrido alguna vez eventos emocionales que ocurren antes de las crisis asmáticas como:

- discusión de los padres (2 niños de 5)
- discusión de los padres y/o hermanos (1 niño de 5)
- ausencia prolongada de uno de los progenitores.(1 niño de 5)

En cuanto al desarrollo escolar se puede decir que de las 5 familias a todas sin excepción el asma bronquial de los niños afecta el proceso escolar y provoca frecuentes ausencias escolares además de la limitación en ciertas actividades físicas que requieran demasiada energía.

Las relaciones sociales y de recreación no han sido afectadas radicalmente por la enfermedad, los padres intentan mantener esta situación dentro de la normalidad.

Las reacciones de los familiares ante la enfermedad del niño se expresan en una excesiva preocupación y angustia hacia la enfermedad. Miedos y temores de los niños emergen antes de las crisis y se acentúan durante los ataques asmáticos. De las 5 familias 3 son atendidos principalmente por la madre. Los 2 restantes son acompañados por ambos padres.

5.1 DESCRIPCION DE CASOS

Familia 1

Paciente de 12 años de edad de sexo femenino, procedente de la ciudad de Cuenca, cursa el 8vo de básica, es la primera y única hija de la familia. Su nacimiento, como su desarrollo psicomotor se dieron sin problemas.

Ingresó a la escuela a los 5 años de edad no tuvo problemas de adaptación ya que los años anteriores asistía a la guardería y al prekindergarten. La niña se desarrolla sin mayores dificultades a nivel social, escolar y familiar.

La enfermedad asmática se presentó a los 5 años de edad por lo que tiene control médico cada mes y las crisis han disminuido en el último año pero no han desaparecido por completo. Al momento tiene tratamiento farmacológico y cuidados especiales principalmente los cambios bruscos de temperatura.

En cuanto a la familia los padres aceptan que pasan poco tiempo con la niña salvo el caso que se enferme, pero que intentan recuperar ese tiempo en la noche y los fines de semana.

La niña es más apegada a la mamá que al padre del cual opina que es poco cariñoso.

A la familia se le realizó el siguiente TEST

TEST DE DAVID H. OLSON, JOYCE PORTNER, Y YOAV LAVEE.

En el cual los resultados fueron los siguientes: EQUILIBRADA = FLEXIBLEMENTE SEPARADA. Pero desea cambiar a un RANGO MEDIO = CAOTICAMENTE SEPARADOS

Técnicas de intervención.- Se dieron durante el lapso de 6 semanas. En la aplicación de las dos técnicas mencionadas (tareas o reglas directas y Redefiniciones), la familia colaboró en cada una de las tareas sin mayores dificultades.

Segunda Aplicación del TEST: los resultados fueron: EXTREMA= CAOTICAMENTE ENREDADA.

Seguimiento. De acuerdo al seguimiento que se realizó al final la familia expresa que los objetivos se cumplieron, los cambios han sido adecuados para la relación de todos. Aunque los síntomas del asma continúan y los avances para su mejora son mínimos ellos se encuentran optimistas y consideran la continuar con el tratamiento psicológico no solo por el asma de la niña sino por el bienestar en la relación de pareja y familiar.

Anexo 1. Página. #3.

Familia 2

Paciente de 10 años de edad de sexo masculino, procedente de la ciudad de Cuenca, cursa el 6to de básica, es el primero de dos hermanos. El padre no estaba de acuerdo con el embarazo por lo cual se torno estresante para la mama lo cual produjo algunos episodios de depresión. Situación que cambio luego del nacimiento pero no mejoro hasta ahora. Su nacimiento, como su desarrollo psicomotor se dieron sin problemas.

Ingreso a los 4 años de edad al prekindergarten y luego a la escuela. La primera semana tuvo problemas de adaptación y se encontraba asustado. Se relación con sus compañeros es pasiva y casi siempre juega solo.

La enfermedad asmática se presento a los 3 años de edad con una crisis que recurrió hospitalización desde allí mantiene control medico. Las crisis no tienen un periodo determinado, a veces cada mes, cada dos meses, o algunas dos en una semana. Actualmente tiene tratamiento farmacológico y terapias respiratorias de una semana luego de una crisis.

El padre no mantiene una buena relación con el niño, la madre pasa todo el día con ellos.

A la familia se le realizó el siguiente TEST

TEST DE DAVID H. OLSON, JOYCE PORTNER, Y YOAV LAVEE.

Los resultados fueron: MEDIA = FLEXIBLEMENTE DESLIGADA pero desea cambiar a una forma EXTREMA = CAÓTICAMENTE SEPARADA

Técnicas de intervención.- Estas se realizaron durante 6 semanas. En la aplicación de las dos técnicas mencionadas (tareas o reglas directas y Redefiniciones), la familia se mostró colaboradora a excepción del padre quien manifestó desinterés en la realización de la misma, sin embargo las tareas establecidas durante este periodo se cumplieron superficialmente.

Segunda Aplicación del TEST: los resultados fueron: EXTREMA= CAOTICAMENTE ENREDADA.

Seguimiento. Luego de la aplicación de la ficha de seguimiento la familia se encuentra satisfecha en cuanto a los cambios producidos en el niño y en la familia como tal. Las crisis no han disminuido notablemente pero existe una gran predisposición a seguir manteniendo algunas de las reglas de la terapia y no descartan el asistir a terapia psicológica para toda la familia.

Anexo 2. Página. #15.

Familia 3

Paciente de 6 años de edad de sexo femenino, procedente de la ciudad de Cuenca, cursa el 2do de básica, es la primera y única hija de la familia. Su nacimiento se dio luego de dos embarazos que no llegaron a término, fue una niña muy esperada. El embarazo y parto se dieron sin problemas al igual que el desarrollo psicomotor.

Ingreso a la escuela a los 5 años de edad a la cual se adaptó luego de un par de semanas. La niña se desarrolla sin mayores dificultades a nivel social y escolar

A nivel familiar hay que destacar que hace muy pocos meses la madre falleció como consecuencia de un derrame cuando tenía 8 meses aproximadamente de embarazo.

Esta situación ha provocado una gran depresión en el padre y en la niña. En la actualidad su cuidado está a cargo del papa y de la abuela.

La enfermedad asmática se presentó a los 3 años de edad, mantiene control médico periódicamente. Al momento tiene tratamiento farmacológico y las crisis se dan en un periodo de 2 en un mes. Es alérgica a los colorantes y al polvo por lo cual se mantiene los cuidados necesarios.

Los padres sostenían una buena relación de pareja, el padre es muy cariñoso con la niña la consiente en todo.

A la familia se le realizó el siguiente TEST

TEST DE DAVID H. OLSON, JOYCE PORTNER, Y YOAV LAVEE.

Los resultados fueron los siguientes: EXTREMA = CAOTICAMENTE ENREDADA pero desea cambiar a una forma MEDIA = CAOTICAMENTE SEPARADA.

Técnicas de intervención.- Se dieron durante el lapso de 6 semanas. En la aplicación de las dos técnicas mencionadas (tareas o reglas directas y Redefiniciones), la familia incluida la niña mostraron interés en la realización de las mismas. Se llevaron a cabo con algunas excepciones por el horario de trabajo del padre. El resto de tareas se cumplió sin mayores complicaciones.

Segunda Aplicación del TEST: los resultados fueron: EXTREMA= CAOTICAMENTE ENREDADA.

Seguimiento. Luego de la aplicación del test y de la terapia la familia considera que los cambios han sido beneficiosos principalmente para la niña, en favor de su mejora aparente pues las crisis asmáticas no han desaparecido pero si han disminuido en su frecuencia. Además encuentran importante continuar con el tratamiento psicológico para el bienestar emocional de la niña.

Anexo 3. Página. #27.

Familia 4

Paciente de 8 años de edad de sexo femenino, procedente de la ciudad de Cuenca, cursa el 4to de básica, es la segunda de dos hermanos. El embarazo fue planificado y la niña esperada. El embarazo y parto se dieron sin problemas al igual que el desarrollo psicomotor.

Ingreso a la escuela a los 5 años de edad a la cual se adaptó sin mayores dificultades. A nivel social, escolar la niña se relaciona sin problemas.

En cuanto a la familia la relación con los padres es buena especialmente con el padre quien la consiente en todo, situación que el mayor de los hermanos (21 años) no está de acuerdo porque la niña muy inquieta y necesita normas.

La enfermedad asmática se presentó a los 4 años de edad. Al momento tiene tratamiento farmacológico y las crisis frecuentes provocan que toda la familia esté pendiente y preocupada.

Los padres mantienen una buena relación entre ellos. El padre frecuentemente discute con el hijo mayor por la disciplina de la niña.

A la familia se le realizó el siguiente TEST

TEST DE DAVID H. OLSON, JOYCE PORTNER, Y YOAV LAVEE.

En el cual los resultados fueron: EXTREMA = CAOTICAMENTE DESCONECTADA pero desea cambiar a una forma MEDIA = CAOTICAMENTE SEPARADA

Técnicas de intervención.- Se dieron durante el lapso de 6 semanas. En la aplicación de las dos técnicas mencionadas (tareas o reglas directas y Redefiniciones), la familia colaboró en cada una de las tareas sin mayores dificultades.

Segunda Aplicación del TEST: los resultados fueron: EXTREMA= CAOTICAMENTE ENREDADA.

Seguimiento. La familia manifiesta que ha existido cambios importantes en las reglas que a menudo se imponían en el hogar. Creen que los objetivos planteados al inicio del tratamiento se cumplieron en gran medida sin embargo sostienen que mantendrán las reglas y no descartan la posibilidad de continuar con tratamiento psicológico.

Anexo 4. Página. #39.

Familia 5

Paciente de 10 años de edad de sexo femenino, procedente de la ciudad de Cuenca, cursa el 6to de básica, es la primera y única hija de la familia. En su nacimiento, así como su parto el desarrollo psicomotor se dieron sin problemas.

Ingreso a la escuela a los 5 años de edad no tuvo problemas de adaptación. La niña se desarrolla sin mayores dificultades a nivel social, escolar y familiar.

La enfermedad asmática se presentó a los 4 años de edad. Mantiene control médico cada mes y durante las crisis que al momento se presentan con una frecuencia de 1 vez a aproximadamente al mes aunque en ocasiones baja la frecuencia. Al momento tiene tratamiento farmacológico y cuidados especiales.

En cuanto a la familia los padres, especialmente el padre acepta que pasa poco tiempo con su familia, por el trabajo.

A la familia se le aplicó el TEST DE DAVID H. OLSON, JOYCE PORTNER, Y YOAV LAVEE. Y los resultados fueron los siguientes: EXTREMA = CAOTICAMENTE ENREDADA. Pero desea cambiar a un EXTREMA = CAOTICAMENTE DESENGANCHADA.

Técnicas de intervención.- Se dieron durante el lapso de 6 semanas. En la aplicación de las dos técnicas mencionadas (tareas o reglas directas y Redefiniciones), la familia colaboró en cada una de las tareas sin mayores dificultades.

Segunda Aplicación del TEST: los resultados fueron: MEDIA= CAOTICAMENTE CONECTADOS.

Seguimiento. Luego de la realización de la intervención la familia expresa el favorable beneficio que han encontrado en la terapia principalmente para la niña, sin embargo expresan que seguirán manteniendo el tratamiento psicológico

Anexo 5. Página. #51.

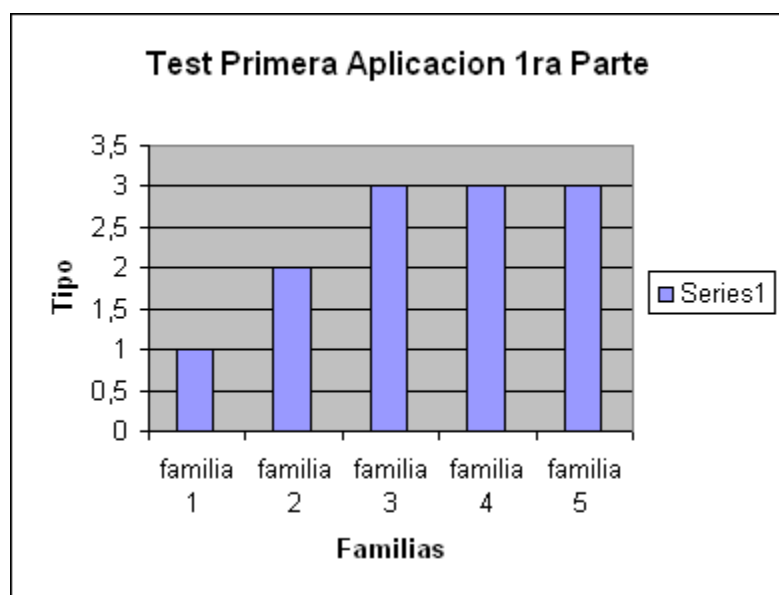
5.3 CUADROS Y GRAFICOS

1. CUADRO 1. MUESTRA PARA EL ESTUDIO

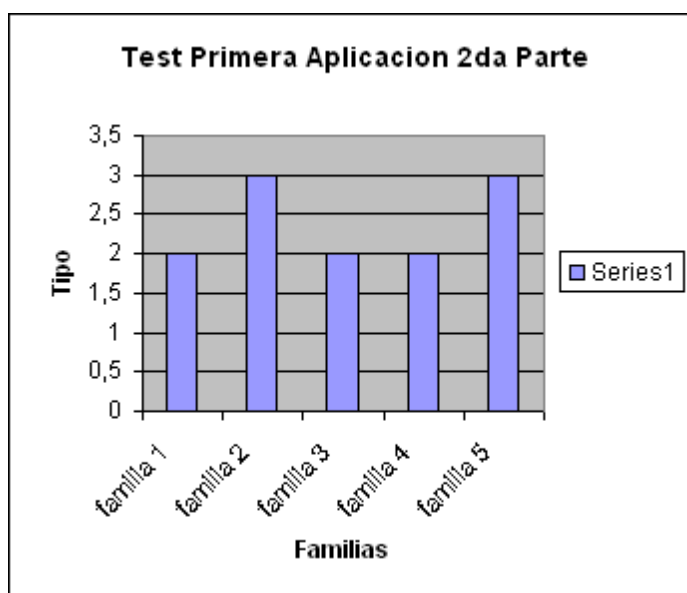
Familia	Paciente /edad	Escolaridad	Diagnostico
Familia 1	12	8vo de Básica	Asma bronquial
Familia 2	10	6to de Básica	Asma bronquial
Familia 3	6	2do de Básica	Asma bronquial
Familia 4	8	4to de Básica	Asma bronquial
Familia 5	10	6to de Básica	Asma bronquial

GRÁFICOS

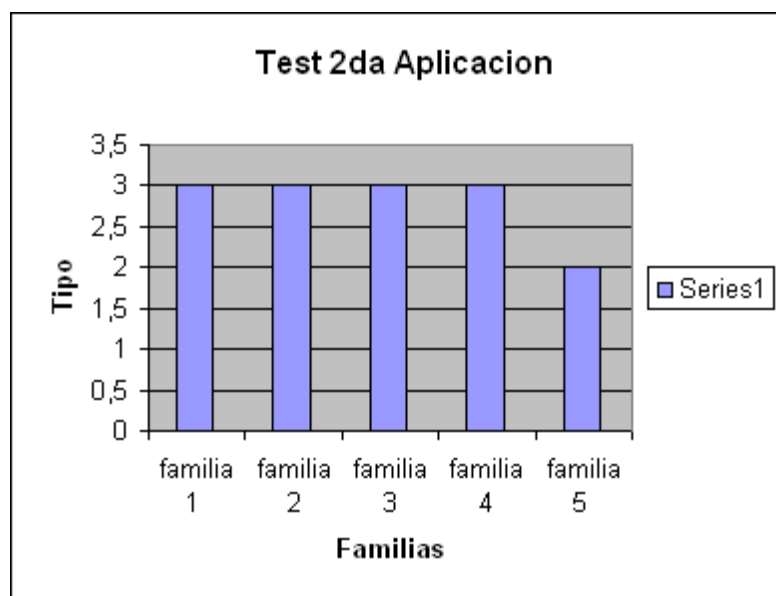
Familias		Test. Primera Aplicación
	Nivel	1ra Parte
familia 1	1	Equilibrada. Flexiblemente separada
familia 2	2	Media. Flexiblemente desligada
familia 3	3	Extrema. Caoticamente enredada
familia 4	3	Extrema. Caoticamente desconectada
familia 5	3	Extrema. Caoticamente enredada



Familias		1ra Aplicación
	Nivel	2 da Parte
familia 1	2	Media. Caoticamente separada
familia 2	3	Extrema. Caoticamente separada
familia 3	2	Media. Caoticamente separada
familia 4	2	Media. Caoticamente separada
familia 5	3	Extrema. Caoticamente desenganchada.



Familias	Nivel	Test. 2da Aplicación
familia 1	3	Extrema. Caoticamente Enredada
familia 2	3	Extrema. Caoticamente Enredada
familia 3	3	Extrema. Caoticamente Enredada
familia 4	3	Extrema. Caoticamente Enredada
familia 5	2	Media. Caoticamente conectados.



C O N C L U S I O N E S

CONCLUSIONES

- Luego de este estudio se puede considerar que si bien el asma bronquial no está causada por problemas psíquicos o emocionales, sí es cierto que estos factores juegan un papel importante en la agudización de la misma. El estrés y los factores psicológicos pueden provocar las crisis asmáticas y agravar los síntomas del paciente.

- La medicina psicosomática se propone reintegrar el síntoma del paciente al contexto de su ambiente, sus condiciones socio-culturales, sus conflictos conyugales, su relación con padres o hijo. Etc.

La mayoría de enfermedades psicosomáticas ha adquirido en la actualidad una importancia relevante de acuerdo a los elementos psicológicos que las acompaña así pues enfermedades específicas como la artritis, las enfermedades del corazón, la presión alta, la diabetes, la úlcera, se dan en personas que se encuentran en situaciones por las cuales los sentimientos reprimidos se expresan a través de esas singulares enfermedades.

Consideramos, pues que en este caso específico del asma las familias que se encuentran en este estudio manifiestan problemas similares tales como: la ansiedad, angustia, excitación, irritabilidad, etc. Estas pueden actuar como precipitantes de las crisis asmáticas y empeorar en personas que ya presentan un cuadro de asma bronquial.

- La intervención a nivel del entorno familiar del niño asmático provocó un resultado positivo ya que a pesar de que el progreso de la enfermedad mostró ligeros avances se logró incentivar a cada una de las familias para la continuación del tratamiento. Para las familias el hecho de participar en una terapia generó que emergieran diferentes problemáticas a nivel de pareja, interrelación con otros miembros, etc. Para las familias estas dificultades requieren ayuda y no descartan atención psicológica posterior.

- Los resultados obtenidos en el Test muestran que de las 5 familias 4 de ellas temen un cambio profundo en las normas, reglas que a menudo eran responsabilidad de otras personas, prefieren mantener el síntoma presente para no llegar a una confrontación en otros aspectos de la vida familiar o de pareja Sin embargo la colaboración y la predisposición a la terapia se hicieron presentes durante todo el periodo de intervención.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BALAREZO Lucio, "**Psicoterapia**", Ediciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2 da Edición, Quito, 1995.
- 2.- BOSCOLO, Luigi, Bertrando, Paolo. "**Tiempos del tiempo**". Una nueva perspectiva y la Terapia Sistémica. Paidos. Barcelona.1996
3. CARDICHI, PJ. "**Para superar la depresión**". Ediciones Didácticas M., S.A. 2001.
4. FARRERAS, Rozman. "**Medicina Interna**". Volumen 1. Edit. Harcourt Paidos. Barcelona 1995.
- 5- KAPLAN Harold I y SADOCK Benjamin J " **Terapia de Grupo**", Edit Médica, Panamericana S.A, 3 era Edición, España, 1996.
6. **MANUAL MERK**, 9na Edición; edit Océano. Brace. Madrid España.
- 7.- MERANI Alberto "**Diccionario de Psicología**", Edit Grijalbo, Barcelona, 1984
- 8- MINUCHIN Salvador, "**Familias y Terapia Familiar**", Edit Universidad de Harvard, EEUU, 1974.
9. MINUCHIN, Salvador, Fishman, H.Charle. "**Técnicas de terapia familiar**". Paidos. Buenos Aires. 1995.
10. MINUCHIN, Salvador; FISHMAN, H. Charles "**Técnicas de terapia Familiar**", Edit. Piados, México, 1992
- 11.- OCHOA, Inmaculada. "**Enfoques en Terapia Familiar Sistémica**". Edit Herder. Barcelona 1995.
- 12.- ONNIS Luigi, "**Terapia Familiar de los Trastornos Psicosomáticos**", Edit Paidós, España, 1996.
- 13.- PHARES Jerry .E, "**Psicología Clínica, Conceptos, Métodos y Práctica**", Edit Manual Moderno, 2 da Edición, México, 1999.
14. SUE, David, Derald, Stanley. "**Comportamiento Anormal**". Edit, McGraw-Hill. Interamericana de México. Cuarta Edición 1995.
- 15.- TORO Ricardo José y YEPES Luís Eduardo "**Fundamentos de Medicina**", 3 era Edición, Medellín Colombia, 1998.
16. NAVARRO, Góngora, José Navarro Góngora. José, Beyebach. "**Estrategias en Psicoterapia**". Avances en terapia familiar Sistémica.1990
17. NAVARRO, Susana. "**Test de Personalidad**". Editorial Libsa 2005.

18. ONNIS, Luigi. **“Terapia Familiar de los Trastornos Psicosomáticos”**.1. edición 1996. España.

19. TORO, José. **“Psiquiatría”**. Edit. Corporación para investigaciones Biológicas. Medellín Colombia 1998.

PAGINAS WEB

www.Psicoactiva.com.

www.Atsma.com

www.psiquiatia.com

www.campodepsicología.com

www.impactopsicologicodelasma.com

A N E X O S

ÍNDICE DE ANEXOS

	Página
Anexo 1 Familia N° 1. Historia clínica, encuesta, test, gráfico y ficha de seguimiento..	3
Anexo 2 Familia N° 2. Historia clínica, encuesta, test, gráfico y ficha de seguimiento..	15
Anexo 3 Familia N° 3. Historia clínica, encuesta, test, gráfico y ficha de seguimiento..	27
Anexo 4 Familia N° 4. Historia clínica, encuesta, test, gráfico y ficha de seguimiento..	39
Anexo 5 Familia N° 5. Historia clínica, encuesta, test, gráfico y ficha de seguimiento..	51

ANEXO 1

FICHA CLÍNICA PSICOLÓGICA

Nombre de la institución_____

Fecha_____

Nº de ficha _____

1 Datos de filiación

Nombres y apellidos_____

Lugar y fecha de nacimiento_____

Edad_____

Sexo_____

Dirección_____

Ocupación_____

2 Motivo de consulta

Esquema Familiar

Nombre	Relación	Edad	E. Civil	Instrucción	Ocupación

GENOGRAMA

3 Antecedentes Familiares

Dinámica familiar (relaciones entre los miembros)

Psicopatía familiar

Actitud de los miembros de la familia frente al niño

Ausencia de padres en el hogar

4 Anamnesis Personal

A) Periodo Prenatal

Embarazo

- Deseado_____
- Aceptado_____
- no deseado_____
- intento de aborto_____
- causas_____
- control medico_____
- adicciones_____
- estado emocional_____

B) Período Natal

Parto

- a termino_____
- prematuro_____
- post maduro_____

Tipo

- normal_____
- Fórceps_____

- Cesaría_____
 - Inducción_____
 - Anoxia_____
 - Ictericia_____
 - Cianosis_____
 - Peso_____
 - Talla_____
 - Comportamiento de la familia frente al nacimiento_____
-

C) Periodo Post natal

Lactancia

- Seno_____
- Biberón_____
- Mixta_____

Dificultades en este periodo

Causas

Edad del destete

Desarrollo psicomotor

Lenguaje

Control de los esfínteres

Reacción del niño al ingresar a la escuela

Relación con los maestros

Relación con los compañeros

Aprovechamiento pedagógico

Comportamiento escolar

- Triste_____
- Sociable_____
- Alegre_____
- Activo_____
- Pasivo_____
- Competitivo_____
- Rebelde_____
- Agresivo_____
- Líder_____
- Sumiso_____
- Responsable_____

Forma de juego

- Individual_____
- Colectiva_____

Como reacciona ante burlas y abusos de compañeros

Hospitalización

Causas_____

Tiempo_____

Traumatismo craneal_____

Consecuencias_____

Atención medica inmediata_____

Actividad onírica_____

Hechos traumatizantes_____

Relaciones intrafamiliares (del niño con los demás)

Padre_____

Madre_____

Hermanos_____

Otros_____

D) Etapa escolar

Edad de ingreso_____

Reacción del niño el momento en que ingreso a la escuela_____

ENCUESTA

1. Nombre del niño

Edad:

2. Datos del padre

Nombre del padre

Edad

Ocupación

Nivel de escolaridad

En la familia del padre, ha manifestado alguien dificultades respiratorias?

3. Datos de la Madre

Nombre de la madre

Edad

Ocupación

Nivel de escolaridad

Numero de hijos

Edades

En la familia de la madre ha manifestado alguien dificultades respiratorias?

1. ¿Como es el trato del padre con sus hijos y que tiempo les dedica?
2. ¿Existe algún trato especial con el niño que presenta asma?
3. ¿Cómo es la relación de la madre con sus hijos y que tiempo les dedica?
4. ¿Cómo es la relación del niño con los hermanos?
5. ¿Afecta de alguna manera la enfermedad el proceso escolar y la relación con otros niños?

6. ¿Que eventos anteriores a la crisis asmática han ocurrido a nivel familiar?
7. ¿Como son las relaciones de pareja?
8. ¿Como son las relaciones familiares antes de presentarse la crisis?
9. ¿Cómo reacciona cada uno de los padres ante la crisis y como esto repercute en la relación con sus otros hijos?
10. ¿A qué edad presento su primera crisis asmática?
11. ¿Cuál fue la reacción de la familia?
12. ¿Tuvo atención médica en ese momento?
13. ¿Cómo fue la reacción del niño?
14. ¿recuerda algún evento especial antes de producirse la primera crisis de asma en el niño?
15. ¿Cómo ha sido el desarrollo del asma en el niño y que conocimientos tienen ustedes acerca de la enfermedad?
16. ¿Con que frecuencia se presentan sus crisis asmáticas?
17. ¿Cómo es la reacción del niño antes de estas?
18. ¿Qué reacciones se generan en el niño después de presentarse la crisis?

19. ¿Qué reacciones se generan en la familia al momento de presentarse la crisis del niño?
20. ¿Está el niño bajo algún proceso de control médico?
21. ¿Utiliza alguna droga permanente?
22. ¿Ha recibido algunas recomendaciones médicas especiales para el cuidado del niño? ¿Cuáles?
23. ¿Tiene el niño o ha tenido algún proceso de acompañamiento psicológico?
24. ¿Qué comentarios han recibido de parte del psicólogo acerca de las posibles causas psicológicas que estén generando la enfermedad en el niño?

FACES III-1ra Parte

Autores: Olson, Portner y Lavee (1985). Adaptación: Schmidt (2000). Traducción: Zamponi y Cois. (1997)

Edad: ____ Nivel de Instrucción: ____ Sexo: ____ Estado Civil: ____

Composición Familiar (aclarar edad de sus hijos): ____

Después de haber leído cada frase, coloque una X en el casillero que mejor describa cómo es su familia ahora. Es muy importante que responda a todas las frases con sinceridad. Muchas gracias.

	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	A VECES SI A VECES NO	POCAS VECES	CASI NUNCA	PUNTAJE	
1. Los miembros de mi familia se dan apoyo entre sí							
2. En mi familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas							
3. Aceptamos los amigos de los otros miembros de mi familia							
4. Los hijos también opinan sobre su disciplina							
5. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra propia familia							
6. Diferentes miembros de la familia pueden actuar como autoridad, según las circunstancias							
7. Los integrantes de mi familia se sienten más unidos entre sí que con la gente de afuera							
8. Mi familia cambia el modo de hacer las cosas							
9. A los miembros de mi familia les gusta pasar el tiempo libre juntos							
10. En mi casa, padres e hijos discuten juntos los castigos							
11. Los miembros de mi familia nos sentimos muy unidos unos a otros							
12. En mi familia los hijos también toman decisiones							
13. Cuando mi familia se reúne para hacer alguna actividad en común, todo el mundo está presente							
14. En mi familia las reglas suelen cambiar							
15. Podemos pensar fácilmente actividades para hacer juntos en familia							
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros							
17. Los miembros de mi familia nos consultamos entre nosotros para tomar decisiones							
18. Es difícil identificar quien tiene la autoridad en nuestra familia							
19. La unión familiar es muy importante para nosotros							
20. En mi familia es difícil decir quien hace cada tarea doméstica							

FACES III - 2da Parte

Después de haber leído cada frase, coloque una X en el casillero que mejor describa **¿cómo quisiera que fuese su familia?**. Es muy importante que responda a todas las frases con sinceridad. Muchas gracias.

	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	A VECES SI A VECES NO	POCAS VECES	CASI NUNCA	PONTAJE	
1. Los miembros de mi familia se dan apoyo entre si							
2. En mi familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas							
3. Aceptamos los amigos de los otros miembros de mi familia							
4. Los hijos también opinan sobre su disciplina							
5. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra propia familia							
6. Diferentes miembros de la familia pueden actuar como autoridad, según las circunstancias							
7. Los integrantes de mi familia se sienten más unidos entre sí que con la gente de afuera							
8. Mi familia cambia el modo de hacer las cosas							
9. A los miembros de mi familia les gusta pasar el tiempo libre juntos							
10. En mi casa, padres e hijos discuten juntos los castigos							
11. Los miembros de mi familia nos sentimos muy unidos unos a otros							
12. En mi familia los hijos también toman decisiones							
13. Cuando mi familia se reúne para hacer alguna actividad en común, todo el mundo está presente							
14. En mi familia las reglas suelen cambiar							
15. Podemos pensar fácilmente actividades para hacer juntos en familia							
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros							
17. Los miembros de mi familia nos consultamos entre nosotros para tomar decisiones							
18. Es difícil identificar quien tiene la autoridad en nuestra familia							
19. La unión familiar es muy importante para nosotros							
20. En mi familia es difícil decir quien hace cada tarea doméstica							

MODELO CIRCUNFLEJO DE SISTEMAS FAMILIARES

SEGUIMIENTO

Poco ----- mucho

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. ¿Hasta que puntos consideran cumplidos los objetivos o metas que se plantearon al inicio del tratamiento?
2. ¿Ha surgido algún problema que haga pensar que merece la pena iniciar un nuevo tratamiento?
3. ¿Se han notado cambios en el proceso de la enfermedad que indiquen una mejora por mínima que esta sea?
4. ¿Han notado mejoría en otras áreas de sus vidas desde la finalización del tratamiento?
5. ¿Algún miembro de la familia a iniciado un tratamiento psicológico o psiquiátrico por cualquier tipo de problema desde la finalización del tratamiento?

ANEXO 2

FICHA CLÍNICA PSICOLÓGICA

Nombre de la institución_____

Fecha_____

Nº de ficha _____

1 Datos de filiación

Nombres y apellidos_____

Lugar y fecha de nacimiento_____

Edad_____

Sexo_____

Dirección_____

Ocupación_____

2 Motivo de consulta

Esquema Familiar

Nombre	Relación	Edad	E. Civil	Instrucción	Ocupación

GENOGRAMA

3 Antecedentes Familiares

Dinámica familiar (relaciones entre los miembros)

Psicopatía familiar

Actitud de los miembros de la familia frente al niño

Ausencia de padres en el hogar

4 Anamnesis Personal

A) Periodo Prenatal

Embarazo

- Deseado_____
- Aceptado_____
- no deseado_____
- intento de aborto_____
- causas_____
- control medico_____
- adicciones_____
- estado emocional_____

B) Período Natal

Parto

- a termino_____
- prematuro_____
- post maduro_____

Tipo

- normal_____
- Fórceps_____

- Cesaría_____
 - Inducción_____
 - Anoxia_____
 - Ictericia_____
 - Cianosis_____
 - Peso_____
 - Talla_____
 - Comportamiento de la familia frente al nacimiento_____
-

C) Periodo Post natal

Lactancia

- Seno_____
- Biberón_____
- Mixta_____

Dificultades en este periodo

Causas

Edad del destete

Desarrollo psicomotor

Lenguaje

Control de los esfínteres

Reacción del niño al ingresar a la escuela

Relación con los maestros

Relación con los compañeros

Aprovechamiento pedagógico

Comportamiento escolar

- Triste_____
- Sociable_____
- Alegre_____
- Activo_____
- Pasivo_____
- Competitivo_____
- Rebelde_____
- Agresivo_____
- Líder_____
- Sumiso_____
- Responsable_____

Forma de juego

- Individual_____
- Colectiva_____

Como reacciona ante burlas y abusos de compañeros

Hospitalización

Causas_____

Tiempo_____

Traumatismo craneal_____

Consecuencias_____

Atención medica inmediata_____

Actividad onírica_____

Hechos traumatizantes_____

Relaciones intrafamiliares (del niño con los demás)

Padre_____

Madre_____

Hermanos_____

Otros_____

D) Etapa escolar

Edad de ingreso_____

Reacción del niño el momento en que ingreso a la escuela_____

ENCUESTA

1. Nombre del niño

Edad:

2. Datos del padre

Nombre del padre

Edad

Ocupación

Nivel de escolaridad

En la familia del padre, ha manifestado alguien dificultades respiratorias?

3. Datos de la Madre

Nombre de la madre

Edad

Ocupación

Nivel de escolaridad

Numero de hijos

Edades

En la familia de la madre ha manifestado alguien dificultades respiratorias?

1. ¿Como es el trato del padre con sus hijos y que tiempo les dedica?
2. ¿Existe algún trato especial con el niño que presenta asma?
3. ¿Cómo es la relación de la madre con sus hijos y que tiempo les dedica?
4. ¿Cómo es la relación del niño con los hermanos?
5. ¿Afecta de alguna manera la enfermedad el proceso escolar y la relación con otros niños?

6. ¿Qué eventos anteriores a la crisis asmática han ocurrido a nivel familiar?
7. ¿Como son las relaciones de pareja?
8. ¿Como son las relaciones familiares antes de presentarse la crisis?
9. ¿Cómo reacciona cada uno de los padres ante la crisis y como esto repercute en la relación con sus otros hijos?
10. ¿A qué edad presento su primera crisis asmática?
11. ¿Cuál fue la reacción de la familia?
12. ¿Tuvo atención médica en ese momento?
13. ¿Cómo fue la reacción del niño?
14. ¿recuerda algún evento especial antes de producirse la primera crisis de asma en el niño?
15. ¿Cómo ha sido el desarrollo del asma en el niño y que conocimientos tienen ustedes acerca de la enfermedad?
16. ¿Con qué frecuencia se presentan sus crisis asmáticas?
17. ¿Cómo es la reacción del niño antes de estas?
18. ¿Qué reacciones se generan en el niño después de presentarse la crisis?

19. ¿Qué reacciones se generan en la familia al momento de presentarse la crisis del niño?
20. ¿Está el niño bajo algún proceso de control médico?
21. ¿Utiliza alguna droga permanente?
22. ¿Ha recibido algunas recomendaciones médicas especiales para el cuidado del niño? ¿Cuáles?
23. ¿Tiene el niño o ha tenido algún proceso de acompañamiento psicológico?
24. ¿Qué comentarios han recibido de parte del psicólogo acerca de las posibles causas psicológicas que estén generando la enfermedad en el niño?

FACES III-1ra Parte

Autores: Olson, Portner y Lavee (1985). Adaptación: Schmidt (2000). Traducción: Zamponi y Cois. (1997)

Edad: ____ Nivel de Instrucción: ____ Sexo: ____ Estado Civil: ____

Composición Familiar (aclarar edad de sus hijos): ____

Después de haber leído cada frase, coloque una X en el casillero que mejor describa cómo es su familia ahora. Es muy importante que responda a todas las frases con sinceridad. Muchas gracias.

	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	A VECES SI A VECES NO	POCAS VECES	CASI NUNCA	PUNTAJE	
1. Los miembros de mi familia se dan apoyo entre sí							
2. En mi familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas							
3. Aceptamos los amigos de los otros miembros de mi familia							
4. Los hijos también opinan sobre su disciplina							
5. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra propia familia							
6. Diferentes miembros de la familia pueden actuar como autoridad, según las circunstancias							
7. Los integrantes de mi familia se sienten más unidos entre sí que con la gente de afuera							
8. Mi familia cambia el modo de hacer las cosas							
9. A los miembros de mi familia les gusta pasar el tiempo libre juntos							
10. En mi casa, padres e hijos discuten juntos los castigos							
11. Los miembros de mi familia nos sentimos muy unidos unos a otros							
12. En mi familia los hijos también toman decisiones							
13. Cuando mi familia se reúne para hacer alguna actividad en común, todo el mundo está presente							
14. En mi familia las reglas suelen cambiar							
15. Podemos pensar fácilmente actividades para hacer juntos en familia							
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros							
17. Los miembros de mi familia nos consultamos entre nosotros para tomar decisiones							
18. Es difícil identificar quien tiene la autoridad en nuestra familia							
19. La unión familiar es muy importante para nosotros							
20. En mi familia es difícil decir quien hace cada tarea doméstica							

FACES III - 2da Parte

Después de haber leído cada frase, coloque una X en el casillero que mejor describa **¿cómo quisiera que fuese su familia?**. Es muy importante que responda a todas las frases con sinceridad. Muchas gracias.

	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	A VECES SI A VECES NO	POCAS VECES	CASI NUNCA	PONTAJE	
1. Los miembros de mi familia se dan apoyo entre si							
2. En mi familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas							
3. Aceptamos los amigos de los otros miembros de mi familia							
4. Los hijos también opinan sobre su disciplina							
5. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra propia familia							
6. Diferentes miembros de la familia pueden actuar como autoridad, según las circunstancias							
7. Los integrantes de mi familia se sienten más unidos entre sí que con la gente de afuera							
8. Mi familia cambia el modo de hacer las cosas							
9. A los miembros de mi familia les gusta pasar el tiempo libre juntos							
10. En mi casa, padres e hijos discuten juntos los castigos							
11. Los miembros de mi familia nos sentimos muy unidos unos a otros							
12. En mi familia los hijos también toman decisiones							
13. Cuando mi familia se reúne para hacer alguna actividad en común, todo el mundo está presente							
14. En mi familia las reglas suelen cambiar							
15. Podemos pensar fácilmente actividades para hacer juntos en familia							
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros							
17. Los miembros de mi familia nos consultamos entre nosotros para tomar decisiones							
18. Es difícil identificar quien tiene la autoridad en nuestra familia							
19. La unión familiar es muy importante para nosotros							
20. En mi familia es difícil decir quien hace cada tarea doméstica							

MODELO CIRCUNFLEJO DE SISTEMAS FAMILIARES

SEGUIMIENTO

Poco ----- mucho

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. ¿Hasta que puntos consideran cumplidos los objetivos o metas que se plantearon al inicio del tratamiento?
2. ¿Ha surgido algún problema que haga pensar que merece la pena iniciar un nuevo tratamiento?
3. ¿Se han notado cambios en el proceso de la enfermedad que indiquen una mejora por mínima que esta sea?
4. ¿Han notado mejoría en otras áreas de sus vidas desde la finalización del tratamiento?
5. ¿Algún miembro de la familia a iniciado un tratamiento psicológico o psiquiátrico por cualquier tipo de problema desde la finalización del tratamiento?

ANEXO 3

FICHA CLÍNICA PSICOLÓGICA

Nombre de la institución_____

Fecha_____

Nº de ficha _____

1 Datos de filiación

Nombres y apellidos_____

Lugar y fecha de nacimiento_____

Edad_____

Sexo_____

Dirección_____

Ocupación_____

2 Motivo de consulta

Esquema Familiar

Nombre	Relación	Edad	E. Civil	Instrucción	Ocupación

GENOGRAMA

3 Antecedentes Familiares

Dinámica familiar (relaciones entre los miembros)

Psicopatía familiar

Actitud de los miembros de la familia frente al niño

Ausencia de padres en el hogar

4 Anamnesis Personal

A) Periodo Prenatal

Embarazo

- Deseado_____
- Aceptado_____
- no deseado_____
- intento de aborto_____
- causas_____
- control medico_____
- adicciones_____
- estado emocional_____

B) Período Natal

Parto

- a termino_____
- prematuro_____
- post maduro_____

Tipo

- normal_____
- Fórceps_____

- Cesaría_____
 - Inducción_____
 - Anoxia_____
 - Ictericia_____
 - Cianosis_____
 - Peso_____
 - Talla_____
 - Comportamiento de la familia frente al nacimiento_____
-

C) Periodo Post natal

Lactancia

- Seno_____
- Biberón_____
- Mixta_____

Dificultades en este periodo

Causas

Edad del destete

Desarrollo psicomotor

Lenguaje

Control de los esfínteres

Reacción del niño al ingresar a la escuela

Relación con los maestros

Relación con los compañeros

Aprovechamiento pedagógico

Comportamiento escolar

- Triste_____
- Sociable_____
- Alegre_____
- Activo_____
- Pasivo_____
- Competitivo_____
- Rebelde_____
- Agresivo_____
- Líder_____
- Sumiso_____
- Responsable_____

Forma de juego

- Individual_____
- Colectiva_____

Como reacciona ante burlas y abusos de compañeros

Hospitalización

Causas_____

Tiempo_____

Traumatismo craneal_____

Consecuencias_____

Atención medica inmediata_____

Actividad onírica_____

Hechos traumatizantes_____

Relaciones intrafamiliares (del niño con los demás)

Padre_____

Madre_____

Hermanos_____

Otros_____

D) Etapa escolar

Edad de ingreso_____

Reacción del niño el momento en que ingreso a la escuela_____

ENCUESTA

1. Nombre del niño

Edad:

2. Datos del padre

Nombre del padre

Edad

Ocupación

Nivel de escolaridad

En la familia del padre, ha manifestado alguien dificultades respiratorias?

3. Datos de la Madre

Nombre de la madre

Edad

Ocupación

Nivel de escolaridad

Numero de hijos

Edades

En la familia de la madre ha manifestado alguien dificultades respiratorias?

1. ¿Cómo es el trato del padre con sus hijos y que tiempo les dedica?
2. ¿Existe algún trato especial con el niño que presenta asma?
3. ¿Cómo es la relación de la madre con sus hijos y que tiempo les dedica?
4. ¿Cómo es la relación del niño con los hermanos?
5. ¿Afecta de alguna manera la enfermedad el proceso escolar y la relación con otros niños?

6. ¿Qué eventos anteriores a la crisis asmática han ocurrido a nivel familiar?
7. ¿Cómo son las relaciones de pareja?
8. ¿Cómo son las relaciones familiares antes de presentarse la crisis?
9. ¿Cómo reacciona cada uno de los padres ante la crisis y como esto repercute en la relación con sus otros hijos?
10. ¿A qué edad presento su primera crisis asmática?
11. ¿Cuál fue la reacción de la familia?
12. ¿Tuvo atención médica en ese momento?
13. ¿Cómo fue la reacción del niño?
14. ¿recuerda algún evento especial antes de producirse la primera crisis de asma en el niño?
15. ¿Cómo ha sido el desarrollo del asma en el niño y que conocimientos tienen ustedes acerca de la enfermedad?
16. ¿Con que frecuencia se presentan sus crisis asmáticas?
17. ¿Cómo es la reacción del niño antes de estas?

18. ¿Qué reacciones se generan en el niño después de presentarse la crisis?
19. ¿Qué reacciones se generan en la familia al momento de presentarse la crisis del niño?
20. ¿Esta el niño bajo algún proceso de control medico?
21. ¿Utiliza alguna droga permanente?
22. ¿Ha recibido algunas recomendaciones médicas especiales para el cuidado del niño? ¿Cuáles?
23. ¿Tiene el niño o ha tenido algún proceso de acompañamiento psicológico?
24. ¿Qué comentarios han recibido de parte del psicólogo acerca de las posibles causas psicológicas que estén generando la enfermedad en el niño?

FACES III-1ra Parte

Autores: Olson, Portner y Lavee (1985). Adaptación: Schmidt (2000). Traducción: Zamponi y Cois. (1997)

Edad: ____ Nivel de Instrucción: ____ Sexo: ____ Estado Civil: ____

Composición Familiar (aclarar edad de sus hijos): ____

Después de haber leído cada frase, coloque una X en el casillero que mejor describa cómo es su familia ahora. Es muy importante que responda a todas las frases con sinceridad. Muchas gracias.

	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	A VECES SI A VECES NO	POCAS VECES	CASI NUNCA	PUNTAJE	
1. Los miembros de mi familia se dan apoyo entre sí							
2. En mi familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas							
3. Aceptamos los amigos de los otros miembros de mi familia							
4. Los hijos también opinan sobre su disciplina							
5. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra propia familia							
6. Diferentes miembros de la familia pueden actuar como autoridad, según las circunstancias							
7. Los integrantes de mi familia se sienten más unidos entre sí que con la gente de afuera							
8. Mi familia cambia el modo de hacer las cosas							
9. A los miembros de mi familia les gusta pasar el tiempo libre juntos							
10. En mi casa, padres e hijos discuten juntos los castigos							
11. Los miembros de mi familia nos sentimos muy unidos unos a otros							
12. En mi familia los hijos también toman decisiones							
13. Cuando mi familia se reúne para hacer alguna actividad en común, todo el mundo está presente							
14. En mi familia las reglas suelen cambiar							
15. Podemos pensar fácilmente actividades para hacer juntos en familia							
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros							
17. Los miembros de mi familia nos consultamos entre nosotros para tomar decisiones							
18. Es difícil identificar quien tiene la autoridad en nuestra familia							
19. La unión familiar es muy importante para nosotros							
20. En mi familia es difícil decir quien hace cada tarea doméstica							

FACES III - 2da Parte

Después de haber leído cada frase, coloque una X en el casillero que mejor describa **¿cómo quisiera que fuese su familia?**. Es muy importante que responda a todas las frases con sinceridad. Muchas gracias.

	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	A VECES SI A VECES NO	POCAS VECES	CASI NUNCA	PONTAJE	
1. Los miembros de mi familia se dan apoyo entre si							
2. En mi familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas							
3. Aceptamos los amigos de los otros miembros de mi familia							
4. Los hijos también opinan sobre su disciplina							
5. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra propia familia							
6. Diferentes miembros de la familia pueden actuar como autoridad, según las circunstancias							
7. Los integrantes de mi familia se sienten más unidos entre sí que con la gente de afuera							
8. Mi familia cambia el modo de hacer las cosas							
9. A los miembros de mi familia les gusta pasar el tiempo libre juntos							
10. En mi casa, padres e hijos discuten juntos los castigos							
11. Los miembros de mi familia nos sentimos muy unidos unos a otros							
12. En mi familia los hijos también toman decisiones							
13. Cuando mi familia se reúne para hacer alguna actividad en común, todo el mundo está presente							
14. En mi familia las reglas suelen cambiar							
15. Podemos pensar fácilmente actividades para hacer juntos en familia							
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros							
17. Los miembros de mi familia nos consultamos entre nosotros para tomar decisiones							
18. Es difícil identificar quien tiene la autoridad en nuestra familia							
19. La unión familiar es muy importante para nosotros							
20. En mi familia es difícil decir quien hace cada tarea doméstica							

MODELO CIRCUNFLEJO DE SISTEMAS FAMILIARES

SEGUIMIENTO

Poco ----- mucho

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. ¿Hasta que puntos consideran cumplidos los objetivos o metas que se plantearon al inicio del tratamiento?
2. ¿Ha surgido algún problema que haga pensar que merece la pena iniciar un nuevo tratamiento?
3. ¿Se han notado cambios en el proceso de la enfermedad que indiquen una mejora por mínima que esta sea?
4. ¿Han notado mejoría en otras áreas de sus vidas desde la finalización del tratamiento?
5. ¿Algún miembro de la familia a iniciado un tratamiento psicológico o psiquiátrico por cualquier tipo de problema desde la finalización del tratamiento?

ANEXO 4

FICHA CLINICA PSICOLOGICA

Nombre de la institución_____

Fecha_____

Nº de ficha _____

1 Datos de filiación

Nombres y apellidos_____

Lugar y fecha de nacimiento_____

Edad_____

Sexo_____

Dirección_____

Ocupación_____

2 Motivo de consulta

Esquema Familiar

Nombre	Relación	Edad	E. Civil	Instrucción	Ocupación

GENOGRAMA

3 Antecedentes Familiares

Dinámica familiar (relaciones entre los miembros)

Psicopatía familiar

Actitud de los miembros de la familia frente al niño

Ausencia de padres en el hogar

4 Anamnesis Personal

A) Periodo Prenatal

Embarazo

- Deseado_____
- Aceptado_____
- no deseado_____
- intento de aborto_____
- causas_____
- control medico_____
- adicciones_____
- estado emocional_____

B) Período Natal

Parto

- a termino_____
- prematuro_____
- post maduro_____

Tipo

- normal_____
- Fórceps_____

- Cesaría_____
 - Inducción_____
 - Anoxia_____
 - Ictericia_____
 - Cianosis_____
 - Peso_____
 - Talla_____
 - Comportamiento de la familia frente al nacimiento_____
-

C) Periodo Post natal

Lactancia

- Seno_____
- Biberón_____
- Mixta_____

Dificultades en este periodo

Causas

Edad del destete

Desarrollo psicomotor

Lenguaje

Control de los esfínteres

Reacción del niño al ingresar a la escuela

Relación con los maestros

Relación con los compañeros

Aprovechamiento pedagógico

Comportamiento escolar

- Triste_____
- Sociable_____
- Alegre_____
- Activo_____
- Pasivo_____
- Competitivo_____
- Rebelde_____
- Agresivo_____
- Líder_____
- Sumiso_____
- Responsable_____

Forma de juego

- Individual_____
- Colectiva_____

Como reacciona ante burlas y abusos de compañeros

Hospitalización

Causas_____

Tiempo_____

Traumatismo craneal_____

Consecuencias_____

Atención medica inmediata_____

Actividad onírica_____

Hechos traumatizantes_____

Relaciones intrafamiliares (del niño con los demás)

Padre_____

Madre_____

Hermanos_____

Otros_____

D) Etapa escolar

Edad de ingreso_____

Reacción del niño el momento en que ingreso a la escuela_____

ENCUESTA

1. Nombre del niño

Edad:

2. Datos del padre

Nombre del padre

Edad

Ocupación

Nivel de escolaridad

En la familia del padre, ha manifestado alguien dificultades respiratorias?

3. Datos de la Madre

Nombre de la madre

Edad

Ocupación

Nivel de escolaridad

Numero de hijos

Edades

En la familia de la madre a manifestado alguien dificultades respiratorias?

1. ¿Como es el trato del padre con sus hijos y que tiempo les dedica?
2. ¿Existe algún trato especial con el niño que presenta asma?
3. ¿Cómo es la relación de la madre con sus hijos y que tiempo les dedica?
4. ¿Cómo es la relación del niño con los hermanos?
5. ¿Afecta de alguna manera la enfermedad el proceso escolar y la relación con otros niños?

6. ¿Que eventos anteriores a la crisis asmática han ocurrido a nivel familiar?
7. ¿Como son las relaciones de pareja?
8. ¿Como son las relaciones familiares antes de presentarse la crisis?
9. ¿Cómo reacciona cada uno de los padres ante la crisis y como esto repercute en la relación con sus otros hijos?
10. ¿A qué edad presento su primera crisis asmática?
11. ¿Cuál fue la reacción de la familia?
12. ¿Tuvo atención médica en ese momento?
13. ¿Cómo fue la reacción del niño?
14. ¿recuerda algún evento especial antes de producirse la primera crisis de asma en el niño?
15. ¿Cómo ha sido el desarrollo del asma en el niño y que conocimientos tienen ustedes acerca de la enfermedad?
16. ¿Con que frecuencia se presentan sus crisis asmáticas?
17. ¿Cómo es la reacción del niño antes de estas?

18. ¿Qué reacciones se generan en el niño después de presentarse la crisis?
19. ¿Qué reacciones se generan en la familia al momento de presentarse la crisis del niño?
20. ¿Esta el niño bajo algún proceso de control medico?
21. ¿utiliza alguna droga permanente?
22. ¿Ha recibido algunas recomendaciones médicas especiales para el cuidado del niño? ¿Cuáles?
23. ¿Tiene el niño o ha tenido algún proceso de acompañamiento psicológico?
24. ¿Qué comentarios han recibido de parte del psicólogo acerca de las posibles causas psicológicas que estén generando la enfermedad en el niño?

FACES III-1ra Parte

Autores: Olson, Portner y Lavee (1985). Adaptación: Schmidt (2000). Traducción: Zamponi y Cois. (1997)

Edad: ____ Nivel de Instrucción: ____ Sexo: ____ Estado Civil: ____

Composición Familiar (aclare edad de sus hijos): ____

Después de haber leído cada frase, coloque una X en el casillero que mejor describa cómo es su familia ahora. Es muy importante que responda a todas las frases con sinceridad. Muchas gracias.

	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	A VECES SI AVECES NO	POCAS VECES	CASI NUNCA	PUNTAJE	
1. Los miembros de mi familia se dan apoyo entre sí							
2. En mi familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas							
3. Aceptamos los amigos de los otros miembros de mi familia							
4. Los hijos también opinan sobre su disciplina							
5. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra propia familia							
6. Diferentes miembros de la familia pueden actuar como autoridad, según las circunstancias							
7. Los integrantes de mi familia se sienten más unidos entre sí que con la gente de afuera							
8. Mi familia cambia el modo de hacer las cosas							
9. A los miembros de mi familia les gusta pasar el tiempo libre juntos							
10. En mi casa, padres e hijos discuten juntos los castigos							
11. Los miembros de mi familia nos sentimos muy unidos unos a otros							
12. En mi familia los hijos también toman decisiones							
13. Cuando mi familia se reúne para hacer alguna actividad en común, todo el mundo está presente							
14. En mi familia las reglas suelen cambiar							
15. Podemos pensar fácilmente actividades para hacer juntos en familia							
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros							
17. Los miembros de mi familia nos consultamos entre nosotros para tomar decisiones							
18. Es difícil identificar quien tiene la autoridad en nuestra familia							
19. La unión familiar es muy importante para nosotros							
20. En mi familia es difícil decir quien hace cada tarea doméstica							

FACES III - 2da Parte

Después de haber leído cada frase, coloque una X en el casillero que mejor describa **¿cómo quisiera que fuese su familia?**. Es muy importante que responda a todas las frases con sinceridad. Muchas gracias.

	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	A VECES SI A VECES NO	POCAS VECES	CASI NUNCA	PONTAJE	
1. Los miembros de mi familia se dan apoyo entre si							
2. En mi familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas							
3. Aceptamos los amigos de los otros miembros de mi familia							
4. Los hijos también opinan sobre su disciplina							
5. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra propia familia							
6. Diferentes miembros de la familia pueden actuar como autoridad, según las circunstancias							
7. Los integrantes de mi familia se sienten más unidos entre sí que con la gente de afuera							
8. Mi familia cambia el modo de hacer las cosas							
9. A los miembros de mi familia les gusta pasar el tiempo libre juntos							
10. En mi casa, padres e hijos discuten juntos los castigos							
11. Los miembros de mi familia nos sentimos muy unidos unos a otros							
12. En mi familia los hijos también toman decisiones							
13. Cuando mi familia se reúne para hacer alguna actividad en común, todo el mundo está presente							
14. En mi familia las reglas suelen cambiar							
15. Podemos pensar fácilmente actividades para hacer juntos en familia							
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros							
17. Los miembros de mi familia nos consultamos entre nosotros para tomar decisiones							
18. Es difícil identificar quien tiene la autoridad en nuestra familia							
19. La unión familiar es muy importante para nosotros							
20. En mi familia es difícil decir quien hace cada tarea doméstica							

MODELO CIRCUNFLEJO DE SISTEMAS FAMILIARES

SEGUIMIENTO

Poco ----- mucho

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. ¿Hasta que puntos consideran cumplidos los objetivos o metas que se plantearon al inicio del tratamiento?
2. ¿Ha surgido algún problema que haga pensar que merece la pena iniciar un nuevo tratamiento?
3. ¿Se han notado cambios en el proceso de la enfermedad que indiquen una mejora por mínima que esta sea?
4. ¿Han notado mejoría en otras áreas de sus vidas desde la finalización del tratamiento?
5. ¿Algún miembro de la familia a iniciado un tratamiento psicológico o psiquiátrico por cualquier tipo de problema desde la finalización del tratamiento?

ANEXO 5

FICHA CLINICA PSICOLOGICA

Nombre de la institución_____

Fecha_____

Nº de ficha _____

1 Datos de filiación

Nombres y apellidos_____

Lugar y fecha de nacimiento_____

Edad_____

Sexo_____

Dirección_____

Ocupación_____

2 Motivo de consulta

Esquema Familiar

Nombre	Relación	Edad	E. Civil	Instrucción	Ocupación

GENOGRAMA

3 Antecedentes Familiares

Dinámica familiar (relaciones entre los miembros)

Psicopatía familiar

Actitud de los miembros de la familia frente al niño

Ausencia de padres en el hogar

4 Anamnesis Personal

A) Periodo Prenatal

Embarazo

- Deseado_____
- Aceptado_____
- no deseado_____
- intento de aborto_____
- causas_____
- control medico_____
- adicciones_____
- estado emocional_____

B) Período Natal

Parto

- a termino_____
- prematuro_____
- post maduro_____

Tipo

- normal_____
- Fórceps_____

- Cesaría_____
 - Inducción_____
 - Anoxia_____
 - Ictericia_____
 - Cianosis_____
 - Peso_____
 - Talla_____
 - Comportamiento de la familia frente al nacimiento_____
-

C) Periodo Post natal

Lactancia

- Seno_____
- Biberón_____
- Mixta_____

Dificultades en este periodo

Causas

Edad del destete

Desarrollo psicomotor

Lenguaje

Control de los esfínteres

Reacción del niño al ingresar a la escuela

Relación con los maestros

Relación con los compañeros

Aprovechamiento pedagógico

Comportamiento escolar

- Triste_____
- Sociable_____
- Alegre_____
- Activo_____
- Pasivo_____
- Competitivo_____
- Rebelde_____
- Agresivo_____
- Líder_____
- Sumiso_____
- Responsable_____

Forma de juego

- Individual_____
- Colectiva_____

Como reacciona ante burlas y abusos de compañeros

Hospitalización

Causas_____

Tiempo_____

Traumatismo craneal_____

Consecuencias_____

Atención medica inmediata_____

Actividad onírica_____

Hechos traumatizantes_____

Relaciones intrafamiliares (del niño con los demás)

Padre_____

Madre_____

Hermanos_____

Otros_____

D) Etapa escolar

Edad de ingreso_____

Reacción del niño el momento en que ingreso a la escuela_____

ENCUESTA

1. Nombre del niño

Edad:

2. Datos del padre

Nombre del padre

Edad

Ocupación

Nivel de escolaridad

En la familia del padre, ha manifestado alguien dificultades respiratorias?

3. Datos de la Madre

Nombre de la madre

Edad

Ocupación

Nivel de escolaridad

Numero de hijos

Edades

En la familia de la madre a manifestado alguien dificultades respiratorias?

1. ¿Como es el trato del padre con sus hijos y que tiempo les dedica?
2. ¿Existe algún trato especial con el niño que presenta asma?
3. ¿Cómo es la relación de la madre con sus hijos y que tiempo les dedica?
4. ¿Cómo es la relación del niño con los hermanos?
5. ¿Afecta de alguna manera la enfermedad el proceso escolar y la relación con otros niños?

6. ¿Que eventos anteriores a la crisis asmática han ocurrido a nivel familiar?
7. ¿Como son las relaciones de pareja?
8. ¿Como son las relaciones familiares antes de presentarse la crisis?
9. ¿Cómo reacciona cada uno de los padres ante la crisis y como esto repercute en la relación con sus otros hijos?
10. ¿A qué edad presento su primera crisis asmática?
11. ¿Cuál fue la reacción de la familia?
12. ¿Tuvo atención médica en ese momento?
13. ¿Cómo fue la reacción del niño?
14. ¿recuerda algún evento especial antes de producirse la primera crisis de asma en el niño?
15. ¿Cómo ha sido el desarrollo del asma en el niño y que conocimientos tienen ustedes acerca de la enfermedad?
16. ¿Con que frecuencia se presentan sus crisis asmáticas?
17. ¿Cómo es la reacción del niño antes de estas?

18. ¿Qué reacciones se generan en el niño después de presentarse la crisis?
19. ¿Qué reacciones se generan en la familia al momento de presentarse la crisis del niño?
20. ¿Esta el niño bajo algún proceso de control medico?
21. ¿utiliza alguna droga permanente?
22. ¿Ha recibido algunas recomendaciones médicas especiales para el cuidado del niño? ¿Cuáles?
23. ¿Tiene el niño o ha tenido algún proceso de acompañamiento psicológico?
24. ¿Qué comentarios han recibido de parte del psicólogo acerca de las posibles causas psicológicas que estén generando la enfermedad en el niño?

FACES III-1ra Parte

Autores: Olson, Portner y Lavee (1985). Adaptación: Schmidt (2000). Traducción: Zamponi y Cois. (1997)

Edad: ____ Nivel de Instrucción: ____ Sexo: ____ Estado Civil: ____

Composición Familiar (aclare edad de sus hijos): ____

Después de haber leído cada frase, coloque una X en el casillero que mejor describa cómo es su familia ahora. Es muy importante que responda a todas las frases con sinceridad. Muchas gracias.

	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	A VECES SI AVECES NO	POCAS VECES	CASI NUNCA	PUNTAJE	
1. Los miembros de mi familia se dan apoyo entre sí							
2. En mi familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas							
3. Aceptamos los amigos de los otros miembros de mi familia							
4. Los hijos también opinan sobre su disciplina							
5. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra propia familia							
6. Diferentes miembros de la familia pueden actuar como autoridad, según las circunstancias							
7. Los integrantes de mi familia se sienten más unidos entre sí que con la gente de afuera							
8. Mi familia cambia el modo de hacer las cosas							
9. A los miembros de mi familia les gusta pasar el tiempo libre juntos							
10. En mi casa, padres e hijos discuten juntos los castigos							
11. Los miembros de mi familia nos sentimos muy unidos unos a otros							
12. En mi familia los hijos también toman decisiones							
13. Cuando mi familia se reúne para hacer alguna actividad en común, todo el mundo está presente							
14. En mi familia las reglas suelen cambiar							
15. Podemos pensar fácilmente actividades para hacer juntos en familia							
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros							
17. Los miembros de mi familia nos consultamos entre nosotros para tomar decisiones							
18. Es difícil identificar quien tiene la autoridad en nuestra familia							
19. La unión familiar es muy importante para nosotros							
20. En mi familia es difícil decir quien hace cada tarea doméstica							

FACES III - 2da Parte

Después de haber leído cada frase, coloque una X en el casillero que mejor describa **¿cómo quisiera que fuese su familia?**. Es muy importante que responda a todas las frases con sinceridad. Muchas gracias.

	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	A VECES SI A VECES NO	POCAS VECES	CASI NUNCA	PONTAJE	
1. Los miembros de mi familia se dan apoyo entre si							
2. En mi familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas							
3. Aceptamos los amigos de los otros miembros de mi familia							
4. Los hijos también opinan sobre su disciplina							
5. Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra propia familia							
6. Diferentes miembros de la familia pueden actuar como autoridad, según las circunstancias							
7. Los integrantes de mi familia se sienten más unidos entre sí que con la gente de afuera							
8. Mi familia cambia el modo de hacer las cosas							
9. A los miembros de mi familia les gusta pasar el tiempo libre juntos							
10. En mi casa, padres e hijos discuten juntos los castigos							
11. Los miembros de mi familia nos sentimos muy unidos unos a otros							
12. En mi familia los hijos también toman decisiones							
13. Cuando mi familia se reúne para hacer alguna actividad en común, todo el mundo está presente							
14. En mi familia las reglas suelen cambiar							
15. Podemos pensar fácilmente actividades para hacer juntos en familia							
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros							
17. Los miembros de mi familia nos consultamos entre nosotros para tomar decisiones							
18. Es difícil identificar quien tiene la autoridad en nuestra familia							
19. La unión familiar es muy importante para nosotros							
20. En mi familia es difícil decir quien hace cada tarea doméstica							

MODELO CIRCUNFLEJO DE SISTEMAS FAMILIARES

SEGUIMIENTO

Poco ----- mucho

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. ¿Hasta que puntos consideran cumplidos los objetivos o metas que se plantearon al inicio del tratamiento?
2. ¿Ha surgido algún problema que haga pensar que merece la pena iniciar un nuevo tratamiento?
3. ¿Se han notado cambios en el proceso de la enfermedad que indiquen una mejora por mínima que esta sea?
4. ¿Han notado mejoría en otras áreas de sus vidas desde la finalización del tratamiento?
5. ¿Algún miembro de la familia a iniciado un tratamiento psicológico o psiquiátrico por cualquier tipo de problema desde la finalización del tratamiento?

MODELO CIRCUNFLEJO

BAJA _____ COHESION _____ ALTA

DE SISTEMAS FAMILIARES

BAJA

CAOTICA

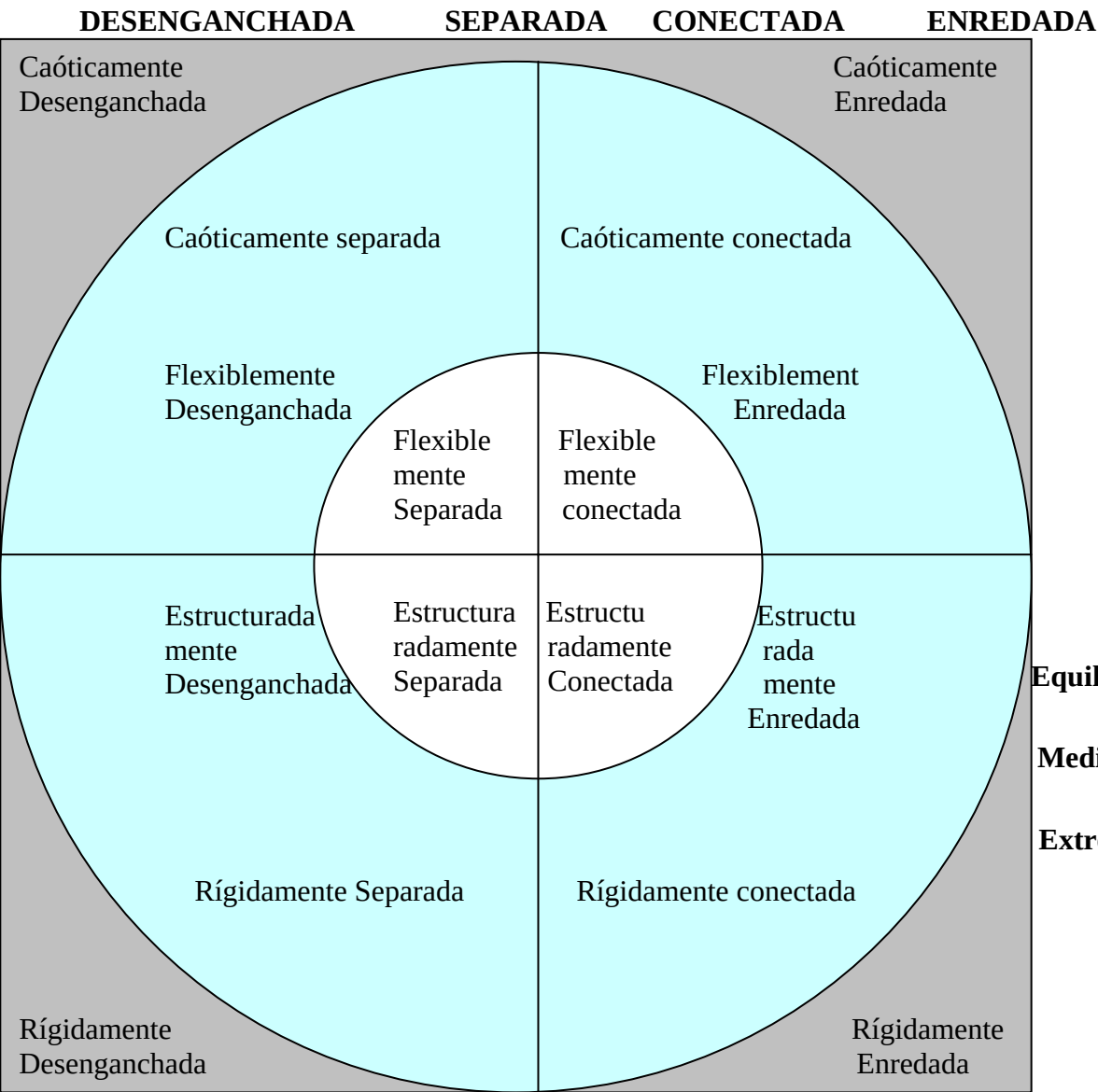
FLEXIBLE

ADAPATCION

ESTRUCTURADA

ALTA

RIGIDA



Equilibrada

Media

Extrema