



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN DEL  
PSICOLÓGO DE LA SALUD EN EL NIÑO  
ASMÁTICO Y SU FAMILIA**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A**

**PAULA PILAR DÍAZ LOMAS**

Directora: Lic. Juana Olvera Méndez

Dictaminadores: Mtra. Ester María Marisela Ramírez Guerrero

Mtro. Enrique Bernabé Cortés Vázquez



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2009



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

# AGRADECIMIENTOS

*Mamá*

*Gracias por todo tu apoyo y cariño incondicionales, por tu paciencia y presencia en los momentos más difíciles. Hoy te entrego este logro del cual tú eres la máxima colaboradora, gracias por tus consejos y por ser mi amiga incondicional, te amo mamá.*



*Uriel*

*Gracias amor por ser parte de mi vida, por tu paciencia y amor en estos años. Tú eres parte fundamental en la culminación de éste sueño. Gracias por todo tu apoyo, es un placer crecer a tu lado compartiendo mi vida y mis logros contigo. Siempre te voy a amar.*



*Jorge*

*Gracias hermanito por todos tus consejos y todo el apoyo para poder culminar este proyecto. Sabes que tú eres la inspiración de esto, jamás cambies y nunca olvides que puedes lograr todo lo que te propongas pues eres grande. Te quiero mucho.*



*Papá*

*Lo logre, hoy subo un peldaño más en mi vida, y esperando estés orgulloso de mi, te agradezco por hacer de mi una persona fuerte, y por estar presente en mi vida, Te quiero mucho.*



*Lic. Juana Olvera asesora de esta investigación*

*Gracias por tu excelente guía, por tus consejos y apoyo, mil gracias por la oportunidad de aprender de ti y por ayudarme a culminar uno de mis sueños.*



*Maestros, Marisela Ramírez y Enrique Cortes asesores de este proyecto, gracias por sus consejos y apoyo.*

*Odeth García*

*Gracias por tu amistad incondicional, por tu apoyo tus consejos y cariño. Eres una gran amiga.*



*A todas esas personas que fueron parte importante en mi formación profesional*

*Profesores: León Rogelio, Florencio Miranda, Olga Mejía, Juana Ávila, Rene Alcaraz, Jorge Montoya, Israel Trejo, entre otros.*

*Tita, Tere*

*Gracias por enseñarme a ser fuerte y por cuidarme desde el cielo, son mis ángeles de la guarda, siempre las recordare.*



*Ayuda y Solidaridad Con las Niñas I.A.P.*

*Dir. María Mar Estrada, personal y niñas de la institución, gracias por creer en mí y permitirme ser parte de ese gran equipo*

# ÍNDICE

PAGINA

<b>RESUMEN.....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>2</b>
<b>Capítulo 1. LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1. Salud y Psicología.....</b>	<b>5</b>
1.1.1. Origen y antecedentes de la psicología de la salud.....	8
1.1.2. Objetivos y tareas de la psicología de la salud.....	9
1.1.3. Modelos teóricos en psicología de la salud.....	12
1.1.4. Campo de Acción de la Psicología de la salud.....	20
1.1.5. Problemas a los que se dirige la psicología de la salud.....	21
<b>1.2. Áreas relacionada con la psicología de la salud.....</b>	<b>23</b>
1.2.1. Psicología Clínica.....	23
1.2.2. Medicina conductual.....	24
1.2.3. Medicina Psicosomática.....	25
1.2.4. Psicología Medica.....	26
<b>1.3. Niveles de Prevención en psicología de la salud.....</b>	<b>27</b>

<b>Capítulo 2. LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL TRASTORNO DEL ASMA BRONQUIAL INFANTIL.....</b>	<b>28</b>
<b>2.1. Descripción del trastorno Asmático.....</b>	<b>29</b>
2.1.1. Definición y sintomatología del asma bronquial.....	30
2.1.2. Diagnostico del asma bronquial.....	20
2.1.3. Enfermedades que se relacionan con el asma.....	32
<b>2.2. Factores que intervienen en el desencadenamiento del asma bronquial.....</b>	<b>36</b>
2.2.1. Factores psicológicos.....	38
2.2.1.1. Variables cognitivas.....	40
2.2.1.2. Variables emocionales.....	41
2.2.1.3. Variables conductuales.....	43
<b>2.3. Consecuencias psicológicas del asma.....</b>	<b>44</b>
2.3.1 Trastornos emocionales.....	44
2.3.2. Trastornos del comportamiento.....	46
2.3.3. Ausentismo y retraso escolar.....	47
2.3.4. Aislamiento Social.....	48
<b>2.4. Tratamiento del asma bronquial.....</b>	<b>49</b>
2.4.1.Tratamiento medico.....	50
2.4.1.1. Preventivo.....	51
2.4.1.2. De emergencia.....	52

2.4.2.Tratamiento Psicológico.....	54
2.4.2.1. Fase informativa y educativa al paciente y a la familia.....	55
2.4.2.2. Programas de automanejo.....	58
2.4.2.3. Técnicas conductuales.....	59
2.4.2.4. Retroalimentación positiva (Biofeedback).....	60
2.4.2.5. Desensibilización sistemática.....	62
2.4.2.6. Terapias emocionales.....	63
2.4.2.7. Relajación.....	64
<b>2.5. Adherencia al tratamiento.....</b>	<b>65</b>

### **Capitulo 3. EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL PROCESO**

<b>SALUD-ENFERMEDAD.....</b>	<b>72</b>
<b>3.1. La familia.....</b>	<b>73</b>
3.1.1. Tipos de familia.....	74
3.1.2. Estructura familiar.....	75
3.1.3 Ciclo vital de la familia.....	77
<b>3.2. El impacto de la enfermedad en la familia.....</b>	<b>82</b>
3.2.1. La respuesta familiar.....	82
3.2.3. Alteraciones en la estructura familiar.....	85

<b>3.3. La dinámica familiar en la en la asimilación y manejo de la enfermedad crónica.....</b>	<b>88</b>
3.3.1. Pautas organizativas.....	88
3.3.2. Procesos de comunicación.....	92
3.3.3. Pautas multigeneracionales y ciclo vital familiar.....	93
3.3.4. Sistema de creencias de la familia.....	95

**Capitulo 4. IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN EL MANEJO  
DEL ASMA BRONQUIAL INFANTIL.....98**

<b>4.1. Impacto del asma infantil en la familia.....</b>	<b>101</b>
----------------------------------------------------------	------------

<b>4.2. Problemas familiares relacionados con el asma infantil.....</b>	<b>104</b>
4.2.1. Económicos.....	105
4.2.2. Sociales.....	106
4.2.3. Psicológicos.....	107
4.2.3.1. Sobreprotección.....	107
4.2.3.2. Problemas de pareja.....	108
4.2.3.3. Problemas entre hermanos.....	109
4.2.3.4. Problemas emocionales.....	110

<b>4.4. Medidas de prevención que la familia del niño asmático debe adoptar para el buen manejo de la enfermedad.....</b>	<b>111</b>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------



<b>Capítulo 5. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA COMO APOYO AL TRATAMIENTO DEL ASMA INFANTIL.....</b>	<b>114</b>
<b>5.1. Evaluación.....</b>	<b>117</b>
<b>5.2. Intervención.....</b>	<b>121</b>
5.2.1. Educación.....	121
5.2.2. Intervención Psicológica con el niño y su familia.....	125
5.2.2.1. Restructuración cognitiva.....	126
5.2.2.2. Modificación de conductas.....	129
5.2.2.3. Entrenamiento en técnicas psicológicas para la reducción del estrés y ansiedad.....	131
5.2.3. Intervención familiar.....	134
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>140</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>144</b>
<b>ANEXOS</b>	
Anexo 1. Uso del Inhalador	
Anexo 2. Uso del Flujómetro	
Anexo 3. Formato para el autorregistro	
Anexo 4. Cuestionario para evaluar la sobreprotección familiar	
Anexo 5. Cuestionarios para evaluar la funcionalidad familiar	
Anexo 6. Cuestionario para evaluar la adherencia terapéutica	
Anexo 7. Técnica de relajación	

## **RESUMEN**

La psicología de la salud es uno de los campos de actuación profesional que mayor desarrollo ha experimentado en México en las dos últimas décadas. Esta se centra fundamentalmente en las enfermedades crónicas.

El objetivo del presente trabajo es analizar el papel del psicólogo de la salud en el tratamiento del asma infantil. Se expone las premisas básicas de la psicología de la salud, así como las principales características del asma bronquial y su tratamiento, y finalmente la importancia que tienen la familia para el adecuado manejo de la enfermedad y la necesidad de trabajar conjuntamente con el médico el tratamiento al niño y la intervención con la familia. Se presenta una propuesta de intervención dirigida al niño asmático y a sus familiares.

Dada la importante repercusión que una enfermedad tiene sobre el paciente y sobre su familia se concluye que es muy importante que el psicólogo de la salud intervenga tanto con el niño asmático como con sus familiares, con el objetivo de lograr una mejor asimilación y adopción de la enfermedad, una correcta adherencia terapéutica y sobretodo una estabilidad emocional en todos los miembros de la familia con el fin de evitar se desencadenen otras enfermedades.

## INTRODUCCIÓN

La salud es un asunto de vital importancia para todos. En las últimas décadas ha habido un giro en el modelo de salud, pasándose a considerarla como algo que hay que desarrollar y no como algo que hay que conservar. Sin dejar de lado lo curativo se pone interés en la promoción y orientación de la salud. Es por esto que a finales de la década de los setenta surgió la Psicología de la salud (Oblitas y Becoña, 2000) La psicología de la salud es una rama de la psicología que nace a finales de los años 70 dentro de un modelo biopsicosocial según el cual la enfermedad física es el resultado no sólo de factores médicos, sino también de factores psicológicos (emociones, pensamientos, conductas, estilo de vida, estrés) y factores sociales (influencias culturales, relaciones familiares, apoyo social, etcétera.). Todos estos factores interactúan entre sí para dar lugar a la enfermedad.

La psicología de la salud se centra fundamentalmente en las enfermedades crónicas, y las investigaciones y desarrollo de planes de intervención se han centrado en enfermedades tan diversas como la hipertensión, dolor crónico, artritis, asma, diabetes, cáncer, trastornos cardiovasculares, enfermedades reumáticas, diabetes, SIDA, intestino irritable, dolor de cabeza, úlcera, dismenorrea, enfermedad inflamatoria intestinal, etcétera.

En el presente trabajo se aborda la importancia que tiene la intervención del psicólogo de la salud en el tratamiento del asma infantil, así como la importante necesidad de trabajar con la familia los cambios y reestructuraciones necesarios para enfrentar la enfermedad, con el fin de mejora de la calidad de vida tanto del niño como de sus familiares y logrando al mismo tiempo una mejor adherencia al tratamiento.

El capítulo I está enfocado a los antecedentes y campos de acción de la psicología de la salud, los modelos teóricos en los que basa su intervención, así como las áreas que tienen una estrecha relación con dicha disciplina y los niveles de prevención a los que esta se dirige.

En el capítulo II se describe el trastorno asmático, los síntomas que lo caracterizan, los estudios que se tienen que realizar para confirmar el diagnóstico y las enfermedades que se relacionan con dicho padecimiento. También se describen los factores psicológicos, físicos y ambientales que intervienen en los desencadenamientos de las crisis asmáticas, los cuales son de gran utilidad al momento de evaluar y conformar un modelo secuencial (modelo EORC). Posteriormente se analizan las consecuencias que pueden tenerse ante dicha enfermedad y finalmente se aborda el tratamiento que requiere el asma bronquial, incluyendo tratamiento médico y psicológico; así como adherencia terapéutica.

El asma bronquial es uno de los padecimientos más frecuentes en niños y adolescentes, según datos de la Secretaría de Salud Pública. En México, entre el 5 y 15% de niños padece asma, sin embargo cerca de un 50% de estos niños dejarán de padecer esta enfermedad cuando llegan a la adolescencia. Las estadísticas proporcionadas por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) indican que en los últimos diez años el asma bronquial ha logrado un incremento del 30% entre niños y adolescentes (Caso, 2006).

La enfermedad, produce una alteración en la calidad de vida y también una transformación en las relaciones entre sujeto y su entorno, (Benedito y López, 1992). La familia del niño asmático juega un papel muy importante en la evaluación y tratamiento de la enfermedad, dado que es imposible separar al niño asmático de su entorno familiar. Partiendo de este punto las repercusiones de la enfermedad sobre la familia son tantas como las que puede generar la familia sobre la evolución de la enfermedad misma. Es por ello que en el capítulo III se presenta el papel de la familia en el proceso salud-enfermedad; haciendo mención de los diferentes tipos

de familia que existen y del impacto que la enfermedad causa sobre estos, así como la importancia de la dinámica familiar en la asimilación y manejo de la enfermedad.

Posteriormente, en el capítulo IV se aborda la importancia que tienen la familia en el manejo del asma bronquial infantil, el impacto que esta enfermedad específicamente tiene sobre la dinámica familiar y los problemas que se desencadenan por ello, así como el abordaje de las medidas de prevención que la familia de los niños asmáticos deben adoptar para el buen manejo de la enfermedad.

Finalmente, en el capítulo V se presenta una propuesta de intervención psicológica como apoyo al tratamiento del asma bronquial infantil, la cual está dirigida al niño y a su familia.

# CAPÍTULO I

## LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

### 1.1. Salud y Psicología

La salud es un asunto de vital importancia para todos. En las últimas décadas ha habido un giro en el modelo de salud, pasándose a considerarla como algo que hay que desarrollar y no como algo que hay que conservar. Sin dejar de lado lo curativo se pone interés en la promoción y orientación de la salud. Es por esto que a finales de la década de los setenta surgió la Psicología de la salud (Oblitas y Becoña, 2000), la cual se centra en el cambio de concepto de salud y en el interés del papel que desempeñan los procesos psicosociales en el binomio salud-enfermedad (León, R.; Medina, S.; Barriga, S.; Ballesteros, A y Herrera, I. 2004).

Piña (1991), propone que es necesario un nuevo concepto de salud, en el cual sería importante resaltar el importantísimo papel que juegan los aspectos psicológicos en la salud y la enfermedad, porque como señala Rachman, (1980) dado que los aspectos psicológicos influyen en todas las ramas de la medicina el psicólogo no tiene que reducir su actividad a los problemas psicopatológicos pues la psicología puede suministrar concepciones propias sobre la salud y sus problemas. Ribes (1990), por su parte afirma que la dimensión psicológica de la salud radica en que, en última instancia, la prevención, la curación, rehabilitación o inicio de la enfermedad implican la participación del individuo actuando, (Godoy, 1999).

De esta forma la salud queda definida como: Un proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre las dimensiones y competencias individuales (biopsicosociales) y características ambientales (biofísicas, sanitarias y socioeconómicas) cuyo resultado es un caracterizado por el equilibrio y el correspondiente bienestar biopsicosocial, siendo la enfermedad la pérdida, momentánea o duradera, de dicho equilibrio dinámico, acompañada de los

correspondientes trastornos, síntomas, discapacidades o necesidades físicas y/o sociales. O como plantea Santacreu (1991, en *Godoy, 1999; pág.43*):

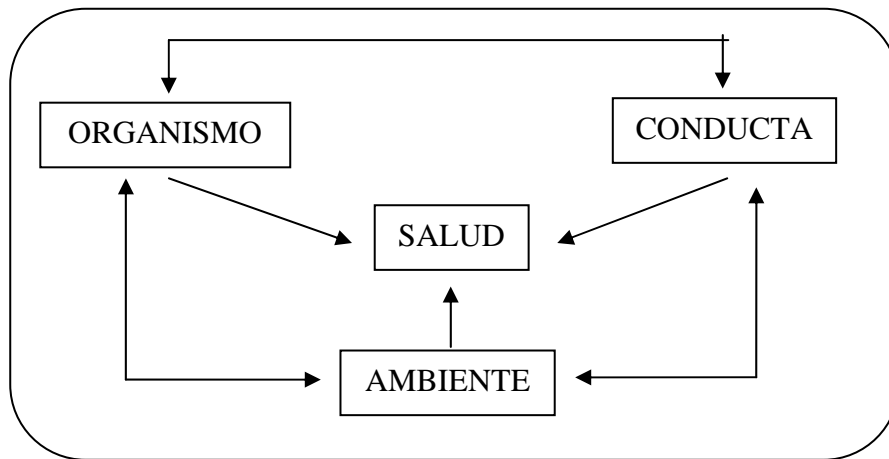
La salud y la enfermedad deben ser entendidas como el estado actual de las relaciones entre el organismo y el ambiente o ecosistema en que este se desenvuelve, siendo la resultante las relaciones o respuestas a corto o largo plazo inadaptativas o desadaptadas, estando la capacidad de adaptación de un individuo a su ambiente o ecosistema determinada por los recursos biológicos y psicológicos que posee el individuo y las experiencias o presiones del propio ecosistema.

Latorre y Beneit (1992) hacen un listado por porcentajes de los principales factores de influencia al comienzo y durante el transcurso de la enfermedad

- estilo de vida 51%
- factores biológicos 20%
- influencias ambientales 19%
- cuidados de la salud 10%

Como se puede observar el estilo de vida (los hábitos comportamentales) son los principales responsables de la salud; lo importante es que estas conductas pueden ser modificadas y repercutir la prevención de algunas enfermedades, a su vez en muchos problemas crónicos de salud el individuo necesita aprender nuevas conductas o modos de comportamiento para no empeorar su condición, es ahí donde la psicología de la salud hace su intervención.

Según esto, la salud depende de una relación de equilibrio como se representa en la figura 1.



**Figura 1.1.:** Modelo biopsicoambiental de salud  
(Buela, Caballo y Sierra, 1996).

Este modelo *biopsicoambiental* resulta de gran utilidad para explicar la génesis del mantenimiento de las enfermedades crónicas o funcionales que se han convertido en las actuales, dado que la causa no está en el organismo sino en la interacción organismo-conducta-ambiente. Por lo tanto, el objetivo ya no es tratar la enfermedad, sino conseguir y mantener un equilibrio entre estos tres factores. Así la psicología adquiere un papel fundamental en el abordaje de este tipo de enfermedades. Esto ha quedado de manifiesto en las reiteradas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la necesidad de intervenir en salud y la consideración de que la psicología es importante en más de la mitad de los objetivos que plantea la OMS y es crucial en doce de ellos (Buela, Caballo y Sierra, 1996).

### **1.1.1. Origen y antecedentes de la psicología de la salud**

La Psicología se vinculó, pues, al mundo de la salud desde la perspectiva de la enfermedad mental, como psicología clínica, colaborando estrechamente con la



psiquiatría. La salud y la enfermedad física no entraron en el panorama de la Psicología hasta casi finales de la década de los 70. En esos momentos, gracias a los tremendos avances de la medicina científica, se había producido un aumento espectacular de la expectativa de vida de los seres humanos, y una sustitución de las enfermedades agudas/infecciosas por las enfermedades crónicas como principales responsables de la morbilidad y mortalidad. Al mismo tiempo fue creciendo la convicción de que las personas que sufren enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades de transmisión sexual, a menudo las han contraído o agravado como resultado de su comportamiento descuidado, peligroso o insalubre. Los malos hábitos alimentarios, el abuso del alcohol y del tabaco, la negativa a cumplir con las prescripciones sobre la higiene y/o la seguridad, y la falta de destrezas de afrontamiento del estrés generado por acontecimientos vitales, son algunos de los comportamientos más relevantes a ese respecto.

El comportamiento juega, además, no sólo un papel causal en el desarrollo, curso y resultado de la enfermedad, sino también como causa de discapacidad física, es por tal motivo que, los psicólogos se fueron implicando cada vez más en el análisis y consideración de tales comportamientos, y, posteriormente, en la de los concomitantes psicológicos de muchas condiciones de salud que hasta ahora se habían considerado como de naturaleza exclusivamente física o médica. Eso amplió el campo de las relaciones entre Psicología y Salud, y generó, en parte, el nacimiento de una nueva área de aplicación de la psicología al campo de la salud.

Matarazzo, (1980) define a La psicología de la salud como el agregado de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de enfermedades, así como la identificación de correlatos etiológicos y de diagnóstico de salud, enfermedad y disfunciones. (Phares, 1996, pag. 452).

Se trata pues de una disciplina que tiene una vocación aplicada, a emplear los principios y métodos científicos de la psicología para mejorar la salud de las

personas, evitar o eliminar la enfermedad y cuando esto sea inevitable, reducir los efectos sobre el bienestar personal; añadiendo el análisis y mejora de los sistemas de vigilancia y cuidado de la salud (León, R.; Medina, S.; Barriga, S.; Ballesteros, A y Herrera, I. 2004).

### **1.1.2. Objetivos y tareas de la psicología de la salud**

La división de Psicología de la Salud de la Asociación Americana de Psicología (APA) ha establecido diez objetivos prioritarios para la psicología de la salud (Buela, Caballo y Sierra, 1996):

- 1) Comprender y evaluar la interacción existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.
- 2) Entender como las teorías, los principios y métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques biomédicos en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad.
- 3) Comprender la naturaleza de la respuesta de estrés y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.
- 4) Entender como los métodos y técnicas conductuales y cognitivas pueden ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés.
- 5) Desarrollar las habilidades necesarias para diseñar y aplicar programas cuyo objetivo sea el de crear o incrementar hábitos y estilos de vida personales de salud.
- 6) Comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamientos para sus molestias y problemas.

- 7) Ser consiente del estado y de las condiciones experimentadas por los pacientes en el ámbito hospitalario, así como de los factores que afectan la adherencia a los tratamientos médicos y las fuentes de problemas en lo que a las relaciones medico paciente se refiere.
- 8) Entender las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y médicos para reducir el dolor y como se combinan estos para mejorar la eficacia del tratamiento.
- 9) Ser consientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los propios pacientes y sus familias.
- 10) Descubrir y entender como las técnicas y los principios psicológicos pueden aplicarse para ayudar a los pacientes a afrontar y tratar de controlar las enfermedades crónicas.

León, y cols. (2004) mencionan que algunas de las tareas que el psicólogo de la salud debe realizar para este objetivo son:

- a) Elaborar modelos integrados de organización y gestión de los servicios de salud.
- b) Crear equipos de apoyo comunitario para hacer frente a las necesidades más urgentes de la comunidad.
- c) Desarrollar programas que generen actitudes favorables hacia el uso racional y solidario de los servicios de salud.
- d) Entrenamiento en habilidades de dirección y gestión a los responsables de los distintos centros de salud para que puedan lograr un adecuado clima organizacional que facilite la ejecución de las tareas y funciones del centro, así como optimizar los recursos del mismo.
- e) Facilitar la coordinación y funcionamiento del equipo sanitario.

- f) Formar al personal de la salud en las modernas técnicas de organización y aprovechamiento de recursos, materiales y pacientes, con el objeto de mejorar las prestaciones del sistema.
- g) Desarrollar programas para el cuidado del cuidador, ya que una mejor calidad de vida laboral de los profesionales sanitarios contribuye a la mejora de la prestación de sus servicios, y por lo tanto, en la salud de los usuarios. Esto a través de programas orientados a reducir el estrés ocupacional e incrementar la competencia profesional.

Como ya se pudo observar el principal eje de la psicología de la salud es la conducta de los individuos y la influencia de esta en la salud, que para su estudio se dividen en dos tipos:

- conductas de salud: incluyen todos aquellos comportamientos que promueven o potencian un estado de salud general, puede ser el seguir una dieta balanceada o hace ejercicio.
- Conductas reductoras de riesgo: son todas aquellas conductas que contribuyen a minimizar el riesgo asociado a determinados trastornos o enfermedades, como ejemplo tenemos el no fumar o llevar puesto el cinturón de seguridad al manejar.

Estas conductas de salud son muy importantes, ya que pueden convertirse en hábitos. Un hábito de salud es una conducta relacionada con la salud que está firmemente establecida y arraigada en el repertorio comportamental del individuo y que se pone en marcha de una forma automática, sin que exista una clara conciencia de ello por parte del individuo.

### **1.1.3. Modelos Teóricos En Psicología De La Salud**

Los modelos nos dan un marco referencial para saber por donde empezar, que pasos seguir, y que técnicas necesitamos para influir un cambio en las conductas de las personas. Los modelos explicativos acerca de por que las personas ponen en practica determinadas conductas de salud y sobre como desarrollar de forma eficaz hábitos de salud, son múltiples y muy diversos. (León, Medina, Barriaga, Ballesteros y Herrera, 2004). En el campo de la prevención en salud se ha trabajado con una serie de modelos referidos al componente cognitivo. Es bien sabido para la Psicología de la Salud que se destacan:

- Modelo de creencias en salud
- Modelo de la acción razonada
- Modelo del proceso de la adopción de precauciones

### **Modelo De Creencias Sobre La Salud**

Uno de los modelos mas utilizados para explicar por que las personas ponen en practica determinadas conductas de salud, es el *Modelo de Creencias sobre la Salud* de Rosenstock (1966, en: Latorre y Beneit 1992). En la figura 1.2 se presenta una representación esquemática del modelo Este modelo señale que los factores que determinan la conducta de salud son de dos tipos:

- la percepción de amenazas sobre la propia salud
- las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir estas amenazas.

La percepción de las amenazas contra la salud, se encuentra determinada, a su vez, por tres factores:

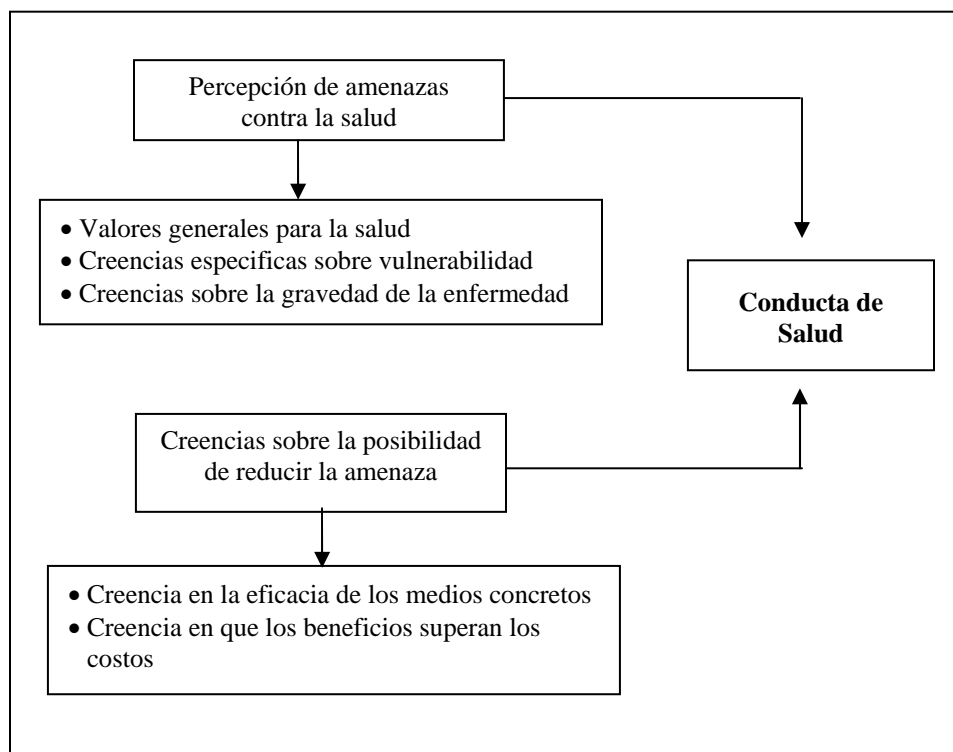
- valores generales sobre la salud
- creencias especificas sobre la propia vulnerabilidad ante la enfermedad.
- Creencias sobre la gravedad de la enfermedad.

Las creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza están en función de otros dos factores

- creencia en la eficacia de las medidas concretas para reducir las amenazas.
- Convicción de que los beneficios de la medida superan sus costos.

El reto con el que se enfrenta la psicología de la salud es la modificación de actitudes y conductas de salud, una cuestión muy importante en este proceso es la motivación del individuo para dicho cambio del comportamiento, si los individuos son persuadidos de que determinados hábitos son perjudiciales para su salud, estarán motivados para cambiar dichos hábitos. Para ello se han utilizado dos tipos de comunicaciones para el cambio de actitudes relacionadas con la salud:

- Mensajes de contenido básicamente emocional, que recurren a provocar miedo y amenazas para la salud
- Mensajes de contenido básicamente informativo sobre cuestiones relativas a los hábitos de salud.



**Figura 1.2.:** Representación esquemática del Modelo de Creencias sobre la salud. (Latorre y Beneit, 1992).

El modelo de creencias sobre la salud, cuenta con algunas tareas propias de la educación para la salud y la modificación de algunos hábitos (Green y Simons 1968, en: Latorre y Beneit, 1992), dichas tareas son:

- 1°. Proporcionar una evaluación realista de los riesgos asociados a determinadas conductas perjudiciales para la salud. No es conveniente exagerar los riesgos, pero tampoco limitarlos. Se trata de evitar elevados niveles de ansiedad y/o temor, pues pueden ocasionar un bloqueo del lenguaje
- 2°. Ayudar a los individuos a desarrollar un punto de vista realista acerca de la susceptibilidad ante la amenaza de salud en cuestión. Se pueden proporcionar ejemplos de personas que han padecido la enfermedad y con las que puedan identificarse. Es importante evitar la aparición de actitudes fatalistas frente a la amenaza.
- 3°. Incrementar la confianza de los receptores del mensaje en la conducta de salud recomendada. Dar explicaciones sencillas acerca de los mecanismos fisiológicos y psicológicos de la conducta en cuestión. Se pueden presentar testimonios de personas que se beneficiaron con acciones similares
- 4°. Corregir cualquier punto de vista erróneo o exagerado sobre los riesgos y dificultades que puede implicar la conducta de salud recomendada. Cuando las personas creen que una práctica de salud puede entrañar riesgos, es típica la aparición de un dilema emocional que con frecuencia resuelve no haciendo nada. La mejor estrategia es, retirar las barreras que dificulten la práctica de una conducta de salud.

- 5°. Proporcionar recordatorios frecuentes de la necesidad y oportunidad para ciertas conductas de salud. Cuando las personas están predispuestas para llevar a cabo determinado comportamiento de salud, a veces una señal recordatoria constituye el mecanismo que desencadena la acción.
- 6°. Incrementar en los individuos el valor que conceden a la propia salud. Se puede describir cómo la buena salud contribuye decisivamente en el bienestar y a conseguir el éxito en las distintas actividades vitales y personales.

### **Modelo de la teoría de Acción Razonada**

Esta teoría fue desarrollada por Fishbein y Ajzen (1975), e integra un grupo de variables que se encuentran relacionadas con la toma de decisiones a nivel conductual. Estos autores entienden al ser humano como un animal racional que procesa la información o la utiliza sistemáticamente. (León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004)

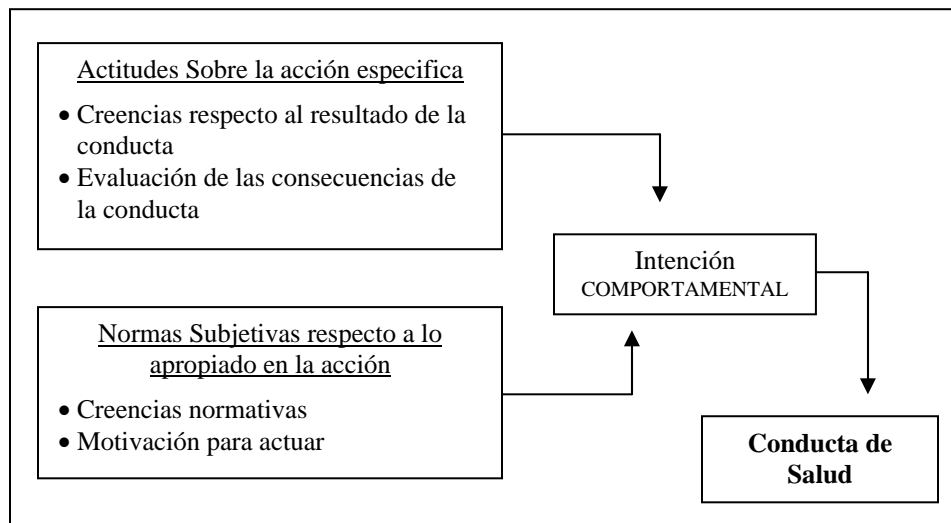
Este modelo fue propuesto para entender la relación entre creencias, actitudes, intenciones y comportamientos de los individuos. La teoría permite mostrar cómo esta información puede ser empleada para el desarrollo de programas educativos o de otro tipo cuyo objetivo sea determinado en términos específicos. Y nos dice que la mejor forma de predecir la conducta es conocer las intenciones de una persona. Una intención representa un compromiso de la persona para actuar de cierta manera y es un fuerte predico de la conducta manifiesta.

En la figura 1.3 se muestra el esquema latitudinal propuesto por Fishbein y Ajzen. Este modelo predice por ejemplo que una persona dejara de fumar (cambio comportamental) o no comenzara a hacerlo (conducta de salud), si cree que el



fumar produce graves problemas de salud o cree que los demás esperan que él no fume, y esta positivamente motivado a hacerlo (Latorre y Beneit, 1992).

El modelo de la acción razonada ofrece la ventaja, frente al de creencias de la salud, de estar asentado en una importante línea de investigación, ya tradicional en psicología social, sobre actitudes y creencias humanas y su modificación. Su aplicación al control de la obesidad, tabaquismo, drogadicción o planificación familiar, ha resultado de bastante utilidad. (León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004)

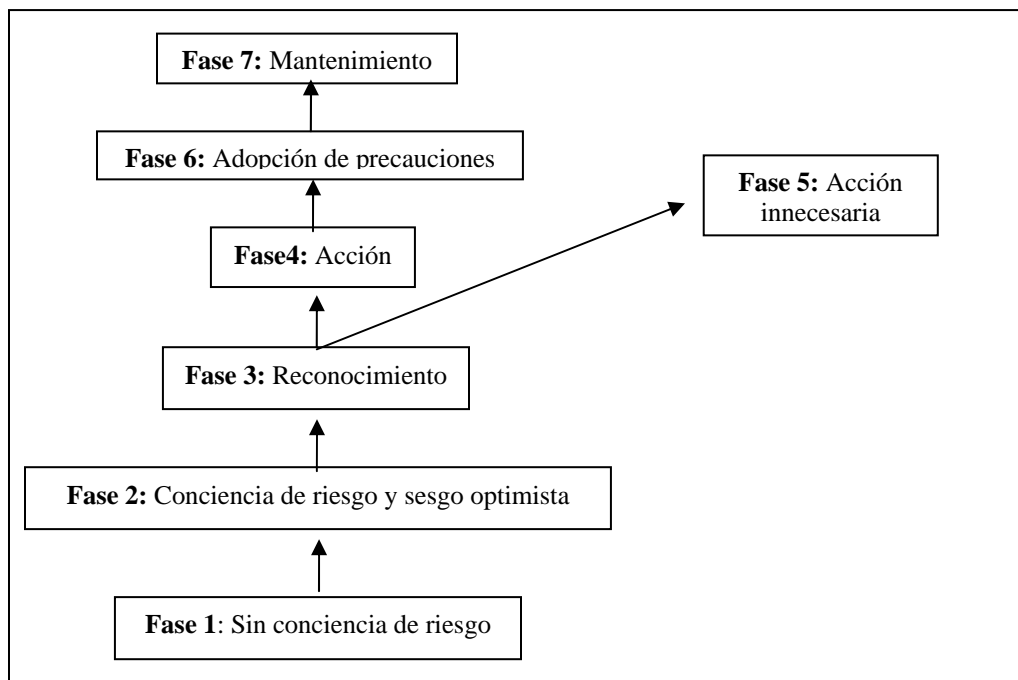


**Figura 1.3.:** Representación esquemática del modelo de la Acción Razonada. (Latorre y Beneit, 1992).

### **Modelo de la adopción de precauciones**

Este modelo fue propuesto por Weinstein en 1988. Este autor sostiene que el modelo de creencias sobre la salud y la teoría de la acción razonada se limitan a

identificar aquellas variables que pueden influir en la adopción de comportamientos relacionados con la salud, pero no profundizan en el modo de cómo estas se pueden combinar para predecir la probabilidad de que una persona realice un comportamiento particular. Según este modelo cuando las personas se enfrentan a la necesidad de adoptar comportamientos protectores de la salud, atraviesan siete etapas de creencias en su propia susceptibilidad. En la figura 1.4 se ilustra el esquema de este modelo. Cada una de estas etapas representa una ecuación combinatoria particular de las variables que pueden influir en las acciones de cada individuo.



**Figura 1.4.:** Representación del modelo de adopción de precauciones.

(León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004).

Dichas etapas no son atravesadas por las personas de forma inevitable e incluso pueden desplazarse de una a otra en sentido inverso. León y cols. (2004) describen que las siete etapas que las personas atraviesan en su disposición de adoptar un comportamiento orientado a la salud son las siguientes:

**Fase 1** - Sin conciencia de riesgo: las personas no tienen información acerca de que su comportamiento sea peligroso para su salud y por lo tanto, no son conscientes del riesgo

**Fase 2** - Conciencia de riesgo y sesgo optimista: Adquieren conciencia de riesgo y creen que los otros también corren dicho riesgo, pero mantienen un sesgo optimista; es decir, creen que ciertos comportamientos son peligrosos pero que solo asechan a los demás.

**Fase 3** - Reconocimiento: aceptan la idea de que la prevención podría ser eficaz en su caso, pero aun no se han decidido a entrar en acción.

**Fase 4** - Acción: las personas deciden pasar a la acción, tomar medidas de precaución si como cambiar o adquirir comportamientos.

**Fase 5** – Acción innecesaria: Paralela mente a la fase anterior pueden decidir que dicha acción es innecesaria aun sabiendo los riesgos que corren.

**Fase 6** – Adopción de la precaución: Adoptan comportamientos destinados a reducir riesgos

**Fase 7** – Mantenimiento: Las personas logran mantener la precaución en caso de ser necesario.

Antes de entrar en acción las personas deben superar el sesgo optimista y tener la percepción de que los beneficios relativos de las precauciones son muy superiores a los costes asociados a ellas. A este modelo se le puede criticar su incapacidad para valorar los factores sociales, étnicos y demográficos que influyen al comportamiento de las personas que desean promoverla salud.

#### **1.1.4. Campo de acción de la psicología de la salud**

El campo de la psicología de la salud es multidisciplinario (medicina, sociología, antropología, trabajo social, medicina y otras ciencias biológicas), por lo que la investigación en salud se hace en colaboración con otros profesionales. León, Medina, Barriaga, Ballesteros y Herrera, (2004), delimitan el campo de acción de la psicología de la salud en tres puntos:

- **La promoción de la salud y prevención de la enfermedad**

Capacitando a las personas y comunidades para aumentar su control sobre los determinantes psicosociales de su salud y, por lo tanto, conservarla y mejorarla.

La promoción consiste en instaurar o aumentar aquellos comportamientos que están asociados, de forma positiva, con salud; mientras que en la prevención se trata de reducir o eliminar aquellas conductas que suponen un riesgo para la salud y modificando algunos factores ambientales que pueden ponerla en peligro

- **El Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad**

Incluye el análisis y modificación de los factores psicosociales asociados al padecimiento de una enfermedad en cada uno de sus factores.

El psicólogo de la salud identifica y evalúa los factores de riesgo de carácter psicológico de algunas enfermedades. Así como acompañar al paciente a lo largo del proceso de tratamiento y rehabilitación para memorizar algunas situaciones amenazantes que el paciente puede experimentar como: ansiedad, angustia, desorientación, sentimientos de incapacidad, miedo, etcétera., (León, Medina, Barriaga, Ballesteros y Herrera, Op.cit.), las cuales interfieren de manera directa sobre la evolución de la enfermedad y la adherencia al tratamiento todo esto a través de distintas técnicas psicológicas en su mayoría cognitivas conductuales que son un gran complemento al tratamiento médico..

- **la mejora del sistema de cuidado de la salud**

Con el fin de lograr una mayor eficacia y calidad de sus prestaciones y servicios, en varios países ya se acepta la existencia de un modelo integral de salud donde se combinen, entre otras la ciencia médica y la psicológica, ya que es indudable que hay conductas que fomentan la salud y conductas de riesgo, además de que la

enfermedad altera el comportamiento y a la inversa, hay conductas que desencadenan enfermedades.

En México aun no se logra el completo reconocimiento de la labor del psicólogo en el campo de la salud, por lo que el trabajo es arduo y deberá enfocarse hacia las principales tareas y objetivos mencionados en este capítulo.

### **1.1.5. Problemas a los que se dirige la psicología de la salud**

El psicólogo de la salud se ocupa oficialmente de todos los problemas psicológicos ligados al proceso de la enfermedad (diagnóstico, padecimiento, tratamiento, curación y rehabilitación). Así, la Psicología de la Salud puede ocuparse del impacto psicológico del diagnóstico de una enfermedad grave, o del impacto psicosocial de la hospitalización, o de la preparación psicológica para la cirugía a fin de facilitar la recuperación post-quirúrgica, de la calidad de vida ligada a tratamientos con efectos secundarios muy agresivos.

Naturalmente, el psicólogo de la salud también se ocupa de resolver los problemas que pueden plantearse en la relación médico-paciente: comunicación, toma de decisiones y cumplimiento de prescripciones. Finalmente, se ocupa de los problemas que el propio profesional sanitario padece derivados del ejercicio de su trabajo. Algunas otras actividades a las que se enfoca el psicólogo de la salud son:

- Problemas de adherencia al tratamiento.
- Problemas asociados a la asunción del rol de enfermo.
- Trastornos emocionales derivados de la enfermedad.
- Problemas vinculados con el apoyo familiar.
- Problemas psicológicos asociados a los cambios permanentes producidos por la enfermedad o lesión y de adaptación al medio.

La lista de enfermedades a las que se puede dirigir la psicología de la salud es numerosa entre ellas se encuentran:

• Adicciones	• Obesidad
• Úlceras	• Hiperhidrosis
• Hipertensión	• Arritmia cardiaca
• Bulimia y anorexia	• Encopresis
• Tics	• Parálisis Cerebral
• Epilepsia	• Urticaria
• Psoriasis	• Cefaleas
• Insomnio	• Entre otros
• <b>Asma</b>	• Lesiones en la medula espinal

## **1.2. Áreas relacionadas con la psicología de la salud**

Existen otras disciplinas que estudian aspectos similares a los de la Psicología de la Salud y aunque difieren de la misma, también se aplican a ella, en esta ocasión se abordaran solo aquellas en las que la psicología tiene una intervención directa; tal como la psicología clínica, la medicina comportamental y la medicina psicosomática, las cuales son explicadas a continuación:

### **1.2.1. Psicología Clínica**

Tradicionalmente se ha definido a la psicología clínica como un campo de aplicación de conocimientos enfocados a entender y mejorar la conducta humana. Es el campo de la psicología que se dirige al estudio, diagnóstico o tratamiento de problemas o *trastornos psicológicos* o conducta anormal. Se dedica al bienestar humano y se enfatiza en la búsqueda del conocimiento.

Los problemas que enfrentan los psicólogos clínicos son diversos; algunos reflejan condiciones médicas, distorsiones del desarrollo psicológico y de experiencias personales, y otros se correlacionan de manera directa con las tensiones de la vida social cotidiana. Las intervenciones van desde formas de terapia individual, familiar, terapia de grupo intervención social y comunitaria; el rango de pacientes incluye niños, adolescentes, adultos, ancianos, trabajadores y ejecutivos, no importa la clase social y los escenarios van desde consultorios, escuelas, clínicas y hospitales. (Reynoso y Seligson, 2005).

La psicología clínica tiene cuatro orientaciones teóricas primarias: Psicodinámica, Humanista, Cognitiva comportamental y Terapia familiar.

El campo de acción es muy grande y abarca desde pequeños desajustes en la relación del individuo con su medio (neurosis, fobias, timidez, etcétera.), hasta patologías, como la esquizofrenia, que desestructuran casi por completo la personalidad del sujeto y cuyo tratamiento presenta muchas dificultades. Trull y Phares (2003), refieren que la cantidad y clase de los problemas a los que se aplica la psicología clínica es muy extensa, sin embargo mencionan que entre los principales trastornos que el psicólogo clínico atiende se encuentran: depresión, ansiedad, psicosis, trastornos de personalidad, retardo mental, adicciones, discapacidad de aprendizaje, delincuencia juvenil, problemas vocacionales, dificultades sexuales, entre otros.

La psicología clínica difiere de la psicología de la salud en cuanto al abordaje del problema. Mientras que la psicología de la salud se encarga de prevención de la enfermedad y la promoción de la salud la psicología clínica se encarga de mejorar la calidad de vida.

### **1.2.2. Medicina Conductual**

La medicina conductual consiste precisamente en la aplicación de las técnicas del conductismo (por ejemplo las técnicas aversivas, el refuerzo positivo, el biofeedback) para la modificación de las conductas que resultan peligrosas para la salud corporal. La medicina conductual puede ayudar al enfermo fundamentalmente de tres maneras: actuando directamente sobre la enfermedad corporal, como en los casos de cefaleas, obesidad, insomnio, hipertensión y enfermedades coronarias; ayudándole a realizar las prescripciones médicas (ingesta de medicinas, ejercicios físicos, dieta,...); y, finalmente, enseñándole a modificar las conductas que constituyen factores de riesgo para su enfermedad.

El campo de trabajo del psicólogo implica la interacción multidisciplinaria entre médicos – sociólogos – psiquiatras – enfermeras - trabajadores sociales y psicólogos (Reynoso y Seligson, 2005). Podría decirse que la medicina conductual parece centrarse más en el tratamiento y rehabilitación de las enfermedades.

En contraste con la medicina psicosomática, el modelo conductual emplea la técnica del aprendizaje y la terapia se centra en el ambiente del individuo, más que en su personalidad. La medicación de conducta es su eje de intervención, así como estrategias para la evaluación y metodologías para la investigación. La modificación de conducta usa los principios derivados del análisis experimental de la conducta de Skinner y la teoría del aprendizaje social de Bandura, esto para modificar conductas desadaptativas o inculcar más hábitos adaptativos (Rodríguez, 1984).

### **1.2.3. Medicina psicosomática**

La medicina psicosomática surgió como un primer intento de investigar, dentro del área médica, las relaciones entre las variables psicológicas y los problemas de salud. Las enfermedades psicosomáticas son los trastornos corporales cuya causa es psíquica. (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).



Para los profesionales de la Medicina Psicosomática, hay muchos pacientes cuyas enfermedades no son causadas de modo exclusivo o prevalente por factores orgánicos sino que su proceso patológico no es más que el reflejo de un sufrimiento psíquico, emocional, afectivo, personal o social.

La medicina psicosomática se rige principalmente por dos corrientes teóricas, que son el psicoanálisis y la teoría cognitiva.

Entre las patologías psicosomáticas más frecuentes se encuentran las depresiones, los trastornos de la conducta alimentaria, las adicciones, el alcoholismo, las jaquecas, el estrés, los reumatismos y los trastornos de ansiedad, entre otras. La hipertensión arterial, la enfermedad coronaria y las enfermedades metabólicas, como la gota o la diabetes, son también ejemplos de patología eminentemente psicosomática (Uribe 2006).

#### **1.2.4. Psicología medica**

La psicología médica ha sido definida como el estudio de factores psicológicos relacionados en cualquier aspecto de enfermedad y salud física así como a su tratamiento a nivel individual o grupal. (Reinoso y Seligson, 2005). La psicología médica es una sub-área de la psicología clínica. Reúne los conocimientos de los aspectos psicológicos y los problemas médicos para tratarlos como un todo. Estudia y aplica los conocimientos de las ciencias biomédicas con las ciencias sociomédicas con la finalidad obtener información científica y de prestar sus servicios.

La relación entre estas distintas aéreas es tan estrecha que resulta muy difícil marcar límites entre ellas, Amigo y colaboradores (1995), sostienen que en la práctica es muy complicado llevar hasta sus últimas consecuencias una postura unitaria, ya que implicaría un replanteamiento integral de la postura y la creación

de un tronco disciplinar común que podría girar en torno a las llamadas ciencias de la salud.

### 1.3. Niveles de prevención en Psicología De La Salud

Desde el punto de vista de la psicología de la salud, aparte del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, la prevención se percibe como fundamental. La prevención ha sido dividida tradicionalmente por los médicos en tres niveles, pero Reynoso y Seligson (2005), consideran importante considerar cuatro categorías las cuales abarcan:

- a) **Prevención Primaria:** Consiste en intervenciones para prevenir enfermedades como por ejemplo vacunas o cambios conductuales y medioambientales.
- b) **Prevención secundaria:** se trata de una intervención temprana que puede incluir un tratamiento de la enfermedad y que sirve para minimizar su seriedad, como puede ser los exámenes para la detección temprana del cáncer.
- c) **Prevención Terciaria:** es una intervención que busca minimizar las complicaciones de una enfermedad establecida, en la cual probablemente se incluya la medicina clínica, dicha intervención puede incluir un régimen dietética e insulínico para pacientes con diabetes, con el fin de prevenir un daño orgánico.
- d) **Prevención cuaternaria:** incluye esfuerzos de rehabilitación capaces de impedir un mayor deterioro después que la enfermedad ha sido tratada, haciendo énfasis en reducir al máximo la incapacidad o incrementar habilidades de afrontamiento, ejemplo de esto pueden ser las terapias físicas o de lenguaje.

Otro nivel que cabría mencionar es el de **Promoción**, el cual tiene como finalidad dar a conocer las medidas o cuidados que se pueden tomar para prevenir alguna enfermedad, como ejemplo se encuentra la difusión de las campañas de vacunación y la fomento del uso del preservativo.

# **CAPÍTULO II**

## **PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA BRONQUIAL**

En Los trastornos Respiratorios se encuentran implicados una serie de factores psicológicos que actúan en el origen o en el mantenimiento de la sintomatología de dicho trastorno.

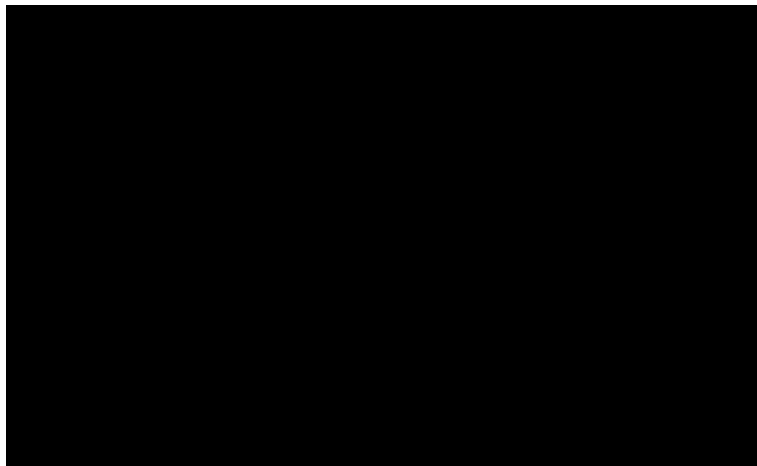
Si bien el asma no está causada por problemas psíquicos o emocionales, sí es cierto que estos factores juegan un papel importante en las agudizaciones. El estrés y los factores psicológicos pueden provocar las crisis asmáticas y agravar los síntomas del paciente.

Las personas que padecen esta enfermedad y sus familiares poco o nada saben sobre esta, Si el medico les informa que tienen asma se angustian, piensan que se van a morir y que tendrán que tomar medicamentos de por vida y que tendrán una vida limitada en todos los aspectos.

Es por ello que en el asma los factores psicológicos juegan un papel importante en la percepción y conciencia de la severidad de la enfermedad, la adhesión al tratamiento, el manejo de la enfermedad por parte del paciente y la habilidad para mantener una adecuada contracción de los músculos respiratorios durante una crisis de asma.

### **2.1. Descripción De Trastorno Asmático**

El asma es una afección común que en muchas ocasiones, continua siendo mal diagnosticada e insuficientemente tratada. (Benedito, 1993). Es además el padecimiento más frecuente en niños y adolescentes, según datos de la Secretaria de Salud Pública, en México, entre el 5 y 15% de niños padece asma, en la grafica numero 2.1 se ilustra dicho porcentaje; cerca de un 50% de estos niños dejaran de padecer esta enfermedad cuando llegan a la adolescencia. Las estadísticas Proporcionadas por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) indican que en los últimos diez años el asma bronquial ha logrado un incremento del 30 % entre niños y adolescentes. (Caso, 2006)



Grafica 1: Prevalencia del asma en niños y jóvenes  
Moreno, (2005)

### **2.1.1. Definición y sintomatología del asma bronquial**

Asma es un vocablo de origen griego, *astma*, que significa jadeo (Quezada, 2001), dicho padecimiento es definido por la organización mundial de la salud (OMS) y por la iniciativa global para el asma (GINA, por sus siglas en ingles) como una

enfermedad crónica inflamatoria de las vías respiratorias, asociado a la hiperrespuesta bronquial a una gran variedad de estímulos y la obstrucción bronquial reversible caracterizada por la dificultad para respirar (Sienra, Del Río y Baeza, 1999).

Los síntomas más comunes de dicho padecimiento son: tos, disnea (dificultad para respirar), silbilancias, polipnea (respiración rápida), respiración corta, taqipnea (respiración superficial y rápida) y en niños mayores opresión y/o dolor torácica y fatiga. La tos es una manifestación muy importante en el paciente asmático, misma que se ha observado acompañada de disnea y/o silbilancias, o como manifestación única, (COMAAIPE, 2006). Antes de la aparición de una crisis asmática puede presentarse fatiga sin motivo aparente, irritabilidad y disminución del apetito.

### **2.1.2. Diagnostico Del Asma bronquial**

Para diagnosticar el asma se toman en cuenta los síntomas antes mencionados, sin embargo para fundamentar dicho diagnostico es primordial la realización de otros estudios (Sienra, Del Río y Baeza, 1999), Quezada (2001) en su libro *Asma, aprenda a vivir con ella*, enlista los estudios que son necesarios realizar para dar un buen diagnostico de asma bronquial, entre los que se encuentran:

- **Espirometría**

Esta prueba es útil para medir la función pulmonar y consiste en que el paciente sople por una boquilla, lo más rápido y fuerte que pueda, con el fin de medir la cantidad de aire que expulsa por los pulmones y la velocidad con que este sale, ya que cuando hay una crisis asmática la velocidad disminuye, los resultados son procesados, graficados y comparados con valores de referencia normales ya

estandarizados de acuerdo a la estatura, edad y grupo étnico de los pacientes. (COMAAIPE, 2006).

- **Oximetría de pulso**

Es un complemento importante de la espirometría, consta en la determinación de la saturación de oxígeno en la sangre.

- **Radiografía de tórax y de senos paranasales**

Dicho mostrara un tórax normal y por lo tanto será de utilidad para descartar otras enfermedades respiratorias que pueden ser confundidas con asma, y en cuanto a la radiografía de senos paranasales servirá para descartar sinusitis.

- **Estudios sanguíneos**

Generalmente estos se realizan para medir la concentración de Inmonoglobina E (IgE), este estudio ayuda a definir la posibilidad de una etiología alérgica en el asma, también ayuda a precisar el diagnostico en lactantes con silbilancias tempranas. La IgE total se encuentra elevada en más del 75% de los pacientes con asma alérgica (COMAAIPE, 2006); cuando se realiza este estudio generalmente se piden pruebas de copro descartar la existencia de parásitos intestinales ya que estos pueden provocar elevación de IgE.

- **Pruebas cutáneas**

Son diversas pruebas o exámenes utilizados para determinar las sustancias a las cuales una persona es alérgica, estas pruebas ayudan a precisara con exactitud el alergen que contribuye a la detonación de las crisis asmáticas.

### **2.1.3. Enfermedades que se relacionan con el asma**

Los estudios mencionados anteriormente son de mucha utilidad para realizar un buen diagnóstico del asma bronquial pero sobretodo para no dar un diagnóstico equivocado, pues hay muchas enfermedades que comparten algunos síntomas con el asma y que en muchas ocasiones puede llegar a confundirse, entre las enfermedades más comunes se encuentran (COMAAIPE, 2006):

- **Bronquitis**

Infección de los bronquios producida por distintos virus y se manifiesta básicamente por silbidos y dificultad respiratoria

- **Enfermedad por reflujo gastroesofágico y trastornos de la deglución**

tiene síntomas como bronco aspiración, tos o crisis de bronco espasmo

- **Tuberculosis**

Enfermedad infecciosa, sus principales signos y síntomas son tos con flema por más de 15 días, fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso

- **Edema pulmonar**

Generalmente es causado por insuficiencia cardíaca. A medida que el corazón deja de funcionar, la presión en las venas que van al pulmón comienza a elevarse provocando una hinchazón, sus síntomas son dificultad e insuficiencia respiratoria, sonidos roncós al respirar, silbilancias, tos y piel pálida.

- **Neumonía o Pulmonar**

Enfermedad infecciosa con síntomas como tos, aumento de la frecuencia respiratoria (polipnea), hundimiento de las costillas, disnea, Quejido en el pecho como asmático al respirar, entre otros.

- **Fibrosis quística**

Es un trastorno que causa la formación y acumulación de un moco espeso y pegajoso, afectando fundamentalmente a pulmones, intestinos, páncreas e hígado. La dificultad para respirar es el síntoma más común.

A su vez, existen también otras enfermedades que están muy relacionadas con el asma bronquial y que contribuyen a que las crisis se desencadenen o agraven. Es muy común que en los niños asmáticos se observen cuadros clínicos de rinitis alérgica, conjuntivitis alérgicas, dermatitis atópica y sinusitis (Quezada, 2001), a continuación se describen los síntomas y características de cada una (Alexander y Godoy, 1980):

- **Rinitis alérgica**

Es una enfermedad que afecta a la mucosa nasal y produce estornudos, comezón, obstrucción nasal, secreciones nasales y en ocasiones falta de olfato. Suele ser muy persistente y dar síntomas diarios, aunque dependiendo de la causa de la inflamación puede dar síntomas solo en ciertas temporadas. Las alergias son causadas por una respuesta inmunitaria hipersensible. Normalmente, el sistema inmunitario protege al cuerpo de sustancias nocivas como bacterias y virus.

- **conjuntivitis alérgicas**

La conjuntivitis alérgica es un padecimiento caracterizado por la inflamación de la conjuntiva ocular (Parte blanca del ojo) y es ocasionado por diferentes causas: pólenes, ácaros del polvo casero, hongos, y es exacerbada por el humo de tabaco, vapores químicos, solventes, uso de lentes de contacto y contaminación ambiental. Clínicamente se manifiesta por hiperemia conjuntival (inflamación del ojo), hormigueo e irritación ocular, lagrimeo y fotofobia (sensibilidad a la luz). Su presentación puede ser estacional o perenne.



- **. dermatitis atópica**

Es un padecimiento crónico y recurrente de la piel que se caracteriza por lesiones con enrojecimiento, picazón intensa, y frecuentemente resequedad en diferentes partes del cuerpo, y que se presenta en brotes agudos, por tiempos e intensidad variables, y con períodos "sanos" en la mayoría de los casos. Además se caracteriza por manifestar una reactividad muy alta de la piel a estímulos físicos e irritantes directos, y una mayor susceptibilidad a cierto tipo de infecciones cutáneas (como los hongos ó el estafilococo). El estrés es otro más de los factores que influyen en éste padecimiento, así como también lo son: el exceso de sudor; de sol; de frío; el roce con ropas ásperas; el contacto directo con sustancias irritantes como los solventes, jabones, detergentes, combustibles, y ciertos metales, los alimentos son los factores alérgicos mas frecuentes.

- **Sinusitis**

La sinusitis se refiere a la inflamación de los senos paranasales y, generalmente, las causas son una infección por virus, bacterias o por hongos. Los senos paranasales son espacios llenos de aire situados alrededor de la frente, las mejillas y los ojos que están recubiertos de membrana mucosa. Los senos paranasales saludables son estériles (es decir, no contienen bacterias ni otros organismos) y abiertos, lo que permite que la mucosa drene y que el aire circule. Cuando los senos paranasales se inflaman, se bloquean de mucosa y se pueden infectar. Cada año, más de 30 millones de personas (adultos y niños por igual) sufren de sinusitis. Los síntomas clásicos de la sinusitis usualmente se presentan después de un resfriado que no mejora o uno que empeora después de 5 a 7 días, entre los síntomas mas comunes se encuentran: congestión y secreción nasal, garganta irritada y goteo posnasal (sensación de moco que baja por detrás de la garganta), dolor de cabeza opresivo, dolor detrás de los ojos, dolor detrás de los dientes o sensibilidad facial, tos, fiebre, mal aliento, perdida olfativa, fatiga y malestar general.

En estos casos no es raro que en quienes tienen rinitis alérgica, ésta se complique con sinusitis, asunto que en la mayoría de las veces genera un círculo vicioso: la rinitis se complica con sinusitis y esta sinusitis sensibiliza al paciente volviéndolo más susceptible a desarrollar crisis asmáticas y por lo tanto a perpetuar su rinitis alérgica (Quezada, 2001).

## **2.2. Factores que intervienen en el desencadenamiento del asma bronquial**

Los factores que intervienen en el asma se pueden dividir en tres tipos según su efecto sobre la persona. De esta forma tenemos los factores predisponentes, los inductores y los desencadenantes de crisis asmáticas.

- a) **Factores Predisponentes:** son de carácter personal y pueden hacer que una persona sea más susceptible a padecer asma, algunas personas tienen una sensibilidad genética al desarrollo de asma. (Benedito, 1993). Un niño sin padres alérgicos o asmáticos tiene un riesgo de 9 a 18% de padecer la enfermedad, mientras que esta probabilidad se incrementa al 50% cuando uno de los padres es alérgico, y al 70% cuando ambos padres padecen asma o alergias. (Huerta, y Penagos, 2004). Y aunque el asma puede afectar a cualquier persona, es más prevalente en los niños que en las niñas.
  
- b) **Factores Inductores:** son aquellos que en un sujeto no asmático pueden poner en marcha alteraciones orgánicas que conseguirán que los bronquios reaccionen de una manera distinta y se convierta en un sujeto asmático. Entre ellos se encuentran las infecciones respiratorias y el humo del tabaco. (Benedito, 1993).
  
- \* **Infecciones de las vías respiratorias:** determinadas infecciones víricas en la primera infancia pueden desencadenar un estado de sensibilidad bronquial

que sea el inicio del asma. La infección puede alterar el revestimiento de los bronquios, facilitando la entrada de los alérgenos y también dan lugar a la inflamación de las mucosas respiratorias y al espasmo bronquial. (Benedito, Op.cit.).

- \* **Humo Del Tabaco:** la exposición *in útero* al humo del tabaco se encuentra relacionada con el crecimiento deficiente de los pulmones y limitaciones de las pruebas de función pulmonar. (Huerta, y Penagos, 2004). El hábito de fumar en los padres es un factor ambiental negativo que influye en la presentación de asma en un niño predispuesto. (Gila y Martín, 2000).

c) **Factores desencadenantes de crisis asmáticas:** Son aquellos que ponen en marcha mecanismos que provocan un estrechamiento de las vías respiratorias (Benedito, Op.cit.), entre estos se encuentran:

- **Alérgenos:** Es una sustancia que puede provocar una reacción alérgica. Los alérgenos son sustancias que, en algunas personas, el sistema inmunitario las reconoce como extrañas o peligrosas, de hecho, más del 80 % de las personas con asma son alérgicas a uno o más sustancias, son la causa más frecuente de crisis asmáticas agudas, además de que los alérgenos son causales persistentes de asma moderada ó severa. Estos son algunos ejemplos de alérgenos:
  - Polen
  - Hongos
  - Caspas de animales
  - Polvo casero y ácaros del polvo
  - Plumas
  - Algunos alimentos

- **Ejercicio:** El ejercicio también puede desencadenar un ataque asmático. Se estima que el 85% de asmáticos alérgicos tienen síntomas de broncoespasmo (silbilancias) después del ejercicio. El ejercicio al aire libre con frío y a baja humedad (aire seco) tiende a empeorar los síntomas ya que se cree que ambos factores aumentan la pérdida de calor de las vías respiratorias. La obstrucción nasal empeora el asma inducida por ejercicio ya que el aire inspirado no es humedecido y calentado por la nariz. Los contaminantes ambientales (como el dióxido de sulfuro), las concentraciones altas de pólenes y las infecciones virales de las vías respiratorias aumentan la probabilidad y la severidad de las silbilancias inducidas por el ejercicio.

La exposición a los desencadenantes puede conducir a una crisis asmática de varias formas. Puede agravar la inflamación preexistente de las vías respiratorias e incrementar la cantidad de mucosidad que éstas segregan. También puede hacer que los músculos que hay alrededor de las vías respiratorias se tensen, estrechándolas todavía más.

### **2.2.1. Factores psicológicos que intervienen en las crisis asmáticas**

En la actualidad se admite que el origen de un ataque de asma es multifactorial, pues interactúan factores genéticos, inmunológicos infecciosos y psico-socio-ambientales. Lo que los pacientes y sus familiares conocen, sienten y hacen sobre el asma tiene un efecto beneficioso o perjudicial sobre la enfermedad (Amigo, Fernández y Pérez, 1999). A pesar de los recientes avances producidos en el tratamiento farmacológico de este trastorno los índices de morbilidad no se han reducido, e incluso han experimentado un incremento en los últimos años. (Buela, Caballo y Sierra, 1996).

Los factores psicológicos pueden actuar como participantes de los ataques de asma y alterar el curso y la evolución de la enfermedad, en la figura 2.1 se ilustra mejor como interactúan e intervienen los factores psicológicos en el trastorno asmático.

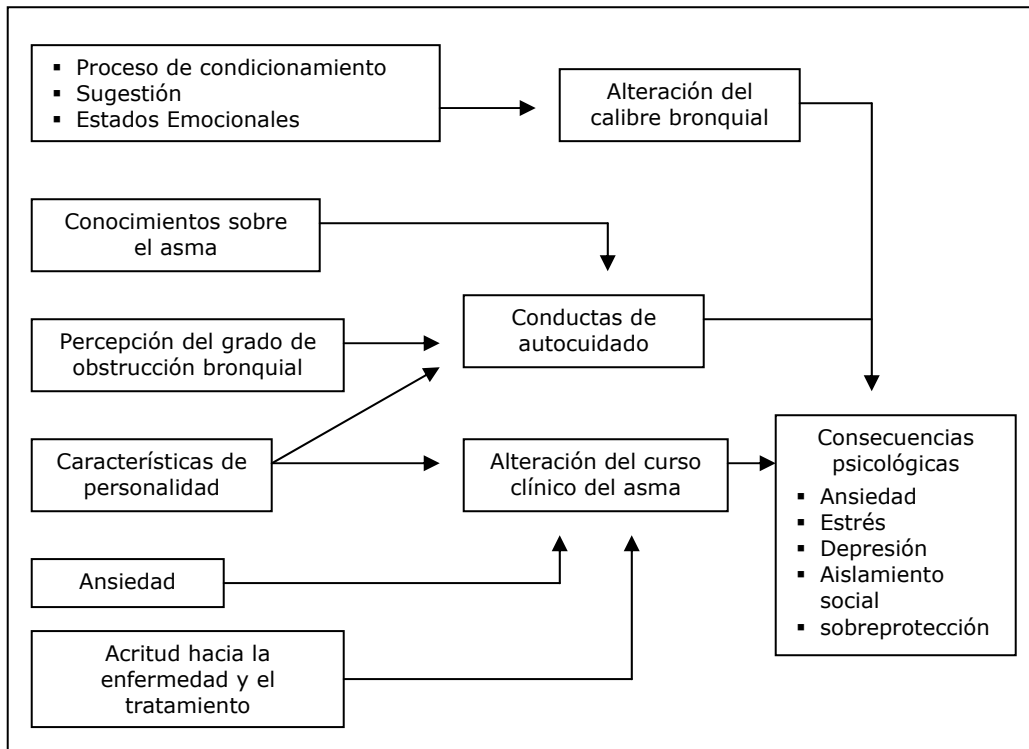


Figura 2.1. Relación entre variables Psicológicas y el asma. (En: Buela, Cavallo y Sierra, 1996).

Los factores Psicológicos complican el curso del asma bronquial inclusive en personas cuyo tratamiento no debería ser complejo. Está demostrado además que los niños psicológicamente estables tendrán más posibilidad de controlar su enfermedad de forma adecuada. Vásquez y Buceta (1996), indican que existen variables como el estrés o la sugestión o el condicionamiento, que pueden afectar al calibre de las vías respiratorias y provocar episodios de broncoconstrucción y/o bronco dilatación. Así mismo, destacan que las variables cognitivas y comportamentales pueden condicionar las manifestaciones clínicas y los índices de morbilidad que presenta el enfermo. Por otra parte existen, algunos trastornos

psiquiátricos que pueden asociarse al asma como la ansiedad, la depresión, y trastornos de personalidad, dichos trastornos interactúan empeorando el curso del trastorno asmático (Benedito, 1993).

A continuación se describen de manera mas especifica las variables psicológicas que intervienen en el asma.

#### **2.2.1.1. Variables cognitivas**

Son todos aquellos pensamientos que el paciente tiene sobre su enfermedad, en este caso sobre el asma; estos factores cognitivos pueden interactuar con la crisis asmática, en especial cuando esos pensamientos han sido interpretados como amenazantes o incontrolables; en los pacientes que comprenden adecuadamente el tratamiento es menos probable que se sientan indefensos, nieguen su enfermedad, eviten el tratamiento o muestren baja adhesión al mismo, a la par que evitan una preocupación y pánico innecesarios durante una crisis asmática, lo que de presentarse puede ocasionar que la crisis empeore (Amigo, Fernández y Pérez, 1999). Los pensamientos que las personas cercanas al niño tengan sobre la enfermedad, van a ser tambien muy significativos para el curso y evolución del trastorno asmático.

Carr, Lenter y Hochorn (1995, En: (Benedito, Botella, López, 1996), encontraron que las características del asma y las características cognitivas estaban relacionadas con el pánico-miedo específico de la enfermedad. De tal modo, que las variables cognitivas predecían el pánico-miedo; a partir de estos resultados, concluyeron que el uso de técnicas cognitivas puede mejorar el curso del asma. Esta variable de pánico-miedo es la que mayor relevancia ha mostrado en la evolución del asma es la que hace referencia al estilo de afrontamiento de la enfermedad, los sujetos con altas puntuaciones de pánico-miedo tienden a exagerar sus síntomas, reaccionando ante la enfermedad con elevada ansiedad; siguen

patrones circulares de falta de adhesión al tratamiento, lo que ocasiona recurrentes episodios de broncoespasmos, por el contrario los pacientes con bajas cogniciones de pánico-miedo tienden a negar y minimizar su incomodidad física e ignoran la importancia de su enfermedad (Benítez, Molina y Camps, 2005).

Por tanto, el psicólogo de la salud en este campo debe hacerse cargo de variables cognitivas, tales como facilitar una información correcta de la enfermedad, fomentar un apropiado estado de alerta y una comprensión adecuada del tratamiento para que los pacientes se sientan más preparados, afronten la enfermedad más positivamente y se adhieren mejor al tratamiento.

#### **2.2.1.2. Variables emocionales**

Tanto las emociones positivas como negativas pueden actuar como desencadenantes o agravantes del ataque de asma. Los estados de ansiedad y estrés, por ejemplo, pueden influir en el asma bronquial a través de dos vías, la primera son las conductas que normalmente acompañan a todo estado emocional como gritar, reír o llorar, y que actúan sobre el sistema respiratorio provocando broncoconstricción; y la segunda vía de influencia se da a través de los cambios producidos en la actividad autonómica como consecuencia del estado emocional, que son responsables de la respuesta broncoconstrictora. La ansiedad puede desencadenar en ocasiones hiperventilación, que puede precipitar a agravar el asma. El resultado es una mayor ansiedad y, cerrando el círculo vicioso, mayor hiperventilación, agravando así la crisis. (Vázquez y Buceta).

Weiss (1994, en Amigo, Fernández y Pérez), señala cuatro patrones distintos de relación emoción-ataque asmático:

1. **Emoción → Asma:** en este esquema una emoción fuerte desencadena la crisis asmática, por ejemplo cuando el propio paciente se da cuenta que ha olvidado su medicamento de emergencia y se desencadena una crisis asmática.
2. **Emoción → Conducta → Asma:** la emoción conlleva a un tipo de conducta que propicia una crisis asmática, por ejemplo, la ira conlleva gritos y la ansiedad puede conducir a la hiperventilación.
3. **Emoción → Conducta → Estimulo fisiológico → Asma:** en este caso la emoción y la conducta provocan una reacción asmática porque exponen al paciente a un estímulo fisiológico nocivo, por ejemplo, la emoción y el comportamiento vergonzoso no desencadenarían una crisis asmática si no fuera por que impiden al paciente rechazar un alimento alérgico.
4. **Asma ↔ Reacción Emocional (→Síntomas secundarios):** este esquema se observa cuando el paciente, que por cualquier razón sufre un ataque de asma, reacciona de un modo que agrava su severidad e incluso conlleva a complicaciones secundarias; el miedo al ataque puede hacer que el paciente se hiperventile mas, agravando así su estado. Dentro de este esquema los familiares también juegan un papel importante, si estos actúan de tal forma que las crisis son reforzadas con exceso de atención y preocupación, pueden facilitar la aparición de consecuencias secundarias.

### **2.2.1.3. Variables conductuales**

Los procesos de aprendizaje también tienen mucha importancia en la aparición de las crisis asmáticas. Siguiendo los principios de condicionamiento operante, y especialmente en el niño asmático, el paciente puede aprender que los ataques asmáticos le permiten obtener beneficios; en algunos casos puede recibir atención por parte de los demás, y en otros puede evitar alguna actividad desagradable para el como la asistencia a la escuela o la realización de alguna tarea. Del mismo modo, el condicionamiento clásico demuestra que las primeras crisis asmáticas, precipitadas inicialmente por causas alérgicas o infecciosas, pueden llegar a estar



asociadas a ciertos estímulos emocionales o ambientales. Como consecuencia, algunos de los ataques posteriores pueden ser precipitados o agravados por estímulos sociopsicológicos próximos a los ataques asmáticos. (Oblitas y Becoña 2000).

En este punto el trabajo del psicólogo de la salud es identificar y eliminar ciertos hábitos de conducta no saludables, como por ejemplo, fumar, el ejercicio físico arduo.

Entre las conductas que podrían llevar a un ataque asmático se incluyen: un ejercicio físico arduo, pintar o tallar madera, hábitos como el de fumar. Déficit de habilidades, como la incapacidad de usar los recursos terapéuticos o los medicamentos /Amigo, Fernández y Pérez, 1999).

### **2.3 Consecuencias psicológicas del asma**

El tener asma afecta no solo a la persona que la padece (en este caso el niño), si no también a las personas mas cercanas a él como familiares, dado que implica gastos económicos, renunciar a ciertas actividades, cambios en el estilo de vida y crianza, entre otros. Esta situación también va a afectar de forma significativa el entorno escolar y social del niño asmático.

Las consecuencias primarias del asma son: sensación de ahogo, molestias físicas, visitas a urgencias e ingresos hospitalarios, las cuales son susceptibles a desencadenar estados emocionales negativos que influirán en el mantenimiento del trastorno (Gila y Martín, 2000).

### **2.3.1 Trastornos emocionales**

Es muy común que los niños asmáticos experimenten situaciones estresantes relacionadas con el concepto sobre “si mismo”, percibiéndose como diferentes a otros niños. Muchos de ellos se preocupan acerca de la muerte, de los efectos adversos de los medicamentos y tienen dudas respecto a su habilidad física. Las visitas a los servicios de urgencias y los ataques nocturnos se agregan al sentimiento de vulnerabilidad y al de estrés emocional (Benítez, Molina y Cmps, 2005).

La naturaleza de las emociones varía con la edad de comienzo del asma y con la manera de reaccionar de los padres frente a la enfermedad.

Las visitas a urgencias y hospitalizaciones pueden desencadenar en los más pequeños crisis de ansiedad, ataques de pánico y depresión, sobretodo si son alejados de la madre. La mayoría de los niños asmáticos tienen miedo a morir, especialmente los que han pasado por experiencias peligrosas como paros cardiacos, ataque hipóxico o pérdidas de conciencia; sin embargo son renuentes a hablar de sus miedos y a revelar sus pensamientos (Gila y Martín, 2000).

La ansiedad es uno de los estados emocionales mas frecuentes en el niño asmático. El miedo y la preocupación se focalizan en su trastorno respiratorio y, por condicionamiento, se generaliza a muchos acontecimientos de la vida cotidiana. La dificultad respiratoria atemoriza al niño, se angustia, hiperventila, aumenta la broncoconstricción y finalmente, puede sufrir un ataque de pánico.

Las dos terceras partes de los asmáticos se sienten ansiosos durante la crisis de asma, y la severidad de esta ansiedad depende de su capacidad de manejo del asma. Un grado aceptable de ansiedad se considera bueno, por que motiva a los pacientes asmáticos a ser concientes de su enfermedad y de su tratamiento, pero cuando la

ansiedad traspasa unos límites y es incontrolada, interfiere tanto con la sensación de enfermedad como con el cumplimiento del tratamiento. (Benítez, Molina y Cmps, 2005).

Otro trastorno emocional muy común en los pacientes de asma es la depresión. Los factores que pueden estar relacionados con el desarrollo de la depresión son la necesidad de medicación constante, las restricciones a la actividad habitual y la imprevisibilidad de las crisis.

El estado depresivo desencadena falta de motivación, apatía, poca reactividad para responder anticipadamente a las señales premonitoras de una crisis y el mal seguimiento de las instrucciones médicas, con lo cual se complica grandemente la evolución del trastorno (Gila y Martín, Op.cit.).

Otro de los problemas es que los niños asmáticos se sienten distintos e inferiores porque no tienen la misma resistencia física, deben medicarse antes de realizar esfuerzos, han de asistir a controles médicos, etcétera. Todas estas limitaciones si no son adecuadamente encauzadas y abordadas pueden lesionar la autoestima del niño (Pascual y Ballester, 1997).

### **2.3.2. Trastornos del comportamiento**

Los niños con inicio más temprano del asma tienen mayor porcentaje de alteraciones del comportamiento que aquellos niños que empezaron más tarde con la enfermedad. Algunas situaciones que contribuyen a generar en el niño asmático trastornos comportamentales son:

Si los padres saben que una negativa o un castigo puede motivar a una crisis de llanto y de asma en el niño, pueden alterar las pautas educativas para evitar esta situación. Por otro lado, los niños pueden aprender a exagerar los síntomas para

conseguir ganancias positivas de los padres o personas cercanas a él como maestros. Las conductas de protección también son las más frecuentes cuando el asma aparece en niños pequeños. Otro factor es la restricción de la actividad física, que puede dar lugar a tensión y frustración, lo que lleva a la aparición de conductas alteradas en las relaciones sociales y conductas agresivas (Benítez, Molina y Cmps, 2005).

Las características de la enfermedad inciden sobre la familia y sus modos de crianza: sobreprotección, débiles pautas de conducta e inestabilidad en las relaciones. La dificultad para controlar los estímulos desencadenantes de una crisis contribuyen a una baja tolerancia a las frustraciones, tendencias a romper las normas medicas y a no seguir las pautas de medicación (Gila y Martín, 2000).

### **2.3.3. Ausentismo y retraso escolar**

El asma es un problema importante en el ámbito escolar, los niños tienen que pedir permiso constantemente para poder faltar a clases por consultas médicas. Esta problemática y las frecuentes ausencias a la escuela pueden conducir a los niños a tener dificultades en los deportes y otras actividades escolares, lo que conlleva a autocompasión, baja autoestima y escasas relaciones con sus compañeros agresivos (Benítez, Molina y Cmps, 2005). Estas son otras de las consecuencias de las crisis de asma. De manera primaria, una crisis evita la asistencia a la escuela. Más tarde ha de incorporarse, desfasado de sus compañeros, a una situación que le es fuente de estrés (Gila y Martín, 2000).

Otro problema en el ámbito escolar es la discriminación tanto de compañeros como de profesores, debido a que estos no cuentan con la información necesaria para actuar ante una crisis asmática, es por ello que Aboy, Galán y García (2004). Recomiendan que los padres o tutores informen siempre a las autoridades escolares sobre el padecimiento del niño y las medidas de seguridad que pueden tomar antes

durante y después de una crisis asmática, así como proveer a la enfermería o al director de un medicamento de emergencia e informar sobre como debe usarse.

#### **2.3.4. Aislamiento Social**

El asma no solo afecta la vida escolar del niño, también suele afectar la vida social, ya que las ausencias escolares frecuentes conllevan el distanciamiento de sus compañeros. La ausencia de actividades típicamente infantiles como diversos deportes, excursiones, campaneemos o simplemente salir a jugar con otros niños, provoca déficits sociales en los niños asmáticos. Este tipo de actividades que fomentan la amistad y las relaciones sociales son frecuentemente evitadas por los niños asmáticos, debido al miedo de que se produzca una crisis asmática en alguna de estas situaciones (Pascual y Ballester, 1997). La privación del ejercicio o el juego físico es otra de las consecuencias sociales en el niño asmático. Aunque la privación no venga por consejo médico, la madre, sensible a cualquier desencadenante de crisis, impide la realización de cualquier actividad física y motora, coartando así al niño de tener una vida socialmente normal. (Gila y Martín, Op.cit.).

## **2.4. Tratamiento del asma bronquial**

El Asma bronquial es una enfermedad crónica y como tal requiere un tratamiento prolongado. También siendo una enfermedad multifactorial (producida por distintos mecanismos y provocada por numerosas causas), su tratamiento debe adecuarse a cada paciente y varía según la causa que la produce y según su grado de intensidad. Algunos autores como Gila, Martín (2000) Benítez, Molina y Camps, (2005), concuerdan en que los objetivos del tratamiento son:

- \* Mantener al niño libre de síntomas respiratorios menores como la tos nocturna, disnea, rinitis alérgica, entre otros.
- \* Reducir la frecuencia y severidad de las crisis o exacerbaciones.
- \* Evitar la aparición de complicaciones y tratarlas si están presentes como la deformidad torácica, retraso de crecimiento, enfisema y trastornos emocionales.
- \* Procurar desarrollar una vida normal donde se incluya el ejercicio físico u otras actividades recreativas con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente y de su familia.
- \* Asegurar un crecimiento y desarrollo normal.
- \* Lograr la tolerancia al alérgeno.
- \* Anular o reducir al mínimo la medicación y minimizar los efectos secundarios de esta.
- \* Mantener una función pulmonar normal.

Para un buen manejo del asma el tratamiento debe ser mixto, por un lado el tratamiento médico y por el otro el tratamiento psicológico, pues como ya se ha expuesto ambos componentes tienen un papel muy importante en la evolución del trastorno.

### **2.4.1. Tratamiento médico**

El uso de medicamentos esta dirigido a disminuir el proceso inflamatorio y, en casos de crisis, a evitar la broncoconstricción (Sienra, Del Río, Baeza, 1999). Existen numerosos medicamentos para tratar el asma pero es muy importante diferenciar entre aquellos que se utilizan para prevenir crisis asmáticas y aquellos que son de emergencia y se utilizan cuando se sufre un ataque asmático.

A continuación se mencionan algunos de los medicamentos mas utilizados tanto preventivos como de emergencia, sin embargo la dosis y modo de uso serán las indicadas por el medico

#### **2.4.1.1. Preventivo**

El objetivo de este tipo de tratamiento es eliminar o reducir la aparición de crisis asmáticas, para ello el medico puede recurrir a:

- **Tratamiento inmune:** se realiza mediante *vacunas*, especialmente cuando el asma es producida por alergias. La inmunoterapia específica con alergen incluye la aplicación de inyecciones de cantidades crecientes del alergen bajo la piel, es un proceso de inmunización lenta que, a través de la administración de dosis crecientes de un alergen específico en pacientes con enfermedad de etiología alérgica demostrable, induce tolerancia progresivamente mayor al alergen involucrado y, en consecuencia, disminución paulatina de sus síntomas, sin embargo existe un riesgo de reacciones alérgicas graves. (Quezada, 2001)
- **Medicamentos:** en especial son anti-inflamatorios y previenen el inicio de los síntomas y las crisis agudas. El colegio Mexicano de Alergia e Inmunología Pediátrica (COMAAIPE, 2006), menciona los medicamentos mas utilizados y con mejores resultados en niños asmáticos, entre los que se encuentran:

- **Corticosteroides:** son una variedad de hormonas del grupo de los esteroides y sus derivados, regulan la inflamación. Tienen pocos efectos adversos conocidos, sin embargo su uso prolongado puede ocasionar osteoporosis, hipertensión arterial, diabetes, cataratas, obesidad, adelgazamiento de la piel y debilidad muscular

*Nombre genérico:* Beclametasona, Budesonida, Flunisolida, Fluticasona, Dexametasona

- **Cromonas:** Antiinflamatorio de baja potencia. Puede producirse tos al inhalar y ardor en la garganta.

*Nombre genérico:* Cromoblicato de sodio y Nedocromilico

- **Beta2 agonistas de acción prolongada:** broncodilatadores de función selectiva sin apenas efectos sobre el corazón. Entre sus efectos secundarios se encuentran con poca frecuencia temblores, palpitaciones y calambres musculares.

*Nombre genérico:* Salmeterol (inhulado), Clenbuterol (jarabe y tas.) Terbutalina y Salbutamol (tabletas de liberación lenta)

- **Teofilinas de liberación sostenida:** Broncodilatadores y antiinflamatorios. Entre sus efectos colaterales se encuentran náusea y vómito, taquicardia, arritmia y convulsiones (poco frecuentes).

*Nombre genérico:* Teofilinas de acción prolongada, aminofilina, xantinas, metil-xantinas

- **Ketotifeno:** Antihistamínico de baja potencia con cierto efecto antiinflamatorio, puede causar sedición y aumento de peso

- **Anti-leucotrienos:** antagonista de los receptores de los leucotrienos. Es usado en el tratamiento del asma bronquial, y para el alivio de alergias anuales. reduce la broncoconstricción causada por los leucotrienos y



resulta en menor inflamación. Debido a su modo de operación, no es útil para el tratamiento de ataques asmáticos agudos

*Nombre genérico:* Montelukast, Zafirlukast y Zileuton.

#### **2.4.1.2. De emergencia**

Generalmente son broncodilatadores de acción corta que trabajan rápido para detener los ataques o aliviar los síntomas y las crisis agudas. Los principales medicamentos para este fin son (COMAAIPE, 2006):

- ***Beta2 agonistas de vida media corta*** (también conocidos como beta adrnérgicos, beta2estimulantes ó simpático-miméticos). Son broncodilatadores elegidos para el broncoespasmo agudo. Por vía inalada actúan con mayor rapidez y son más efectivos. Pueden causar estimulación cardiovascular, temblor músculo-esquelético, cefalea o irritabilidad.

*Nombre genérico:* Salbutamol, Bitolterol, Fenoterol, Isoetarina, Metaprotenol y Piributenol.

- ***Anticolinérgicos:*** broncodilatadores que actúan bloqueando el estímulo vagal, de carácter broncoconstrictor sobre el músculo liso bronquial, además disminuye la hipersecreción de moco en algunos pacientes y contrarresta la hiperactividad bronquial.

*Nombre genérico:* Bromuro de Ipratropio y Bromuro de Oxitropio.

- ***Epinefrina:*** Es un broncodilatador. Esto significa que ayuda a relajar los músculos que controlan el paso del aire dentro de las vías aéreas, que incluyen la tráquea y los bronquios. Se utiliza para mejorar la respiración en casos de asma. Solo debe usarse en crisis de asma. Entre sus efectos colaterales se encuentran frecuentemente náuseas, vómito, taquicardia, convulsiones, arritmias, escalofríos, fiebre y alucinaciones.

Es preferible el uso de medicamentos inhalados (cuando sea posible), debido a su alta eficacia terapéutica: altas concentraciones del medicamento son liberadas directamente en las vías respiratorias con efectos potentes y pocos efectos sistémicos adversos (COMAAIPE, 2006).

Antes de iniciar un tratamiento debe elaborarse un diagnóstico correcto. Deberá darse la información correcta a los padres sobre dosis y modo de uso y ellos deberán apegarse siempre a lo prescrito por el médico.

#### **2.4.2. Tratamiento Psicológico**

La significativa incidencia que las variables psicológicas pueden desempeñar en la evolución y curso del asma bronquial hacen necesario adjuntar distintas estrategias de intervención psicológica a la terapia farmacológica a la que normalmente está sometido el paciente asmático, (Vázquez y Buceta, 1996). Los principales objetivos del tratamiento psicológico del asma son dotar al paciente de una mejor comprensión del trastorno, corregir conductas desadaptadas y creencias erróneas, entrenarlo en estrategias que hagan disminuir la frecuencia e intensidad de las crisis y su recuperación a nivel conductual y emocional (Benítez, Molina y Camps, 2005).

Diversos estudios han demostrado la eficacia y la importancia de la intervención psicológica en pacientes asmáticos; De los Santos, Carretero y Buela (2002), realizaron un estudio en un niño asmático de 10 años 9 meses de edad, el cual

presentaba miedos excesivos e inseguridades, que agravaban sus cuadros de crisis asmática; tras realizar una evaluación al paciente se intervino sobre los déficits y conductas inadecuadas del paciente ante las crisis asmáticas, este objetivo se abordó con un componente psicoeducativo y posteriormente con técnicas de control y manejo de crisis como la respiración y relajación; los resultados que obtuvieron fueron muy significativos pues lograron que el paciente conociera su enfermedad y la pudiera controlar mejor además de que el miedo y ansiedad ante las crisis disminuyeron, sin embargo en este estudio los terapeutas se encontraron con el problema de que los padres se muestran en contra de la excesiva medicación farmacológica que el niño debe tomar y trataban de que con el tratamiento psicológico la medicación fuera nula. Esto es prácticamente imposible, pues la intervención psicológica pretende eliminar la medicación, puesto que eso no compete a los psicólogos ni es parte de los objetivos terapéuticos.

Otro estudio es el realizado por Benedito, Botella y López (1996). Donde se evalúa la influencia de tres tratamientos psicológicos sobre la personalidad de niños asmáticos, la muestra fue de 39 sujetos asmáticos los cuales se dividieron aleatoriamente en tres grupos terapéuticos distintos, el primer grupo recibió el tratamiento de inoculación del estrés, el segundo se les aplicó desensibilización sistemática y al tercer grupo se le entrenó en relajación. A pesar de que en los diferentes grupos se aplicaron terapias con diversos niveles de complejidad, en los resultados se observan cambios significativos en los tres grupos, las terapias aplicadas ejercen influencia para reducir la ansiedad, el neuroticismo y el control externo de los niños, e incrementan el control interno.

El importante papel aquí del psicólogo de la salud es que es el mejor especialista para intervenir en el comportamiento y emociones de los pacientes logrando con ello un mejor apego al tratamiento médico y mejorar así la calidad de vida tanto del paciente como de su familia.

A continuación se exponen de manera detallada las distintas intervenciones psicológicas para el tratamiento del asma.

#### **2.4.2.1. Fase informativa y educativa al paciente y a la familia.**

Es muy importante que el paciente y su familia, tengan información sobre en qué consiste su trastorno, sobre la medicación y sobre los recursos sanitarios de los que dispone. Es necesario que se les enseñen métodos para auto-vigilar sus síntomas y para que evite siempre que pueda aquellos factores que podrían disparar un ataque (Latorre, García, Morales, Pereyra y Literas, 2007), con la finalidad de que aprendan a manejar su enfermedad, mejorando así la u calidad de vida reaccionada con la salud para que el niño pueda llevar el tipo de vida el tipo de vida que él y su familia deseen con las menores limitaciones posibles. Esta educación debe formar parte de un plan de atención integral al niño con asma; la cual debe ser de forma personalizada dirigida al niño y a su familia, teniendo en cuenta las características particulares de la enfermedad y su situación cultural y socioeconómica, así como el nivel educativo, las creencias y actitudes de cada familia; la comunicación deberá se motivadora y persuasiva, todo esto con el único fin de que la información sea recibida óptimamente.

La información y educación sobre la enfermedad debe iniciarse en el momento del diagnóstico, e integrarse a cada paso del seguimiento del niño asmático de forma secuencial y progresiva utilizando siempre refuerzos positivos, teniendo en cuenta que cualquier contacto con el niño y su familia debe ser una oportunidad para ampliar y reforzar la educación. Se impartirá de forma escalonada desde conocimientos y habilidades básicos hasta la consecución del autocontrol (Fig. 2.2), deberá de ser recordatoria para evitar el olvido y convendrá hacer sentir al niño y a su familia como protagonistas del programa educativo y asumirlo como propio (Domínguez, 2007).

Dentro del proceso educativo deberán abordarse los siguientes temas:

- 1) Conocimientos Sobre el asma
- 2) Prevención: identificación de desencadenantes y control ambiental
- 3) Habilidades en el manejo de inhaladores (anexo 1)
- 4) Tratamiento Farmacológico
- 5) Plan de acción
- 6) Calidad de vida

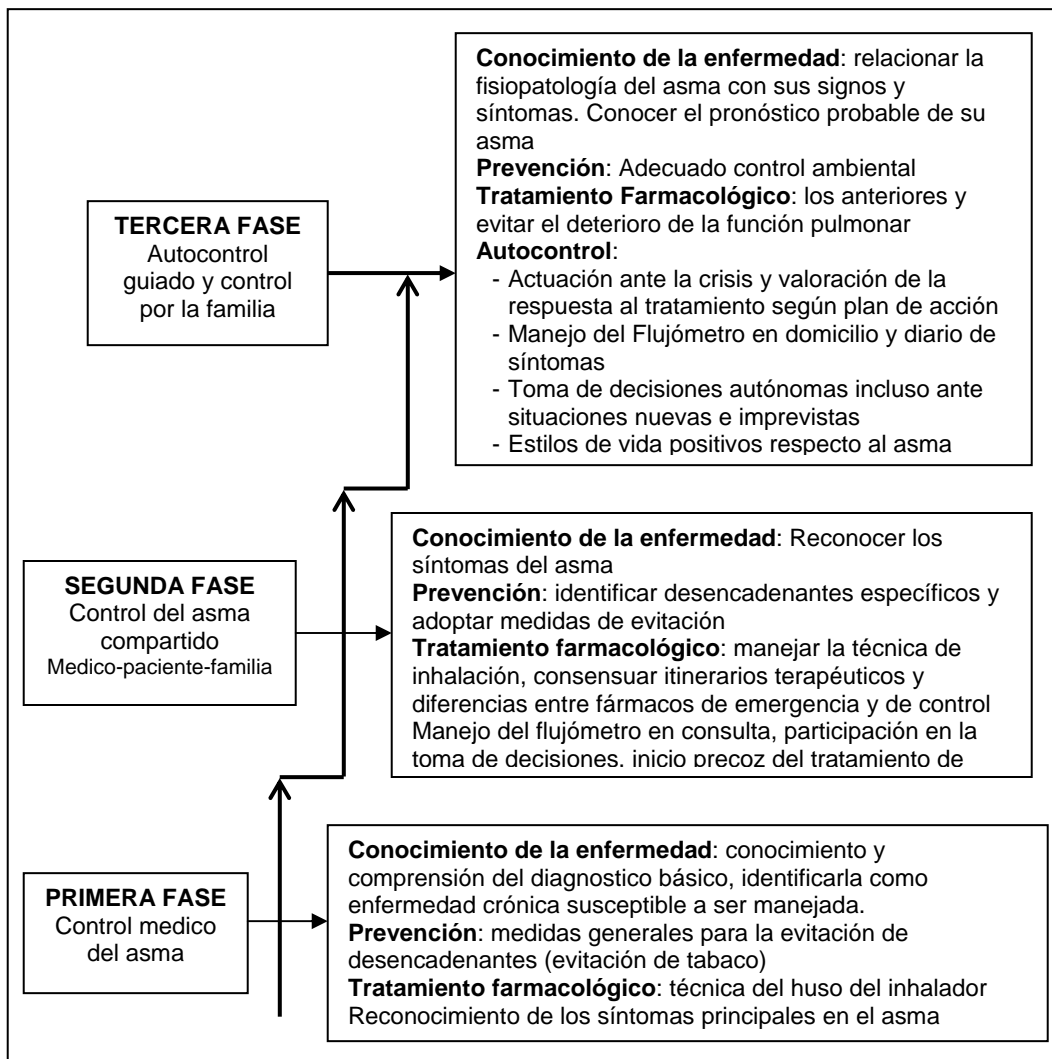


Figura 2.2. Fases de proceso educativo con el paciente asmático y su familia.

(En: Domínguez, 2007).

La ausencia de intervenciones informativas y educativas puede causar en los pacientes dos tipos de situaciones (Domínguez, 2007):

- Dependencia Absoluta de los servicios sanitarios
- Aumento en la movilidad y mortalidad al no reconocer el inicio de las crisis, no tratarlas precozmente o no acudir al servicio de urgencias en situación de riesgo vital

#### **2.4.2.2. Programas de automanejo**

En el contexto de la intervención en pacientes asmáticos, el autocontrol es entendido como el método organizado que permite mejorar el estado de salud, previniendo las crisis asmáticas y manejándolas cuando ocurren, manteniendo así la vida del paciente tan normal como sea posible. Los objetivos básicos de estos programas de autocontrol son proporcionar al paciente una mejor comprensión del trastorno, y enseñarle estrategias de afrontamiento que hagan disminuir la frecuencia y severidad de las crisis y modifiquen las secuelas conductuales y emocionales del trastorno. Las fases de los programas de automanejo son (Latorre y Beneit, 1992):

- **Fase educativa:** Se empieza por dar al paciente y su familia información significativa sobre su trastorno. El modelo es el mencionado en el apartado anterior.
- **Autorregistro:** se enseña a los pacientes a autorregistrar su asma y las conductas relacionadas con ella. Se pide a los pacientes que registren información como la ocurrencia de los ataques, con calificación de gravedad de los mismos, las dosis y frecuencia de la medicación y tomar nota de las situaciones en que ocurrió la crisis, sus reacciones emocionales y los pasos

que dan para controlar el episodio. en el anexo 3 se muestra un formato de autorregistro.

- **Habilidades de afrontamiento y solución de problemas:** es muy imprescindible desarrollar un aserie de conductas de afrontamiento que puedan utilizarse para interrumpir los ataques o para suprimirlos. Se enseña a los pacientes las diversas habilidades que serán necesarias en los distintos puntos de la cadena, tales como relajación, ejercicios de respiración, y posturas para el drenaje. También es posible emplear restructuración cognitiva y le relajación pata frenar ataques de pánico y temor. Se enseñan habilidades para afrontar aquellas situaciones que suscitan respuestas emocionales que conducen a una crisis y la interrupción de contingencias reforzantes que mantienen las conductas no deseadas asociados al asma crónica.

#### **2.4.2.3. Técnicas Conductuales**

Es muy común utilizar esta técnica en niños asmáticos, destinada a favorecer o crear conductas y hábitos saludables y preventivos de crisis (refuerzo positivo y negativo, control de estímulo) como otras con objeto de conseguir eliminar o reducir comportamientos dañinos (costo de respuesta, extinción, aislamiento, castigo) (Benedito, 1993).

Los objetivos de la intervención deben ser realistas, progresivos y claramente especificados. Las técnicas operantes aplicadas a la población asmática son procedimientos eficaces no tanto para incidir directamente sobre el asma sino sobre los comportamientos relacionados con la enfermedad. En la población asmática infantil es frecuente que determinadas situaciones relacionadas con el curso de la enfermedad estén siendo mantenidas por las consecuencias gratas que los niños obtienen a través de ellas. (Pascual y Ballester, 1997).

Técnicas como el reforzamiento positivo para la autoadministración correcta de la medicación y técnicas como la saciación y el tiempo fuera para la reducción de los períodos de hospitalización, han mostrado un alto índice de eficacia. El tiempo fuera se administra sacando al individuo de una situación reforzante por un corto período de tiempo y también dejando al individuo en la situación reforzante, pero suprimiendo el estímulo en cuya presencia se refuerza la respuesta. Por su parte la saciación es una técnica que pertenece a las operaciones de establecimientos, que consiste en cualquier tipo de procedimientos que cambia la efectividad del reforzamiento de un reforzador primario. La saciación implica el presentar el reforzador durante un período prolongado de tiempo, lo que disminuye la efectividad del reforzador (Latorre y cols., 2007).

#### **2.4.2.4. Retroalimentación positiva (Biofeedback)**

El BF es una técnica de aprendizaje dirigida a modificar ciertos procesos psicofisiológicos, con el objetivo final de conseguir su control voluntario. Se trata de una técnica de autocontrol que funciona mediante la información constante que recibe el individuo sobre la función que desea controlar (Simon, 1991, en: Benedito, 1993). Consiste en presentar al paciente una señal sensorial, normalmente visual o auditiva, que cambia con relación a un proceso biológico

En el tratamiento del asma se le enseña a un sujeto una información sobre su, estado respiratorio con la finalidad de que aprenda a controlarlo o modificarlo en el sentido adecuado con el fin de beneficiarse terapéuticamente. El programa a seguir ha de llevarse a cabo, a ser posible, mediante técnicas no invasivas que enseñen al sujeto a modificar sus alteraciones respiratorias.

Esta técnica ha sido utilizada de dos modos en el tratamiento del asma (Benedito, 1993):



- 1° en el primero para intentar reducir el nivel general de tensión de los músculos frontales, con el fin de facilitar la relajación, o directamente para ver la interacción entre la tensión muscular y la función pulmonar en ausencia de la relajación.
- 2° se intenta trabajar directamente sobre la salida respiratoria utilizando la retroalimentación de la función pulmonar.

En el asma infantil son pocos los estudios realizados mediante esta técnica sin embargo la mayoría de los estudios se basen en la hipótesis de que la aplicación del BFB en el asma infantil vaya encaminada a adiestrar al niño asmático a relajarse, ya que al disminuir la contracción de los grupos musculares se supone que, por el mismo hecho, se reduciría el broncoespasmo; esto revertiría la fase aguda de la crisis con desaparición o atenuación de la ansiedad a medida que se relajase la musculatura lisa bronquial. El BFB es efectivo en el tratamiento del asma bronquial infantil cuando se aplica el electrodo sobre el músculo frontal. Su efectividad terapéutica disminuye o es nula cuando se aplica sobre otros grupos musculares. (Rodríguez, Nombela, y Ponce, J.1997).

El BF para el control directo del tamaño de la luz bronquial: es la técnica mas utilizada en la actualidad: Utilizando aparatos que miden el volumen y el pico máximo de flujo espirado. Se puede llegar a modificar conscientemente esta variable, tanto en individuos sanos como en pacientes asmáticos (Vázquez y Buceta, 1996). Uno de estos aparatos es el flujómetro (Anexo 2), es un aparato portátil que permite medir la máxima cantidad de aire exhalado. Esta medición nos permite evaluar en forma rápida y sencilla el grado de obstrucción de las vías respiratorias. Es una técnica fácil de enseñar y reproducible en domicilio en pacientes entrenados. El grado de obstrucción de las vías respiratorias tiene una relación inversa con la medición del aire exhalado. De este modo a mayor obstrucción al exhalar aire menor valor de PEF. (Quezada, R. (2001).

#### **2.4.2.5. Desensibilización sistemática**

Tiene como fin la modificación de estados emocionales que influyen en el curso del asma. La desensibilización sistemática, es una intervención terapéutica desarrollada para eliminar la conducta de miedos y los síntomas de evitación. El procedimiento consta de dos componentes distintos. El primero consiste en enseñar al paciente una respuesta contraria a la ansiedad. Se utilizan generalmente la relajación progresiva o cualquier otro procedimiento general de relajación. El segundo componente de la DS implica una exposición gradual al estímulo provocador de miedo. En el caso del asma se construye una jerarquía de ítems referidos al estímulo y la situación que precede a las crisis, sensaciones presentes en el episodio asmático y otras situaciones elicitoras de ansiedad. (Latorre, García, Moles, Pereyra, Literas, y Esteban, 2007) Con la desensibilización sistemática se han logrado mejorar aspectos como crisis asmáticas, sintomatología, medicación, hospitalizaciones, función pulmonar, miedo, ansiedad, psicopatología, desencadenantes emocionales de crisis y medidas de autoinforme (Benedito, 1993).

Los estímulos a desensibilizar son (Latorre y Beneit, 1992), habitualmente:

- las sensaciones presentes en el ataque, desde la presión en el pecho y las dificultades para respirar
- situaciones características de una crisis grave como desmayos, administración de oxígeno, etcétera.
- Los estímulos y situaciones que preceden a los ataques como estímulos alérgicos, factores climáticos, entre otros.

#### **2.4.2.6. Terapias Emocionales**

Es de vital importancia que tanto el equipo de salud de la persona con asma como ella misma y sus familiares estén pendientes de las reacciones emocionales que van de la mano con los ataques de asma, pues estos van a influir directamente en la calidad de vida del paciente y la evolución de la enfermedad.

Para aminorar los efectos de las emociones sobre antes durante y después de los ataques de asma se ha recurrido a las siguientes técnicas cognitivas:

- **Inoculación de estrés (EIDE).**

Es un procedimiento cognitivo conductual relativamente específico que se centra en las habilidades cognitivas y de relajación. El EIDE es un modelo general, las variaciones se configuran según las características del individuo o del grupo. EL objetivo del EIDE en el asma, es modificar cogniciones y emociones desadaptativas que inciden en la enfermedad (Vázquez y Buceta, 1996.). Esta técnica ha resultado eficaz para la disminución de la ansiedad, la frecuencia de las crisis y las visitas a urgencias (Benítez, Molina, Pérez y Camps, 2005).

- **Terapia racional emotiva**

Su objetivo es actuar sobre las emociones que influyen en el curso de la enfermedad. La terapia racional emotiva junto a los programas de educación, ha sido útil en pacientes con un excesivo consumo de medicamentos, consiguiendo reducir la atención del paciente hacia la enfermedad, los niveles de ansiedad rasgo y ansiedad estado y la cantidad de corticoides tomados (Benítez, Molina, Pérez y Camps, Op.cit.).

#### **2.4.2.7. Relajación**

La relajación es el tipo de intervención más frecuentemente empleado con pacientes asmáticos. El Procedimiento de relajación más utilizado y eficaz en población asmática infantil ha sido el de la *Relajación Progresiva De Jacobson*. Esta técnica, se basa en la conciencia de las tensiones musculares que tenemos en el cuerpo. Se enseña a través de Ejercicios que permiten distinguir entre la tensión y la distensión de los diferentes músculos. Mediante la relajación progresiva de los músculos, consigue reducir la frecuencia del pulso, la presión arterial, el grado de transpiración, y la frecuencia respiratoria. En los pacientes asmáticos se puedan obtener tres tipos de beneficios con la relajación: reducción del estado de ánimo disfórico como tristeza, ansiedad o irritabilidad, mejora de la función pulmonar y manejo de los síntomas asmáticos (Pascual y Ballester, 1997).

## **2.5. Adherencia al tratamiento**

El tema del cumplimiento de los tratamientos médicos tienen gran trascendencia y ello es debido a que una serie de conductas de riesgo y problemas de salud requieren, necesariamente que la persona ponga en práctica las recomendaciones terapéuticas y/o de salud que se le han inculcado, lo cual no siempre se realiza correctamente.

Los motivos por los cuales estudiar la adherencia a los tratamientos son variados, en primer lugar por que gran parte de las indicaciones terapéuticas no pueden ser supervisadas cotidianamente por una persona agente al paciente y, al contrario, quedan bajo su directa responsabilidad, entonces, es el paciente decide si cumplir o no. Por otra parte si un paciente no cumple con las indicaciones medicas es imposible estimar el efecto del tratamiento, lo que a su vez puede contribuir a prolongar la terapia y perpetuar enfermedades o problemas de salud e incluso

conducir a la muerte, con el consecuente costo económico para el estado. (Ortiz y Ortiz, 2007).

Adherencia terapéutica es definida como una implicación activa y voluntaria del paciente en el curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado deseado (Liberad, 2004). En la adherencia terapéutica la psicología de la salud tiene mucho que aportar, pues esta adhesión es un asunto meramente comportamental, en tanto que depende de la conducta del paciente pero también se relaciona estrechamente con la conducta de los familiares y del médico. (Ortiz y Ortiz, Op, Cit).

La adherencia cubre una variedad de conductas diversas en las que se incluyen (Meichenbaum y Trut, 1991. En: Latorre y Beneit, 1992):

- Tomar parte y continuar un programa de tratamiento.
- Mantener las horas de consulta y acudir a las revisiones.
- Tomar correctamente la medicación prescrita.
- Llevar a cabo las conductas adecuadas en el estilo de vida (alimentación, ejercicio, manejo del estrés, entre otras).
- Realizar correctamente el régimen domiciliario.
- Evitar comportamientos que conlleven un riesgo para la salud (fumar, beber, etcétera).

Las tasas de adherencia parecen ser diferentes si se trata de una patología crónica versus una aguda; Martín y Grau (2005, en: Ortiz y Ortiz, 2007). Señalan que, en general, 40% de los pacientes no cumplen las recomendaciones terapéuticas, en el caso de las enfermedades agudas este porcentaje llega a 20% mientras que en las crónicas el incumplimiento alcanza un 45%. Esto puede deberse a que cuando los tratamientos generan cambios en los hábitos de vida e invaden diversas áreas como

la laboral, social y familiar, los porcentajes de no adherencia aumentan significativamente.

La OMS enumera algunos de los riesgos que enfrentan quienes no se adhieren a los tratamientos (Libertad, 2006) y son muy ilustrativos de este tipo de consecuencias:

- **Recaídas más intensas:** las recaídas relacionadas con la adherencia deficiente pueden ser más graves que las que ocurren cuando el medicamento se toma cómo fue recomendado.
- **Aumenta el riesgo de dependencia:** muchos medicamentos pueden producir dependencia grave si se toman incorrectamente.
- **Aumenta el riesgo de efectos adversos:** algunos medicamentos suspendidos bruscamente pueden producir efectos adversos y posibles daños.
- **Aumenta el riesgo de toxicidad:** el sobre abuso de medicamentos puede producir cuadros tóxicos agudos, con mayor fuerza en niños o ancianos.
- **Aumenta el riesgo de accidentes:** el consumo de algunos medicamentos debe combinarse con modificaciones del estilo de vida, como abstenerse del alcohol o no manejar. No tener en cuenta estas medidas preventivas, aumenta el riesgo de accidentes.
- **Riesgo aumentado de desarrollar resistencia medicamentosa,** especialmente a los antibióticos, producida por el incumplimiento de los requerimientos de su utilización por parte de los pacientes.

Además de las consecuencias clínicas ya mencionadas la falta de adherencia trae consigo significantes consecuencias económicas y psicológicas tanto para el paciente como para su familia (Libertad, 2006):

- **Consecuencias económicas:** gasto de los medicamentos que no consume, ausentismo laboral a causa de una enfermedad no controlada lo que repercute en disminución salarial. Desvío de fondos familiares para la

compra de medicamentos sin una buena evolución de la enfermedad, almacenamiento innecesario de medicamentos no consumidos en el hogar que puede provocar intoxicación accidental en los niños.

- Consecuencias Psicológicas: el paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo una carga de sufrimiento físico y limitaciones irreversibles y progresivas que afectan de modo significativo su calidad de vida. El padecimiento de una enfermedad implica de por sí una carga estresante y adicional en el desenvolvimiento de la vida de las personas, genera dificultades en la autoimagen, la autoestima y provoca miedos ante una posible amenaza vital y la muerte, sin embargo, el incumplimiento prolonga la recuperación o el control de la enfermedad, mantiene la presencia de síntomas y con ellos el estrés continuo ante una situación de enfermedad mantenida en el tiempo. Puede promover alteraciones en el funcionamiento familiar generando crisis entre sus miembros así como hacer recaer la responsabilidad del seguimiento del régimen terapéutico en otras personas y no en el propio paciente.

La adherencia terapéutica esta sujeta a variables personales, sociales, médicas y culturales, pero solo algunos factores van a influir en aumentar o disminuir dicha adhesión (Ortiz y Ortiz, 2007; López y Díaz, 2003):

- a) Las características del régimen terapéutico como duración, simplicidad y vías de administración.
- b) Los cambios de comportamiento que requieran
- c) El soporte familiar
- d) Las creencias del paciente sobre la enfermedad
- e) Las actitudes del paciente hacia la enfermedad como la falta de motivación, o baja autoestima
- f) Los conocimientos de la racionalidad del tratamiento y de los detalles del plan terapéutico

- g) Las características de la relación médico paciente, satisfacción del paciente con la atención médica, la continuidad del cuidado y tiempo de espera en las consultas médicas.

La adherencia al tratamiento es un factor primordial en el éxito del manejo del asma. La adherencia en el paciente asmático es un proceso dinámico de medidas preventivas, generales y de adecuado manejo farmacológico que el paciente debe incorporar a su vida cotidiana entre las actividades que marcan la adherencia terapéutica en el paciente asmático se encuentran (Lora, 2005):

- Debe evitar los factores desencadenantes, algunos tan arraigados en la familia como el hábito de fumar.
- Puede requerir tratamiento con varias medicaciones, que debe tomar a demanda o con un esquema diario preestablecido, conociendo la diferencia que existe entre la medicación que emplea para rescate y el que usa de forma preventiva.
- Debe decidir si los síntomas indican el uso de la medicación, en que medida debe tomarla, en que intervalo puede repetirla y cuando buscar ayuda adicional.
- Diaria o episódicamente debe monitorear los síntomas y FEM (uso del flujómetro), modificando la medicación en función de un plan de acción acordado con su médico
- Debe realizar revisiones médicas regulares.

Los puntos clave para incrementar la adherencia terapéutica son (López y Díaz, 2003; Lora, 2005):

- Comunicación efectiva profesional sanitario-paciente
- Programas educativos
- Detección de los factores que pueden condicionar no adherencia y corrección de estos



- Plan terapéutico acordado por escrito
- Revisiones periódicas programadas según la severidad d el asma y
- Estrategias especiales para pacientes de riesgo

El elemento clave de la adherencia es la comunicación abierta y persuasiva con el paciente. Es importante lo que se dice (comunicación verbal) y como se dice (comunicación no verbal). Lora (2005), menciona que los aspectos básicos de la comunicación aplicados al paciente con asma son los siguientes:

1. Establecer una **relación de confianza** desde el principio mediante un trato amable y respetuoso.
2. **Investigar experiencias previas** en la familia o amigos, expectativas, temores del pronóstico o tratamiento, creencias o dificultades personales
3. Realizar siempre preguntas abiertas
4. Utilizar un **lenguaje sencillo** apoyado en materiales gráficos para facilitar la comprensión.
5. Concretar lo que hay que hacer, cuando y como hacerlo.
6. **Demostrar el manejo de la técnica** con repetición por parte del paciente, corregir errores con un nuevo ensayo y felicitar si la técnica es correcta.
7. **Facilitar el recuerdo** para el cumplimiento de las actividades recomendadas manteniendo una rutina diaria.
8. **Empatizar** con credibilidad, ante la conducta del paciente.
9. ensayar la actuación correcta ante una crisis (¿Qué arias si comienzas con dificultad para respirar?)
10. **Repetir**, de diferentes formas (oral, escrita y visual) las instrucciones, pedirle al paciente que repita, con sus propias palabras, las instrucciones dadas.

11. **Pedir alternativas** al paciente sobre como recordar la medicación e indicaciones medicas
12. **Motivar** señalando los beneficios para la salud de la buena adherencia terapéutica, mas que las consecuencias negativas. }
13. **Reforzar** positivamente y felicitar por los objetivos conseguidos, animando a continuarlos.
14. **involucrar** a familia, amigos, y compañeros en la creación de un medio más comprensivo y con actitudes positivas hacia el niño con su asma y la adherencia terapéutica.

Es importante recordar que se puede pretender que todos los pacientes consigan el mismo nivel de adherencia, en el mismo tiempo no con los mismos métodos.

En el caso de que le paciente no se comprometa a nada o tome la decisión activa de no adherirse al tratamiento, debemos investigar las causas de esta decisión y las dificultades que presenta, tratar de seguir motivando y, en ultimo termino, asumir que el paciente está en su derecho de tomar sus propias decisiones. Sin embargo esto no aplica con los niños pues no están en condiciones de tomar decisiones sobre su salud y la familia tiene la responsabilidad de cuidarlos.

## **CAPÍTULO III**

### **EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD**

La familia es el grupo social más importante para el hombre, y es considerado un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, ya que influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto. Esto constituye una unidad básica de la atención médica y de la salud, que presenta patrones característicos de la morbilidad, la respuesta a los síntomas y a la utilización de los servicios médicos.

La consideración del papel de la familia en proceso de salud enfermedad y el lugar prioritario que ocupa en la atención primaria de salud, se promueve a partir de 1986 en la conferencia de Alma Atá donde la Organización Mundial de Salud la considera como el primer agente intermediario entre el individuo y la sociedad y la primera unidad de intervención preventiva y terapéutica (Fernández, 2004)

La familia en el proceso salud enfermedad puede contribuir al mantenimiento de la salud en tanto es un espacio de aprendizaje; es en este grupo donde se forman hábitos, costumbres, creencias, valores y estilos de vida saludables que conducen a comportamientos protectores de salud. El grupo familiar puede favorecer la curación y rehabilitación de sus integrantes en la medida que sea capaz de identificar tempranamente los problemas de salud, facilita el cumplimiento del tratamiento terapéutico y brinda apoyo y seguridad en la evolución del enfermo, entre otros aspectos (Ortiz, 1999).

#### **3.1. La familia**

Desde antes de nacer el ser humano ya pertenece a una familia y guarda una estrecha relación con esta, Macías (1995) define a la familia como un grupo, (dos o mas) de adscripción natural de seres humanos con o sin lazos de consanguinidad, de pertenencia primaria(al menos para uno) y convivencia, generalmente bajo el mismo techo y que comparten la escasez o abundancia de sus recursos de subsistencia y servicios y que, al menos en alguna etapa de su ciclo vital, incluye dos o mas generaciones.

Para Minuchin (1992), las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos:

- a) la protección psicosocial de sus miembros y
- b) la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura

Muchas son las situaciones que tienden a generar cambios en la familia y que ocasionan crisis como el nacimiento de los hijos, la entrada a la escuela de estos, el desempleo de los padres, accidentes, crisis económicas o enfermedades de alguno de sus miembros: ante estas situaciones los miembros de la familia tendrán que reorganizarse para encontrar un nuevo equilibrio.

Esto lo logra a través de un desplazamiento a través de cierto número de etapas que exigen una reestructuración; se adapta a las circunstancias cambiantes de modo tal que mantiene una continuidad a la para que fomenta el crecimiento de cada miembro. Dicha reestructuración y adaptabilidad va a estar en función de tres factores que son el tipo de familia, la estructura familiar de esta y la etapa del ciclo vital en que se encuentre.

### **3.1.1. Tipos de familia**

Existen varias formas de organización familiar según el tipo de hogar, la composición, las relaciones de parentesco, etcétera; los primeros dos tipos de familia son (Andolfi, 1997):

a) **Familia nuclear:** es la unidad familiar básica que se compone de padre, madre, e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia

- o **Familia biparental:** esta constituida por ambos progenitores y uno o más hijos.

- o **Familia monoparental:** está compuesta por un solo miembro de la pareja progenitora (varón o mujer) y en la que los hijos, de forma prolongada, pierden el contacto con uno de los padres. Aunque la crianza de un niño puede ser llevada a cabo tanto por hombres como mujeres, en esta materia, según demuestra las estadísticas, no ha habido grandes cambios y entre un 80 y un 90% de los hogares monoparentales tienen a la madre.

b) **Familia extensa:** se compone de más de una unidad nuclear, se extiende mas allá de dos generaciones y esta basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, sobrinos, primos y demás.

En este tipo de familias también se puede observar constitución biparental o monoparental, solo que comparten el techo con otros miembros de la familia como tíos, abuelos, o primos.

### 3.1.2. Estructura familiar

La estructura familiar es un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia. Estas demandas se expresan a través de pautas transaccionales cuyo funcionamiento se da con base en reglas de quienes son los que actúan, con quien y de que forma. Los elementos de la estructura familiar son (Minuchin, 1992 y Eguiluz, 2004):

- **Subsistemas:** cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que tiene distintos niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciales. Entre los subsistemas que encontramos en la familia se hallan:
  - \* Conyugal (esposos): sus funciones son la complementación en pareja y apoyo mutuo para toma de decisiones.
  - \* Parental (padres): autoridad de los hijos y que comprendan las necesidades del desarrollo de estos
  - \* Fraternal (hermanos): en este sistema los niños aprenden a negociar, cooperar y compartir. Aprenden a lograr amigos y aliados y a lograr reconocimiento por sus habilidades.
  - \* Individual: cada miembro de la familia debe buscar su propio equilibrio y personalidad.
  
- **Limites:** están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de que manera, también son los reguladores de la entrada y salida de información al sistema familiar y la regulación de información entre subsistemas. Los límites se representan de la siguiente forma:

Claros	- - - - -
Difusos	. . . . .
Rígidos	-----

Para que el funcionamiento familiar sea adecuado los límites deben ser claros. Los límites rígidos provocan aglutinamiento acarreado consecuencias como abandono de la autonomía, poca definición entre sus miembros, dificultad para exploración y dominio del problema, la conducta o enfermedad de un miembro repercute intensamente sobre los otros y responden a toda variación con excesiva rapidez e intensidad. Por su parte los límites difusos son señal de desligamiento lo que provoca desproporcionado sentido de independencia,

pocos sentimiento de lealtad y pertenencia, poca disposición a recibir y proporcionar ayuda y baja respuesta ante la enfermedad de un miembro.

- **Jerarquías:** se refieren a las posiciones que ocupan los distintos miembros de la familia con relación al ordenamiento jerárquico dentro del sistema. La jerarquía corresponde a la diferenciación de roles de padres e hijos y de fronteras entre generaciones.
- **Alianzas:** designa una afinidad positiva entre dos unidades de un sistema
- **Coaliciones:** se habla de coaliciones cuando una línea de alianza se sitúa en oposición a otra parte del sistema, generalmente es oculta e involucra a personas de dos distintas generaciones aliadas contra un tercero.
- **Triangulo:** tiene como función dentro de un sistema equilibrar la relación de varios miembros que pueden tener relaciones conflictivas, es decir, una unidad de dos se estabiliza y confiere sentido a su actividad con referencia a un tercero.

### **3.1.3 Ciclo vital de la familia**

Se conoce como "ciclo vital" al desarrollo de la familia tomada en su conjunto, a los diferentes "momentos" por los cuales van atravesando todos los miembros de la familia, quienes van a ir compartiendo una historia común. El desarrollo y evolución de la unidad familiar a lo largo del ciclo vital familiar están íntimamente ligados a las fases de evolución y desarrollo de sus miembros. A medida que crecen los miembros de la familia, crece también ésta en su conjunto. Hay familias que no se acomodan a las diferentes exigencias del desarrollo de sus miembros, y ello puede causar dificultades.

El ciclo vital familiar está inmerso en la cultura y costumbres a la que pertenece la familia, por lo que no podemos decir que haya formas correctas o incorrectas de pasar por las diferentes etapas, dichas etapas son (Haley, 1997 y Estrada, 2007):

- 1) Constitución de la pareja
- 2) Nacimiento y crianza
- 3) Familias con hijos en edad escolar
- 4) Adolescencia
- 5) Nido vacío
- 6) Vejez

A continuación se describen cada una de las etapas:

**1. Constitución de la pareja:** Con la formación de una pareja queda constituido un nuevo sistema, que será el inicio de una nueva familia. Este nuevo sistema/pareja tendrá características nuevas y propias. A su vez cada uno de los miembros de la pareja traerá creencias, modalidades y expectativas que habrán heredado de sus propias familias de origen. Al formar un nuevo sistema tendrán que examinar cada una de éstas y negociar para establecer su nueva identidad como una nueva familia; aceptando las diferencias y manteniendo sus individualidades. En la evolución de una pareja habrá diferentes etapas, momentos de tranquilidad y otros de crisis.

**2. Nacimiento y crianza:** El nacimiento de un hijo crea muchos cambios tanto en la relación de pareja como en toda la familia. Aparecen nuevos roles y funciones: madre, padre (función materna y función paterna); y con ellos los de la familia extensa: abuelos, tíos, primos, etcétera. Las funciones de los padres se diferencian para poder brindarle al niño la atención y cuidados que necesita. La madre se unirá con el bebé, interpretando y descifrando sus demandas de cuidado y alimentación. Esta unión es normal y necesaria para la buena



evolución de toda la familia. La incorporación de un hijo en la familia provoca inevitablemente mucha tensión en la pareja. Son frecuentes los reproches, la depresión, cansancio de ambos padres, dificultad para ponerse de acuerdo en cómo y cuándo hacer las cosas. Es un momento de vuelco hacia la familia extensa. A veces esto es tomado con alegría y en forma positiva y en otras aumenta la tensión o los conflictos.

**3. Hijos en edad escolar:** Esta es una etapa crucial en la evolución de la familia.

Es el primer desprendimiento del niño del seno familiar. Se unirá a una nueva institución con maestros y compañeros y realizará nuevas actividades fuera del hogar. En cierta medida es la puesta a prueba de todo lo que la familia inculcó en los primeros años al niño (límites, relación con la autoridad y pares, si es correcto preguntar o no, etcétera.). La red social del niño se amplía y se comenzará a relacionar con otros adultos significativos (maestros). Estas nuevas experiencias pueden ser transmitidas al niño como algo bueno, donde el crecimiento tiene una connotación positiva o pueden ser vividas como una pérdida o un abandono, lo cual hará que el niño se encuentre en una situación muy conflictiva (de elección entre familia y afuera) y dificulte su adaptación. Por otro lado los padres tendrán por primera vez una imagen externa de su hijo, la imagen que le transmitirán los maestros

**4. Adolescencia:** La adolescencia es una etapa de grandes crisis para la mayoría de

los individuos y las familias. Se producen grandes cambios en todos los integrantes del núcleo familiar y en la relación de éstos con el exterior. El adolescente sufre una gran crisis de identidad. Su cuerpo sufre cambios y aparecen los caracteres sexuales secundarios bien definidos (Ej: cambios en la voz, vellos). Comienza a ampliar su contacto con el mundo externo y el espacio geográfico en el que se mueve, lugares donde los padres no son invitados a

participar. Es una etapa de grandes turbulencias emocionales para el adolescente que atraviesa el desafío de transformarse en adulto (dejando la imagen idealizada de los padres de la infancia), definir su identidad sexual y conquistar cierto grado de autonomía en lo emocional y mental. Las relaciones con sus pares, su grupo, pasan a ser primordiales en la vida del adolescente. El grupo ayuda a elaborar todos los cambios que le van sucediendo y ayuda a separarse de sus padres. Es importante para el adolescente sentir que se puede alejar de su casa sin perder a los padres, lo que intenta confirmar con sus actos de rebeldía. Por momentos el adolescente se torna un ser de difícil manejo y comprensión por parte de los padres, la familia y la sociedad en general. No debemos olvidar que en esta etapa los padres a su vez están pasando por la crisis de la edad media, momento en el cual aparece la incertidumbre de ya no ser joven, hay una evaluación de todo lo realizado hasta el momento en todos los planos y enfrenta a los padres nuevamente como pareja. Para el adolescente es importante la presencia de los límites firmes (con posibilidad de renegociarlos de acuerdo al crecimiento), con espacio para que ellos experimenten y se equivoquen, teniendo la oportunidad de recurrir a sus padres si los necesitara. Esto lo hace sentir seguro. La ausencia de límites hace que el adolescente se sienta solo, desamparado y da lugar a que aparezcan conductas de riesgo (violencia, embarazos no deseados, drogas, etcétera.) con el propósito de captar la atención de sus padres

**5. Nido vacío:** Esta nueva etapa está marcada por la capacidad de la familia de origen para desprenderse de sus hijos y de incorporar a nuevos individuos como el cónyuge y la familia política. Los hijos entraran en una nueva etapa donde deberán formar su propia familia, con las características que vimos al inicio del capítulo, para poder continuar el ciclo vital. Desde el punto de vista de los padres, se enfrentan con la salida definitiva de los hijos del hogar. Hasta ahora se había agrandado el círculo social y afectivo en que se movía el/la joven, pero seguía siendo la familia de origen la única y la de pertenencia. A partir de este

momento los padres deberán reconocer a la nueva familia como diferente y con características propias, aceptando la incorporación de otros en la vida familiar. La pareja se enfrentará a nuevos desafíos. Esta etapa esta marcada por el rencuentro de la pareja

**6. Vejez:** El fin de la vida laboral (jubilación) que por algunos es tomado como el inicio de una nueva etapa, donde tendrán la oportunidad de realizar cosas postergadas durante la juventud, disfrutar de los nietos y seguir generando proyectos, para otros es el fin de su vida activa y el paso hacia una etapa “improductiva”. Dentro de las familias aparecerán nuevos roles: abuelo/a. Este nuevo rol les permite a los padres, ahora abuelos, tener un contacto más libre y placentero con los nietos que lo que tenían con sus propios hijos. Posteriormente cada uno de los integrantes sufrirá cambios a nivel corporal (mayor fragilidad, enfermedades crónicas, etcétera.) y/o emocional (pensamientos con respecto a la muerte, pérdida de seres queridos, etcétera.). Todo esto requiere de un tiempo de procesamiento. En esta etapa del ciclo vital suele haber un revés en cuanto a quién proporciona los cuidados físicos, emocionales e incluso económicos de los padres. Las características de estos nuevos vínculos dependerán de cómo se establecieron las relaciones a lo largo de la historia familiar. Por otro lado son los abuelos los encargados de transmitir la historia, ritos y costumbres a las nuevas generaciones, ayudando así a establecer su identidad individual y familiar. Esto los pone a ellos en un lugar privilegiado, que hoy en día es descuidado por las familias y la sociedad en general.

Es importante recordar que cada familia es única y por lo tanto tendrá respuestas particulares ante situaciones estresantes como lo es la enfermedad de uno de sus miembros, no podemos esperar que todas las familias respondan igual y mucho menos que compartan las mismas características en cuánto a estructura.

### **3.2. El impacto de la enfermedad en la familia.**

Las enfermedades sobretodo las crónicas o terminales, ocasionan una serie de procesos que afectan no solo al individuo que las padece, sino que dan lugar a cambios radicales en el interior de la familia, fundamentalmente influidos por el sufrimiento y la posible limitación de las capacidades del enfermo que requiere ser atendido, cuidado y medicado . Es de esperarse que la estructura familiar del paciente cambie, ya que, su figura retorna central ocasionando que las interacciones en la familia giren en torno a el. (Herta, 2005).

La aparición de una enfermedad en un miembro de la familia implica necesariamente una situación de crisis para la familia en cuestión. Definimos crisis como el grado de desorganización que el impacto de la enfermedad produce en la familia. El grado de desorganización dependerá fundamentalmente de dos variables: el tipo de enfermedad y la dinámica del grupo familiar. (Kornblit, 1984). Para adaptarse a esta nueva situación la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación, que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, conciente o inconciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar.

#### **3.2.1. La respuesta familiar.**

La manifestación de la enfermedad en la familia genera una serie de desajustes en la manera de convivir y funcionar por parte de sus miembros, lo que conlleva a un procesamiento de la información relacionada con la enfermedad a la cual se le añaden valores, costumbres y definiciones tanto del significado de la enfermedad

en si misma, como de las necesidades que tiene la familia para entenderla. En función de este proceso se generan una serie de respuestas adaptativas que pueden ser funcionales o disfuncionales, que pudieran llevar a mayor estrés en la familia y a una crisis todavía mas severa (Fernández, 2004).

La respuesta familiar se cumple según el siguiente modelo (Hill, 1949. En: Kornblit, 1984):

- A)** un periodo de desorganización
- B)** un punto de recuperación
- C)** un nuevo nivel de reorganización

#### **A) Periodo de desorganización**

El impacto de la enfermedad hace que en una primera fase se rompa la estructura del funcionamiento familiar. Dicha ruptura suele verificarse a lo largo de líneas de fractura previamente esbozadas en el sistema.

Una posibilidad en este periodo es, que esta etapa trate de ser salteada por el núcleo familiar, por la incapacidad para tolerar la desestructuración consecutiva de la crisis. Esta situación da muestras de un nivel de eficacia capaz de organizar rápidamente al grupo en función de la nueva situación, sin embargo la reorganización precoz, parte de la anegación más que de la aceptación y, en consecuencia, no podrá lograr el nivel de eficacia en el manejo de la enfermedad que es posible alcanzar a partir del tocar fondo.

La otra posibilidad de riesgo es que el periodo de desorganización llegue a niveles tan profundos que sea difícil después para la familia rescatarse a si misma de dicha situación.

## **B) El punto de recuperación**

Diferentes indicadores pueden señalar que la familia está llegando a un punto a partir del cual será posible su recuperación de la crisis. A veces se trata de la entrada en escena de un modo más activo, del miembro de la pareja que ha permanecido más periférico en cuanto a la enfermedad, otras veces en dicho momento la familia, o por lo menos uno de sus miembros, solicita o busca más información acerca de la enfermedad. En este caso el componente cognitivo comienza a actuar como organizador del contexto.

Tanto médicos como psicólogos deben estar atentos a la aparición de algún indicio en cuanto a que la familia ha llegado a esta fase, por que es este el mejor momento en que será posible una mayor asimilación del aprendizaje sobre el manejo adecuado de la enfermedad.

## **C) Fase de Reorganización**

El tipo de reorganización al que tenga la familia dependerá obviamente del tipo de enfermedad y de la invalidez resultante de ella, así como de su estilo particular.

La enfermedad de uno de los miembros puede provocar que el grupo familiar consolide su estructura anterior, por ejemplo en lo referente a tareas, o puede provocar que se adquiera arribar a una nueva distribución de papeles, con un cambio en el proceso de adjudicación y asunción de roles.

La intervención del psicólogo en esta fase debe estar dirigida a:

- 1) Lograr que en la reorganización la familia pueda conservar el delicado equilibrio entre cohesión y promoción de la independencia y autoafirmación de sus miembros incluido el enfermo.
- 2) Mantener la consistencia de los límites entre los subsistemas familiares

- 3) Desarrollar y mantener un contacto fluido con el afuera
- 4) Desarrollar y mantener relaciones abiertas
- 5) Alentar la formulación de proyectos tanto por parte del enfermo y de los otros miembros de la familia en relación con el y consigo mismos.

### **3.2.3. Alteraciones en la estructura familiar**

La enfermedad que tiende a la cronicidad -como el asma- favorece que el paciente sea etiquetado como diferente, ya sea por el tipo de expectativas que posee, por las nuevas necesidades de cuidados y alimentación, por su aspecto físico, por su autoestima, por su capacidad física, etcétera, que afectan el tipo de relación interpersonal con los miembros de la familia y con sus conocidos. Esta relación puede evolucionar lentamente hasta un deterioro irreversible. La situación de cronicidad puede evolucionar a situaciones de estrés crónico en los miembros del sistema, incluido el enfermo, que no solo impactan el funcionamiento familiar, sino también la evolución de la enfermedad (Fernández, 2004).

Cuando se presenta una enfermedad en la familia, se modifica su estructura y dinámica; se alteran las jerarquías, las fronteras, los roles y los estilos de relación, en donde quedan vacíos en las funciones familiares, lo que genera un desequilibrio en la familia

Si surge una enfermedad la distribución de roles y funciones familiares necesita redefinirse, esta redefinición será más complicada cuanto más importantes eran los roles o las funciones familiares de la persona enferma. Cuando quien enferma es un hijo el reajuste estructural es menor (aunque no así el emocional). Dependiendo de las características de la enfermedad y del apoyo que recibe el cuidador, la carga será llevadera o bien implicará una renuncia y un esfuerzo poco menos que

heroicos (Navarro, 2004). Mientras más funcional sea la familia, tendrá mayor posibilidad de enfrentar mejor el diagnóstico de una enfermedad crónica

La redefinición de los roles puede ser explícita o implícita, ambas son igual de eficaces a la hora de adscribir un rol. En una típica negociación implícita, alguien hace algo de forma espontánea, como estar al pendiente de la medicación del niño y la administración de esta, basta con que lo haga varias veces, sin que nadie lo cuestione para que adquiera y se redemande la función. A veces surgen problemas en la negociación del rol, las funciones y roles que desempeñaba el enfermo las tiene que sumir el resto de la familia, lo que exige, también una negociación más o menos explícita entre quien tiene que delegar la función y quien (es) tiene(n) que asumirla. En este tipo de negociaciones resulta característico que la persona enferma entienda que puede retener más roles y funciones que los que juzga apropiados el resto de la familia. Si tales roles y funciones llevaban aparejadas cuotas de poder o prestigio el enfermo experimenta una pérdida considerable (Navarro, Op. Cit.)

Con las enfermedades intermitentes, la alternancia de recaídas con momentos de remisión en los que el paciente recupera cierta funcionalidad, genera una dinámica propia, en que la familia se ve forzada a negociar no solo el rol del cuidador, sino que también negocia en los momentos de remisión que funciones reasume el enfermo y cuales delega en los periodos de recaídas.

Asumir el rol de cuidador primario implica un proceso de ajuste entre dos personas el cuidador y el enfermo, este es un proceso lleno de miedos mutuos, de intereses muy diferentes que pueden verse además complicado por intereses culturales y la enfermedad mutua. (Ortiz, 1999)



### **3.3. La dinámica familiar en la en la asimilación y manejo de la enfermedad crónica.**

Los cambios que se producen en las familias en relación con la enfermedad no siguen un patrón específico, más bien están dados por las propias características familiares, tales como su etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solides de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo e específico, la historia familiar, entre otros (Fernández, 2004).

La dinámica familiar va a determinar el impacto que genere la enfermedad sobre la familia y la forma en que la familia va a asimilar la situación y por lo tanto va a determinar la evolución que tenga el enfermo.

Rolland (2000), propone cuatro áreas básicas del funcionamiento familiar que intervienen en el proceso evolutivo de la enfermedad a continuación se describirá cada una

### **3.3.1. Pautas organizativas.**

El funcionamiento de toda familia debe considerarse en función de cuan efectivamente organiza su estructura y los recursos a su disposición para superar los desafíos a lo largo de todo el ciclo de vida. Esto se logra a través de la adaptabilidad familiar, los límites y la cohesión de cada sistema.

La *Adaptabilidad familiar* es uno de los requisitos principales para un buen funcionamiento del sistema familiar. La estabilidad u homeostasis y la flexibilidad son necesidades complementarias. La habilidad de una familia para adaptarse a los cambios en las tareas de desarrollo del ciclo vital se complementa con su necesidad de valores durables, tradiciones y normas de comportamiento previsibles y coherentes. La adaptabilidad es fundamental en las enfermedades progresivas, recurrentes o que presentan crisis médicas agudas como el asma.

Los mecanismos homeostáticos son los medios por los cuales se fijan las normas y se las hace cumplir para mantener una situación estable en el sistema. Todos los miembros de la familia contribuyen al equilibrio homeostático a través de la formación de alianzas, el silencio y el distanciamiento o el rescate de un familiar vulnerable en desgracia (el enfermo). Por ejemplo en las enfermedades de la niñez que responden rápidamente al estrés emocional, como el asma, suelen presentar crisis toda vez que las discrepancias conyugales de los padres se intensifican más allá de los límites tolerables. El sufrimiento del niño distrae la atención del conflicto marital y alivia la tensión entre los padres que tienen que concentrarse ahora en la crisis de su hijo.

La flexibilidad es necesaria para que la familia se adapte a los cambios internos y externos que las enfermedades graves o crónicas, suelen requerir. Internamente la familia debe organizarse en respuesta a los nuevos imperativos de desarrollo que

trae consigo una enfermedad progresiva. Así mismo a medida que la enfermedad interactúe con la vida normal familiar y el desarrollo del ciclo vital de los miembros, se harán necesarios cambios en la organización familiar.

Por otra parte la *cohesión* es un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad. La cohesión familiar hace referencia a la fuerza de los lazos que unen a los miembros de una familia y se traduce en conductas tales como hacer muchas cosas juntos, tener intereses y amigos comunes, establecer coaliciones, compartir el tiempo y el espacio, etcétera. En las familias amalgamadas, es más probable que la enfermedad crónica se observe como un gran detonante de crisis y que se produzcan cambios drásticos en la estructura familiar. Mientras que en las familias distantes el impacto de la enfermedad puede ser en muchas ocasiones subestimado, desvalorando las necesidades de cambio y la importancia de una buena adherencia terapéutica, alterando la evolución positiva de la enfermedad.

Finalmente los *límites* determinan quien hace que, donde y cuando, por lo tanto son requisitos estructurales fundamentales. Las familias disfuncionales se caracterizan por la presencia de límites extremos como rígidos y difusos con un apego excesivo o un gran desapego.

El estilo de funcionamiento de las familias rígidas, tienen problemas para afrontar el cambio y se adaptaran mal al rápido cambio de roles que exigen las afecciones recurrentes. Este tipo de familias tienden a sentirse recelosas de las personas ajenas a ellas, las enfermedades que requieren ayuda profesional externa les serán muy difíciles de afrontar.

Las familias caóticas y desorganizadas (límites difusos) carecen de un liderazgo previsible y coherente y tienen pautas de vida que serian problemáticas en enfermedades para las que se requiere estricto acatamiento de un régimen terapéutico.

Las fronteras o límites generacionales, es decir las reglas que definen roles, derechos y obligaciones de padres e hijos, mantiene la organización jerárquica de la familia. Estas son establecidas por el subsistema parental/conyugal y refuerzan el liderazgo esencial de la unidad parental y la exclusividad de la relación marital. Una coalición conyugal/parental efectiva, con liderazgo compartido, es de vital importancia en casos de enfermedades crónicas infantiles.

Las fronteras entre las familias y la comunidad también son importantes. Las familias funcionales se caracterizan por límites claros y permeables al exterior y que conectan a la familia con la comunidad. Frente a un enfermedad grave, muchas familias tienden a asilarse (límites rígidos) y no se dan cuenta que necesitan redes sociales que las apoyen y las conecten con la comunidad y servicios médicos.

Por otro lado, las enfermedades crónicas incrementan en gran medida el riesgo de triangulación, en particular cuando ya existen ciertas cuestiones familiares conflictivas sin resolver. La triangulación se refiere a la tendencia de los sistemas de dos personas, especialmente en las relaciones maritales, a incorporar a una tercera persona cuando se genera una tensión entre ambos miembros de la díada. En el caso de las enfermedades crónico infantiles, suelen observarse tres tipos de triángulos:

- a) dos personas suelen evitar o abandonar su conflicto para unirse en un frente de preocupación y cuidados del niño enfermo. Si el niño presenta problemas de conducta asociados con su enfermedad, como negarse a tomar su medicamento, los padres pueden unirse para culpar al niño o convertirlo en un chivo expiatorio.
- b) Un progenitor puede formar una colisión con el niño enfermo, en contra del otro progenitor o simplemente excluyéndolo. Es importante observar que el miembro excluido apoya esta ruptura generacional manteniéndose distante.

- c) El miembro triangulado, en este caso el niño enfermo, puede asumir el papel de mediador entre los padres, equilibrando así las lealtades y regulando la tensión y la intimidad.

### **3.3.2. Procesos de comunicación.**

Para que la familia logre un buen control de la enfermedad es absolutamente esencial que tenga una comunicación efectiva. Toda conducta, verbal o no, incluido el silencio, transmite mensajes interpersonales. En las familias que se enfrentan con problemas de salud graves y prolongados, la comunicación que se deja sin aclarar tiene consecuencias patológicas o puede provocar la ruptura de las relaciones familiares. Es muy importante en cualquier caso que la comunicación sea clara y directa.

Los tipos de comunicación, más comunes son (Andolfi, 1997):

- o **Comunicación clara:** cuando el mensaje está dicho de forma clara y entendible.
- o **Comunicación enmascarada:** el mensaje está disfrazado; al parecer, se dice algo cuando en verdad se pretende decir otra cosa.
- o **Comunicación directa:** el mensaje va dirigido directamente al receptor con el que deseamos comunicarnos.
- o **Comunicación indirecta:** el mensaje va dirigido a un receptor, pero en verdad deseamos decírselo a otro receptor.

Generalmente la comunicación, acerca de cuestiones emocionales es más difícil, en particular con respecto a enfermedades que implican una amenaza de pérdida.

Las normas familiares expuestas organizan la interacción y sirven para mantener un sistema estable al prescribir y limitar la conducta de sus miembros.

### **3.3.3. Pautas multigeneracionales y ciclo vital familiar.**

Al analizar el comportamiento de una familia es importante evaluar su historia en especial, aquellas familias que se enfrentan a una enfermedad crónica. La indagación acerca de la historia de la familia es un modo de rastrear acontecimientos y transiciones clave, así como de comprender los cambios en la organización del sistema familiar y las estrategias de respuesta en el pasado frente a factores estresantes. Cuando se trata de familias que se enfrentan con la enfermedad, una evaluación multigeneracional ayuda a poner en claro cuales son sus lados fuertes y áreas de vulnerabilidad y a identificar las familias de alto riesgo que, abrumadas por cuestiones sin resolver y pautas disfuncionales transmitidas a lo largo del tiempo, no pueden asimilar los desafíos que les presenta n enfermedad grave.

Con relación ala enfermedad varias pautas son dignas de atención como las repeticiones de relaciones, síntomas o pautas de funcionamiento, la recurrencia de ciertos triángulos, coaliciones, rupturas y pautas de sub o sobreprotección. Algunos ejemplos típicos de estas pautas son divorcios, alcoholismo, relaciones conflictivas padre-hijo, roles de genero rígidos, perdidas no resueltas, cortes en las relaciones de los supervivientes cuando fallece un miembro de la familia y la existencia de una enfermedad recurrente en la familia.

Es muy útil tener una idea de cómo se organizaron las familias de origen de los adultos de la familia actual para maneja las tareas emocionales y practicas relacionadas con la enfermedad, en todas las dolencias crónicas importantes que se hayan presentado en sus respectivas historias.

En cuanto a la importancia del ciclo vital de la familia en la enfermedad se cree que existe un momento en el ciclo de la vida en que la enfermedad crónica es

normativa y otros en que no o es, comúnmente se considera normal en la vida adulta tardía, es decir, en los ancianos. Las enfermedades que tienen lugar en una fecha temprana del ciclo de vida están más desfasadas y tienden a ser evolutivamente más desestructurantes. Como acontecimientos prematuros, las enfermedades crónicas pueden desestructurar gravemente el sentido usual de continuidad y el ritmo del ciclo de la vida. El momento del ciclo de la vida en que se presenta un acontecimiento inesperado, como una enfermedad crónica, determinar tanto la forma de adaptación como la influencia que el acontecimiento tendrá en el desarrollo posterior.

La aparición de una enfermedad crónica en una etapa del ciclo vital, como la crianza de los niños pequeños, donde la familia requiere una cohesión considerable, puede tener como consecuencia la prolongación de este periodo indefinidamente, y la familia puede quedar atrapada de manera permanente y hacerse excesivamente apegada.

Minuchin y sus colaboradores, descubrieron que en una familia en la cual existe un intenso conflicto conyugal, un niño crónicamente enfermo puede funcionar en un triángulo con sus padres como mediador de la tensión conyugal. Los agravamientos de la enfermedad del niño, como por ejemplo los ataques de asma, se entrelazan fisiológicamente con la disfunción familiar. La amenaza o aparición de una crisis médica de gravedad sirve para suavizar el conflicto que podría, de otro modo, intensificarse hasta quedar fuera de todo control. Esta situación acarrea como consecuencia el que el niño nunca madure y nunca logre un control adecuado de su enfermedad, puede ser así el conflicto entre los padres ya no sería mediado y por lo tanto se agrandaría.

#### **3.3.4. Sistema de creencias de la familia.**

Todos los indivisos, individualmente y como miembros de nuestra familia y de otros sistemas, desarrollamos un sistema de creencias, que determinan nuestras pautas de comportamiento en relación con los desafíos comunes de la vida. Las creencias le brindan coherencia a la vida familiar, por que facilitan la continuidad entre el pasado, el presente y el futuro, y proponen un modo de abordar las situaciones nuevas y ambiguas, como, por ejemplo una enfermedad crónica y/o grave.

Los sistemas de creencias constituyen una fuerza poderosa en la enfermedad. Cuando son mal utilizados o no son tenidos en cuenta pueden hacer estragos en las relaciones e impedir la curación. Cuando se les usa con criterio, fortalecen todas las relaciones y proporcionan la base para la curación biológica y psicosocial. Este sistema de creencias va a determinar el impacto que la enfermedad va a tener sobre la dinámica y funcionamiento familiar y sobretodo determinaran el abordaje que la familia le dará a la enfermedad junto con la adherencia terapéutica que tanto el paciente como su familia tendrán.

Es muy importante que desde las fase inicial de crisis se indague sobre las creencias centrales que dan forma a las narrativas de las familias sobre la enfermedad y a sus estrategias para manejar la situación. Esta evaluación incluye el rastreo de las creencias sobre:

**a) Normatividad**

Las creencias de una familia acerca de lo que es normal o anormal y la importancia que le atribuyen a la conformidad y a la excelencia en relación con la familia tienen consecuencias de largo alcance para la adaptación de las enfermedades crónicas. Los valores familiares que permiten tener un problema sin autodenigrarse por ello dan a la familia una clara ventaja cuando aparecen enfermedades crónicas ya que le permiten utilizar ayuda externa y mantener identidad positiva.



#### **b) creencias sobre la relación mente-cuerpo**

La idea que la familia tenga sobre esta relación marcara la alternativa de cambios de actitudes, comportamientos o incluir diversas terapias para aminorar la enfermedad.

#### **c) Creencias de la familia acerca del dominio y control de la enfermedad**

Una orientación hacia una localización interna de control implica la creencia en que el individuo y la familia pueden influir sobre el desenlace de una situación, estas familias creen que son directamente responsables de su salud y que tienen el poder para recobrarla. Una orientación externa delega la responsabilidad de la salud en otras personas como los médicos, y finalmente las familias que consideran la enfermedad en función del azar creen que es cuestión de suerte que se presente o no la enfermedad y que el destino determinara la recuperación.

#### **d) Optimismo/Pesimismo ante la enfermedad**

La negación y la represión son mecanismos de defensa que aumentan con la importancia de la amenaza que representa una enfermedad o con su gravedad. Estos mecanismos pueden interferir con las conductas eficaces de la familia en relación con la salud. El optimismo, puede facilitar a la familia concebir un desafío enorme como algo manejable y alentarla a afrontar un problema de salud grave.

#### **e) Creencias familiares acerca de las causas de la enfermedad**

Las creencias pueden incluir explicaciones biológicas, sociales, sobrenaturales o disfunción individual o familiar. Las narrativas familiares óptimas respetan los límites del conocimiento científico, ratifican la capacidad de la familia y promueven el uso de múltiples estrategias de intervención.

En general las creencias familiares óptimas y que maximizan las opciones permisibles son las que combinan la necesidad de consenso con la diversidad e innovación. Es muy importante examinar el nivel real de conciencia en cuanto a las creencias acerca de la salud, tanto entre los miembros de la familia como entre esta y el sistema de salud.

## **CAPÍTULO IV.**

### **IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN EL MANEJO DEL ASMA INFANTIL**

Un problema grave de salud complica las normas familiares en varios sentidos. En las enfermedades de la niñez, puede ser necesario que las normas para el niño enfermo se basen en los límites y riesgos impuestos por la enfermedad y no en su edad cronológica. Para controlar con éxito las enfermedades crónicas, la eficacia en solución de problemas de la familia para solucionar problemas normativos y no normativos con los que se enfrenta y mantener un equilibrio eficaz. Las familias funcionales no se caracterizan por la ausencia de problemas, sino por su capacidad para resolverlos. (Rolland, 200).

El asma bronquial infantil es una enfermedad crónica que requiere constante atención y vigilancia por parte de los padres de los niños afectados. Su naturaleza aguda y episódica origina numerosas visitas médicas, numerosas ausencias escolares y algunas hospitalizaciones que ocasionan frecuentes cambios en la vida diaria familiar, no solo del niño sino también de sus padres y de su familia (Moreno, 2002).

También vale la pena destacar que el papel de los padres va más allá, ya que cuando reciben el consejo profesional pertinente pueden actuar como terapeutas auxiliares en el proceso de tratamiento y recuperación de sus niños.

Parece existir un acuerdo general de que la familia forma parte del contexto que influye para desencadenar o evitar los ataques del niño asmático. Las respuestas de ansiedad de los familiares, pueden constituir factores perturbadores en el tratamiento del paciente asmático

La familia del niño asmático, juega un papel muy importante dentro del tratamiento del trastorno. Como ya se menciona en el capítulo anterior cualquier enfermedad afecta a la familia y esta tendrá que buscar su estabilidad para sobrellevar el problema; el impacto que el asma infantil cause en la familia y la forma en que esta se reacomode ante dicha enfermedad determinaran al buen o mal manejo que la familia y el niño le de a la enfermedad y por ende el nivel de adherencia terapéutica que se muestre. Ejemplo de esto es la implementación de las medidas ambientales necesarias para disminuir los factores desencadenantes de crisis asmáticas, si la familia no reacciona adecuada mente mostrara mucha resistencia a realizar cambios en su entorno (dejar de fumar, no tener mascotas, deshacerse de alfombras o muñecos de peluche, etcétera.) para mejorar la salud del niño; también puede darse el caso de que a raíz de los cambios y gastos que genera la enfermedad se detonen o acrecienten riñas entre los padres, lo cual afecta aun mas la estabilidad emocional del niño enfermo ocasionando angustia y ansiedad e incluso depresión.

Los padres pueden reducir considerablemente la frecuencia y la gravedad de los ataques asmáticos asegurándose que los niños usen los medicamentos como fueron indicados por el médico. Debido a que hay tantas sustancias que desencadenan respuestas alérgicas, la identificación y evitación a un alérgeno o alérgenos puede ser muy difícil. Se pueden tomar medidas relativamente sencillas, sin embargo, para evitar los problemas más obvios y comunes. El involucramiento de los padres es crítico en prevenir los ataques y las situaciones potencialmente fatales.

Rodríguez, Kanán, Vázquez, Gutiérrez, Barbosa, Sánchez y Tejeda (2008) realizaron un estudio durante el año 2005 en la ciudad de Morelia donde evaluaban el funcionamiento y la organización de 20 familias con un hijo asmático y la relación de estas con la detonación y persistencia de los síntomas asmáticos. Los resultados obtenidos muestran un perfil-organizativo con características de rigidez, sobreprotección, evitación del conflicto y aglutinamiento. Estas dinámicas, según los investigadores, causa poca eficacia en cuanto a la demostración de afecto

y para sustentar la comunicación, lo anterior se traduce en una permanencia de sentimientos negativos que repercuten en la pobre utilización de recursos para salir adelante y, en ocasiones, se desconoce la existencia de estos.

Las emociones negativas y las actitudes desfavorables de los padres influyen en la gravedad de los síntomas y en las limitaciones diarias de los niños. Se sabe que los niños con asma leve son aquellos que reciben más tranquilidad de parte de sus padres, mientras que los niños con asma grave suelen tener menor apoyo parental. (Rodríguez y Sanz, 2000)

A continuación se describe la forma en que el asma infantil repercute sobre la dinámica familiar volviéndola disfuncional, y como esta disfuncionalidad afecta el manejo adecuado del asma.

#### **4.1. Impacto del asma bronquial infantil en la familia**

No podemos pasar por alto los trastornos que para la familia supone la enfermedad de un niño, su niño. Estos trastornos, entre otros, son: ansiedad, miedo, desajuste familiar, desconfianza, sentido de culpabilidad. Si tenemos en cuenta que, el niño depende del apoyo de su familia para enfrentarse y entender un poco su enfermedad y si se encuentra con una familia ansiosa, angustiada o bloqueada por la situación, esto irá en perjuicio de su recuperación.

El asma es una de las enfermedades con mayor prevalencia en la infancia y sus costos no solo impactan la economía familiar, además se traducen en días de trabajo perdidos por los padres, días de ausencia en la escuela e importantes trastornos en la dinámica familiar.

Generalmente las familias con un hijo asmático viven con ansiedad la posibilidad de que se produzcan nuevas crisis asmáticas. La situación temida es la de recaídas continuas o graves. Están en situación de alerta constantemente, lo cual lleva al límite las fuerzas físicas y psicológicas, sobretodo de quien desempeña el rol de cuidador principal (Contreras y Sanjurjo, 2007).

La presencia de asma en un niño, implica en los padres una serie de demandas emocionales y dificultades prácticas, que en muchas veces conllevan riesgos en el funcionamiento familiar normal. Es importante que estos aspectos implícitos, puedan ser identificados, con tal de evitar o disminuir los riesgos que la enfermedad conlleva para la familia.

Para la evaluación del impacto que el asma infantil tiene sobre la familia del niño asmático e deben tomar en cuenta los efectos de esta enfermedad en el funcionamiento de la vida diaria tanto del paciente, como de sus padres y hermanos; en los aspectos psicosociales de sus vidas, así como en los ámbitos económico y laboral, Moreno, (2002) propone que la evaluación del impacto que el asma infantil tiene sobre la familia se debe estructurar en las siguientes dimensiones:

- **dimensión funcional:** los niños asmáticos y sus familiares muchas veces interrumpen sus actividades diarias y de ocio, debido al tiempo que requieren para la atención del trastorno. estas actividades pueden verse afectadas también por fatiga o falta de sueño a causa de los cuidados del niño, la fatiga y el sueño pueden a su vez comprometer la salud y el funcionamiento diario del progenitor.

- **dimensión emocional:** la responsabilidad de proporcionar los cuidados necesarios a un niño asmático, puede poner en riesgo la autoestima y autoconfianza de los padres. Pueden presentar sentimientos de inseguridad e incertidumbre, temor, culpa, ansiedad, tristeza, mal humor y frustración. Es muy probable que experimenten también síntomas de preocupación y angustia por los síntomas de la enfermedad, la medicación requerida su rendimiento escolar.
- **dimensión social:** tanto la socialización del niño enfermo como de su familia se ve afectada por el deseo de evitar los desencadenantes de crisis asmáticas y el miedo a estas.
- **dimensión económica:** en muchas ocasiones los gastos para el cuidado y medicación del hijo enfermo causan el desvío de fondos destinados para otra actividad.

El impacto de tener un niño enfermo en la familia afecta sin duda alguna a todos los miembros, pero afecta más a la persona que asume el rol de cuidador, que por lo general este rol lo asume la madre. La cuidadora puede quedar agotada física y psicológicamente a consecuencia de la carga y la renuncia personal que implica el cuidado de la enfermedad. En este caso es muy importante que la cuidadora tenga un *respiro*, el que algún miembro de la familia tome el papel de la cuidadora y la sustituya por unas horas, o por un fin de semana al mes sirve para reobrar fuerzas, al mismo tiempo que supone un reconocimiento moral de su dedicación (Navarro, 2004).

## **4.2. Problemas familiares relacionados con el asma infantil**

El impacto de asma en la niñez sobre la familia es considerable y puede llegar a constituirse el centro de la vida familiar provocando cambios significativos en la conducta y en la vida personal de todos sus miembros. Es frecuente observar conductas de sobreprotección en los padres del niño asmático, así como una notoria dificultad de los padres a la hora de manejar los problemas de conducta o problemas emocionales del niño. El niño es descrito por sus padres como rebelde, dependiente, tímido y llorón. La relación matrimonial suele mostrarse con fricción (Benítez, Molina y Camps, 2005).

Minuchin (1974, en Benítez, Molina y Camps, Op. Cit), describe la atmosfera familiar impregnada de dependencia como condición detonadora de algunos síntomas del niño asmático. El resentimiento familiar hacia la enfermedad no se expresa y aparecen conductas desadaptativas y autoagresivas. El niño suela utilizar el síntoma para manejar al grupo familiar manteniéndolo dependiente de el y ala inversa, un conflicto matrimonial o familiar puede precipitar un ataque agudo de asma en el niño. Por otra parte es muy común encontrar en las familias con un hijo asmático a un padre periférico (alejado), con respecto al tratamiento y cuidados del niño.



La alteración de la salud del niño puede afectar negativamente los ámbitos social, emocional y económico de la familia, pero también la enfermedad puede cumplir un papel unificador, mediante la experiencia compartida entre sus miembros. Las incidencias negativas que la enfermedad ejerce en la estructura y en la función familiar se concreta a menudo en términos de pérdidas o restricciones en la vida social y un incremento subjetivo de estrés o tensión (Moreno, 2000).

La falta de colaboración en las familias y la enorme carga emocional que suele traer consigo el cuidado del niño enfermo puede tener consecuencias graves para los miembros de la familia y el enfermo como: depresión, soledad, estrés, descuido, exacerbación de problemas de salud, entre otros (Fernández, 2004). Existen otras repercusiones familiares las cuales serán descritas con mayor detalle a continuación.

#### **4.2.1. Económicos**

El asma bronquial es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia, el costo de su tratamiento puede generar dificultades económicas y laborales en las familias afectadas. Los costos derivados del tratamiento del asma pueden representar una proporción significativa de los ingresos familiares. En Estados Unidos se estima que el costo económico de tratamiento oscila entre un 5 y 15% de los ingresos totales de una familia, en la India los costos del tratamiento del asma bronquial suponen el 9% de la renta *per capita* anual. Según el estudio de prevalencia del asma y enfermedades alérgicas en la población colombiana el 62% de los pacientes había gastado entre \$100.000 y \$300.000 mensuales y 48% de ellos había tenido incapacidad laboral de por lo menos un día, en México afecta por lo menos un 15% del ingreso familiar (Domínguez y Jácome, 2003).

Las visitas al médico, las medicaciones y los cambios en el equipamiento en casa por motivo del asma en el niño, pueden apretar los recursos económicos que la familia dispone. Al mismo tiempo las actividades laborales del padre que asume el rol del cuidador (generalmente la madre) se ven afectadas, ya sea por el cansancio y fatiga por los cuidados que el niño requiere o por que muchas veces tienen que ausentarse del trabajo para adaptarse a las necesidades del cuidado del niño. Estos factores pueden afectar la economía familiar puesto que los padres tienen que dejar todo o parte de su trabajo para cuidar del niño enfermo, por lo tanto, es muy probable que disminuyan los ingresos económicos.

#### **4.2.2. Sociales**

El deseo de los padres de evitar un desencadenamiento de los síntomas en el niño asmático, puede llevarlos a restringir las actividades sociales de toda la familia. Por otra parte el padre que asume el rol de cuidador suele disminuir sus relaciones sociales con la familia extensa y amigos e incluso disminuye su tiempo para los demás miembros de su familia. Estas restricciones pueden dar lugar a la disminución del apoyo social que la familia necesita (Moreno, 2002).

Los niños asmáticos con padres socialmente aislados tienen con más frecuencia síntomas de asma, más días de actividad limitada, escaso manejo de su sintomatología y acuden con mayor frecuencia al servicio de urgencias (Benítez, Molina y Camps, 2005). Además el aislamiento social aumenta el impacto negativo de estar sujeto a una condición crónica y hace más vulnerable al niño enfermo y a sus familiares a contraer trastornos mentales y/o físicos, perpetúa el enigma y crea problemas de acceso a modelos alternativos de afrontamiento de la enfermedad. (Navarro, 2004)

### **4.2.3. Psicológicos**

Una enfermedad crónica en un niño representa una poderosa fuente de estrés, con consecuencias similares a otros traumas vitales, como el divorcio de los padres, el alcoholismo o la muerte de uno de ellos. Pero la enfermedad infantil debe distinguirse de otras fuentes de estrés por su constancia, por la probabilidad de una muerte prematura, por su curso impredecible, y con frecuencia deteriorante, por las demandas del tratamiento, que incluyen tanto la hospitalización como el cuidado diario, esto implica rutinas rígidas de cuidados a la par que desafía la autoestima del niño y la de sus familiares (Navarro, 2004).

El tener un niño enfermo en la familia supone un desgaste físico pero sobre todo un desgaste emocional significativo. En el caso del asma infantil, la necesidad de los padres de estar pendiente de los síntomas y cuidados del niño enfermo suele repercutir en los otros hijos e incluso en la misma pareja. A su vez la tensión y el miedo de que se presenten crisis pueden llevar a los miembros de la familia a un estado de ansiedad que sobrepase sus límites. Los principales problemas familiares de carácter psicológico son expuestos a continuación.

#### **4.2.3.1. Sobreprotección**

La sobreprotección es la conducta más frecuente de los padres hacia el niño enfermo. Consiste en una excesiva intervención y ayuda para evitar posibles riesgos, sin valorar las habilidades reales del niño, ni la importancia que tiene el desarrollo progresivo de su independencia. En consecuencia hay un retraso en la adquisición de los hábitos de autonomía que interfiere las ulteriores actividades en y la adquisición de habilidades motrices, cognitivas y sociales (Gila y Martín, 2000).

Caso (2006), evaluó la relación entre los síntomas de asma bronquial y la sobreprotección parental, el estudio se realizó con una muestra no aleatoria a cinco sujetos de entre 16 y 30 años de edad, diagnosticados clínicamente como asmáticos, a los cuales se les aplicó el test Parental Bonding Instrumental (ver anexo 4), el cual mide el tipo de lazo parental. Los resultados obtenidos reflejan la evidencia de la presencia de sobreprotección y con ella las limitaciones del sujeto para hacerse responsable de su enfermedad. Sin embargo la autora comenta que su muestra de estudio fue muy pequeña y que sería conveniente aplicar el estudio en una muestra más significativa.

#### **4.2.3.2. Problemas de pareja**

El cambio más evidente que se ve con frecuencia en el sistema familiar ante la enfermedad crónica –como el asma– de un hijo, es la modificación del subsistema conyugal. Las necesidades emocionales insatisfechas pueden llegar a crecer hasta un punto sin retorno. Esto se agrava si hay una historia previa de dificultades en la pareja y vemos así la desintegración de la relación conyugal.

La enfermedad de el niño somete la relación marital a una mayor tensión, que se manifiesta en más peleas, menor intimidad y dificultades a la hora de ponerse de acuerdo para tomar decisiones, sin embargo estos problemas no suelen llevar a la separación o al divorcio, pues a ambos padres los une la enfermedad de su hijo (Navarro, 2004). La enfermedad puede llevar a veces al alejamiento del hogar del padre debido a la excesiva atención que la madre da al niño. Los padres a veces pueden culparse el uno al otro, consciente e inconscientemente. Por otra parte, la vivencia del sufrimiento en la familia también pudiera llevar a una mejor relación y comprensión en la pareja (Fernández, 2004).

#### **4.2.3.3. Problemas entre hermanos**

Los hermanos de niños enfermos tienen una fuerte respuesta emocional hacia el enfermo, sienten mucha culpa por funcionar mejor que el, sienten celos y hostilidad por la mayor atención que sus padres prestan a su hermano y comúnmente presentan trastornos de conducta y problemas académicos. Algunos estudios indican que los hermanos de niños enfermos crónicamente tienen cuatro veces mas probabilidades de sufrir problemas de adaptación que los que no tienen un hermano enfermo (Navarro, 2004). Pueden sentirse más presionados y tener que responder a las demandas de los padres, como si sintieran que se les obliga a hacerse mayores antes de tiempo, ya que a veces tienen que ocuparse de cosas que antes no tenían que hacer. Otras veces puede darse el deseo de contraer la enfermedad para recibir todas las atenciones y cuidados que fantasea que el hermano/a recibe y que él siente que no tiene. Toda esta situación puede llevarles a un cambio en su forma de abordar las situaciones y en su forma de colocarse ante la vida y de ser más maduros, más serios, más introvertidos, más agresivos, más infantiles, más desobedientes etcétera (Fernández, Op. Cit.).

#### **4.2.3.4. Problemas emocionales**

La continua tensión emocional y los miedos en la familia del niño enfermo siempre están presentes, la angustia de no proveer los cuidados necesarios o la preocupación constante de que la condición económica es intolerable genera mucho estrés, especialmente para los padres.

Se ha encontrado que las madres padecen trastornos relacionados con el estrés, como la depresión, la fatiga, dolores de cabeza, insomnio y la pérdida de apetito. Por su parte los padres también se quejan de depresión, fatiga, úlceras, dolores de cabeza y obesidad (Navarro, 2004).

Existe una ansiedad normal en los familiares del niño, que es un impulso que activa a los individuos y los mantiene alertas, y una ansiedad patológica que interfiere en el ritmo del comportamiento y puede acompañarse de reacciones psicósomáticas. La variabilidad de estímulos desencadenantes de crisis asmáticas crea una ansiedad crónica especialmente en las madres, aprende a temer a los más leves síntomas y a todo lo que rodea a su hijo, encierra cada vez más al niño, lo sobreprotege y coarta y cuando su tolerancia llega al límite se desploma ocasionándole una severa depresión por no poder cuidar bien de su hijo y por la pérdida de su propia vida. (Gila y Martín 2000).

Como puede observarse la carga de cuidar de un hijo enfermo puede ser muy pesada para los miembros de la familia es por eso que tanto médicos, enfermeras y psicólogos deben estar al pendiente de cualquier alerta de que la funcionalidad de la familia no anda bien, pues de ello depende la evolución de la enfermedad.

#### **4.4. Medidas de prevención que la familia del niño asmático debe adoptar para el buen manejo de la enfermedad.**

Como se ha expuesto a lo largo del presente trabajo es muy importante educar al paciente y a su familia para reconocer y evitar los factores desencadenantes de las crisis asmáticas. De poco o nada sirve tratar los síntomas sin eliminar la causa.

De principio es necesario que la familia comprenda la importancia de estas medidas de prevención como por ejemplo, la reducción de la exposición del paciente tanto a alérgenos como a irritantes químicos se acompaña de una marcada

y gradual mejoría de la hiperactividad bronquial; o que el humo del tabaco debe evitarse pues este incrementa los síntomas respiratorios y reduce la función pulmonar en los niños asmáticos.

Pascual y Ballester (1997), enlistan las medidas de control ambiental que se recomiendan generalmente a la familia cuando el asma es producida por alergia, entre las que se encuentran:

- Forrar el colchón con una funda impermeable.
- Forrar o lavar semanalmente la almohada.
- Lavar la ropa de cama a 55°C.
- Evitar dormir o recostarse sobre muebles tapizados.
- No fumar dentro de la casa o en presencia del paciente.
- No tener animales de pelo o pluma, puede existir alergia al pelo o la caspa de dichos animales, en el caso del gato a su saliva.
- Prescindir de alfombras, peluches, cojines, edredones de plumas y, en general, de todos aquellos objetos capaces de retener polvo.
- De ser posible, instalar aire acondicionado, pues este suele ser beneficioso por su efecto de eliminar la humedad en el ambiente, factor que limita la proliferación de ácaros y mohos.
- Uso regular de acaricidas.
- En pacientes alérgicos a pólenes, durante la estación polínica, se recomienda mantener cerradas las puertas y ventanas, sobretodo los días ventosos.
- Seguimiento de dietas especiales solo en aquellos pacientes en los que esté demostrada una etiología alimentaria responsable mediante pruebas de provocación.
- No utilizar aerosoles ni limpiadores en aerosol en el dormitorio.

- Las cortinas y persianas de las ventanas atraen el polvo. Utilice persianas o cortinas hechas de plástico u otro material lavable para facilitar su limpieza.
- Limpiar el polvo con paños húmedos.

Es muy importante también que el niño y sus familiares aprendan a reconocer los primeros signos de crisis, y síntomas que anteceden un ataque asmático como la falta de apetito, irritabilidad sin motivo alguno y aumento de sueño o cansancio, esto con el objetivo de estar preparados ante el ataque y administrar el medicamento de rescate y de ser posible evitarlo. Otra forma de prever la aparición de una crisis es medir el volumen y la velocidad del aire expelido por los pulmones. En casa, puede utilizar un medidor de flujo espiratorio máximo o flujómetro (ver anexo 2), es un aparato portátil que mide la capacidad respiratoria. Cuando descienden las mediciones, significa que está aumentando la inflamación en las vías respiratorias. El medidor de flujo máximo puede detectar inflamaciones y obstrucciones muy leves de las vías respiratorias, incluso cuando el niño se encuentra bien. En algunos casos, permite detectar descensos del flujo espiratorio máximo entre dos y tres días antes de que se produzca la crisis asmática, lo que da tiempo suficiente para adoptar las medidas terapéuticas y preventivas apropiadas (Quezada, 2001).

La toma de decisiones autónomas es un proceso en el cual la familia, basándose en una información y formación cada vez más completa y acorde a sus necesidades, asume responsabilidades, decide acciones y produce cambios en su seno y en su entorno inmediato, favorables al control del asma del niño. En ese proceso activo el horizonte es lograr el mayor grado de autocontrol por parte de la familia/niño, caminando hacia el mayor nivel de calidad de vida relacionado con su problema de salud

Estas medidas de prevención a la que se tiene que habituar la familia pueden causar también un impacto y una reorganización en la funcionalidad familiar, pues supone cambios en el estilo de vida cotidiano como incluir nuevas conductas o



eliminar algunos hábitos ya arraigados. Para muchas familias, el proceso de aprendizaje es la parte más difícil del control del asma. Entre el momento en que se emite el diagnóstico de asma y el momento en que este trastorno se controla adecuadamente, hay mucho que aprender y mucho que hacer.

Es precisamente en la instauración de estas medidas donde intervine el psicólogo de la salud, pues solo el podrá encontrar el mejor plan para que la familia y el niño asmático adopten correctamente las medidas de prevención.

# CAPÍTULO V

## PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA COMO APOYO AL TRATAMIENTO DEL ASMA INFANTIL

El asma infantil no puede ser enfocada y tratada como un conflicto individual, sino más bien relacional, lo cual implica a todos los miembros de su sistema. Pues ver al paciente como un ente separado repercutiría en la cronicidad del síntoma. (Rodríguez, Kanán, Vázquez, León, Barbosa y Tejeda, 2008).

El tratamiento debe tener una atención transdisciplinaria que atraviese todos los sistemas relacionados con el niño) porque es multicausal y requiere un apoyo en equipo: profesionales de la salud (médicos y psicólogos) ambientes sociales y educativos, la familia y el niño. El control de las crisis así, como la aceptación e integración del asma a una vida equilibrada y armoniosa en el niño, no depende únicamente del uso de medicamentos, del sostén efectivo de medicamentos, de las condiciones de atención emergente, del control de elementos alérgenos en el ambiente, sino también depende del control del ambiente emocional y la reactividad del niño y su familia (Sandoval, 2005).

La necesidad de intervenir con la familia viene dada por la importancia de este grupo en el desarrollo de la personalidad de sus miembros y al igual que en la intervención individual viene dada por dos modalidades (Ortiz, 1999):

- a) **intervención educativa:** va dirigida a proveer información y orientación, propicia la reflexión y el análisis de diversos aspectos del curso de la vida familiar con el fin de que la familia esté psicológicamente mejor preparada para el funcionamiento a los acontecimientos y cambios del medio externo e

interno. Se pretende desarrollar la capacidad de la familia para fomentar o mantener la funcionalidad familiar ante la crisis.

**b) intervención terapéutica:** se dirige hacia el logro de modificaciones en la dinámica familiar, en el proceso interactivo de relación entre los miembros de una familia disfuncional.

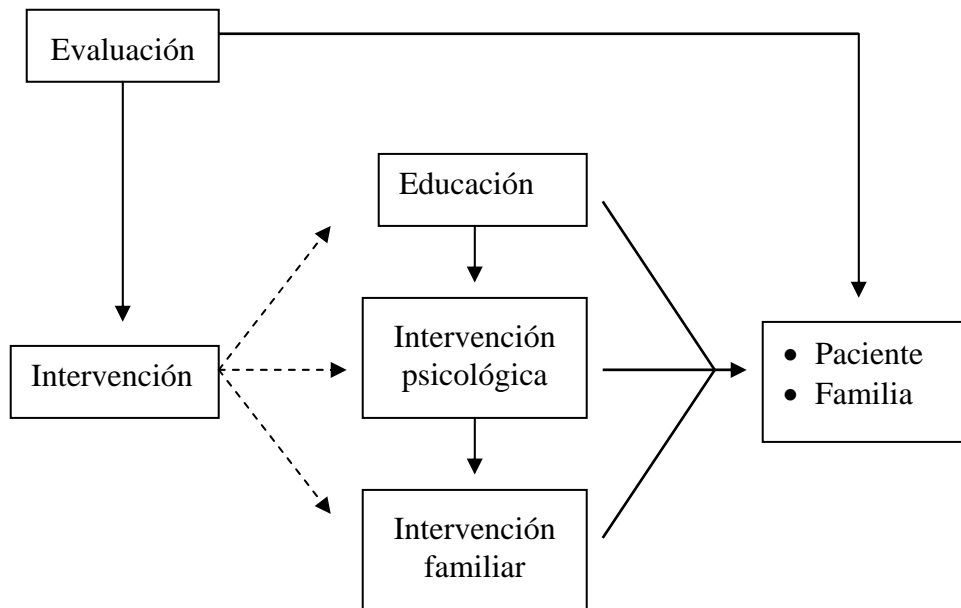
Muchos estudios han demostrado que en los niños con asma y en sus familias a medida que conocen las crisis y su manejo, desarrollan ritos y rituales que les permiten sobrellevar la tensión emocional, pues no solo conocen lo que esta ocurriendo o podría ocurrir, sino que podrían adelantarse y prevenir o estar preparados para aminorar a crisis asmática (Sandoval, 2005).

La toma de decisiones de la familia respecto a la enfermedad debe ser autónoma, este será un proceso en el cual la familia, basándose en una información cada vez mas completa y acorde a sus necesidades, asume responsabilidades, decide acciones y produce cambios en su seno y en su entorno inmediato, favorables a la evolución del asma en el niño. Pero no se trata de dejar sola a la familia a libre albedrío, pues dichas decisiones se deben tomar en el contexto de un programa, del cual tanto la familia como el paciente son parte integrante, en donde intervienen activamente profesionales de la salud y en el que entre todos se regula el grado de acciones autónomas posible, necesario y más adecuado para el asma del niño. (Díaz, 2006).

El objetivo del presente trabajo es demostrar la importancia del psicólogo de la salud en apoyo al tratamiento del asma infantil, pretendiendo que la intervención no se quede solo en el niño sino que se extienda a su familia, pues como se expuso en capítulos anteriores esta juega un papel determinante en la evolución de la

enfermedad del niño; motivo por el cual la propuesta de intervención esta dirigida tanto al niño como a su familia.

Dicha propuesta esta conformada de la siguiente forma:



A continuación se expone de manera detallada el proceso de intervención.

## 5.1. Evaluación

La evaluación es el primer paso para una buena intervención, pues de los datos obtenidos mediante este proceso se determinara el curso de la intervención y la manera de intervenir, esto se lora a través de la realización de una entrevista semiestructurada y en ocasiones nos podemos apoyar en materiales impresos como cuestionarios. Esta etapa deberá tener tres objetivos, el primero será conocer los

conocimientos que el niño y su familia tienen sobre el asma bronquial, el segundo estará dirigido a evaluar el impacto de la enfermedad sobre la familia y el tercero se enfocara en evaluar la adherencia terapéutica.

En la evaluación es importante tener en cuenta la influencia de diversos factores: fisiológicos, clínicos, conductuales y emocionales. es muy importante investigar sobre los distintos síntomas que presenta el paciente, la ocurrencia de las crisis, la ingesta de medicación, las visitas medicas, las consultas a urgencias, las ausencias escolares, la duración de las crisis, los precipitantes de dichas crisis , así como los antecedentes y consecuencias de las crisis (ambientales, personales y familiares) (Benedito, 1993)

- **Evaluación de conocimientos**

La primer parte de la evaluación estará enfocada a determinar el grado de conocimiento que el niño y su familia tienen sobre el asma bronquial para ello se proponen las siguientes preguntas a las cuales deben responder todos los miembros de la familia:

- 1) ¿Que es el asma infantil?
- 2) ¿Cuáles son sus principales síntomas?
- 3) ¿Qué puede desencadenar una crisis asmática?
- 4) ¿Qué hacer ante una crisis asmática?
- 5) ¿Cuáles son los medicamentos de rescate y cuales los preventivos?
- 6) ¿Cómo se usa el inhalador?
- 7) ¿Cómo se usa el flujómetro?
- 8) ¿Qué medidas ambientales se deben tomar para un buen manejo del asma?

- 9) ¿Un niño asmático puede hacer deporte u otras actividades físicas?
- 10) ¿Que tipo de vida debe llevar un niño asmático?

Es importante recordar que estas preguntas pueden servir como guía para dirigir la entrevista y deberán amoldarse a la edad de los entrevistados y nivel educativo.

- **Evaluación del impacto de la enfermedad**

En esta parte se evalúa la percepción de la situación, es decir el grado de importancia que los miembros de la familia le asignan a la enfermedad, la forma en que están asimilando el proceso de enfermedad, las estrategias que han implementado para sobrellevar la situación y los problemas que se han generado en relación con la enfermedad.

El primer paso será evaluar la estructura familiar mediante una entrevista semiestructurada y el apoyo de cuestionarios como el “Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL” o el “APGAR Familiar” (ver anexo 5). La importancia de evaluar esta dimensión radica en que una de las principales funciones de la familia es brindar apoyo a sus miembros cuando están en dificultades, lo que le exige acomodarse a nuevas circunstancias, de tal modo que el estresor sea contenido por toda la familia (Guzmán, Reyes, Luce, Valadez, Gutiérrez, y Robles, 2008). En esta entrevista es importante incluir preguntas como:

- 1) ¿De que forma ha cambiado su vida a partir del diagnostico del niño?
- 2) ¿Qué dificultades han enfrentado?
- 3) ¿De que manera ha tomado la enfermedad cada miembro de la familia incluido el niño enfermo?

4) ¿Qué emociones les genera el tener esa enfermedad en la familia?

Las respuestas de los miembros de la familia, serán un aspecto relevante en la evaluación. Las respuestas de ansiedad de los familiares, pueden constituir factores perturbadores en el tratamiento del paciente asmático. Del mismo modo otras respuestas indeseables como el rechazo, la sobreprotección, el refuerzo e conductas inadecuadas o la no recompensa de las conductas adecuadas han de ser contempladas en la evaluación y tratamiento de los pacientes asmáticos (Benedito y López, 1992).

○ **evaluación de la adherencia terapéutica**

Para evaluar la adherencia terapéutica se han utilizado diversos procedimientos como conteo de píldoras, medidas de laboratorios, entrevistas y cuestionarios a pacientes, personal de salud, familiares, entre otros, en este caso se recomienda una entrevista semiestructurada guiada por las siguientes preguntas y la utilización del cuestionario “MBG, Cuestionario Martin-Bayarre-Grau (Anexo 6) para la evaluación de la adherencia terapéutica.

- 1) ¿Qué medidas han implementado para el control de la enfermedad?
- 2) ¿Conocen el nombre de los medicamentos que usa el niño y para que es cada uno?
- 3) ¿Cuál es la dosis indicada por el medico y los horarios de toma?
- 4) ¿Suelen olvidar la medicación?

- 5) para el niño: hay muchos niños que tienen problemas con la medicación, ¿te pasa a ti igual?

## **5.2. Intervención**

La intervención esta dirigida a Necesitamos diseñar estrategias asociativas, promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciar la capacidad de las personas para el abordaje de sus propios problemas, demandas y necesidades, en este caso la intervención estará dividida en tres partes y será diseñada a partir de la información obtenida en la evaluación:

- a) Educación
- b) Intervención psicológica
- c) Intervención familiar

### **5.2.1. Educación al niño y a su familia**

En la actualidad resulta increíble el papel que la educación juega en el manejo de las enfermedades crónicas, y el asma no es la excepción. Se educa no sólo por el derecho de las personas a saber todo lo que necesitan acerca de su enfermedad,



sino porque la intervención educativa en si resulta una estrategia eficaz en el control a corto medio y largo plazo del asma.

Los objetivos educativos deben estar perfectamente definidos y encaminados a un acción cooperativa del niño y la familia en la atención a su salud, además de que no se debe olvidar que cada proceso educativo debe ser personalizado y adaptado ala población que vamos a tratar, teniendo en cuenta, edad, nivel educativo y situación cultural o religiosa.

El objetivo general de la educación es lograr que el niño y sus familiares tomen decisiones autónomas positivas sobre su asma, en el contexto de un programa educativo, por lo que e requieren lograr los siguientes objetivos específicos

- comprender el diagnostico del asma
- adquirir conocimientos sobre el asma
- adquirir habilidades y destrezas
- modificar actitudes, comportamientos y estilos de vida
- aprender el autocontrol y control en familia del asma

A continuación se establecen unas orientaciones de cómo se puede abordar diversos aspectos educativos, de forma concreta (Díaz, 2006):

### **1º. Explicar el diagnostico del asma y pruebas complementarias**

Es la primer actividad educativa a realizar, la familia y el niño deben comprender claramente que la enfermedad que se presenta es y se llama “*asma*” y el por que de la realización de determinadas pruebas

### **1º. Conocimientos sobre el asma**

Se informara la diferencia entre asma y crisis asmáticas, los principales síntomas de la enfermedad y el entrenamiento en reconocerlos, así como la forma de actuar ante una crisis asmática. Esta información se ira aportando de forma progresiva desde la primer sesión y siempre debe confirmarse que lo explicado ha sido asimilado por todos los miembros de la familia, resultan muy útiles el apoyo de materiales visuales pues el 80% de lo que se recuerda es por que se ha visto

## **2°. Control de desencadenantes de crisis asmáticas**

La prevención secundaria del asma se basa en la evitación de situaciones, sustancias o partículas que han sido reconocidas como capaces de provocar crisis en el niño. Por ello se trata de que las familias establezcan medidas de protección frente a estos estímulos. Estas medidas no siempre son fáciles de tomar, por lo que es preciso establecer apoyos y alternativas que faciliten el cambio.

## **3°. Deporte, actividades recreativas y asma**

Una de las principales inquietudes de los padres es si el niño puede realizar algún deporte o asistir a actividades recreativas, por ello es importante establecer que mientras el niño no este en crisis puede llevar una vida casi normal pues puede realizar cualquier deporte y asistir a actividades recreativas como pacesos escolares, fiestas infantiles, día de campo etcétera; siempre y cuando se tomen las medidas necesarias como llevar siempre consigo el medicamento de rescate y evitar la exposición directa con los alergenos que lo afectan.

## **4°. Adquisición de habilidades**

Las familias deben ser adiestradas para el correcto uso del inhalador y del flujómetro (ver anexo 1-2), deberán aprender a reconocer cuando esta a punto de acabarse el medicamento y guardar la calma ante situaciones de crisis, deben aprender a diferenciar entre tratamiento de rescate y preventivos así como la diferencia entre broncodilatadores y antiinflamatorios y deben plantear un itinerario terapéutico.

#### **5°. Autocontrol en familia**

El autocontrol en la familia supone la toma de una decisión, pactada con los profesionales, que implique realizar un diagnóstico (cuando el niño inicia una crisis), iniciar un tratamiento (dar medicamento de rescate) y evaluar (comprobar los resultados y actuar en consecuencia, incluido el uso adecuado de los servicios de urgencias). La familia debe aprender a reconocer tanto los síntomas comunes del asma del niño tales como: silbilancias, tos, dolor u opresión en el pecho, entre otros, y los síntomas de alarma que pueden hacer peligrar la vida del niño como: disnea severa, dificultad para caminar o hablar, cianosis (coloración azulada de la piel o de las membranas mucosas) y pérdida del conocimiento.

Es muy importante que se establezca una relación de confianza tanto con el niño como con la familia para que ellos se sientan seguros y cómodos de expresar sus dudas e inquietudes y en caso de no poder resolver algún cuestionamiento comprometerse a investigarlo y resolverlo en la siguiente sesión. Pero sobretodo nunca minorizar o descalificar algún comentario o duda pues muchas veces en esas dudas o inconformidades va de por medio la adherencia terapéutica.

## **5.2.2. Intervención psicológica con el niño y su familia**

Debido al impacto que el diagnóstico del asma puede tener en los niños y sus familias, es necesaria una intervención psicológica temprana. Lo ideal es el paciente, sus padres y hermanos tuvieran un manejo psicológico la mismo tiempo, con el objetivo de mejorar la adaptación emocional de vivir con la enfermedad y la relación padres-hijos, lo que a su vez repercutirá en un mejor manejo de la enfermedad y una buena adherencia terapéutica (Benítez, Molina y Camps, 2005).

En esta parte la propuesta de intervención estará guiada por la teoría cognitivo-conductual, la cual utiliza varias técnicas para modificar emociones, cogniciones y comportamientos inadecuados que influyen en el asma.

Según esta teoría las crisis asmáticas podrían funcionar como reflejo condicionado, aunque en principio hubieran sido desencadenadas por un alérgeno. A lo largo de la vida se irán formando una serie de respuestas condicionadas, fundamentalmente *miedo*, asociadas a experiencias negativas relacionadas con la enfermedad. (Benítez, Molina y Camps, Op. cit.). los principales objetivos del tratamiento cognitivo-conductual del asma son proporcionar al paciente una mejor comprensión del trastorno, corregir sus creencias erróneas y cogniciones desadaptativas, y enseñarle estrategias e afrontamiento que hagan disminuir la frecuencia y severidad de las crisis y contribuyan a modificar las secuelas conductuales y emocionales de la enfermedad (Vázquez y Buceta, 1996) A continuación se presentan los diferentes abordajes de dicha propuesta de intervención.

### **5.2.2.1. Restructuración cognitiva**

Lo que piensa una persona incide de forma directa en su estado emocional y en su conducta. Para poder hacer frente al estrés y controlar su incidencia es importante controlar lo que se piensa ante situaciones conflictivas, en este caso la enfermedad. La reestructuración cognitiva es un método terapéutico de intervención con la finalidad de procurar al paciente recursos suficientes para hacer su vida más fácil frente a los problemas o conflictos que surgen a diario. A continuación explicaremos de manera detallada, como llevar a la práctica el procedimiento para desarrollar la técnica de la reestructuración cognitiva (Caballo, 1998), con la finalidad de modificar esos pensamientos negativos que el paciente o la familia tienen sobre la enfermedad y que entorpecen o agravan los cuidados terapéuticos:

### ➤ **Identificación de los pensamientos inadecuados**

Las personas están constantemente inmersas en un diálogo consigo mismas, aunque no siempre se den cuenta. Una persona puede creer que no está pensando nada en una determinada situación, ya que los pensamientos han estado tan bien aprendidos que llegan a hacerse automáticos (como sucede en algunos actos como conducir un coche o caminar). Esto, en general, es positivo. Sería imposible estar continuamente pendientes de los pensamientos. Aún así, cuando inciden negativamente en la manera de sentir o actuar, es necesario identificarlos para poderlos modificar. En el caso del asma podrían ser el miedo que tienen el paciente y sus familiares a las crisis asmáticas y/o creencias erróneas que sustentan esos miedos como:

- muerte
- poca preocupación o minimización de los riesgos de la enfermedad
- pensamientos de culpabilidad por parte de los padres al no poder evitar crisis

- culpabilidad d el niño enfermo sobre los problemas familiares y que los relacionan con su enfermedad
- posesionar al niño enfermo como una persona que no puede realizar nada.
- entre otros

### ➤ **Evaluación y análisis de los pensamientos**

Una vez identificados los pensamientos, se tienen que analizar. Una buena manera de hacerlo es mediante preguntas; el hecho de tenerlas que responder mentalmente obliga a reflexionar. El tipo de preguntas tienen que ir encaminadas en plantearse tres ámbitos. Los tipos de preguntas para analizar los pensamientos son:

- Analizar hasta que punto los pensamientos se ajustan a la realidad (Objetividad)
- Analizar las consecuencias de los pensamientos (Consecuencias)
- Analizar qué pasaría si lo que se piensa fuese cierto (Relativizar)

De esta manera se verá que hay pensamientos que no son realistas, que dificultan la resolución de la situación y que, aunque fuesen reales, el nivel de gravedad no sería tan alto como parecía en un principio.

### ➤ **Búsqueda de pensamientos alternativos**

El último paso del procedimiento es la búsqueda de formas alternativas de interpretar la situación que reflejen de manera inadecuada la realidad. Es muy importante tener claro que no se trata de engañarse, sino de ver las cosas de la forma más realista posible para afrontarlas adecuadamente. Los pensamientos alternativos son las conclusiones de la reestructuración. Una vez obtenidos se pueden utilizar como autoinstrucciones, es decir, aquello que una persona se dice a

sí misma en el momento en que le invaden los pensamientos no adaptativos y que ayudará a ver la realidad de una forma más objetiva.

Para encontrar pensamientos alternativos pueden ser de utilidad las siguientes preguntas:

- ¿Es esta la única manera posible de interpretar la realidad?
- ¿Hay otras maneras de hacerlo?... ¿Cuáles?
- ¿Podría hacer alguna cosa más productiva para afrontar la enfermedad que darle vueltas al mismo tema una y otra vez?... ¿Qué?
- ¿Qué probabilidades hay que estas formas sean las más adecuadas?
- ¿Tienen más probabilidades de ayudarme a conseguir mis objetivos que la forma inicial de plantearme la situación?
- ¿Tienen más probabilidades de conseguir mejorar mi estado de ánimo?
- ¿Tienen más probabilidades de incidir positivamente en mi manera de actuar? Etcétera.

#### **5.2.2.2. Modificación de conductas**

Este apartado de la intervención estará dirigido a la adquisición de hábitos como la correcta medicación, la instauración de las medidas preventivas y la realización diaria del autorregistro; a la par que buscara la eliminación de conductas inapropiadas relacionadas con la enfermedad como el usar las crisis asmáticas como chantaje.

En este caso resulta de extraordinaria utilidad la implantación de estrategias basadas en el condicionamiento operante que permitan alterar la relación perjudicial entre conductas y consecuencias; las técnicas más utilizadas en este

contexto son la extinción, el costo de respuestas, el reforzamiento y el tiempo fuera, así como el modelado para el correcto uso del inhalador y el flujómetro (Vázquez y Buceta, 1996). A continuación se expone de manera breve la aplicación de estas técnicas en el caso del asma infantil (Ribes, 1984 y Kazdin, 1991):

### ➤ **Reforzamiento**

Se utiliza cuando queremos desarrollar una nueva habilidad, aumentar la frecuencia de una conducta o cuando el refuerzo de esa conducta disminuye la aparición de una conducta incompatible no deseada

Consiste en entregar un reforzador cuando se presenta la conducta deseada, en este caso puede ser una felicitación por parte del médico a los padres y al niño por mantener adecuadamente las medidas de cuidado; o cuando el niño pone de su parte para cuidar su salud también se debe reforzar dichas conductas.

Para que este procedimiento funcione, la recompensa tiene que estar en relación con el comportamiento, ser contingente a éste (ha de ser inmediato) y siempre ha de ir acompañado de la especificación de la contingencia y de refuerzo social. Así mismo deben ser cognitiva y emocionalmente apropiados para la persona, y evitar caer en el error de “saciar” a la persona con la recompensa

### ➤ **Costo de respuesta**

Consiste en quitar, como consecuencia de la conducta, algo que gusta (algún reforzador disponible). Se llama también castigo negativo porque se suprime algo que gusta, pero no hace uso de estimulación aversiva. En el caso del asma infantil se usará cuando el niño haga mal uso de su enfermedad para obtener algo a cambio o cuando se expone de manera premeditada a los factores desencadenantes. También podría implementarse el tiempo fuera



para estos casos pero se corre el riesgo de que el ataque se agrave y corra un gran riesgo la vida del niño.

➤ **Modelado y Moldeamiento por Aproximaciones sucesivas**

Estas técnicas se utilizarán en la adquisición de conductas como lo es el uso correcto del inhalador y del flujómetro (ver anexo 1-2).

El modelado consiste en dar a la persona la oportunidad de observar en otra persona significativa para él la conducta nueva que se desea conseguir. El observador debe copiar la conducta que le presenta el modelo inmediatamente o tras un intervalo de tiempo muy breve. Mientras que en el moldeamiento por aproximaciones sucesivas reforzaran diferencialmente las respuestas cada vez más parecidas a la respuesta final deseada, y someter a extinción las que van quedando más alejadas. Se utiliza cuando la conducta deseada no figura en el repertorio de la persona.

En estas técnicas es muy importante entrenar a los padres a la par que al niño para una mejor aplicación de las mismas, pues ellos serán los encargados de entregar o quitar reforzadores y de monitorear el uso adecuado del inhalador y/o el flujómetro

**5.2.2.3. Entrenamiento en técnicas psicológicas para la reducción del estrés y ansiedad**

Como se menciono anteriormente las variables psicológicas juegan un papel muy significativo en el asma infantil, las crisis asmáticas puede empeorar debido al estrés y la ansiedad y a su vez la presencia de de la enfermedad puede desencadenar en el paciente o sus familiares cuadros de estrés o ansiedad, volviéndose un circulo vicioso y negativo para la correcta evoluciona de la enfermedad. Por ello en esta propuesta de intervención se incorporaran tres

técnicas para aminorar y/o reducir la ansiedad y el estrés relacionados con la enfermedad, esas técnicas son la relajación, la inoculación del estrés y el entrenamiento en solución de problemas.

### ➤ **Entrenamiento en relajación**

El entrenamiento en relajación puede llevarse a cabo a través de diferentes procedimientos, pero el más utilizado en el caso del asma y otros campos de intervención es la *relajación muscular progresiva*. Este procedimiento consiste en entrenar al paciente en la discriminación e las sensaciones de tensión y relajación muscular, de forma que tras sucesiva ensayos, pueda eliminar las contracciones musculares y experimentar una sensación de relación profunda, y mas adelante, gracias al enseñamiento continuo, pueda provocar directamente el estado de relajación en su organismo. (Vázquez y Buceta, 2006). En el anexo 7 se encontrara el entrenamiento en relajación. Este procedimiento debe enseñarse al niño y a sus familiares pues a todos les será de utilidad.

Cuando se trabaje con los niños el uso de la imaginación es especialmente útil para el aprendizaje de la técnica, por ejemplo, cuando de le esta enseñando a tensar la nariz se le puede pedir al niño que imagine que tiene un insecto sobre su nariz, o cuando esta apretando el brazo o la mano se le pedirá que imagine que aprieta una pelota. Esto incrementara la motivación para la realización de la técnica.

### ➤ **Inoculación del estrés**

Su objetivo es enseñar a las personas como prepararse para enfrentar una amplia variedad de situaciones que pueden producir malestar emocional. Es importante, que se elabore previamente una lista de situaciones estresantes, ordenándola desde

las situaciones de menor stress a las de mayor carga estresante. Luego, se hará que el paciente evoque en su imaginación cada una de esas situaciones, mientras relaja la tensión. En segundo lugar, se deberá crear toda una serie de pensamientos de afrontamiento del stress, los que deberán ser utilizados para contrarrestar los pensamientos automáticos habituales. Una vez establecido un adecuado nivel de afrontamiento en este ejercicio de realidad virtual, se pasará a instrumentar la utilización de las actividades de relajación y afrontamiento aprendidos, en situaciones de la vida real. (Caballo, 1998)

### ➤ **Solución de problemas**

Vicente Caballo (1998) define la terapia de solución de problemas como una estrategia cognitivo-conductual y donde se aplica una versión simplificada del método científico, adaptada a problemas prácticos cotidianos; y consiste en la presentación y práctica de un método general, estructurado en una serie de pasos, con el fin de ayudar al cliente a resolver sus propios problemas vitales dichos pasos son:

- Definir el problema, de forma precisa y en términos concretos, observables e idealmente medibles.
- Desarrollar soluciones alternativas ("tormenta de ideas"). Se trata de llegar a la mayor variedad de posibles soluciones. En esta etapa, ninguna idea es mala, pues cualquiera de ellas podría ser la solución.
- Tomar una decisión y ejecutar. Se decide proceder, después de evaluar la idea más factible y más probable de tener éxito.
- Evaluar los resultados.
- Reiniciar el proceso, de encontrarse necesario (gracias a la etapa anterior donde se evalúa el éxito de la implementación).

Esta técnica es útil para ayudar a la familia a encontrar posibles soluciones ante los problemas que genera la enfermedad logrando una mejor adaptabilidad al proceso de salud enfermedad, reduciendo así el estrés y la ansiedad y mejorando de esta forma la calidad de vida.

### **5.2.3. Intervención familiar**

La disfunción familiar es un evento asociado a familias con pacientes pediátricos asmáticos es por ello que esta parte de la intervención debe estar enfocada en lograr que la familia se adapte a su realidad y que logre un buen nivel de funcionalidad incluyendo en su vida diaria los cuidados de la enfermedad.

Se pueden reducir los síntomas en el niño asmático y mejorar la calidad de vida, tanto de él como de sus familiares, mediante la instauración de cambios en la dinámica familiar. En esta misma línea se señala que los efectos colaterales negativos del asma en los padres pueden aumentar los síntomas asmáticos del niño enfermo (Guzmán, Reyes, Luce, Valadez, Gutiérrez y Robles, 2008).

En 1974, Liberman Minuchin y Baker, desarrollaron un acercamiento de terapia familiar para asmáticos, que intentaba reducir la dependencia crónica del niño, la sobreprotección, el estrés marital, la fricción entre hermanos, las manipulaciones del niño al asumir el rol de enfermo. Sus objetivos fueron la reducción de los síntomas mediante un apropiado manejo médico, así como la identificación y cambio de patrones familiares que exacerban y perturban los síntomas. Los resultados que obtuvieron tras un año fueron, la interrupción de visitas al servicio de urgencias, disminución en el uso del medicamento de rescate por la disminución de crisis y una mejora en la relación entre hermanos. (Benedito y López, 1992).

Es impotente tener en cuenta los factores que influyen en la percepción familiar e individual de la enfermedad, para ello se puede recurrir al Modelo Clínico de Aceptación y Proceso de transformación (Navarro, Briceño y Villalobos, 2007).

Los componentes de este modelo son:

- **Percepción de la situación**

Es el grado de importancia que los miembros de la familia le asignan a los diferentes aspectos que influyen en su adaptación. Esta percepción esta determinada por factores internos, externos y contextuales, que influirán en la elección de estrategias para llevar a cabo una transición y adaptación.

- **estrategias de adaptación**

Son las técnicas que adoptara cada miembro de la familia para manejar el estrés por la situación. Estas pueden ser:

- Cognitivo: capacidad para percibir, comparar, deducir, generalizar, comprender y describir situaciones y darles un sentido.
- Emocional: capacidad de sentir y expresar emociones.
- conductual: involucra actos, movimientos, expresión o acción. Pueden ser activas o pasivas, Las conductas activas son evidentes en la conducta y son beneficiosas en el proceso de adaptación; mientras que las conductas pasivas, como el negar, evitar y el aferrarse sólo a situaciones positivas no son beneficiosas.
- Tareas de adaptación: son acciones que la familia debe realizar para lograr la transición y adaptación al niño enfermo y requiere que la familia redefina sus roles.

Dentro de las terapias familiares, una de las más relevantes es la “*Terapia Familiar Sistémica*” en ella se considera al grupo familiar como un sistema interactivo, que se organiza en función de normas o reglas, que catalizan las relaciones entre sus miembros. La terapia familiar, ha sido ampliamente utilizada en trastornos como el asma bronquial. Es una psicoterapia verbal, pero también se utilizan técnicas cognitivas y conductuales, participando en las sesiones todos los miembros de la familia (Benedito y López, 1992).

Dado el impotente papel de la familia para la adherencia terapéutica, la calidad de vida del enfermo y el proceso de salud-enfermedad en general la intervención deberá dirigirse también a la familia, por lo que se propone intervención terapéutica con base en la Terapia Familiar Sistémica, específicamente con el Modelo Estructural.

La acción terapéutica se dirige a modificar esta homeostasis familiar disfuncional (sobrepotección, rigidez y resistencia, evitación del conflicto o inhibición de expresiones). Para ello, el terapeuta facilita y provoca la expresión de conflictos entre los miembros, reformula roles y propone modelos de interacción, que individualicen a cada sujeto respecto al resto de la familia. A través del refuerzo el terapeuta suscita el cambio y la flexibilidad de las redes de interacción familiar (Benedito y López, Op. Cit.). Este proceso terapéutico implica que el terapeuta atienda a los modos en que los miembros de la familia experimentan la realidad, la forma en que se relacionan entre sí y con él, El cambio se produce a través del doble proceso de asociación con la familia y de una reestructuración en forma planificada, para poder así modificar pautas disfuncionales. (Eguiluz, 2004).

Las técnicas de intervención del modelo estructural se dividen en tres categorías el reencuadre, la reestructuración y la construcción de la realidad, la finalidad de estas técnicas es conducir el proceso terapéutico a la búsqueda de nuevas pautas de organización.

En el siguiente cuadro se exponen las distintas técnicas, su descripción y su objetivo (Minichin y Fishman, 1989):

<b>Categoría</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Técnica</b>	<b>Descripción de la técnica</b>
Reencuadre	Cuestionar el síntoma	Escenificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• se pide a la familia que personifiquen una situación de crisis</li> </ul>
		Foco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• el terapeuta selecciona y pone de relieve un aspecto de la interacción familiar y los organiza de manera que sea acorde con los objetivos terapéuticos</li> </ul>
		Intensidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• se repite el mensaje a la familia sobre lo que deben o pueden hacer.</li> </ul>
Reestructuración	Cuestionar estructura	Fijación de fronteras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• modifica la participación de miembros en distintos holones</li> </ul>
		Desequilibrio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• modifica jerarquías, cambia vínculos y jerarquías entre hermanos</li> </ul>
		Complementariedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• el terapeuta introduce incertidumbre sobre el origen de los problemas</li> </ul>

<b>Categoría</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Técnica</b>	<b>Descripción de la técnica</b>
		Empleo de constructor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• modificar la concepción que la</li> </ul>

Construcción de la realidad	Cuestionar la realidad familiar	cognitivos	familia tiene de la enfermedad
		Uso de símbolos universales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• recurrir al sentido común, a la tradición o a los dichos y refranes, para desafiar la disfunción su fuerza reside en el hecho de que se refieren a cosas que todo el mundo conoce</li> </ul>
		Verdades familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• se usan las creencias de la propia familia para producir el cambio</li> </ul>
		Consejo profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• se presenta una explicación distinta a la realidad y puede basarla en su experiencia o conocimiento</li> </ul>
		Búsqueda de lados fuertes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• resaltar los recursos y logros de la familia o de alguno de sus miembros</li> </ul>
		Paradoja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tiene como consecuencia lo opuesto de lo que se pretende.</li> </ul>

Otra técnica que se propone para la intervención familiar es la entrevista circular, ya que esta puede generar el cambio a través de las implicaciones de las preguntas del terapeuta y/o a través de las respuestas verbales y no verbales de los miembros de la familia. Los cuatro grandes tipos de preguntas son: las lineales, las circulares, las estratégicas y las reflexivas (Tomm, 1998; en Ochoa de Alda, 1995)

- Preguntas lineales: Se emplean para conocer la definición y la explicación que la familia da del síntoma y el problema, son directas y personales.



- Preguntas circulares: Se caracterizan por una curiosidad general acerca de los posibles nexos de eventos que incluyen el problema, se lanzan de manera abierta a todos los miembros de la familia.
- Preguntas estratégicas: su objetivo es correctivo. Se recurre a ellas cuándo es preciso ser más directivo para movilizar un sistema atascado e impedir que la familia siga por el mismo camino.
- Preguntas reflexivas: su cometido es capacitar a la familia para que genere por si misma percepciones y conductas que faciliten la solución de problemas.

A manera de conclusión estas son las dos formas con las cuales se intervendrá a la familia para modificar el funcionamiento y adaptarlo a un mejor manejo de la enfermedad.

## CONCLUSIONES

Como es bien sabido desde su nacimiento la psicología de la salud ha estado vinculada al mundo de la salud a través de su colaboración con el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades mentales; hoy en día su campo de acción se ha ampliado a las enfermedades fisiológicas, pues ella es la encargada de la promoción de la salud y la prevención de cualquier enfermedad crónica y/o degenerativa, llevando el nombre de psicología de la salud.

La psicología de la salud constituye ya una disciplina aplicada que se nutre de una amplia gama de teorías y métodos de muchas disciplinas psicológicas básicas, y delimita un área práctica profesional, comprometida con los problemas de salud y del sistema sanitario.

Tal y como se expuso en los primeros capítulos de la presente tesis el campo de aplicación del psicólogo de la salud es muy amplio y su tarea muy ardua tanto en la promoción como en la prevención pues en muchas ocasiones tiene que romper con ideas o hábitos muy arraigados en las personas con el único fin de que estas mejoren su calidad de vida.

La enfermedad sobre la que giro esta tesis fue el asma bronquial infantil, pues actualmente es una de las enfermedades con mucha prevalencia en nuestro país, como cualquier otra enfermedad crónica, el asma infantil trae consigo significativas repercusiones psicológicas tanto para el niño que la padece como para sus familiares, por ello el interés de analizar y exponer la importancia que tiene la intervención del psicólogo de la salud con los enfermos y con su familia.

Dentro de la literatura revisada se encontraron significativas aportaciones sobre la intervención psicológica en casos de asma bronquial, autores como Vásquez y Buseta (1996), Benedito (1993), Gila y Martín (2000), exponen las distintas técnicas psicológicas, tanto conductuales como cognitivas, que se pueden emplear en el tratamiento

psicológica del asma infantil, sin embargo esta intervención solo se enfoca al niño dejando de lado a la familia. Por otra parte los estudios realizados para probar la eficacia de dichas técnicas son en su mayoría con pacientes adultos, siendo que el nivel de incidencia del asma es principal mente en niños.

En los capítulos 3 y 4 se expuso el importante papel que juega la familia en la evolución de la enfermedad del niño (inclusive en cualquier paciente: niño, joven o adulto), por ello se considera importante que el psicólogo intervenga no solo con el niño sino también con sus familiares, por esta razón en el capítulo 5 se presentó una propuesta de intervención, la cual esta dirigida tanto al niño como a su familia.

Se pretende que con la implementación de dicha propuesta el niño y su familia adquieran los conocimientos y herramientas necesarias para convivir con la enfermedad, que se modifiquen y eliminen conductas que son desfavorables para curso de la enfermedad y se adquieran hábitos para prevenir la aparición de crisis, al mismo tiempo que se logre una buena adherencia terapéutica y aminorar la crisis familiar y las consecuencias negativas que la enfermedad pudiera ocasionar sobre el núcleo familiar.

Con esto se resalta el importante papel del psicólogo de la salud pues es el profesional sanitario mas apto para lograr los cambios que se pretenden, dado que es el quien posee las herramientas necesarias para evaluar la percepción que la familia y el niño tienen sobre la enfermedad, la forma en que estas cogniciones afectan los cuidados y tratamiento medico del niño y sobre todo es el mas capas para diseñar modelos de intervención dirigidos a cambiar la forma de percibir la enfermedad y lograr la buena implantación o eliminación de determinadas conductas.

Se considera que esta intervención psicológica sería el perfecto complemento al tratamiento médico, beneficiando en primera instancia al paciente y a sus familiares y en segundo lugar al sector salud, pues la intervención del psicólogo de la salud en el tratamiento del niño asmático y el trabajo con la familia de éste repercutiría en una mejor adherencia terapéutica lo cual a su vez supondría un mejor control y disminución de las crisis asmáticas, reduciendo notablemente las visitas al servicio de urgencias y el desperdicio de medicamentos, reduciendo considerablemente costos económicos, por otra parte podría evitarse la aparición de alguna otra enfermedad en el núcleo familiar debido al gran nivel de estrés y ansiedad con que viven los familiares de un niño enfermo y reducir la aparición de conflictos entre los miembros de este sistema.

En algunos centros de salud y hospitales se proporcionan pláticas educativas a los pacientes y sus familiares sobre diversas enfermedades, dichas pláticas son proporcionadas por médicos, enfermeras y trabajadoras sociales, sin embargo esta intervención no puede considerarse suficiente pues la información es transmitida pero nunca se evalúa el impacto que dicha información está teniendo sobre las personas o la manera en que se está recibiendo, además de no ser meramente una intervención personalizada para cada tipo de paciente y su familia como la que se propone. Motivo por el cual es importante recalcar la importancia del psicólogo de la salud en estas instituciones y el trabajo en conjunto con los demás profesionales sanitarios. La forma en que el psicólogo de la salud puede intervenir en el sector salud sería entonces:

- a) en el momento en que el médico informa a la familia el diagnóstico del padecimiento, sería de gran utilidad contar con la presencia y participación del psicólogo de la salud con el fin de minorizar el impacto negativo que la noticia pueda generar
- b) Cuando el médico observa una mala adherencia terapéutica es muy común que recriminen a la familia y la culpen sobre el mal estado de salud del paciente, lo cual genera estrés, ansiedad y promueve conflictos familiares;

en este caso sería muy útil canalizar a la familia con el psicólogo de la salud para que sea este el que trabaje con ellos la baja adherencia y tome las acciones necesarias para incrementar dicha adhesión.

- c) y finalmente sería de mucha utilidad proporcionar terapia psicológica a la familia como complemento al tratamiento médico con el fin de lograr un buen nivel de recuperación y reorganización de la dinámica familiar, donde se incluyan los cuidados que la enfermedad supone.

De esta manera se concluye que la intervención del psicólogo de la salud en el tratamiento de las enfermedades crónicas -en este caso el asma bronquial infantil- como complemento al tratamiento médico es muy importante. Así mismo se establece la necesidad de trabajar con la familia su funcionalidad y asimilación del trastorno con el fin de lograr que ésta adopte las medidas necesarias para tratar la enfermedad.

## REFERENCIAS

- Aboy, A.; Galán, I. y García, I. (2004). **Asma Y Escuela**. Disponible en: <http://cdeporte.rediris.es/biblioteca/asmayescuela.pdf>. Recuperado: 8 de septiembre del 2008.
- Alexander, W. y Godoy, R. (1980). **Enfermedades Alérgicas** (334-348). En: Principios de Inmunológica Clínica. Echeverría, R. (trad.) México: Reverte.
- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1999). **Manual de psicología de la salud**. Madrid: Pirámide
- Andolfi, M. (1997). **Terapia Familiar**. México: Paidós.
- Benedito, M. (1993). **Asma Bronquial Evaluación E Intervención En Niños Y Jóvenes**. Madrid: Pirámide
- Benedito, M. y López, A. (1992). **La familia del niño asmático: ¿Una oportunidad para la terapia familiar?** En: Bol Pediatt. Valencia: 33: 55-359. Recuperado: 15 de agosto del 2008, de la fuente: [http://www.sccalp.org/boletin/146/BolPediatr1992\\_33\\_355-359.pdf](http://www.sccalp.org/boletin/146/BolPediatr1992_33_355-359.pdf)
- Benedito, M.; Botella, C. y López, J. (1996) **Influencia de tres tratamientos psicológicos sobre dimensiones de personalidad en niños asmáticos**. En: Anales de Psicología, 12(2), 217-222.
- Benites, A.; Molina, W. y Camps; T. (2005). **Aspectos Psicológicos Del Asma Infantil**. En: Revista Pediátrica de Atención Primaria. Madrid: 7 (2), 136-149. De la fuente: <http://www.pap.es/documento2006rticulos/PDF/465.pdf>.

Buela, G.; Caballo, V. y Sierra, C. (1996). **Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud**. Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V. (1998). **Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos**. Madrid: Siglo XXI

COMAAIPE: Colegio Mexicano de Alergia, Asma e Inmunología Pediátrica. (2006).

**Asma Infantil**. Guías para su diagnóstico y Tratamiento. Disponible en:

[http://www.compedia.org.mx/archivos/norma2006sma\\_infantil.pdf](http://www.compedia.org.mx/archivos/norma2006sma_infantil.pdf). Recuperado: 24 de agosto del 2008.

Caso, ME. (2006). **La sobreprotección Parental Como Factor Asociado En El Asma Bronquial En Niños**. En: Psicología y Salud. México, 16 (001), 33-39.

Contreras, J. y Sanjurjo, MA. (2007). **Implicación Del Paciente Y La Familia En El**

**Entrenamiento En Autocuidados Para Control Del Asma**. Disponible en:

[http://humanizar.es/formacion/img\\_documentos/jornadas\\_humanizacion\\_2008/10\\_com\\_asma.pdf](http://humanizar.es/formacion/img_documentos/jornadas_humanizacion_2008/10_com_asma.pdf). Recuperado el 5 de Octubre del 2008.

De los Santos, M.; Carretero, h. y Buela, G. (2003). **Intervención Psicológica en un caso de asma alérgica**. En: Análise Psicológica. Granada: 1 (20), 131-147.

Díaz, C. (2006). **Educación Sanitaria A Padres Y Niños Con Asma**. Disponible en:

[http://www.respirar.org/pdf/educacion\\_prasmi2004.pdf](http://www.respirar.org/pdf/educacion_prasmi2004.pdf). Recuperado: 30 de agosto del 2008.

Domínguez, A. (2007). **Educación Del Paciente Asmático En Atención Primaria**. En:

Boletín de Pediatría. . Oviedo: Vol. 47, soul. 2. de la fuente:

[http://www.sccalp.org/boletin/47\\_supl2/BolPediatr2007\\_47\\_supl2\\_088-100.pdf](http://www.sccalp.org/boletin/47_supl2/BolPediatr2007_47_supl2_088-100.pdf)

Domínguez, A. y Jácome, J. (2003). **Los costes del asma bronquial**. Disponible en:  
[www.economiadelasalud.com/Ediciones/05/05pdf/05 analisis\\_ asma2.pdf](http://www.economiadelasalud.com/Ediciones/05/05pdf/05 analisis_ asma2.pdf).  
Recuperado el 8 de mayo del 2009.

Estrada, L. (2007). **El ciclo vital de la familia**. México: DeBolsillo

Eguiluz, L. (2004). **Terapia Familiar, su uso hoy en día**. México: PAX

Fernández, M. (2004). **El impacto de la enfermedad en la familia**. En: Revista de la Facultad de Medicina UNAM. Vol., 47, num., 6, pp. 251-254. de la fuente:  
<http://www.facmed.unam.mx/sem/pdf/medicinafamiliar/ImpactodelaEnfermedad.pdf>.

Fernández, J. (1998). **Emociones Y Asma Bronquial**. Tesis Doctoral. Universidad complutense de Madrid, Facultad de Psicología. De la Fuente:  
<http://www.ucm.es/BUCM/tesis/19972000/S/4/S4014001.pdf>

Gila, A. y Martín, M. (2000). **El Niño Asmático**. Barcelona: Martínez Roca.

Godoy, J. (1999) **Psicología De La Salud: Delimitación Conceptual**, (39-75) En: Manual de psicología de la Salud: Fundamentos metodología y Aplicaciones (Simon, M.). Madrid: Biblioteca nueva.

Guzmán, J.; Reyes, E.; Luce, E.; Valadez, F.; Gutiérrez, E. y Robles, M. (2008). **Disfunción familiar en pacientes pediátricos con asma**. En: Revista de Atención Primaria. 40(11): 543-548. De la fuente:  
[http://www.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13128566&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=27&fichero=27v40n11a13128566pdf001.pdf&ty=41&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es](http://www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13128566&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&fichero=27v40n11a13128566pdf001.pdf&ty=41&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es)



Haley, J. (1973). **El Ciclo Vital de la Familia** (32-65) En: Terapia no Convencional. Buenos Aires: Amorrortu

Huerta, J. (2005) **Repercusiones familiares de la enfermedad Crónica**, (153-160) En: Medicina Familiar: La Familia en el Proceso Salud-Enfermedad. México: ALFIL

Huerta, J.; Penagos, M. (2004). **Asma en niños**. México: Inter Sistemas.

Kazdin, A. (1991) **Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas**. Editorial Manual moderno.

Kornoblit, A. (1996). **Somática Familiar**. Enfermedad Orgánica y Familiar. Barcelona: Gedisa.

Latorre, J.; García, M.; Moles, B.; Pereyra, L.; Literas, M. y Esteban, E. (2007). **Tratamiento Psicológico del Asma**. En:

<http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosomatica/29496/>. Recuperado el 20 de abril del 2008

Latorre, M. y Benoit, P. (1992). **Psicología de la Salud**. Argentina: Lumen.

León, R.; Medina, S.; Barriga, S.; Ballesteros, A y Herrera, I. (2004) **Psicología de La Salud Y De La Calidad De Vida**. Barcelona: UOC

Libertad, M. (2004). **Acerca del Concepto de Adherencia Terapéutica**. . En: Revista Cubana de Salud Pública. Vol. 30 num. 4. de la fuente:

[http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/acerca\\_del\\_concepto\\_de\\_adherencia\\_terapeutica.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/acerca_del_concepto_de_adherencia_terapeutica.pdf).

Libertad, M. (2006). **Repercusiones Para La Salud Pública De La Adherencia Terapéutica Deficiente**. En: Revista Cubana de Salud Pública. Vol. 32 num. 3. de la fuente: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32\\_3\\_06/spu13306.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu13306.htm).

López, A. y Díaz, C. (2003). **Adherencia Al Tratamiento E El Paciente Asmático**. De la fuente [http://www.azprensa.com/SCORES/asma/cap\\_10.pdf](http://www.azprensa.com/SCORES/asma/cap_10.pdf). Recuperado el lunes 20 de abril del 2009.

Lora, A. (2005). **Adherencia Al Tratamiento Del Asma En El Paciere Pediátrico Y Sus Cuidadores**. En: Revista Pediátrica De Atención Primaria Vol.: VII, num. 2, pp. 97-105. de la fuente: <http://www.pap.es/documentos/articulos/PDF/462.pdf>.

Macias, R. (1995). **La Familia** (165-197). En: Antología de sexualidad Humana (Cap. II). México: CONAPO.

Minuchin, S. (1992). **Familias y Terapia Familiar**. Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S. y Fishman, H. (1989) **Técnicas de terapia Familiar**. México: Paidós

Moreno, A. (2002). **Evaluación del impacto Familiar del asma Bronquial**. Tesis en Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona. De la fuente: [http://www.tesisexarxa.net/TESIS\\_UAB/AVAILABLE/TDX-1127102-154113//mcam2de5.pdf](http://www.tesisexarxa.net/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-1127102-154113//mcam2de5.pdf). Recuperado el 25 de abril del 2008

Navarro, J. (2004). **Enfermedad y Familia: Manual de intervención psicosocial**. Barcelona: Paidós

Navarro, S.; Briceño, L. y Villalobos, J. (2007). **Asistencia a la familia de un niño con enfermedad crónica: un desafío de enfermería**. En: Revista de Neumología Pediátrica. 2 (1): 34-37. de la fuente: <http://www.neumologia-pediatrica.cl>.

- Oblitas, L. y Becoña, E. (2000). **Psicología de la salud**. México: Plaza y Valdés
- Ochoa de Alda, I. (1995). **Enfoques en terapia Familiar Sistémica**. Barcelona: Herder.
- Ortiz, P. y Ortiz, E. (2007). **Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica**. En: Revista médica de Chile, Vol.135, no.5, p.647-652. De la fuente: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007000500014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007000500014&script=sci_arttext).
- Ortiz, M. (1999) **La Salud Familiar**. En: Revista Cubana Medica.15 (4):439-45. de la fuente: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n4/mgi17499.pdf>.
- Pascual, L. y Ballester, R. (1997). **La Práctica De La Psicología De La Salud. Programas De Intervención**. Valencia: Promolibro.
- Phares, J. (1996). **Psicología de la Salud y Medicina Conductual**, (451-467). En: Psicología Clínica: Conceptos, Métodos y Práctica. México: Manual Moderno
- Quezada, R. (2001). **Asma: Aprenda a vivir con ella**. México: Trillas.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). **Psicología Clínica y de la Salud**. México: Manual Moderno
- Ribes, E. (1984). **Técnicas de modificación de conducta**. Trillas. México
- Rodríguez, B. (1984). **Medicina Conductual: su definición y Aplicación**. En: Revista Colombiana de Análisis y Terapia del Comportamiento. Vol. 2, núm. 1. De la fuente: [www.abacolombia.org.com/postnuke/modules.php](http://www.abacolombia.org.com/postnuke/modules.php).
- Rodríguez, L.; Nombela, J. y Ponce, J. (1997). **Biofeedback: Asma Infantil**. En: <http://www.cienciadeporte.com/motricidad/3/ART1.PDF>. Recuperado el 16 de abril del 2009.

Rodríguez, O. y Sanz, A. (2000). **Resultados de un estudio Cualitativo Sobre el manejo del asma infantil: Recomendaciones Practicas Para el Seguimiento en Consulta.**

En: <http://www.comtf.es/pediatria/Bol-2000-1/87-92.pdf>. Recuperado el 25 de agosto del 2008.

Rodríguez, A.; Kanán, G.; Vázquez, M.; Gutiérrez, A.; Barbosa, C.; Sánchez, y Tejeda, R. (2008). **Perfil organizativo-funcional de la familia nuclear psicósomática con un hijo asmático.** En: Salud Mental. México, 31:63-68. De la fuente: <http://www.inprfcd.org.mx/pdf/sm3101/sm310163.pdf?PHPSESSID=66e58b301495179a613642ea79d78bb0>.

Rolland, J. (2000). **Familias, Enfermedad y Discapacidad. Una propuesta Desde la Terapia Sistémica.** Barcelona: Gedisa.

Sandoval, R. (2005). **Aspectos Psicológicos En El Asma Infantil.** En: Revista de la universidad del Azuay. Ecuador: 1 (35), 191-213. De la fuente: <http://uazuay.edu.ec/publicaciones/Sistemas%20Familiares.pdf#page=191>

Sienra, J.; Del Río, B.; Baeza, M. (1999). **ASMA.** En: Salud Pública de México, 41(001), 64-70. De la fuente: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10641109.pdf> .

Trull, T. y Phares, J. (2003). **Psicología Clínica: Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión.** México: Cengage Learning.

Uribe, M. (2006). **Modelos Conceptuales en medicina psicósomática.** En: Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. XXXV. De la Fuente: <http://www.scielo.org.com/pdf/rcp/v35s1/v35s1a02pdf>.

Vázquez, M. y Buceta, J. (1996). **Tratamiento Psicológico del Asma Bronquial**. Madrid:  
Pirámide

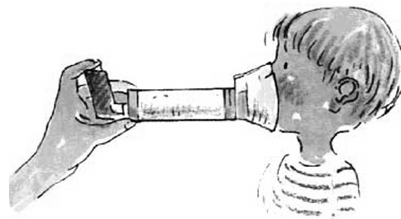
## **A N E X O S**

## **Anexo 1**

### **USO DEL INHALADOR**

#### **Inhalador conectado a cámara con mascarilla para niños de 0 a 3 años**

- 1°. Abrir el inhalador, agitarlo en posición vertical y conectarlo a la cámara
- 2°. Situar la mascarilla apretada alrededor de la boca y de la nariz del niño
- 3°. Apretar el pulsador una vez con la cámara horizontal
- 4°. Mantener la posición de la mascarilla mientras el niño respira Suele ser válidas 5 inhalaciones ó 10 segundos
- 5°. Repetir el procedimiento para cada dosis con intervalos de 30 segundos a 1 minuto entre dosis
- 6°. Retirar el inhalador y taparlo
- 7°. Enjuagar la boca con agua y la zona de contacto de la mascarilla



## **Inhalador conectado a cámara con boquilla para niños de 4a 6 años**

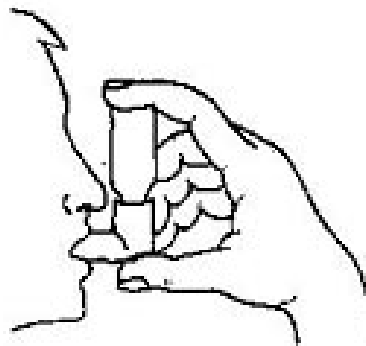
- 1°. Abrir el inhalador, agitarlo y conectarlo a la cámara
- 2°. Vaciar suavemente los pulmones
- 3°. Situar la boquilla en la boca apretándola firmemente con los labios
- 4°. Apretar el pulsador una vez con cámara horizontal
- 5°. Inspiración lenta y profunda, cinco segundos
- 6°. Mantener el aire en los pulmones de 5 a 10 segundos. Expulsarlo por la nariz
- 7°. Repetir el procedimiento para cada dosis con intervalos de 30 segundos entre dosis
- 8°. Retirar el inhalador y taparlo
- 9°. Enjuagar la boca con agua





## **Técnica de inhalación con inhalador en cartucho para niños mayores de 6 años**

- 1°. Abrir el inhalador, agitarlo en posición vertical
- 2°. Vaciar suavemente los pulmones
- 3°. Situar la boquilla apretada alrededor de la boca
- 4°. Inspiración lenta por la boca, colocando la lengua en la parte inferior
- 5°. Una vez iniciada la inspiración, presionar el pulsador una vez y seguir tomando aire lenta y profundamente
- 6°. Retirar el inhalador de la boca y mantener el aire en los pulmones de 5 a 10 segundos. Expulsarlo por la nariz lentamente
- 7°. Repetir el procedimiento para cada dosis con intervalos de 30 segundos entre dosis
- 8°. Tapar el inhalador
- 9°. Enjuagar la boca



NOTA.-la utilización de cartuchos presurizados directamente en boca se ha mostrado claramente ineficaz en la edad pediátrica y debería utilizarse siempre acoplado a cámara o con las cámaras

## **Anexo 2**

### **USO DEL FLUJÓMETRO**

El flujómetro es un aparato portátil que permite medir la máxima cantidad de aire exhalado. Esta medición nos permite evaluar en forma rápida y sencilla el grado de obstrucción de las vías respiratorias. El grado de obstrucción de las vías respiratorias tiene una relación inversa con la medición del aire exhalado. De este modo a mayor obstrucción al exhalar aire menor valor de PEF.

El flujómetro tiene distintas utilidades:

- En una crisis asmática permite reconocer la gravedad y evaluar la respuesta al tratamiento.
- En período estable permite evaluar el grado de control que se tiene de la enfermedad.
- Una determinada medición permite actuar en concordancia a la situación. De este modo se ha ideado la señal del semáforo para tomar las medidas necesarias.

Para obtener una medición adecuada se recomiendan los siguientes pasos:

- 1°. Realizar la medición de pie
- 2°. Colocar la aguja del marcador en cero
- 3°. Inhalar lo más profundo posible
- 4°. Cerrar los dientes y labios en la pieza bucal del flujómetro
- 5°. Soplar rápido y con máxima fuerza (evitando el escape de aire)
- 6°. Verificar la medición obtenida
- 7°. Descansar y repetir los pasos anteriores en dos ocasiones.
- 8°. Tomar el valor más alto de los tres y registrar en cartilla

Estas mediciones deben realizarse dos veces al día (mañana y tarde) durante el período de entrenamiento para luego crear un registro de los valores basales.

- Puedes preguntar a tu médico cual es el valor adecuado para ti
- Si tu PEF es menor al 60% del valor que te corresponde, debes ponerte en contacto inmediatamente con medico



## Anexo 3

### FORMATO PARA EL AUTOREJISTRO

Mes y año																			
Fecha	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	Continua 30 o 31	
Día	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	....	
1° FEM Mañana																			
2° FEM Tarde																			
3° FEM Noche																			
Tos																			
Flemas																			
Silbido																			
Crisis																			
Uso del medicamento de rescate																			
Uso del medicamento preventivo																			

**Observaciones:**

Llenado de la hoja:

- En el FEM se anota la medida obtenida por el flujómetro en la mañana, tarde y noche.
- En el apartado de tos, flemas y silbido, deberá anotarse un “si” o un “no” según la presencia de estos síntomas durante el día.
- En el apartado de uso del medicamento de rescate, se anotara el numero de disparos que se utilizaron durante el día
- En la parte de uso de medicamento preventivo se anotara el medicamento que se usa y el periodo en que se utiliza.
- en observaciones se anotara todo lo relavarte respecto a la enfermedad como:
  - Hora de la crisis.
  - Actividades que se estaban realizando al momento de presentarse el ataque.
  - Alguna enfermedad que se presente (gripa, infección en la garganta, infección estomacal, etcétera.) y el medicamento que se administra para tratarla.
  - Estado emocional del niño antes de la crisis, o situaciones emocionales que se presenten antes de la crisis como, miedo, ansiedad, mucha alegría, enojo, tristeza.

nota: las observaciones deben ir separadas por día

**Ejemplo:**

Junio 2009																			
Fecha	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	...30-31	
Día	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	....	
1° FEM Mañana	200	240	200	240	200	120	100	110	120	120	120	130	200	230	230	200	230	250	250
2° FEM Tarde	110	230	240	200	230	110	100	110	110	120	120	150	200	230	200	200	230	250	250
3° FEM Noche	110	230	240	250	200	120	110	110	115	120	130	150	200	200	200	180	230	250	240
Tos	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
Flemas	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Silbido	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Crisis	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
Uso del medicamento de rescate	2	1	0	0	0	3	6	2	5	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0
Uso del medicamento preventivo													<b>SERETIDE</b>						

**Observaciones:**

- Lunes 1: se presento la crisis por la noche poco después de que su papa lo reprendiera, se administro el medicamento y cedió la crisis.
- Sábado 6: se presento la crisis durante la comida (Pozole) y se acudió a urgencias.
- Domingo 7: se presento la crisis durante la comida (Pozole) y se acudió a urgencias.
- Lunes 8 a viernes 12: se encuentra en exámenes, solo el martes 9 se acudió a agencias y le administraron inhaloterapia.

## Anexo 4

### CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA SOBREPOTECCIÓN FAMILIAR

#### Test Parental Von Ding Instrumental

1) siempre

2) casi Siempre

3)A veces

4) Nunca

M = Madre

P = Padre

	1		2		3		4	
	M	P	M	P	M	P	M	P
Me habla en un tono de voz cálido y amigable								
No me ayuda tanto como lo necesito								
Me deja hacer las cosas que me gusta hacer								
Lo siento emocionalmente frío con migo								
Parece entender perfectamente mis problemas y preocupaciones								
Es cariñoso con migo								
Acepta que tome mis propias decisiones								
No quiere que crezca								
Trata de controlar todo lo que hago								
Invade mi privacidad								
Comenta las situaciones con migo								
Me sonrío a menudo								
Tiende a tratarme como si fuese un bebé								
Parece no entender mis necesidades								
Me deja decidir cosas por mi mismo								
Me hace sentir como un problema								
No platicamos frecuentemente								
Trata de hacerme sentir dependiente de él o de ella								

## Anexo 5

### CUESTIONARIOS PARA EVALUAR LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

➤ **Cuestionario de funcionamiento Familiar FF-SIL**

A continuación le presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que usted puntúe su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

1) nunca      2) pocas veces      3) a veces      4) muchas veces      5)siempre

	1	2	3	4	5
1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi familia cada uno cumple con sus responsabilidades					
4. las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familia ante situaciones diferentes					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan					
9. se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

Baremo	Numero de pregunta y variables que miden
70-57 ptos. familia funcional	1 y 8 ----- Cohesión
56-43 ptos. familia moderadamente funcional	2 y 13 ----- Armonía
42-28 ptos. familia disfuncional	5 y 11 ----- Comunicación
27-14 ptos. familia severamente disfuncional	7 y 12 ----- Permeabilidad
	4 y 14 ----- Afectividad
	3 y 9 ----- Roles
	6 y 10 ----- Adaptabilidad



➤ **Cuestionario de APGAR Familiar**

Marcar la opción que con la que más se identifique

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y permite					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, amor, tristeza y otros					
Me satisface como compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos, los espacios e la casa y el dinero					
Estoy satisfecha (o) con el soporte que recibo de mis familiares					

## **Anexo 6**

### **CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA ADHERENCIA TERAPEUTICA**

#### **Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau)**

Estimado paciente:

Solicitamos su colaboración Para estudiar cómo se comporta el cumplimiento de las indicaciones orientadas a los pacientes con hipertensión arterial. Sólo debe dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio. Muchas gracias

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nivel de escolaridad: \_\_\_\_\_

Años de diagnosticada la enfermedad: \_\_\_\_\_

A) De las indicaciones que aparecen a continuación marque con una X, cuál o cuáles le ha indicado su médico.

Tratamiento higiénico-dietético:

1. Dieta sin sal o baja de sal \_\_\_\_\_
2. Consumir grasa no animal \_\_\_\_\_
3. Realizar ejercicio físico \_\_\_\_\_

**B) Tiene Usted indicado tratamiento con medicamentos**

1. Si\_\_\_\_\_

2. No\_\_\_\_\_

**C) A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:**

1)siempre      2)casi siempre      3)a veces      4)casi nunca      5)nunca

	1	2	3	4	5
Toma los medicamentos en el horario establecido					
Se toma todas las dosis indicadas					
Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta					
Cumple con las medidas preventivas indicadas por el medico					
Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
Realiza los ejercicios físicos indicados					
Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria					
Usted y su medico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir					
Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos					
Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento					
Usted y su médico analizan, como cumplir el tratamiento					
Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que ha prescrito su medico					

## **Anexo 7**

### **ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN**

Si ya te has puesto cómodo, vamos a comenzar los ejercicios de relajación. Para ello vamos a iniciar la respiración profunda; debes introducir lentamente aire por la nariz y al mismo tiempo, vas dilatando lentamente el abdomen, y cuando tengas los pulmones llenos sueltas también el aire muy despacio por la boca. Vamos a hacerlo varias veces (3 ó 4 veces). Vamos a centrarnos ahora en grupos de paquetes musculares y los iremos relajando progresivamente.

- 1er grupo muscular:

Concéntrate en tu puño izquierdo, apriétalo fuerte y céntrate en los puntos de mayor tensión. Basta. Céntrate ahora en el alivio que experimentas y fíjate en la diferencia que sientes entre tensión y relajación.

Repite el ejercicio otra vez.

Ahora vas a hacer lo mismo con tu puño derecho. Aprieta fuertemente..., ahora relaja los músculos y céntrate en el alivio que experimentas.

Repite el ejercicio. Céntrate en la diferencia entre tensión y relajación.

Ahora vas a trabajar con tu brazo izquierdo, para ello llévate la muñeca hasta el hombro, aprieta. Siente la tensión... basta, deja el brazo caer lentamente. Céntrate en el alivio que experimentas. Repite el ejercicio.

Trabaja ahora con el brazo derecho, haz lo mismo... y siente el alivio que se produce cuando aflojas los músculos. Repite el ejercicio.

- 2do grupo muscular:

Ahora trabajamos los hombros, para ello levanta los hombros hacia las orejas..., basta, afloja los músculos, siente el alivio. Repite.

Trabajamos el cuello, intenta tocarte el pecho con la barbilla... aprieta... basta, relaja el cuello y siente la sensación de alivio que se produce. Repite.

Aprieta la cabeza hacia atrás para trabajar con la nuca, aprieta... vale, ahora deja de apretar y céntrate en el alivio. Repite.

Trabajamos la frente, levanta las cejas hacia arriba, siente la tensión... basta, ahora relaja la frente, siente el alivio que experimentas. Repite.

Cierra fuertemente los párpados para trabajar los músculos de los ojos, aprieta...basta, céntrate en el alivio. Repite.

Ahora trabaja las mejillas, para ello simula una risa forzada, las comisuras de tus labios se clavan en tus mejillas, aprieta... basta, relájalas, siente el alivio que experimentas. Repite.

Trabaja ahora la mandíbula, aprieta los dientes... basta, ahora relaja la mandíbula y siente el bienestar que se produce. Repite.

Trabajamos ahora la lengua, colócala contra el paladar y aprieta fuertemente... basta, ahora afloja la tensión, siente el alivio y céntrate en la diferencia entre tensión y relajación. Repite.

Aprieta los labios fuertemente (sin morderlos)... basta, relájalos, siéntelos flojos, muy flojos. Repite.

- 3er grupo muscular:

Hacemos un arco con la columna, saca el tronco hacia fuera y céntrate donde notas mayor tensión... afloja el tronco. Repite.

Trabajamos ahora el pecho. Toma aire, retiene el aire 3 segundos y expúlsalo despacio, céntrate en el alivio que sientes. Repite.

Ahora trabaja el abdomen, para ello intenta tocarte con el ombligo la parte trasera de tu cuerpo... basta, afloja. Repite.

- 4to. grupo muscular:

Levanta la pierna izquierda dirigiendo la punta del pie hacia tu cuerpo...basta, déjala relajada, siente el bienestar que experimentas. Repite.

Haz lo mismo con tu pierna derecha. Repite.

Para finalizar vas a realizar de nuevo la respiración abdominal profunda, toma aire lentamente, nota como se hincha el abdomen, y expúlsalo muy despacio. Repite varias veces (3 ó 4 veces).



*“Por Mi Raza Hablara El Espiritu”*

