



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**LA ADHERENCIA A LA TERAPIA FAMILIAR COMO
REDUCTOR DE CRISIS ASMÁTICAS EN
NIÑOS HOSPITALIZADOS EN EL INER**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO
EN PSICOLOGÍA PRESENTA**

PAOLA SOFÍA CRUZ LOZANO

Directora:

MTRA. BLANCA ELENA MANCILLA

Asesor

LIC. AIDA ARACELI MENDOZA IBARROLA

Ciudad Universitaria, D.F. octubre, 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	3
RESUMEN	6
ABSTRAC.....	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO 1. EL ASMA Y LA HOSPITALIZACIÓN EN MÉXICO.....	10
Crisis Asmáticas.....	13
Factores de riesgo de crisis asmática grave.....	15
El niño asmático y su hospitalización	16
Datos Históricos de INER	17
CAPÍTULO 2. LA TERAPIA FAMILIAR EN MÉXICO	19
Antecedentes históricos de la Terapia Familiar.....	24
Definición de Terapia Familiar	28
Síntomas	28
Adherencia Terapéutica	29
CAPÍTULO 3. MÉTODO	31
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	34
CONCLUSIÓN	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
ANEXOS	45

AGRADECIMIENTOS

A mi directora Mtra. Blanca Elena Mancilla

Por apoyarme y brindarme su amplia experiencia durante la creación de mi tesis.

A mi revisora y sinodales; Lic. Aida Araceli Mendoza, Mtro. Jorge Valenzuela, Mtro. Néstor Fernández y Lic. Lidia San Juan,

Por aumentar mis conocimientos, proporcionándome sabias erudiciones y gran juicio.

A mi segundo hogar “UNAM” (CCH SUR y Facultad de Psicología)

Por ser mi eje, mi plataforma de conocimientos, y el ente que me dio la oportunidad de ser la gran persona que soy, me ha brindado una de las mejores experiencias de mi vida.

AI INER:

Por brindarme tantos conocimientos y experiencia. Por traer a mi vida personajes admirables, Mtra. Carmen Pacheco, Dra. Lule, Dr. Alex, Dra. Gamiño y Dra. Salcedo. Y grandes amistades, Anahi, Angie, Liz, Karina, Mónica, Vari, Liz, Claudia, Ivette, y Kristy.

Si dejar fuera a mis pacientes, me enseñaron que la vida y la salud son los mejores regalos que un ser humano puede tener.

A mi gran Familia

Papá:

El proyecto se hizo y en este momento lo concluyó, durante esta etapa me forjaste a ser fuerte y competente ante la vida, proveyéndome disciplina, cariño, exigencias y soporte de múltiples maneras, gracias por todo papá, me has hecho grande.

Mamá:

Tú amor, recomendaciones, y consejos, fueron elementos que añadiste a mi vida, lo que no mata nos hace mas fuerte y aquí estamos unidas para lo que venga, este triunfo también es tuyo madre.

Andrea:

Amiga, compañera y hermana gracias por quererme tanto y apoyarme siempre, eres una estrella en mi vida, Te quiero.

Emilio:

Por compartir momentos invaluable y divertirnos mucho, sobre todo por estar comprometido con la vida y darme ese apoyo, te quiero hermano.

Abuelitas Sofí, Lupe y Don Pedro:

Por consentirme con esos grandes detalles y sobre todo hacerme feliz con su cariño, amor y comprensión.

Jimenita, Kris y Mateo

Por provocarme tantas sonrisas, emociones y mucha alegría en mi vida, los quiero mucho!!

Indy, Yoas, Zinay, Chiclalli, Kari, Tía Norma, Anita, Tio Furias, Tio Noé, Dr. Ballesteros, Lalito, Carlos, Raúl, Chory, George, Nowa:

Porque siempre me revivieron quien soy, por las porras, aventuras, consejos y sobre todo la compañía y los buenos momentos.

A mis ángeles; Tía Cris, Tío Beto, Tío Chucho y por supuesto tú abuelito:

Como me hubiera gustado llegar físicamente a la cúspide con ustedes, pero en mi mente y corazón aquí estarán. Gracias por haber marcado el rumbo de mi vida, con esos consejos, ternura y tanto amor que siempre me aportaron.

Que falta me hicieron en esta duro pero maravilloso ciclo, sin embargo recordar las promesas que nos hicimos y saber cuánto me quisieron me impulso a concluir esta etapa. Los quiero y extraño mucho....“Porque algún día, en algún lugar, nos volveremos a encontrar.... Pero aun no”

A mis amigos!!

Irma, Ivette, Naye, Yola, Zai, Sayra, Ady, Clau, Naaxh, Sandy, Irene, Kualneci, Manuel, Misa, Chulo, Beto, Danny (E.P.D) Fer, Gerson, César, Hugo, Diego, Mau, Alex, Por ese hombro en los momentos difíciles, por levantarme el ánimo siempre, por la complicidad, por esas buenas charlas, abrazos, fiestas, desveladas, y divertidas que hemos pasado y seguiremos pasando!!! Los estimo muchísimo.

Al Amor!!

Por ser el motor del mundo, por hacerme sentir tan bien con ese lenguaje de besos, abrazos, y caricias que durante este proyecto me restablecían siempre, por esas acertadas palabras en momentos de estrés y emociones revueltas. Sencillamente fue increíble el apoyo Marco, te quiero mucho!!

RESUMEN

Este trabajo tuvo por objetivo evaluar el papel de la Terapia Familiar y la adherencia terapéutica como factor reductor de crisis asmáticas. De tal forma que se llevo a cabo un programa en el cual participaron cinco familias con hijos asmáticos; las cuales acudieron a 8 sesiones de Terapia familiar; obteniendo resultados significativos que manifiestan el positivo impacto que tuvo la intervención Psicológica en las familias. Siendo esta una herramienta base para combatir enfermedades respiratorias, disminuir el número de crisis, promover la integración familiar, el apego al tratamiento, mejorar la calidad de vida del paciente y quienes lo rodean.

Palabras clave: Terapia Familiar, Asma.

ABSTRAC

The principal objective of this document was evaluating the role of family therapy and treatment with drugs can be a factor to reduce asthma in children. So, took out a program which involved five families with asthmatic children, they had 8 sessions of family therapy. We had significant results that demonstrated the positive impact of the psychological intervention in families. This is a basic tool to combat respiratory diseases, reducing crises, promote the family integration, and improve the quality of life of patients and people around him.

Keywords: Family Therapy, Asthma.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el índice de enfermedades respiratorias aumentan día con día, y la demanda de servicios es muy alta. El cambio climático, las emociones, la problemática familiar, y un mundo de factores afectan directamente al ser humano, y más aún a los niños. Esto debido a que la mayor parte de las veces están desprotegidos, y sus defensas aun son muy bajas.

El Asma es de las múltiples enfermedades existentes que provocan interés, se define como una enfermedad crónica del sistema respiratorio, caracterizada por la inflamación en las vías respiratoria situadas dentro de los pulmones; se identifica con síntomas como tos, dificultad para respirar, falta de aire y sibilancias. Afecta entre 100 y 150 millones de personas alrededor del mundo; el número de enfermos aumenta cada año provocando 260,000 muertes anuales.

En México el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, (INER) brinda tratamiento para el control de este padecimiento. El departamento de Neumología Pediátrica ofrece atención médica integral, ocupándose del diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad. El área de Psicología es fundamental en este proceso, puesto que contribuyen de manera articulada con el paciente y la familia, brindando un apoyo emocional durante el proceso de hospitalización y posterior a este.

El principal interés en este tema se suscitó por la convivencia total con los pacientes con Asma y sus familias; debido a la gran sensibilidad que me manifestaron en cada caso específicamente. Así mismo la complejidad que almacena el Asma, y de qué manera factores emocionales como la disfunción familiar, las peleas, los gritos, contribuyen a recaer en una y otra crisis consecutivamente. Por esa situación me di a la tarea de profundizar y buscar una alternativa que le brinde una mejor calidad de vida al paciente y su entorno. Así que localicé la terapia familiar, que se imparte aquí en la unidad; Maestras y estudiantes de maestría del IFAC apoyan a la problemática de las familias que aquí residen. En una totalidad el procedimiento que manifiesta

resultados contundentes es el trabajo conjunto de Terapia Familiar y el riguroso control de medicamentos; evitando crisis y sobre todo una nueva hospitalización.

Este método crearía bienestar al paciente y su familia, puesto que un niño internado altera la dinámica familiar creando inestabilidad y más conflictos entre el grupo. Sin embargo al seguir el tratamiento y perseguir un proceso terapéutico, se ofrece al paciente una mejor calidad de vida así como una disminución paulatina en los medicamentos.

A favor del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y la sociedad en general, habrá una menor demanda en la hospitalización, y más alcance a los especialistas, generando más posibilidades de atender a otras enfermedades que día a día tienen más cabida en nuestro país.

El objetivo del presente trabajo será la elaboración de un programa de sensibilización a la familia del menor asmático respecto a la adherencia al tratamiento médico mediante la terapia familiar con el fin de disminuir las crisis en el niño y mejorar la calidad de vida familiar.

CAPÍTULO 1. EL ASMA Y LA HOSPITALIZACIÓN EN MÉXICO

Una de las enfermedades crónicas más frecuentes a nivel mundial es e Asma, cuya prevalencia en niños varía desde 1 al 30% en las diferentes poblaciones. Se trata de un trastorno inflamatorio crónico, de origen multifactorial de las vías aéreas. Como propuesta a dicha inflamación crónica, dichas vías desarrollan un evento conocido como Hiperreactividad, caracterizado por el flujo de aire (bronco-constricción, tapones de moco y aumento de la inflamación) cuando estas vías se ponen en contacto con una serie de factores de riesgo, como ácaros en el polvo casero, animales, polen, estado de ánimo, irritantes químicos y medicamentos, entre otros (O'Byrne, Bateman, Bousquet, Clark, Paggario, Ohta, Pedersen, Singth, Soto-Quiros, Cheng, 2006).

La palabra *Asma* aparece muy temprano en la literatura médica; proviene del griego "asthma" que significa jadeo y es igual a la palabra "ansia" que aparece ya en el éxodo.

La enfermedad tiene un fuerte componente hereditario, expresado como un antecedente familiar de rinitis, urticaria y eccema. Sin embargo, muchos asmáticos no tienen antecedentes familiares que indiquen una asociación atópica. Hasta el momento no se ha demostrado ninguna de las hipótesis infecciosas propuestas como origen del cuadro. La población más susceptible son los niños siendo que los desencadenantes más frecuentes son las enfermedades comunes como un resfriado. Generalmente las crisis respiratorias son de corta duración, sin embargo hay crisis que persisten por semanas.

En total, la Organización Mundial de la Salud OMS calcula que 300 millones de personas en el mundo sufren asma, 80 millones enfermedades obstructivas pulmonares crónicas y muchos más rinitis alérgica y otros desórdenes respiratorios permanentes (Hernández, 2006.) Estadísticas recientes dicen que el 80% de los niños con asma desarrollan síntomas antes de los 5 años.

El asma provoca síntomas tales como respiración sibilante, falta de aire (polipnea y taquipnea), opresión en el pecho y tos improductiva durante la

noche o temprano en la mañana. Entre las exacerbaciones se intercalan períodos asintomático donde la mayoría de los pacientes se sienten bien, pero pueden tener síntomas leves, como permanecer sin aliento - después de hacer ejercicio - durante períodos más largos de tiempo que un individuo no afectado, que se recupera antes. Los síntomas del asma, que pueden variar desde algo leve hasta poner en peligro la vida, normalmente pueden ser controlados con una combinación de fármacos y cambios ambientales pues la constricción de las vías aéreas suele responder bien a los modernos broncodilatadores.

La Organización Mundial de la Salud, OMS en el año 2001, comunicó que 150 millones de habitantes en el mundo padecen asma y de éstos, 260,000 mueren. Existe un proyecto llamado ISAAC (Internacional Study of Asthma and Allergies in Childhood 2001) que se enfoca al estudio del Asma, Rinitis y Dermatitis. Se da un especial auge a la “Investigación Clínica Epidemiológica”. Se reporta una prevalencia del padecimiento mayor al 20% en Reino Unido, Nueva Zelanda, Australia, China, Malasia, India, Italia, Francia, España, Brasil, EE. UU. La prevalencia en México 5 a menos el 10%. El Asma es la principal causa de morbilidad en el INER. (Internacional Study of Asthma and Allergies in Childhood, 2008).

Por lo general son crisis respiratorias de corta duración, aunque puede haber períodos con ataques asmáticos diarios que pueden persistir por varias semanas. En una crisis severa, las vías respiratorias pueden cerrarse tanto que los órganos vitales no reciben suficiente oxígeno. En esos casos, la crisis asmática puede provocar la muerte.

El asma afecta a nueve millones de infantes en México, los cuales son menores de ocho años. En total en nuestro país hay 11 millones de afectados; lo más preocupante es que cada década aumenta un 50 por ciento el número de casos, alertó Ignacio Ortiz Aldana, vicepresidente del Colegio Mexicano de Pediatras Especialistas en Inmunología Clínica y Alergia.

Integrantes de la World Allergy Association indican que pese las cifras en el país no existe un plan nacional de combate a la enfermedad, y tampoco existen estudios suficientes que den una radiografía amplia sobre éste mal. Sin

embargo hay más de 15 millones de personas con algunas de las alergias más recurrentes y de ellos, de 10 a 11 millones tienen asma.

El especialista en alergología del Instituto Nacional de Pediatría (INP) (2006, La Crónica) destacó que de acuerdo con AIRLA (Asthma Insights and Reality in Latin America Survey), la mayor investigación sobre el asma, se calcula que en la región existen 300 millones de asmáticos y sólo 2.4 por ciento de ellos controla correctamente la enfermedad. Aunque el asma no se puede prevenir, con simples medidas de saneamiento del entorno ambiental es posible disminuir el riesgo de que se detone tempranamente o se presenten crisis.

A pesar de que el asma es multifactorial, un factor determinante es la herencia, por lo que si uno de los padres la padece, sus hijos tienen un 25 por ciento de riesgo de tenerla y cuando son ambos, hasta un 50 por ciento. Es muy frecuente que el asma se confunda con problemas respiratorios, como bronquitis o bronquiolitis, ya que es común que los asmáticos sean muy susceptibles a sufrir recurrentes infecciones respiratorias.

Es importante observar a los niños, pues si además de las recurrentes infecciones respiratorias se acompaña de tos que se agudiza por la noche o cuando corre o juega y le silba el pecho, es necesario llevarlo con su médico familiar para determinar si es o no asma.

Otros factores de riesgo, son las recurrentes infecciones de las vías respiratorias durante la niñez, pues provocan un daño importante a nivel de la mucosa bronquial. Para disminuir el riesgo de padecer asma, el alergólogo recomienda que durante el primer año de vida se evite dar al niño ciertos alimentos que pueden favorecer la presencia de alergias, como por ejemplo: huevo, chocolate, semillas (nuez, cacahuate, pistaches), pescado, fresas y cítricos como la naranja.

El Asma más común en el sexo femenino, en proporción tres a uno. La mayoría son por causas alérgicas, es decir exposición al polvo casero, al pasto, a los hongos, a los pólenes y al pelo de los animales, entre otros; mientras que en adultos es por tabaquismo y exposición a ciertas sustancias irritantes, principalmente del área laboral.

Crisis Asmáticas

La variabilidad consiste principalmente en las diferencias que pueden existir, tanto en la severidad de las crisis como en el estado global del paciente.

En cuanto a la intermitencia, ésta se refiere a la regularidad con la que se presentan las crisis asmáticas: Los episodios de un bronco espasmo pueden ocurrir con mucha frecuencia en cortos periodos en intercalarse con fases en las cuales el paciente permanece asintomático (Buceta y Bueno, 2000).

Los cuadros que con más frecuencia pueden presentar similitudes con una crisis asmática son: bronquiolitis, laringitis, neumonía, cuerpo extraño bronquial, episodios de hiperventilación (bien primarios, como cuadros psicógenos, o secundarios a trastornos metabólicos, como la cetoacidosis diabética) y otros (anillos vasculares, traqueomalacia, fibrosis quística, difusión de cuerdas vocales, etc.).

Según la Global Initiative for Asma (O'Byrne, et al. 2006) el Asma se puede diagnosticar usualmente con base en la historia médica del paciente y en la sintomatología que es la siguiente:

- Episodios recurrentes de sibilancias (más de una ocasión por mes)
- Tos o sibilancias inducidas con el ejercicio
- Tos nocturna durante los periodos agudos sin virosis asociada
- Ausencia de sibilancias que varían con estaciones
- Síntomas que persisten después de tres años
- Síntomas que aparecen o empeoran con la presencia de factores de riesgo ambientales.
- Historia de que el resfriado “se les va al pecho” o cuya duraciones mayor a diez días.
- Síntomas que mejoran cuando se inicia el tratamiento para el Asma (Cuevas 2003)

En cuanto al diagnostico diferencial, es importante mencionar que las sibilancias y la tos no son exclusivas del Asma, principalmente en los niños menores de 5 años, por lo que mientras más joven sea el paciente es más probable que existe un diagnostico alternativo que explique la presencia de la tos y las sibilancias. (O'Byrne, et al. 2006)

En el caso de los pacientes menores a 5 años, el diagnóstico se basa principalmente en la clínica, mediante la historia y los hallazgos durante el examen físico. Dado que en este grupo es complicado realizar las pruebas de función pulmonar, es útil realizar una prueba terapéutica con broncodilatadores de acción corta o glucocorticoesteroides inhalados, en donde se apoya el diagnóstico de Asma cuando hay mejoría evidente con el tratamiento y existe deterioro cuando se suspende. (O'Byrne, 2006)

Finalmente, la reversibilidad consiste en la obstrucción de las vías respiratorias experimentada durante las crisis puede remitir como resultado del tratamiento adecuado, por lo que el estado físico del paciente puede regresar a un nivel lo más cercano a la normalidad cuando el bronco espasmo ha terminado (Buceta y Bueno, 2000).

Cuando se atiende un episodio agudo de asma, dos aspectos son básicos: la valoración de la gravedad del cuadro y los diferentes escalones en el tratamiento del mismo.

Existen diversos factores que pueden desencadenar una crisis asmática; el paciente, apoyado por el médico debe identificar cuáles son los factores que en su caso constituyen los desencadenantes, mismos que pueden ser:

- Infecciones respiratorias
- Cambios bruscos de clima
- Pelo, caspa y plumas de animales
- Humo de cigarro/leña
- Aerosoles químicos
- Polvo casero (ácaros)
- Contaminación ambiental
- Fármacos como el Ácido Acetilsalicílico
- Contaminación ambiental
- Polen
- Emociones fuertes (O'Byrne, et al. 2006)

El tratamiento farmacológico del Asma se puede clasificar en medicamentos sintomáticos (de rescate o broncodilatadores) y preventivos (antiinflamatorios). Normalmente se usan ambos (Huerta, 2001).

Los antiinflamatorios deben utilizarse continuamente para prevenir síntomas y exacerbaciones, así como para mejorar la función pulmonar (O'Byrne, et al. 2006). Su efecto es a largo plazo, porque al utilizarlos los síntomas no desaparecen de inmediato, de modo que su uso constante se vuelve fundamental. Entre estos medicamentos se encuentran:

- Cromoglicato y Nedocromilo: son inhalados y prácticamente no tiene efectos secundarios (Chapela y Bojórquez, 2007).
- Esteroides inhalados: Son los mejores medicamentos antiinflamatorios para el tratamiento de Asma en todas las edades, su principal acción es reducir el infiltrado crónico de los eosinófilos a las vías aéreas (Huerta, 2001).
- Los broncodilatadores o de rescate se usan para abrir los bronquios cuando estos comienzan a cerrarse, además de que ayudan a disminuir la producción de moco. Cuando se utilizan, ayudan a disminuir los síntomas del Asma, por lo que su efecto es a corto plazo (Huerta 2001).

Comúnmente el niño requiere de medicamento inhalado, con frecuencia una combinación de esteroides y Beta-Agonistas de acción prolongada.

Factores de riesgo de crisis asmática grave

- Visitas a urgencias en el mes previo
- Uso reciente de corticoides sistémicos
- Antecedentes de ingreso en cuidados intensivos, de crisis graves o de inicio brusco
- Dos hospitalizaciones o más de 3 visitas a urgencias en el año previo.

El Asma no se cura, sin embargo, ésta si puede ser controlada con un manejo y tratamiento apropiados de modo que las crisis se reduzcan.

Las principales Instituciones que atienden este padecimiento a nivel pediátrico son el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, INER, Instituto Nacional de Pediatría.

El niño asmático y su hospitalización

La enfermedad es un acontecimiento que interrumpe en la vida de la persona, rompiendo su continuidad y dando lugar a un antes y un después. Lo que dificulta el sentido de libertad de la persona, quien se encuentra limitada y restringida, con menor control de sí mismo y sus comportamientos. (Polaino-Lorente, 1997).

La enfermedad en la infancia puede tener importantes repercusiones en el desarrollo psicosocial. La hospitalización infantil pone de manifiesto los efectos de separar a un niño de su medio natural para introducirlo a un contexto que resulta altamente estresante (Sierrasesúmaga, 1997).

Las condiciones de la hospitalización infantil han ido cambiando a lo largo del tiempo en la dirección de un incremento en su calidad. En el siglo pasado, los niños en la mayoría de los casos vivían en condiciones traumáticas. Se desalentaba a los padres a que permanecieran con sus hijos por el miedo a posibles infecciones o a que les perturbaran con su presencia, y las reglas sobre el uso de juguetes, alimentación y confinamiento en la cama eran estrictas. En la primera mitad de este siglo empieza a ponerse de manifiesto y a tomarse conciencia de los efectos negativos de estas medidas, desarrollándose movimientos a favor de inducir actividades lúdico-educativas y permitir la presencia de la madre en la hospitalización del niño. (Zetterstrim, 1984, Palomo 1995.)

Hoy en día cada vez se tiene más en cuenta las necesidades biopsicosociales de los niños hospitalizados con la finalidad de proporcionar una asistencia integral, que considere tanto las condiciones hospitalarias como las reacciones que genera en el niño y la familia. (Martínez, 1998).

La evolución del niño es una sucesión de cambios continuos. Diversos autores (Piaget, Wallon, Freud, etc.) recogen estos cambios y los estructuran en etapas por las que el niño atraviesa en su camino hacia la etapa adolescente y adulta. Otra forma de analizar la evolución infantil es a través de las áreas del desarrollo psicomotor, cognitivo, emocional y social. El estudio de las etapas y áreas a través del desarrollo del niño permite conocer sus capacidades y

habilidades, emociones y comportamientos en función de la edad lo que nos acerca más a la comprensión del mundo infantil.

Datos Históricos de INER

- El sanatorio para Tuberculosos de Huipulco se inauguró el 31 de diciembre del 1935.
- En 1969 se transformó en el Hospital para enfermedades Pulmonares.
- En 1975 cambió a Instituto Nacional de Enfermedades Pulmonares.
- En 1982 se descentralizó y se transformó en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.
- En la actualidad se rige por la Ley de los Institutos Nacionales de Salud que fue publicada el 26 de mayo del 2000.
- El Consejo de Salubridad General le otorgo la primera Certificación en el año 2000 y su recertificación para el periodo 2005-2008 (Del Villar, 2007).

El INER es un Instituto público descentralizado, dependiente del gobierno federal, que se dedica a la Investigación, la Enseñanza y la Atención Médica sobre padecimientos relacionados con las vías respiratorias (Cano, 2007)

Se trata de una institución de salud pública de tercer nivel, es decir, de alta especialidad, que atienden a personas con padecimientos de la vía aérea graves o complicados.

El Servicio de Neumología Pediátrica atiende en el Distrito Federal y a nivel nacional, la enfermedad respiratoria aguda y crónica con manejo multidisciplinario a cargo de Médico Jefe de Servicio, médicos adscritos con especialidad en Neumología Pediátrica, Enfermeras especialistas, médicos de apoyo de otros servicios clínicos como son: Cardiología pediátrica, Otorrinolaringología, Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño, Investigadores, Nutrición, Psicología y Terapia Familiar, Pedagogía, Rehabilitación Respiratoria, entre otros.

Esta área trabaja de forma interdisciplinaria con servicios de interconsultantes y clínicas de la Institución, entre los que se encuentra el Instituto de la Familia A.C. (IFAC), con el que existe un convenio y desde el año 2000 ha sido la Institución encargada de proporcionar la Terapia Familiar a los pacientes de Neumología Pediátrica enviados por parte del áreas de Psicología (Del Villar, 2007).

La atención y prevención en la salud respiratoria es nuestro primer objetivo, tenemos la tarea fundamental de impartir cursos para capacitar e informar a pacientes, familiares y población abierta en el conocimiento, control de la exacerbación del padecimiento, seguimiento de la progresión de enfermedades crónicas, el llevar un tratamiento multidisciplinario: Médico, rehabilitación, apoyo nutricio entre otros.

Es muy importante el promover las medidas de autocontrol en las distintas enfermedades respiratorias para mejorar la actividad física y calidad de vida. El compromiso de esta Unidad es dar una atención con calidez, respetando el vínculo paciente - familia- casa, de esta manera fomentamos la confianza del niño hacia el médico. La atención se enfoca en la protección, respeto y cariño a la niñez mexicana, resaltando los valores de la ética profesional, teniendo siempre en cuenta los derechos de los menores de edad. (Dr. Alejandro García, 2008)

Estudios e investigaciones realizadas por parte de las Instituciones de Salud indican que las enfermedades respiratorias afectan un significativo porcentaje del total de la población. Los más vulnerables a considerar son los niños, siendo que son muchos los padecimientos crónicos, y de no ser atendidos pueden tener efectos irreversibles. En el caso del Asma las crisis que presentan usualmente concluyen en hospitalizaciones, esto aunado a que se sitúan en un espacio ajeno al que no están acostumbrados es perjudicial. Así mismo la enfermedad, los medicamentos que tiene que tomar, el estar rodeado de personas desconocidas es nocivo. El Psicólogo tiene como función en estos casos darle seguridad mientras se encuentre en el hospital, así como proporcionarle alternativas que favorezcas su egreso y la posibilidad de tener una nueva hospitalización. Siendo esto un proceso largo y constante se recomienda acudir a Terapia Familiar, en el capítulo siguiente explicaremos de forma detallada que es la Terapia familiar, sus antecedentes, definiciones y la adherencia terapéutica, así como la forma en que se lleva a cabo.

CAPÍTULO 2. LA TERAPIA FAMILIAR EN MÉXICO

La familia es el núcleo o el epicentro donde se forma la sociedad o el país. La familia entendida como espacio de cuidado de los niños, de preocupación por su bienestar, y el infante como un ser distinto del adulto, con características propias, UNESCO (1993). Bajo la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1990), la Familia es el núcleo o el epicentro donde se forma la sociedad o el país. Por esta razón no debe ser maltratada, violada, esclavizada, ignorada por su color de piel, desterrada por sus orígenes o principios de religión. Tampoco debe ser odiada por el sitio donde se ubica o vive en este mundo.

La familia supone una profunda unidad interna de dos grupos humanos: padres e hijos que se constituyen en comunidad a partir de la unidad hombre-mujer. La plenitud de la familia no puede realizarse con personas separadas o del mismo sexo. Toda familia auténtica tiene similitudes familiares: casa común, lazos de sangre, afecto recíproco, vínculos morales que la configuran como unidad de equilibrio humano y social.

Según expone Claude Lévi-Strauss(1994), la **familia** encuentra su origen en el matrimonio, consta de esposo, esposa, reproducción de una sociedad, esto es, la incorporación de nuevos miembros en el tejido de relaciones sociales, no se realiza únicamente por medios biológicos.

La familia tiene que equilibrarse a sí misma. De esa manera enseña el equilibrio a los hijos. Ese equilibrio de la familia va a contribuir al equilibrio social. La familia es el lugar insustituible para formar al hombre-mujer completo, para configurar y desarrollar la individualidad y originalidad del ser humano. Existen tres conceptos importantes:

Biológicamente, la descripción de familia es la de un grupo conformado por el padre, la madre, y los hijos (familia nuclear, simple o conyugal). Se puede decir que es el origen para entender lo que es el ser humano con todas sus características, cualidades y defectos que lo hacen distintos a otros miembros de la misma familia. Todo niño nace absolutamente inseguro, necesitado e incompleto.

Socialmente.- la familia es un grupo de personas que viven y se desarrollan bajo un mismo techo. “Las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos. Uno es el interno: la protección psico-social de sus miembros; el otro es externo: la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura. La familia debe acomodarse a la sociedad y modificarse junto con ella. Pero, debido las dificultades transicionales, la tarea psicosocial fundamental de la familia –apoyar a sus miembros- ha alcanzado más importancia que nunca. En los procesos de socialización, las familias moldean y programan la conducta del niño y el sentido de la identidad” (Minuchin, 1977:78). Tanto la familia como en otros grupos psicosociales se dan determinados procesos, además de la interacción.

El influjo de los padres es imprescindible. El niño aprende a saber quién es a partir de su relación con sus padres personas que le quieren. Nadie puede descubrirse a sí mismo si no hay un contexto amor y de valoración. Proporcionan el mejor clima afectivo, de protección. El niño aprende a ser generoso en el hogar. *Protección, seguridad, aceptación, estima y afecto.* Cinco aspectos que debe aportar la familia a todo niño. Lo que aprende el niño en la familia es determinante.

Aunque la familia es matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros, también debe acomodarse a la sociedad y garantizar alguna continuidad a su cultura. Esta función social ha sido fuente de ataques contra la familia por movimientos contraculturales.

Los estudios históricos muestran que la estructura familiar ha sufrido pocos cambios a causa de la emigración a las ciudades y de la industrialización. El núcleo familiar era la unidad más común en la época preindustrial y aún sigue siendo la unidad básica de organización social en la mayor parte de las sociedades industrializadas modernas. Sin embargo, la familia moderna ha variado, con respecto a su forma más tradicional, en cuanto a funciones, composición, ciclo de vida y rol de los padres. (IPF, 2006).

Las crisis y dificultades sociales, económicas y demográficas de las últimas décadas han hecho redescubrir que la familia representa un valioso potencial

de los efectos dramáticos de problemas y enfermedades, tales como el Asma, diabetes, cáncer, entre otras. La familia es considerada hoy como el primer núcleo de solidaridad, siendo una comunidad de amor y protección.

Psicológicamente.- En la medida en que un cerebro está más evolucionado más tiempo necesita para educarse y desarrollarse hasta llegar a la edad adulta. Porque tiene mayor número de zonas finas en toda su personalidad. No puede vivir sin la ayuda del adulto, sin la formación. Su autonomía la alcanzará tras un largo proceso: lactancia, niñez, adolescencia. No basta el hecho biológico. Necesita desarrollar su inteligencia, voluntad, armonía, autonomía, autoestima: Nadie es nada si no se quiere a sí mismo y nadie que no se quiera a sí mismo puede querer a los demás. La autoestima es el motor del hombre. Esto solo lo logra en el Claustro protector de la familia. Los niños que crecen privados de un ambiente familiar, aunque crezcan físicamente, las deficiencias: psicológicas, afectivas, emocionales intelectuales y sociales son clarísimas.

La familia es un sistema en el que se interrelacionan e influyen entre sí cada uno de sus subsistemas, de tal forma que el cambio en uno produce modificaciones en los demás. Lynn Hoffman explica por qué se le da connotación de sistema al grupo familiar. “Por sistema habitualmente se quiere decir toda entidad cuyas partes co-varían entre sí y mantienen equilibrio en una forma activa por errores” (Hoffman, 1987: 27). Al hablar sobre una de las características del sistema familiar, que es la de ser un sistema que se autogobierna mediante reglas que sufren modificaciones a través de lo que se conoce como ensayo error, resulta evidente que se autoriza a los integrantes del sistema a aprender qué está permitido y qué no. Para Ackerman la familia es como una célula que sufre modificaciones en su estructura, debido al intercambio entre esta y el medio que la rodea. “La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y de fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud. Familia es el nombre de una institución tan antigua como la misma especie humana. Es una entidad paradójica y evasiva. Asume muchas apariencias. Es la misma en todas partes, y sin embargo nunca es la misma. La configuración de la familia sufre cambios importantes por cada etapa de transición. Tiene una clase de estructura en el periodo de parto, otra

cuando el hijo entra en la pubertad y los padres en su madurez, y aun otra cuando los hijos maduran, se casan, siguen sus variados caminos, y los padres envejecen.

Además, cada hombre no tiene una sino varias familias. Tiene la familia de su infancia, la familia del matrimonio y la de paternidad, y la familia del ocaso, cuando es abuelo. (Ackerman, 1987)

Don Jackson considera que el sistema familiar es un grupo en el que “están constantemente actuando unos sobre los otros, modificando mutuamente sus conductas del modo más complejo. La familia es un sistema gobernado por reglas: sus miembros se conducen entre si de una manera organizada y repetitiva y que esta estructuración de las conductas puede ser considerada como un principio que preside la vida familiar (Ackerman 1981).

De acuerdo con lo descrito por Andolfi: “La familia como sistema en constante transformación, o bien como sistema que se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa; existe un doble proceso de continuidad y de crecimiento que ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones aparentemente contradictorias, tendencia homeostática y capacidad de transformación: circuitos retroactivos que actúan a través de un complejo mecanismo de retroalimentación, orientando hacia el mantenimiento de la homeostasis (Andolfi).

De manera semejante, Virginia Satir percibe a “la familia como un microsomos del mundo. La vida familiar es como un tempaño de hielo: la mayoría percibe sólo la décima parte de lo que sucede, la décima parte que pueden ver y escuchar. Algunos sospechan que ocurre algo más, pero no saben qué es y no tiene idea de cómo pueden averiguarlo. (Satir, 1988).

En esta era de crecientes conocimientos respecto al átomo, espacio, genética y otras maravillas de nuestro universo, estamos prendiendo además de algunas cosas nuevas acerca de las relaciones de la gente con la gente. Creo que dentro de mil años, los historiadores señalarán nuestra época como el principio

de una nueva era en el desarrollo del hombre, el momento en que empezó a vivir una relación más íntima con su propia humanidad.

Con el tiempo me he formado una imagen de cómo es el ser humano que “vive humanamente”. Es una persona que comprende, valora y desarrolla su cuerpo, al que se encuentra bello y útil; una persona auténtica, honesta consigo misma y con los demás.

Cuando se examina este conjunto, se tiene un ser físicamente saludable, mentalmente despierto, sensible, amante juguetón, auténtico, creativo y productivo; alguien que se basta a sí mismo, que puede amar profundamente y pelear en forma justa y efectiva, que sabe conciliar su propia ternura con su fuerza, conocer la diferencia entre ambas y luchar así tenazmente para lograr sus objetivos.

La familia es el lugar donde se crean individuos. Los adultos son encargados de formar seres humanos. Durante mis años como terapeuta familiar, he descubierto que continuamente se suscitan cuatro aspectos de la vida en familia-familia conflictiva que acuden a mí en busca de ayuda. Estos son:

- Autoestima
- Comunicación
- Sistema Familiar
- Enlace con la sociedad.

El hombre y la mujer que concibieron y engendraron al niño continúan criándolo hasta que llega a adulto; si falta alguno de los dos, ya sea por muerte, divorcio, o abandono y la crianza la lleva a cabo el padre restante; si es mixta, donde los hijos son criados por padrastros o madrastras, padres adoptivos, o en las comunas de la actualidad, (Satir, 1983).

Cada uno de estos tipos de familia tiene su propia problemática vital y típica, que veremos más adelante, En toda esa problemática operan básicamente las mismas fuerzas: autoestima, comunicación, normas y enlace con la sociedad.

Las relaciones en una familia son extremadamente complejas. Para que resulten más fáciles de comprender, se utilizó como frecuencia como si.

Los conocimientos sobre el sistema familiar no cambiaran de nada, Es necesario que cada quien aprenda cómo hacer funcionar vitalmente este sistema. Estos pasos concretos positivos que puede tomar la familia para ser menos conflictiva y más nutridora.

Cuantos más miembros de la familia intervengan en la resolución de conflictos, más provechosos serán los resultados. Empezarán a sentir como funciona su sistema y saber si condice a dificultades o al crecimiento. Durante el proceso la sugerencia es que familiaricen profundamente con lo que quieren hacer, así serán capaces de formular más claramente la invitación. Si se sienten entusiasmados y ven con optimismo los resultados acerca de lo que crean suceda, probablemente comuniquen una sensación de entusiasmo, que hará que la invitación resulte atractiva para que la familia quiera seguir adelante.

Antecedentes históricos de la Terapia Familiar

El campo de la terapia familiar inició su desarrollo en los Estados Unidos hace sólo tres décadas, a fines de los años cuarentas y a principio de los cincuentas. Dice Lynn Hoffman: “No hubo un padre o una madre de la terapia. Ni tampoco una primera entrevista familiar” (Hoffman 1981, p17). El movimiento simplemente creció.

Las primeras investigaciones realizadas por los pioneros de la terapia familiar estuvieron centradas principalmente en familias con miembros esquizofrénicos. Casi simultáneamente, diversos psicoterapeutas que atendían pacientes esquizofrénicos en distintas partes de Estados Unidos, comenzaron a realizar entrevistas familiares descubriendo hechos interesantes; por ejemplo, observaron que si el paciente esquizofrénico mejoraba, casi invariablemente algún otro miembro de la familia presentaba síntomas patológicos.

Una de las primeras y más grandes investigaciones fue la realizada por Gregory Bateson, Don Jackson, John Weakland y Jay Haley en California entre los años 1952-1954, cuyo producto fue la hipótesis del Doble Vínculo y su papel en la etiología de la esquizofrenia. Este trabajo, “Hacia una teoría de la Esquizofrenia” fue publicada por primera vez en 1956. El proyecto de investigación sobre la comunicación esquizofrénica de Bateson continuó por algunos años más y más tarde Don Jackson funda en 1959 el Mental Research

Institute. Actualmente Paul Watzlawick, John Weakland, Richard Fish y otros continúan desarrollando las ideas de Bateson a la par que han creado un modelo de intervención terapéutica estratégico en Palo Alto California.

En Washington Murray Bowen en 1951 comenzó a trabajar con esquizofrénicos y sus familias. Pedía a las madres de los pacientes internados que se hicieran cargo, al menos en parte del cuidado de sus hijos, y en 1954 inició un proyecto para hospitalizar a las familias enteras de los esquizofrénicos con fines de observación e investigación. (Bowen, 1976).

Carl Whitaker en los años 1943 a 1945 trabajó con John Warkenton en Oak-Ridge, Tennessee, con niños delincuentes y con problemas de conducta. En este periodo Whitaker trabajó en coterapia incluyendo además a uno o más miembros de la familia del paciente identificado en las sesiones. Posteriormente entre 1945 y 1946 se interesó por el estudio de pacientes esquizofrénicos y sus familias. Whitaker ha desarrollado un estilo de terapia familiar existencial.

En 1958 Iván Nagy en Philadelphia inicia una investigación sobre la familia y la esquizofrenia. El equipo de Nagy incluye a James Framo, quien más tarde a principios de los sesentas instituye la Terapia Familiar en un Centro de Salud Mental comunitario.

Durante los primeros años de la Terapia familiar, el cambio terapéutico se consideraba estrechamente relacionado con el concepto cibernético de homeostasis. Según Dell (1982) y Keeney (1982), la homeostasis era erróneamente comparada con la estabilidad y la resistencia, lo cual llevaba a formular fácilmente hipótesis de causalidad lineal, tales como “el paciente es víctima de las dificultades entre sus padres”, o “un hijo psicótico sirve al mantenimiento de la homeostasis del sistema”.

En realidad, no solo desde la terapia familiar, sino desde distintos campos como la física, química, biología, matemáticas y otras ciencias, se comenzó a cuestionar el modelo homeostático del equilibrio. Uno de los ejes centrales de la nueva corriente era el cuestionamiento de la Segunda Ley de la Termodinámica, según la cual todas las entidades del universo tienden a la

entropía, o sea, “al estado más probable” de distribución aleatoria de las partículas, donde el cambio y el movimiento finalmente cesarían. Los físicos Prigogine y Nicolis (1971), pone de manifiesto la contradicción entre la Segunda Ley de la Termodinámica en cuyos términos la evolución se dirige hacia una irreversible desorganización y destrucción de las estructuras originadas en una “edad de oro”, y la idea de la evolución en biología, asociada con una creación de estructuras cada vez más complejas.

Por otra parte, La Segunda Ley de la Termodinámica. Se refiere a sistemas cerrados, y si dicha Ley se ha aplicado al universo cabría preguntar, ¿El universo es un sistema cerrado?

Los organismos vivos son sistemas abiertos, que no siguen leyes cinéticas lineales. Prigogine y Nicolis (1971) señalan que en los seres vivos la existencia de un gran número de grados de libertad implica automáticamente la existencia de desviaciones espontáneas. Una estructura u organización siempre es resultado de una inestabilidad originada en una fluctuación, ésta, usualmente es seguida por respuestas que llevan al sistema a su estado anterior, en un proceso determinista. Un proceso distinto ocurre cuando una fluctuación es amplificada de tal manera que el sistema solo alcanza un nuevo equilibrio “metaestable” modificando su estructura de manera irreversible a un nivel distinto. Prigogine llama a este proceso “retroalimentación evolutiva” y su resultado, es impredecible.

Utilizando el modelo de Prigogine en terapia familiar, Elkaim (1981) señala que la tarea del terapeuta es tratar de empujar a la familia fuera del equilibrio, a fin de que se vea forzada a buscar una solución diferente. La transformación de la estructura resultante, será producto de las propias y “singulares” leyes del sistema. El terapeuta no puede dirigir ni predecir estrictamente el resultado del cambio.

Otra cuestión de gran importancia es que si las transformaciones en la estructura de los sistemas abiertos son evolutivas e irreversibles, pensando en las familias como sistemas abiertos, los cambios logrados debido a las amplificaciones de las fluctuantes provocadas por intervenciones terapéuticas,

permanecen, y es imposible que ocurra un proceso involutivo de manera que el sistema regrese a su estado anterior.

También desde el terreno de la terapia familiar, Paul Dell (1982) intentó sustituir el término homeostasis por el de “coherencia”, siendo desde su perspectiva, la muerte del organismo el único cambio discontinuo dentro de la “coherencia” del sistema. De hecho los estados de enfermedad y de vuelta a la Salud pueden parecer cambios discontinuos para el observador, pero no para la coherencia del organismo.

Keeney sin embargo, considera que el concepto de “autonomía” desarrollado por los biólogos Varela y Maturana resulta más adecuado que el concepto de “coherencia” en el campo de la terapia familiar.

Varela y Maturana proponen la descripción de la totalidad de un sistema desde la perspectiva del sistema mismo, sin referencia con el medio ambiente. La información se convertiría en un elemento constructivo, definido y utilizado por autoreferencia del sistema, de manera que sería incorrecto hablar de información exterior.

Conceptualizar al sistema como “autónomo” en permanente estado de “autoconstrucción”, con límites cerrados hacia el exterior, o bien visto; como un sistema con múltiples interconexiones con su ambiente, es de nuevo cuestión de puntuación, señala Keeney, finalmente la cuestión central es la comprensión de que todos participamos permanentemente en la construcción del mundo de la experiencia, “la concepción de un universo participatorio, sugiere que la ética, en lugar de la objetividad, en el fundamento de la terapia familiar. (Keeney 1982b p. 166)

James Framo es otro de los pioneros en la terapia Familiar, funda la unidad de terapia breve en el estado de Filadelfia. Su experiencia es relatada en el artículo “Chronicle of a struggle to establish a family unit within a Community Mental Health Center” (Framo 1976)

Plantea que la Terapia Familiar siendo más que una técnica, podría proporcionar gracias a su visión de sistemas una base filosófica y orientación

congruente a dichas instituciones, Framo (1976), señala algunas de las ventajas que podrían sustentar la implantación de la terapia familiar.

Definición de Terapia Familiar

Es la técnica que explora y trata de modificar el equilibrio de la relación patogénica entre los miembros de la familia, a fin de facilitar nuevas formas de relación y de organización (Buceta y Bueno, 2000).

La terapia es un tratamiento que intenta alcanzar la esencia de algo. En las ciencias médicas, la terapia está compuesta por los medios que permiten el alivio o la curación de las enfermedades o sus síntomas. Uno de los principales objetivos de la terapia familiar es transformar la crítica destructiva que una familia tiene respecto a sus conflictos en una crítica constructiva, que permita modificar los patrones negativos de conducta.

Síntomas

Por lo regular, lo que conduce a una familia a terapia son los síntomas de uno de sus miembros, se trata de paciente identificado, al que la familia rubrica como “el que tiene problemas” ó el que “es el problema”. Pero cuando una familia aplica a uno de sus miembros la etiqueta de “paciente”, es posible considerar los síntomas del paciente identificado como un recurso para mantener el sistema o mantenido por el sistema.

La terapia familiar se basa en un enfoque sistémico, que considera a la familia como un sistema cuyos miembros mantienen interrelaciones. Cuando uno de los miembros tiene un problema, el resto también sufre las consecuencias. Por otra parte, los demás pueden ayudar en la solución.

El terapeuta puede elegir mantener sesiones con la familia entera o con sus miembros por separado, de acuerdo a las necesidades del tratamiento. De todas formas, nunca debe olvidar las relaciones de cada uno con el entorno familiar.

Adherencia Terapéutica

Implica un compromiso respecto al cumplimiento y apego a las instrucciones del personal de salud respecto al cuidado que debe tener el paciente, en este caso, con ayuda para los papas para controlar su enfermedad y así incrementar las posibilidades de éxito terapéutico (Amigo, 1998). Igualmente implica incluir las medidas dentro del estilo de vida del paciente. A continuación se explican los factores que se relacionan con la Adherencia Terapéutica.

La participación de los pacientes tiene el potencial de ser decisiva en el curso de la enfermedad, previniendo las crisis y manejándolas adecuadamente cuando se presentan, de modo que se obtenga un adecuado control de la enfermedad. (Buceta y Bueno, 2000; Amigo, 1998). No obstante, de acuerdo con Buceta y Bueno (2000) menos de un 40% de los pacientes asmáticos se adhieren al plan de tratamiento, mientras que de acuerdo con Amigo (1998), aproximadamente un 50% de los pacientes que tienen una enfermedad crónica se adhieren al plan terapéutico (cabe señalar que estas cifras pueden variar, y tomar en cuenta que las que se exponen son de hace 10 años). Asimismo, estudios hechos por autores como Glanz, Fiel, Swartz y Francis (1984, citados en Buceta y Bueno, 2000) sugieren que aquellos pacientes que no se adhieren a las medidas establecidas en otras áreas como el control ambiental o las conductas s ejecutar en una crisis.

La presencia o carencia de conocimientos relacionados con la enfermedad y el tratamiento es otra de las variables psicológicas implicadas e el apego al tratamiento e influye en las expectativas y creencias sobre las causas, curso y consecuencias de enfermedad. El conocimiento acerca del padecimiento constituye un factor necesario –aunque no suficiente- para llevar a cabo comportamientos eficaces de auto cuidado y eliminar o disminuir mitos acerca del padecimiento que pueden llevarlo a consecuencias como compartimientos inadecuados, emociones negativas, miedo y la elevación de los niveles de estrés (Buceta y Bueno, 2000). En el año 2003 Ávila, Fonseca y Expósito, de la

Facultad de Excelencia “Calixto García Iñiguez”, del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, publicaron un artículo en el que se describen

un programa de intervención comunitaria en el cual se estudió la influencia de técnicas psicológicas y ejercicios terapéuticos en pacientes con Asma de 10 a 14 años y sus familiares, en donde se impartieron clases teóricas y prácticas relacionadas con aspectos del Asma como su concepto, factores desencadenantes, manejo familiar, control ambiental, ejercicios de respiración, relajación y físicos, así como las conductas a ejecutar durante las crisis, encontrándose que la educación a pacientes y familiares mejoró el comportamiento adoptado durante las crisis y disminuyó la frecuencia e intensidad de éstas (Ávila, Fonseca y Expósito, 2003).

Debido a la problemática identificada en este contexto, nos percatamos de la necesidad que existe por atender la demanda de familias con hijos asmáticos; puesto que dadas las circunstancias hospitalarias la vulnerabilidad de estas familias es notable. Por ende la Terapia Familiar es una alternativa que favorece principalmente al paciente y por consecuencia al núcleo. Siendo esta una necesidad manifestada se creó un método que favorece a la familia, en el capítulo siguiente se detallara la forma en que se llevara a cabo dicha intervención.

CAPÍTULO 3. MÉTODO

Planteamiento del problema ¿La adherencia a la Terapia Familiar contribuye a reducir el número de crisis asmáticas en niños?

Justificación: En la actualidad las crisis asmáticas en niños se presentan con más frecuencia, son tan persistentes que los llevan a la hospitalización en muchos de los casos. Habitualmente las familias cumplen un patrón de ser disfuncionales, y extensivas, lo que conlleva a descuidar a los infantes, exponiéndolos a situaciones de riesgo de crisis por el estrés y asimismo descuidando en tratamiento del asma, lo cual promueve el incremento en medicamentos. Es conveniente mejorar las relaciones familiares, y la calidad de vida de los integrantes de esta, refiriéndonos a una disminución de visitas al hospital, al manejo, control y posterior disminución de medicamentos. La enfermedad tiene un fuerte componente hereditario, expresado como un antecedente familiar de rinitis, urticaria y eccema, por ejemplo. Sin embargo, muchos asmáticos no tienen antecedentes familiares que indiquen una asociación atópica. Hasta el momento no se ha demostrado ninguna de las hipótesis infecciosas propuestas como origen del cuadro.

Objetivo General: Evaluar el papel de la Terapia Familiar y la adherencia terapéutica como factor reductor de crisis asmáticas.

Hipótesis de trabajo:

H1: Los pacientes con Asma que acuden a Terapia Familiar disminuyen el número de crisis asmáticas.

H0: Los pacientes con Asma que no acuden a Terapia Familiar no disminuyen las crisis asmáticas, y suelen presentarse constantemente.

Definición de variables

V.D. Crisis asmáticas

Se refiere a la manifestación de opresiones, ahogo, ansia, fatiga o sofocamiento derivados de un estrechamiento de las vías aéreas (El niño y el Asma en México, 1996).

Para el caso que nos ocupa se consideró el número ocasiones, la frecuencia, de la manifestación de dichas crisis referenciadas de forma clínica por el médico especialista en el expediente de los niños que intervinieron en el estudio.

Adherencia Terapéutica: Se refiere a una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente comportamentales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado. Implica un compromiso al cumplimiento y apego a las instrucciones del personal de salud respecto al cuidado que debe tener el paciente, en este caso con ayuda de sus papas para controlar la enfermedad y así incrementar las posibilidades del éxito terapéutico (Amigo, 1998).

El concepto de adherencia hace referencia a una gran diversidad de conductas, las que transitan desde formar parte en un programa de tratamiento y continuar con él, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, y acudir a las citas con los profesionales de salud.

Muestra: Se registraron cinco niños de 5 a 9 años, de sexo indistinto, cuya historia clínica del INER prescriba que tiene Asma, además de encontrarse hospitalizados en esta Institución. Al mismo tiempo que se requirió la presencia de sus familias. La muestra fue tomada al azar,

Escenario: La muestra se obtuvo en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Dr. Ismael Cosío Villegas”. (INER), así mismo es el lugar donde se aplicarán los instrumentos de investigación.

Instrumentos: Tabla de frecuencias de crisis, expediente clínico.

Diseño Cuasi experimental, sin grupo control.

Este diseño permitió observar, mediante tablas de frecuencia, el número de manifestación de las crisis asmáticas, identificando la magnitud del cambio en cada individuo.

Procedimiento: El presente proyecto se llevó a cabo en el INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS “DR. ISMAEL COSIO VILLEGAS”), con aprobación de las autoridades correspondientes dentro del Instituto.

Así mismo se inició con la selección de la muestra en el área de Neumología pediátrica, con pacientes que clínicamente presentaban Asma y se encontraban hospitalizados.

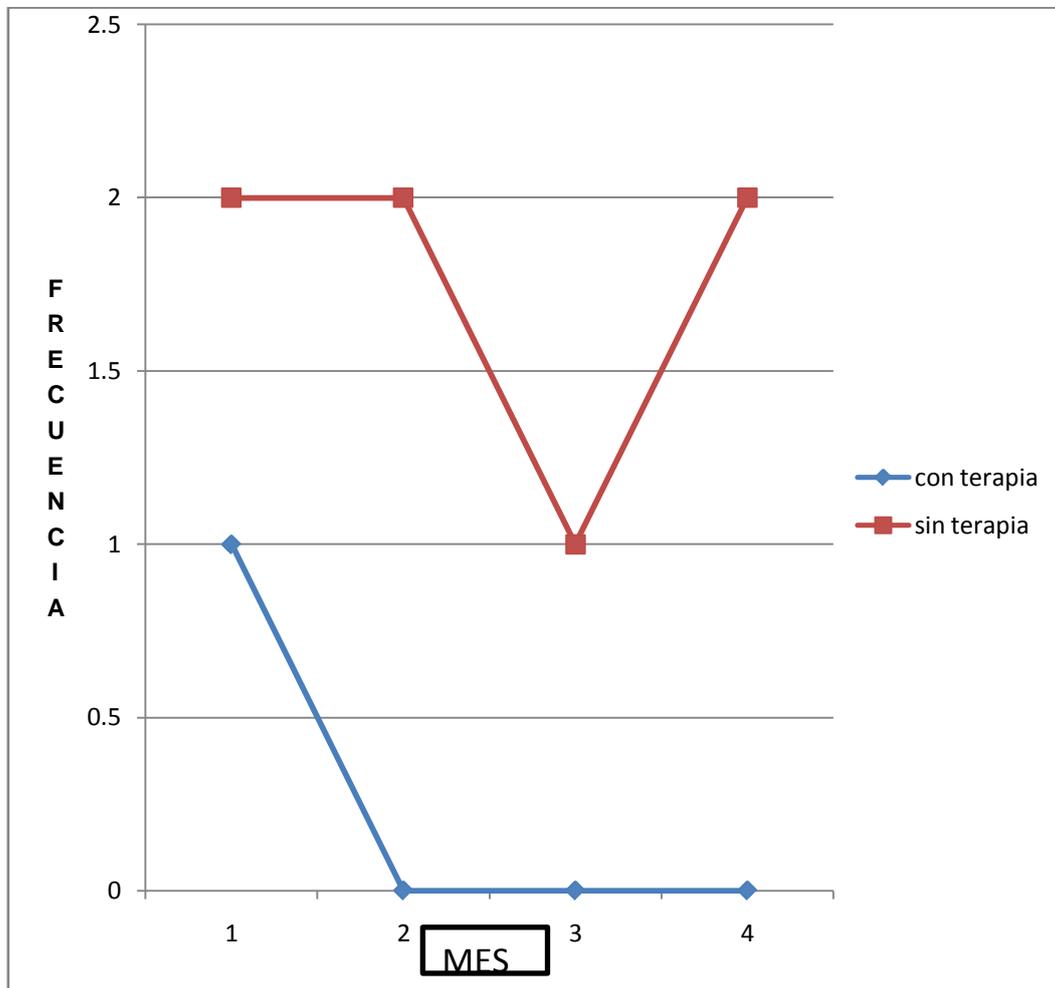
Se concientizo a las familias proponiéndoles acudir 8 sesiones de Terapia Familiar, informándoles acerca de los beneficios contrae la terapia Familiar.

Subsiguientemente en la primera sesión le entregaremos una tabla de frecuencias, en el que anotaran el número de crisis mensualmente. Así mismo se dará seguimiento se las 8 sesiones terapéuticas a la vez que se estructuran las tablas de crisis, evaluando frecuencia y su asistencia a la Terapia Familiar.

Posteriormente se presentaran los resultados graficados donde se proyectan las crisis asmáticas de cada paciente, así mismo se puede comprar cuando el paciente solo recibía atención medica y el después la misma atención medica pero combinada, con la Terapia Familiar. Así mismo se explica mes a mes como se fueron presentando las crisis y que efecto tuvo en cada caso particularmente.

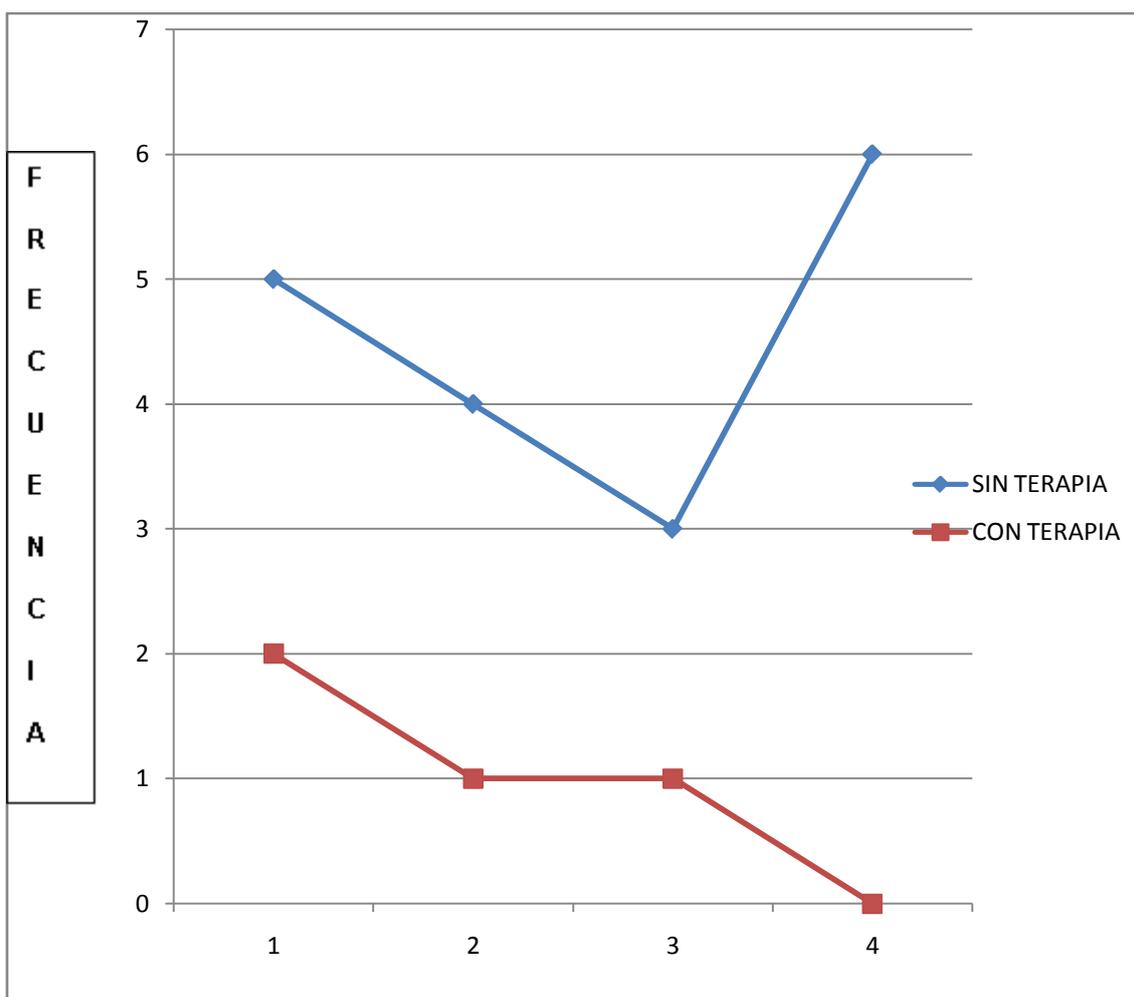
CAPÍTULO 4. RESULTADOS

PACIENTE 1



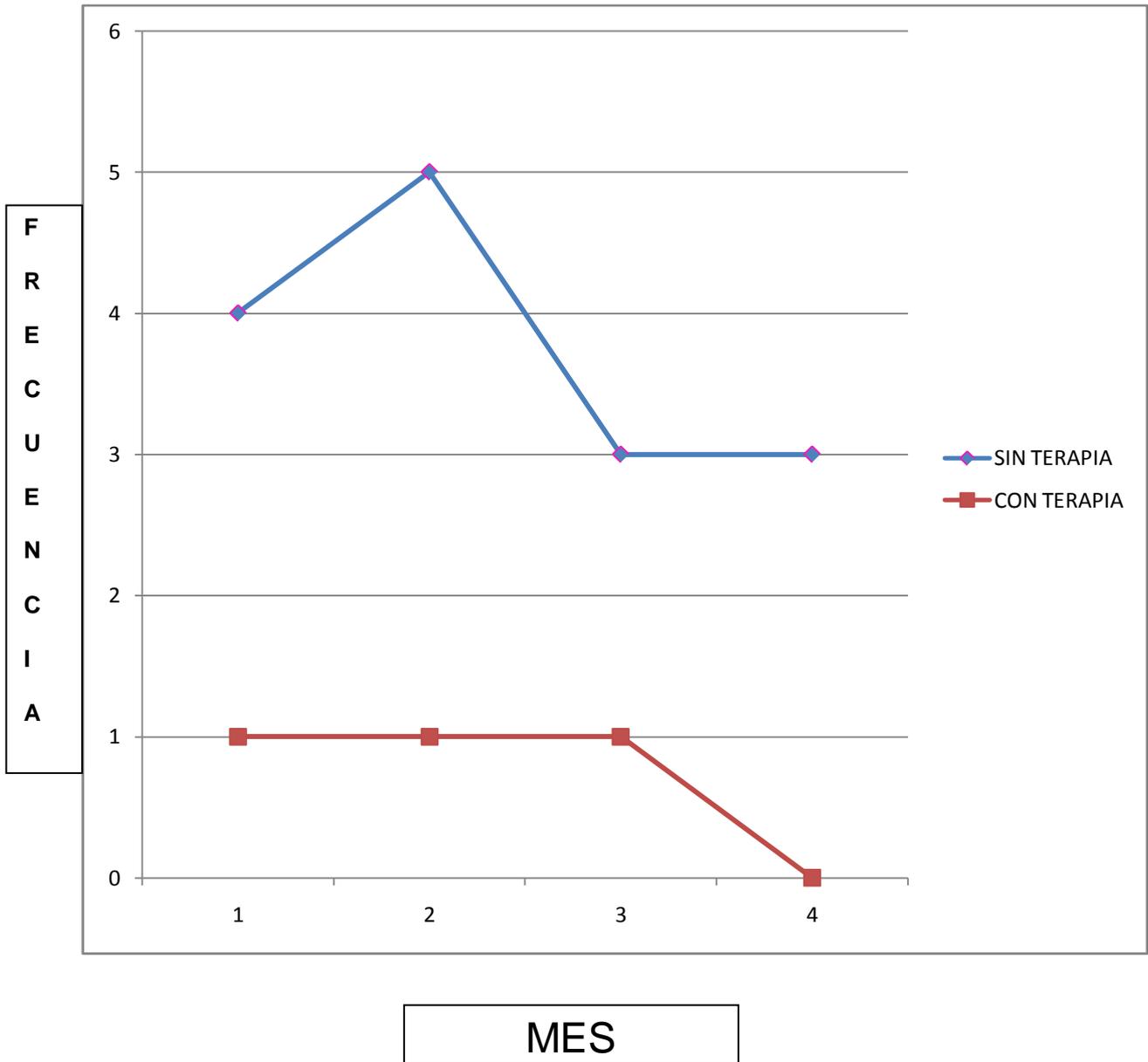
En esta primera grafica se muestran los resultados del paciente 1, durante las 8 semanas de sesiones continuas, equivalentes a 2 meses y medio. La línea azul muestra la frecuencia de crisis asmáticas que presentaba el paciente cuando no recibía Terapia Familiar y el uso de medicamentos era irregular. Estas se encuentran constantes en un parámetro de 1 a 2 crisis mensualmente. Por otra parte la línea roja indica la frecuencia que presenta el paciente cuando se apega al tratamiento médico de manera rigurosa y complementariamente recibe Terapia Familiar. Durante el primer mes el paciente presento una crisis, pero conforme avanzaban los meses 2, y 3 de Terapia Familiar disminuyeron, y no se presentaron durante este proceso medico-terapéutico.

PACIENTE 2



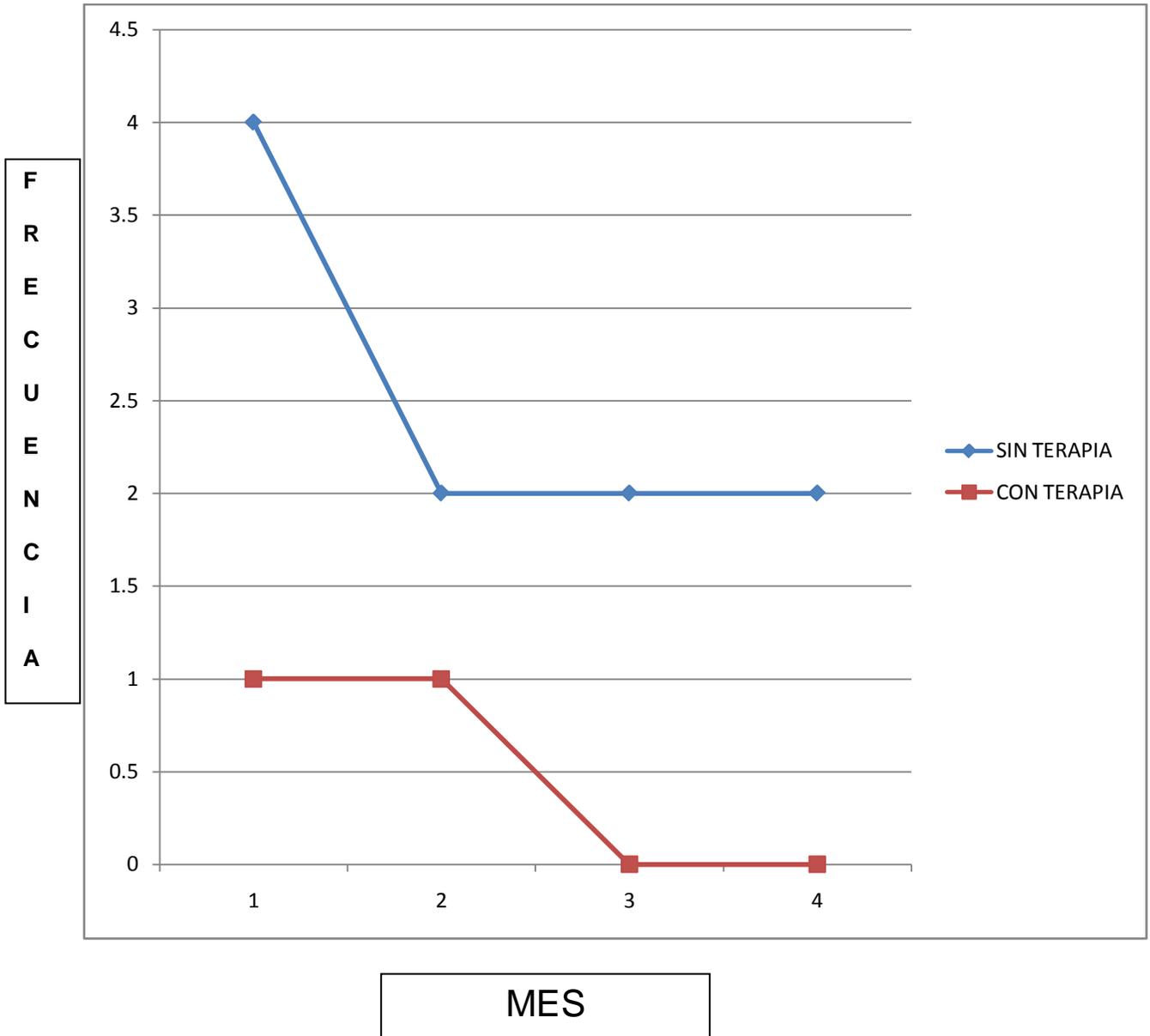
En esta grafica se muestran los resultados del paciente 2, durante las 8 semanas de sesiones continuas, equivalentes a 2 meses y medio; donde la línea azul muestra la frecuencia de crisis asmáticas que presentaba el paciente cuando no recibía Terapia Familiar. Estas se encuentran constantes en un parámetro alto que va de 6 hasta 3 crisis mensualmente. Por otra parte la línea roja indica la frecuencia que presenta el paciente cuando se apega al tratamiento médico y además recibe a la Terapia Familiar. Durante el primer mes el paciente presento 2 crisis, pero conforme avanzaban las semanas 2, y 3, disminuyeron manteniéndose una constante de 1, sin embargo en el mes de Terapia Familiar ya no se presentaron.

PACIENTE 3



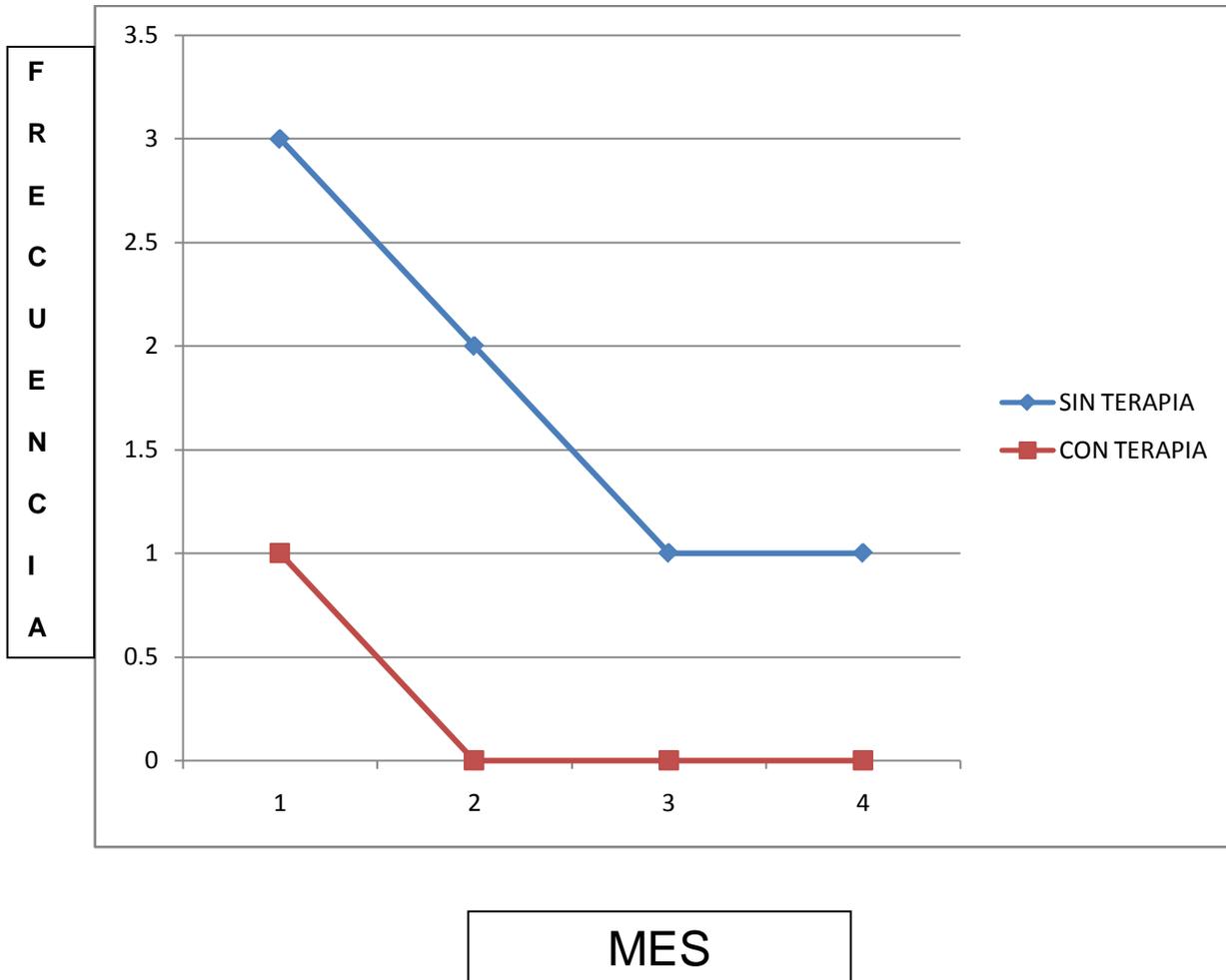
En esta grafica se muestran los resultados del paciente 3, durante las 8 semanas de sesiones continuas, equivalentes a 2 meses donde la línea azul muestra la frecuencia de crisis asmáticas que presentaba el paciente cuando no recibía Terapia Familiar. Estas son constantes y oscilan entre 5 y 3 crisis mensualmente. Mientras que la línea roja indica la frecuencia que presenta el paciente cuando recibe a la Terapia Familiar; durante los primeros meses se mantiene constante y presenta 1 crisis mensualmente, mientras que en el último mes de terapia no presentó crisis.

PACIENTE 4



En esta grafica se muestran los resultados del paciente 4, , durante las 8 semanas de sesiones continuas, equivalentes a 2 meses donde la línea azul muestra la frecuencia de crisis asmáticas que presentaba el paciente cuando no tomaba Terapia Familiar; estas se presentan de 2 hasta 4 crisis por mes. Mientras que la línea roja indica la frecuencia que presenta el paciente cuando recibe a la Terapia Familiar; durante los primeros 2 meses se mantiene constante y presenta 1 crisis mensualmente, mientras que en el mes 3 y 4 de terapia no presenta ninguna crisis.

PACIENTE 5



En esta grafica se muestran los resultados del paciente 5, donde la línea azul muestra la frecuencia de crisis asmáticas que presentaba el paciente cuando no tomaba Terapia Familiar; estas se presentan de 3 hasta 1 crisis por mes. Mientras que la línea roja indica la frecuencia que presenta el paciente cuando recibe a la Terapia Familiar; durante el primer mes presenta 1 crisis, mientras que en el mes 2, 3 y 4 de terapia no presenta ninguna crisis.

CONCLUSIÓN

Durante este proceso de investigación se obtuvo que la Hipótesis planteada: “Los pacientes que acuden a Terapia Familiar disminuyen las crisis mejorando la calidad de vida” se confirma puesto que los resultados permiten observar de manera evidente como la adherencia a la Terapia Familiar en conjunto con los medicamentos contribuye valiosamente a la disminución de las crisis, limitando el uso de medicamentos y hospitalizaciones.

Las familias de los pacientes que no acudieron a terapia Familiar, tuvieron que ser hospitalizadas nuevamente, esto se no se manifestó en las familias que si acudieron a la Terapia.

Para reafirmar estos datos en las cinco graficas presentadas podemos observar por un lado como frecuentemente se presentan las crisis asmáticas en niños cuando aún no han adquirido recursos Psicológicos que puedan frenar las situaciones desencadenantes de emociones y problemas familiares. Por otra parte al ser partícipes de la Terapia Familiar la situación cambia, debido a que se brinda apoyo y orientación necesaria para que el paciente se encuentre en condiciones optimas que le permitan vivir mejor, no solo a él también a sus familia, mostrando así la notable reducción de crisis.

Lo que es aún más interesante, es observar como al inicio de la intervención Psicológica regularmente se mantienen persistentes las crisis, pero conforme avanza el proceso paulatinamente disminuyen de una manera considerable. Y estando conscientes de que no es seguro que se eliminaran por completo, pero si seguros de que la aparición de crisis no será tan frecuente, porque el proceso Psicológico habrá hecho su labor, junto con la medicación.

Muchas veces la falta de conocimientos acerca de la enfermedad, y el desapego del tratamiento son causantes de las recaídas. Por eso se utilizó como alternativa la Terapia mencionada brindando opciones eficaces que dan soluciones inmediatas a las familias.

Mediante la intervención psicológica conseguí metas que manifiestan el impacto que causa la terapia en familias con hijos asmáticos; dando como resultado unión entre sus integrantes, mayor apego y control al tratamiento asmático. Evitando conflictos y culpas.

Las familias mexicanas no suelen tener la tendencia a buscar un apoyo psicológico por lo que requieren ser orientadas y apoyadas para dar un manejo adecuado al niño con Asma, objetivo que la terapia familiar cumplió de una manera amplia, aunque la necesidad primera fue el asma en el hijo.

Ciertamente el paciente le da calidad a su vida, apegándose al tratamiento médico, comprendiendo su situación actual y su enfermedad. La familia colabora y entiende el proceso que demanda el asma, al mismo tiempo que se remedian dudas, y se emplean soluciones viables que dan fortaleza al seno familiar. La terapia les da la oportunidad de abrirse y expresarse como no lo habían hecho antes, esto les permite conocerse más e integrarse en la vida del paciente.

Durante el proceso el paciente sabe lo importante que es dentro de su núcleo, puesto que su familia se involucra en la terapia, y pese a las circunstancias acuden semana a semana. Esto fortalece al niño, creándole un ambiente de seguridad, comprensión, amor, protección, bienestar y equilibrio, o que le ayuda anímicamente a estar bien, por tanto su situación emocional, evita caer nuevamente en una crisis.

Tomando en cuenta las afirmaciones científicas el Asma es una enfermedad relativamente compleja, que causa un efecto a nivel familiar y personal en cualquier parte del mundo. Por esa razón da cabida para poder intervenir y hacer que este proceso tenga un impacto menos severo en los pacientes que la padecen. Además las cifras día con día aumentan y nos alertan, por tanto el paciente del menor debe acercarse a especialistas que le ayuden a controlar estas situaciones, y llevar un proceso médico-Psicológico que de cómo resultado bienestar y felicidad al niño.

Además la población infantil tiende a ser más vulnerable, por lo que se recomienda crear un ambiente amoroso, expresivo, y participativo, negándole al niño la posibilidad de someterse a tristezas, culpas, o enfermedades.

El niño es un ente viviente que necesita una buena educación que lo empape de buenas costumbres, calidez, amor, amistad, humildad, respeto, metas y libertad. Pero muchas veces por su falta de experiencia y mala orientación tiende a derrumbarse, y adentrarse en caminos erróneos.

El compromiso y deber está en los padres y especialistas que ya se encuentran capacitados; deben procurar la vida de estos infantes, brindándoles herramientas eficaces que den resultados contundentes, debido a que son el Futuro de México y el mundo.

En conclusión la Terapia Familiar integrada al tratamiento médico constante da como resultado un paciente con menos crisis asmáticas, mientras que las familias que no han querido recibir apoyo Psicológico tienden a recaer constantemente, presentando crisis más frecuentes y más severas. Esto sin contar que el niño se mantiene aislado de su familia, y amigos, porque los cuidados en casa aumentan, así como los gastos en medicinas, y las limitaciones en general son numerosas.

En cambio los pacientes que recibieron apoyo Psicológico no presentan crisis con mayor frecuencia, y si las presentan son pocas y pueden ser controladas con medicamentos en casa. Los padres están más preparados e informados, lo que les permite vigilar el proceso, brindando apoyo y contención al menor.

Limitaciones y Sugerencias

Se encontró que en el Instituto existen al mismo tiempo del Asma múltiples padecimientos y enfermedades que también podrían ser tomadas en cuenta. De esta manera la muestra se podría ampliar, siendo así significativa.

Los resultados obtenidos en esta investigación solo son aplicables a esta muestra debido a que no es representativa de la población total que existe en el INER.

Sugiero que de llevarse a cabo de nuevo la investigación sean tomadas en cuenta las demás enfermedades, así el impacto en la sociedad puede ser dar otro matiz que motive a los especialistas a seguir innovando y construyendo estructuras más fuertes que consoliden y den fuerza al ser humano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cano, V.F. (2007) Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Informe 2003-2006. 11-12
- Chapela, M.R. y Bojórquez, I. (2007) ¿Qué es el Asma? Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México-INER
- Cozby, C. P. (2004) Métodos de Investigación del Comportamiento. Octava Edición., México. McGraw-Hill Interamericana
- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1990)
- Del Villar, G.L. (2007) Planeación estratégica 2007-2012 del INER. En Médicos de México. Año 5, Núm. 61
- Huerta, L. J. (2001) Asma bronquial infantil. Tratamiento. Alergia, asma e inmunología pediátricas. México 10 (3) 72-76
- Gisbert, S., S. González B., R. Costa F., M. (2000), El juego y el juguete en la hospitalización infantil. España: AIJU
- Hernández, G., L. (1999) Hacia la Salud Psicológica: Niños Socialmente Competentes. Primera Edición. México: UNAM
- Huesca, Patricia, (Julio, 2006) "La Crónica de hoy México, (En México padecen asma nueve millones de infantes)", Salud. México
- J. de Ajuriaguerra- D Marcelli, (1987) Psicopatología del niño. Segunda Edición. España: MASSON
- López. M. A. (2004) Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev. Cubana, Salud Pública. Cuba
- Núñez de Villavicencio C. (2001) Psicología y Salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- World Health Organization. «Bronchial asthma: scope of the problem».
- Minuchin, Familias y Terapia Familiar. Ed. Gedisa.

Madane, J. (1998) Terapia Familiar Estratégica. Ed. Amorrortu. International Study of Asthma and Allergies in Childhood, 2008) consulted 16 de agosto del 2009)

http://www.iner.salud.gob.mx/contenidos/neumologia_pediatria.html

O'Byrne, P. Bateman, E. D, Bousquet, J., Clark, T., Paggario, P., Ohta, K., Pedersen, S., Singth, R., Soto-Quiros, M., Cheng, T.W. (2006) Guía de bolsillo para el manejo y prevención del Asma en niños. Iniciativa global para el manejo del Asma.

Satir, V., (1983), Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar Ed.: Pax

Satir, V., (2006). Peoplemaking, El arte de crear una familia, Ed.: Rba Integral Colofon.

ANEXOS

Paciente 1

Edad del Paciente: 7 años

Sexo: M

Fecha de la entrevista: Agosto 26

Diagnóstico: Asma

moderada

Motivo de la Hospitalización: Crisis asmática severa

Numero de crisis antes de la hospitalización (Mensuales): 1 a 2
(nebulizaciones)

Numero de crisis durante de la hospitalización: 2

Tiempo de hospitalización: 2 semanas

Fecha de Inicio de la terapia familiar: septiembre 12

Numero de crisis durante mes 1 de T.F.: 1, sin necesidad de hospitalización, controlada con disparador de salbutamol.

Numero de crisis durante mes 2 T.F.: Ninguna

Numero de crisis durante mes 3 de T.F.: Ninguna

Numero de crisis durante mes 4 de T.F.: Ninguna

Paciente 1

Número de integrantes de la familia

Padre

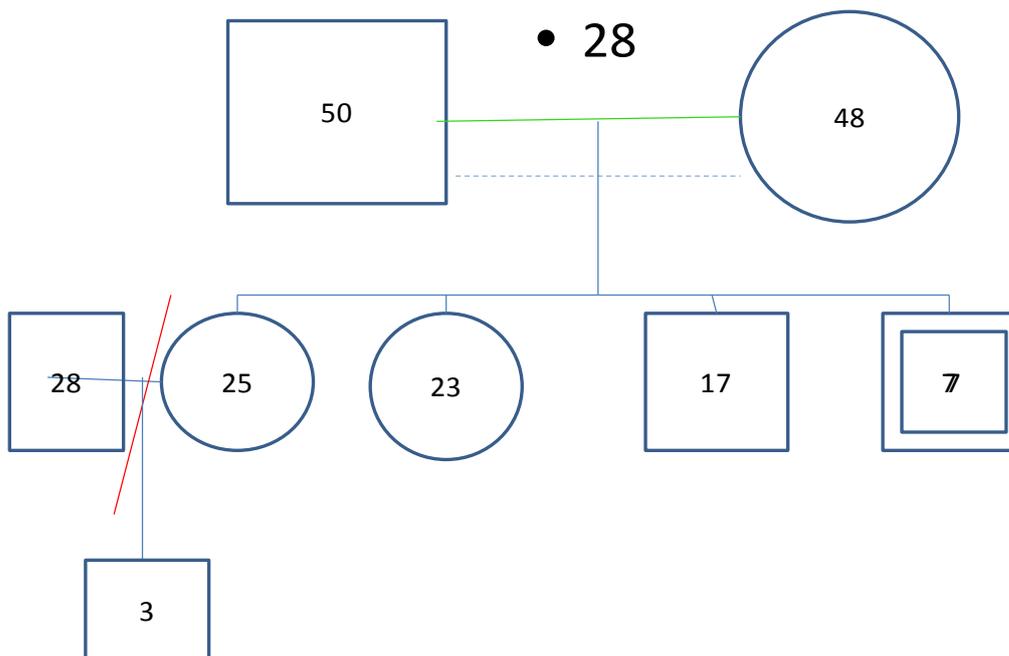
Madre

Hermana 1, esposo e hijo

Hermana 2

Hermano

Paciente PI



Paciente 2

Edad del Paciente: 8 años

Sexo: M

Fecha de la entrevista: Agosto 27 **Diagnóstico:** Asma Severa- no controlada

Motivo de la Hospitalización: Crisis asmática severa

Numero de crisis antes de la hospitalización (Mensuales): 4 a 6
(nebulizaciones)

Numero de crisis durante de la hospitalización: 5

Tiempo de hospitalización: 4 semanas

Fecha de Inicio de la terapia familiar: septiembre 9

Numero de crisis durante mes 1 de T.F.: 2, se encontraba hospitalizado aun

Numero de crisis durante mes 2 T.F.: 1, sin necesidad de hospitalizar

Numero de crisis durante mes 3 de T.F.: 1 sin necesidad de hospitalización,
controlada con disparador de salbutamol.

Numero de crisis durante mes 4 de T.F.: Ninguna

Paciente 2

Número de integrantes de la familia

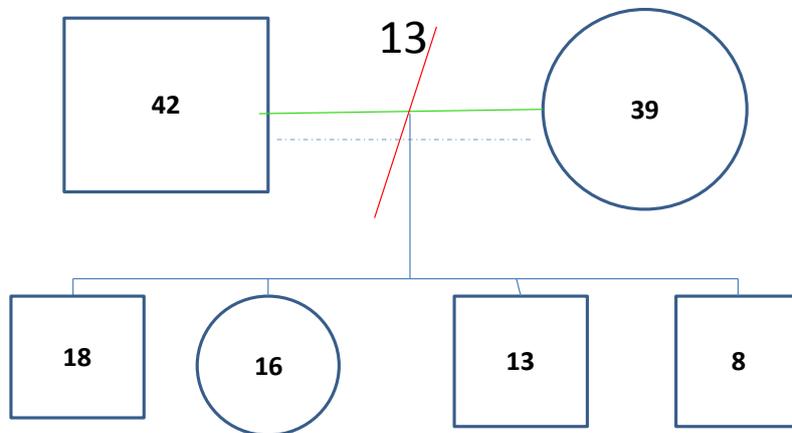
Madre

Hermano 1

Hermano 2

Hermana

Paciente



Paciente 3

Edad del Paciente: 5 años

Sexo: F

Fecha de la entrevista: Septiembre 3 **Diagnóstico:** Asma no controlada

Motivo de la Hospitalización: Crisis asmática

Numero de crisis antes de la hospitalización (Mensuales): 4 a 5
(nebulizaciones)

Numero de crisis durante de la hospitalización: 3

Tiempo de hospitalización: 2 semanas

Fecha de Inicio de la terapia familiar: septiembre 23

Numero de crisis durante mes 1 de T.F.: 1, se encontraba hospitalizado aun

Numero de crisis durante mes 2 T.F.: 1, sin necesidad de hospitalizar

Numero de crisis durante mes 3 de T.F.: 1 sin necesidad de hospitalización,
controlada con disparador de salbutamol.

Numero de crisis durante mes 4 de T.F.: Ninguna

Paciente 3

Número de integrantes de la familia:

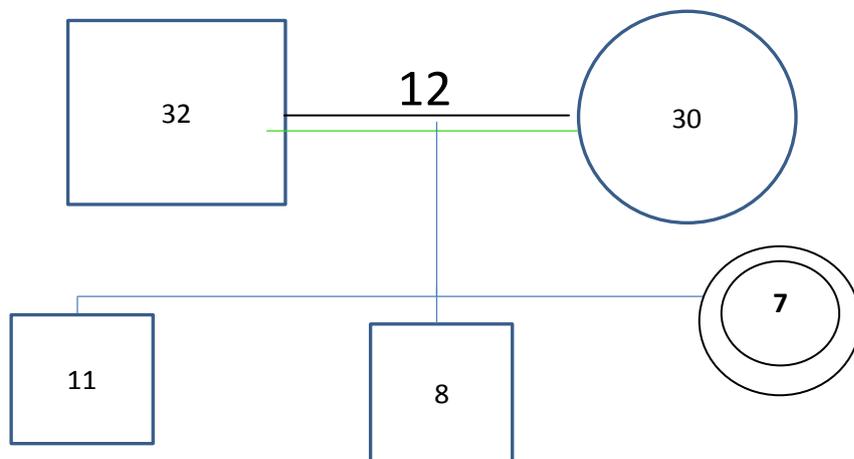
Padre

Madre

Hermanos 1

Hermano 2

Paciente



Paciente 4

Edad del Paciente: 7 años

Sexo: F

Fecha de la entrevista: Septiembre 4 **Diagnóstico:** Asma no controlada-moderada

Motivo de la Hospitalización: Crisis asmática

Numero de crisis antes de la hospitalización (Mensuales): 4
(nebulizaciones)

Numero de crisis durante de la hospitalización: 2

Tiempo de hospitalización: 1 semana 3 días

Fecha de Inicio de la terapia familiar: septiembre 23

Numero de crisis durante mes 1 de T.F.: 1, se encontraba hospitalizado aun

Numero de crisis durante mes 2 T.F.: 1, sin necesidad de hospitalizar

Numero de crisis durante mes 3 de T.F.: Ninguna

Numero de crisis durante mes 4 de T.F.: Ninguna

Paciente 4

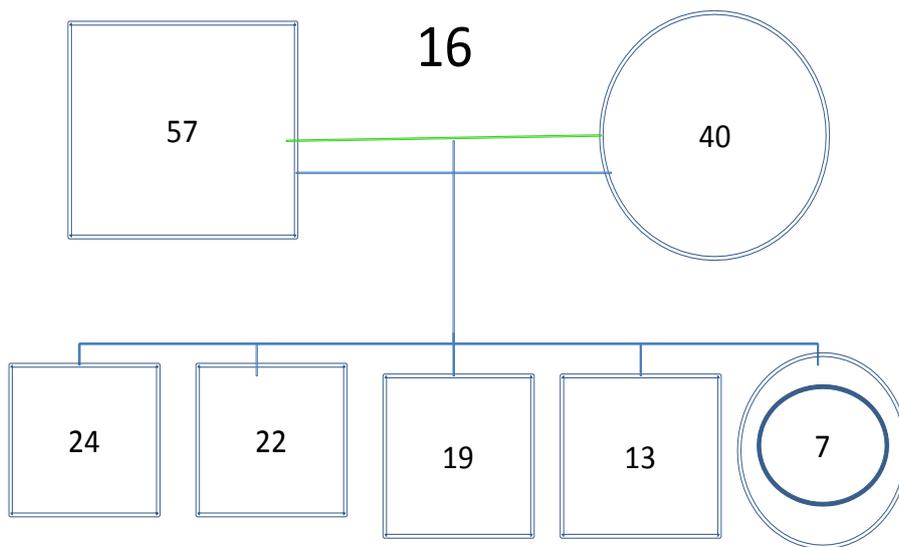
Número de integrantes de la familia

Padre,

Madre

4 hermanos

Paciente



Paciente 5

Edad del Paciente: 9 años

Sexo: M

Fecha de la entrevista: Septiembre 4 **Diagnóstico:** Asma no controlada-moderada

Motivo de la Hospitalización: Crisis asmática

Numero de crisis antes de la hospitalización (Mensuales): 3
(nebulizaciones)

Numero de crisis durante de la hospitalización: 2

Tiempo de hospitalización: 5 días

Fecha de Inicio de la terapia familiar: septiembre 30

Numero de crisis durante mes 1 de T.F.: 1, se encontraba hospitalizado aun

Numero de crisis durante mes 2 T.F. Ninguna

Numero de crisis durante mes 3 de T.F.: Ninguna

Numero de crisis durante mes 4 de T.F.: Ninguna

Paciente 5

Número de integrantes de la familia

Padre

Madre

1 hermana

1 hermano

Paciente

•

