



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

División de Estudios Profesionales

"LA DINÁMICA FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA SINTOMATOLOGÍA ASMÁTICA: REVISIONES DESDE LA HOSPITALIZACIÓN"

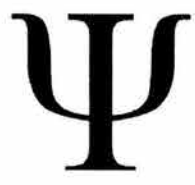
INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

HERNÁNDEZ SANTOS JOSÉ ANTONIO

DIRECTORA: Mtra. Guadalupe B. Santaella Hidalgo.

México, D.F. Abril 2013





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.



UNAM, 146  
2013

M.

TPs.

## **AGRADECIMIENTOS**

*A mis padres: por ser el motor interminable y siempre sólido para lidiar con mis batallas, sin los cuales mi existencia y el curso de la misma no sería lo magnífica que es; por sus sacrificios, enseñanzas, el darme la vida y sobre todo el amor incondicional que es mi soporte en momentos difíciles y de regocijo.*

*A mis hermanas: por forjar mi carácter desde pequeño y siempre tener su cobijo, experiencia (y paciencia), con el hecho de saber que siempre estaremos los tres unidos queriéndonos de la manera en la que ustedes me enseñaron. Ustedes, una parte crucial para ser lo que soy ahora.*

*A mi cuñado y mis sobrinos: "Sensei" no es una palabra tirada al azar, sino que va más allá de su significado propio, porque también he aprendido otra visión del mundo y nuevas experiencias, además de que, junto con mi hermana, han creado a las dos maravillas de niños que siempre me sacan una sonrisa en todo momento.*

*A mi "hermano de otra madre", Yolotl: por lidiar juntos en el transcurso de nuestra amistad con un sinfín de retos que ni el mejor novelista podría plasmar en sus líneas y a pesar de ello saber que estamos para apoyarnos sin importar las circunstancias... hasta ser unos rockeros con arrugas.*

*A mis amigos de cada rincón de mi vida: prefiero no especificar nombres, ya que cada uno sabe quién es, y la mención sobra, porque cada quién ha aportado experiencias, emociones y demás para motivarme también a seguir adelante y lograr lo que me he propuesto. Amigos... siempre importantes.*

*Al INER: por haberme prestado las facilidades para la realización de mi Servicio Social, del cual surgió el presente trabajo, en especial a la Mtra. Carmen Pacheco y a la Psic. Nancy Castillo por haberme enseñado por primera vez lo que es el campo real de la Psicología, y también por haberme ayudado a crecer enormemente como persona.*

*A mis sinodales: por el apoyo recibido durante la realización del presente trabajo, por sus palabras de aliento y por el brindar la experiencia a alguien que comienza su camino y espera poner en alto el nombre de nuestra profesión.*

*A la U.N.A.M.: mi amada casa de estudios que me ha cobijado desde mi etapa de bachillerato en el C.C.H: Sur y ahora en mi inigualable Facultad de Psicología, habiéndome forjado valores y una identidad única, tanto en mi profesión como en el orgullo de llevar sus colores impregnados en cada una de mis células, y que he de compensar siendo un profesionista de calidad en su representación.*

*Por mi raza hablará el espíritu.*

**Antonio**



## INDICE

<b>INDICE</b>	<b>2</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>7</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>8</b>
<b>1 Datos Generales del Programa de Servicio Social.</b>	<b>9</b>
<b>2 Contexto de la Institución y del Programa de Servicio Social.</b>	<b>10</b>
<b>3 Actividades realizadas en el Servicio Social.</b>	<b>12</b>
<b>4 Objetivos del Informe Profesional de Servicio Social.</b>	<b>16</b>
<b>5 Soporte Teórico – Metodológico.</b>	<b>17</b>
<i>5.1 EL ASMA: características diagnósticas, diferenciales y tratamiento médico.</i>	<b>17</b>
5.1.1 Generalidades.	<b>17</b>
5.1.2 Diagnóstico del asma.	<b>18</b>
<u>5.1.2.1 Clasificación del asma bronquial.</u>	<b>19</b>
<u>5.1.2.2 Herramientas para llegar al diagnóstico.</u>	<b>21</b>
<i>5.2 EL PACIENTE ASMÁTICO PEDIÁTRICO: aspectos médicos y psicológicos.</i>	<b>24</b>
5.2.1 Fisiopatología del estrés y el asma: factores comunes.	<b>25</b>
5.2.2 Las etapas del desarrollo desde la perspectiva de la hospitalización.	<b>31</b>

5.2.3 El asma como síntoma del funcionamiento familiar: una perspectiva sistémica.	36
5.2.4 Las etapas del duelo y su aplicación en la hospitalización.	49
<b>5.3 AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD ORGÁNICA DEL NIÑO: ASPECTOS DE HOSPITALIZACIÓN.</b>	<b>51</b>
5.3.1 Curso de la enfermedad.	51
5.3.2 Factores que afectan el ajuste familiar.	52
<u>5.3.2.1 Factores de la enfermedad.</u>	52
<u>5.3.2.2 Estructura familiar.</u>	53
5.3.3 Impacto de la enfermedad en el funcionamiento familiar.	53
5.3.4 Afrontamiento de la hospitalización y los procedimientos.	55
<u>5.3.4.1 Factores que contribuyen al malestar físico agudo.</u>	55
<u>5.3.4.2 Factores que intervienen en el malestar físico crónico (adaptación a largo plazo).</u>	58
5.3.5 Reacción de los hermanos.	60
5.3.6 Relaciones con el equipo pediátrico.	61
<b>5.4 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL NIÑO ASMÁTICO.</b>	<b>62</b>
5.4.1 La evaluación psicológica.	62

5.4.2 Test Gestáltico Visomotor de Bender.	65
5.4.3 Técnicas grafo - proyectivas.	68
<u>5.4.3.1 Dibujo de la Figura Humana.</u>	68
<u>5.4.3.2 Técnica de la casa, el árbol y la persona (H.T.P.)</u>	71
5.4.4 Test de Apercepción Temática para Niños (C.A.T.).	76
<i>5.5 TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO DE LA SINTOMATOLOGÍA ASMÁTICA.</i>	79
5.5.1 Fundamentos teóricos.	79
5.5.2 Principales escuelas en Terapia Familiar Sistémica.	83
<u>5.5.2.1 Escuela Intergeneracional.</u>	83
<u>5.5.2.2 Escuela Simbólico – Experiencial.</u>	83
<u>5.5.2.3 Enfoque del Mental Research Institute (MRI).</u>	85
<u>5.5.2.4 Enfoque Estructural.</u>	86
<u>5.5.2.5 Enfoque estratégico.</u>	89
<u>5.5.2.6 Escuela de Milán.</u>	90
<u>5.5.2.7 Constructivismo y Contruccionismo Social.</u>	92
<u>5.5.2.8 Terapia Centrada en Soluciones.</u>	93
<u>5.5.2.9 Terapia Basada en el Equipo Reflexivo.</u>	94

<b>6</b>	<b>RESULTADOS OBTENIDOS.</b>	<b>96</b>
<b>7</b>	<b>RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS.</b>	<b>103</b>
	<b>REFERENCIAS</b>	<b>107</b>
	<b>ANEXOS</b>	
	<i>I. ESTRUCTURA GENERAL DE LA ENTREVISTA.</i>	<b>109</b>

## RESUMEN

El asma es considerada una enfermedad común, con una prevalencia de entre el 3 y el 5% a nivel mundial, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud. Se caracteriza por inflamación crónica de las vías aéreas, asociada con hiperactividad bronquial que obstruye el flujo aéreo del paciente, y puede ser reversible de manera espontánea o con tratamiento. Dicha enfermedad posee diversas variables que aumentan cada una la probabilidad de manifestación, siendo los factores emocionales un factor importante a considerar en la recurrencia de la sintomatología asmática. En particular, en los pacientes asmáticos pediátricos se observa que el sistema familiar en el que se desenvuelven tiene una relación importante con la aparición de su sintomatología, por lo que la intervención del Psicólogo Clínico en la observación de esta variable es parte fundamental del proceso de recuperación del paciente. Por tanto, la intervención primaria del Psicólogo, así como la especializada en un servicio de Terapia Familiar contribuyen a mejorar la calidad de vida de los pacientes asmáticos.

**Palabras clave:** Asma; Funcionalidad y Disfuncionalidad Familiar; Hospitalización; Pediatría; Terapia Familiar.

## ABSTRACT

Asthma is considered a common disease, with a prevalence of between 3 and 5% worldwide, according to the World Health Organization. It is characterized by chronic inflammation of the airways associated with bronchial hyperactivity obstructing air flow from the patient, and may be reversible spontaneously or with treatment. This disease has several variables that increase the probability of each event, being the emotional one important factor to consider in the recurrence of asthma symptoms. In particular, in pediatric asthma patients shows that the family system in which they operate has a significant relationship with the onset of their symptoms, so intervention Clinical Psychologist in observing this variable is part of the process of recovery. Therefore, the primary intervention psychologist and the specialized Family Therapy service contribute to improving the quality of life of asthma patients.

**Keywords: Asthma, Functionality and dysfunctional families; Hospital, Pediatrics, Family Therapy.**

## **1. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL.**

**NOMBRE:** Intervención del Psicólogo Clínico en Problemas de Salud Mental con Pacientes Pediátricos en Neumología 2011 (Clave: 2011 - 85/5 - 3045)

**PERIODO DE PRESTACIÓN:** 25 de Mayo de 2011 al 25 de Noviembre de 2011.

**SEDE:** Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas"

Dir: Calzada de Tlalpan No. 4502, Col. Sección XVI, Delegación Tlalpan, México D.F., C.P. 14080.

**ÁREA:** Neuropediatría "Fernando Katz Avrutsky".

**OBJETIVO:** Aportar al Prestador de Servicio Social durante su estancia las herramientas necesarias en el campo de la Psicología Clínica, induciéndolo al campo hospitalario mexicano, ampliando los conocimientos adquiridos durante la carrera universitaria, reforzándolos y ampliándolos de manera objetiva, en particular con el paciente pediátrico, además de aplicar todo ello en el campo personal y multidisciplinario, con el fin de contribuir a la formación de profesionistas de mayor nivel para manejar circunstancias similares en la práctica profesional posterior, en un país de ingresos bajos y medios.

## **2. CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL.**

### **- DATOS HISTÓRICOS.**

Los antecedentes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas" (INER) datan del primer tercio del siglo pasado, con la inauguración del Sanatorio para Tuberculosis de Huipulco, el día 31 de diciembre de 1935. Siguiendo su curso, en 1950, dicho hospital se centra en el diagnóstico y tratamiento médico y quirúrgico de la tuberculosis pulmonar. Más adelante, en el año de 1966, cambió su nombre a Hospital para Tuberculosis Huipulco, siendo tres años después, en 1969, cuando vuelve a cambiar de nombre a Hospital de Enfermedades Pulmonares, pudiendo abarcar una gama más amplia de patologías de ésta índole, por tanto, los cambios se fueron dando gracias a los paradigmas que se fueron creando en cada etapa, pasando de la Medicina Curativa a la Medicina Preventiva.

Para 1975 cambia al estatuto actual: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, descentralizándose y pasando a control gubernamental por parte de la Secretaría de Salud.

Actualmente se rige por la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, publicada el 26 de Mayo de 2000, año en el cual también se le otorga la primera Certificación por parte del Consejo de Salubridad General, precertificando para el periodo 2005 - 2008 (Del Villar, 2007).

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias es una entidad nacional normativa en salud respiratoria y el principal sitio de investigación, enseñanza y promoción a la salud y atención de alta especialidad médica con competitividad a nivel nacional e internacional. Cuenta con una gran diversidad de sub especialidades dirigidas al paciente Neumológico, es decir, a aquel paciente que requiere atención en cuanto a la vía respiratoria, desde casos que pueden tratarse ambulatoriamente hasta otros que requieren de



una atención muy cuidadosa y altamente especializada.

El Pabellón de Pediatría, específicamente, recibe diariamente a pacientes con un rango de edad de neonatos hasta adolescentes de 15 años de edad, lo cual habla de un trabajo vasto y amplio conocimiento en cualquiera de las disciplinas que se encarga de velar por el bienestar del paciente. Los pacientes se clasifican de acuerdo a los rangos de edad para el fácil y oportuno manejo de cada caso, siendo los rangos:

- Lactante menor (0 - 1 año).
- Lactante mayor (1 - 3 años).
- Preescolar (3 - 5 años, 11 meses).
- Escolar (6 - 11 años, 11 meses).
- Adolescente (12 - 15 años).

#### *Misión.*

Contribuir a mejorar la salud respiratoria de los individuos y las comunidades a través de la investigación, la formación de recursos humanos y la atención médica especializada.

#### *Visión.*

El INER debe ser la entidad nacional normativa en salud respiratoria y el principal sitio de enseñanza, investigación promoción y atención de alta especialidad, con competitividad nacional e internacional.

#### *Valores*

- Ética.
- Honestidad.
- Responsabilidad.
- Compromiso.
- Lealtad.
- Humanismo.

### 3. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL.

- **Presentación de casos:** Al ingresar un paciente a hospitalización, el equipo de salud (conformado por médicos, psicólogos, pedagogos y trabajadores sociales) discute el caso y se aborda todo lo relacionado con las diversas áreas que a cada profesional le compete, teniendo en cuenta el contexto donde se desenvuelve el paciente, sus antecedentes, posibles causas del padecimiento actual, y se diseña un plan de trabajo específico para cada uno, haciendo cada profesional el aporte propio de su disciplina. Ésta parte del trabajo es fundamental ya que la intervención multidisciplinaria permite evaluar y crear planes de intervención específicos a las diversas problemáticas que acarrea el paciente, ya sea desde el punto médico, el psicológico o el social, creando con ello una estancia complementaria y de gran utilidad para cuando el paciente egrese.

La información de cada caso se presenta organizada en el expediente clínico del paciente, el cual incluye sus datos personales, socio económicos, características físicas, exploración física, descripción del comportamiento al ingreso del paciente, historial médico de enfermedades o intervenciones previas a la hospitalización actual, estudios de laboratorio realizados al momento del ingreso, evaluación por parte del departamento de Trabajo Social, documentos personales del paciente y su tutor (copias), notas médicas.

En cada caso, se planean diversas acciones para dar seguimiento al mismo, entre las que se encuentran:

- **Pase de visita:** Una vez realizada la revisión de casos de los pacientes y después de considerar su situación general, se procede a realizar una visita al pabellón donde se encuentran los mismos, con el grupo que discutió los casos en la sala. Se toman datos aún más específicos de la situación actual del paciente y se integran aquellos datos de los pacientes que llevan más días hospitalizados. El trabajo del psicólogo en ésta actividad es revisar

directamente el comportamiento del paciente y su acompañante, como herramienta que puede hablar de cómo sobrellevan el evento, para así poder idear algún plan de intervención para mejorar la calidad de la estancia hospitalaria o atender alguna problemática aún más particular; además, de evaluar los progresos de dichas intervenciones. Se observa al paciente en interacción con el entorno y con otros pacientes, pudiendo explorar (en una primera aproximación) sus miedos, fantasías y expectativas de la misma.

- **Entrevista:** Dirigida principalmente al tutor del paciente, la entrevista de tipo semi-estructurada (ANEXO I), se basa en el formato utilizado por el Instituto Nacional de Psiquiatría y evalúa en total 14 áreas que se interrelacionan para evaluar el estado psicológico general del paciente, a partir de los datos que el tutor brinda del mismo, elaborando un pronóstico con datos indirectos y detectando problemáticas a nivel psicológico que pudiesen estar interviniendo en el estado de salud actual.

- **Aplicación de pruebas psicológicas:** Las pruebas psicológicas permiten observar los conflictos actuales del paciente, su estado psicológico general, características de su conducta y personalidad, estado orgánico general y su capacidad de adaptabilidad al medio, lo cual, complementado con lo recabado en la entrevista, ayuda a tener una perspectiva más clara de cada paciente y así intervenir de forma aún más personalizada, además de que se tiene la oportunidad de canalizar a una intervención especializada si es necesario y la familia lo autoriza.

- **Integración del informe psicológico (pruebas - entrevista):** Una vez recabados los datos proporcionados por el tutor y habiendo observado el estado particular del paciente a través de las pruebas aplicadas, es importante encontrar las áreas de coincidencia de las diferentes técnicas, los puntos que difieren de las mismas, los patrones encontrados y formas de conducta presentadas para hacer inferencias más confiables sobre el estado psicológico del paciente y también de cómo el medio en el que se ha desarrollado interviene en el mismo, con lo cual se ha de tener una

perspectiva aún más clara de la persona y así contribuir para que su estancia hospitalaria sea menos estresante, proporcionar el soporte necesario y aclarar la importancia del tratamiento médico, para diseñar un plan de trabajo hospitalario.

**- Elaboración de notas médicas:** Siendo una Institución cuyos lineamientos médicos deben de seguirse de acuerdo con procedimientos ya establecidos, es necesario documentar cada acción realizada con los pacientes, en el expediente clínico, que incluye las notas sobre los progresos, procedimientos y futuras intervenciones a realizar con el mismo. Las notas son autorizadas por el personal adscrito de cada sub división dentro del pabellón de Pediatría.

Las notas médicas que reporta el Psicólogo Clínico tienen una estructura particular dependiendo de la situación actual encontrada en el paciente, tratando siempre de que sean concisas, claras y con un lenguaje entendible para el resto del equipo de salud, además de que tengan un impacto medible en el paciente. Deben de incluir el trabajo realizado por el profesional, el estado conductual, emocional, afectivo y cognitivo general del paciente, y si se requiere, separar por áreas los descubrimientos realizados (historia del desarrollo, área de lenguaje, área motriz, disciplina, dinámica familiar). Por último se anotan las sugerencias para el resto del equipo de salud, así como los futuros planes de trabajo a seguir con el paciente, además de que es una fuerte herramienta potencial para el uso en investigación.

**- Dinámicas de grupo con los pacientes:** Se requiere de una buena habilidad para captar la atención del paciente y plantear actividades que la mantengan, además de que cumplan las metas de la intervención. Para ello, se reúne en la sala de juegos al grupo con el cual se trabaja, de preferencia con niños que no difieran demasiado en su nivel de desarrollo y se buscan puntos en común en cuanto a la hospitalización, partiendo de sus fantasías, miedos y expectativas hacia éste evento, con lo cual entre ellos mismos se dan soporte y elevan su moral para enfrentar los procesos que han de seguir dentro del tratamiento médico. Se da prioridad para éste tipo de intervención

a casos que requieren de un apoyo adicional para que el paciente enfrente alguna situación relevante y posiblemente traumática para él, como podría ser una cirugía, por ejemplo.

- **Labores administrativas:** Es importante que el psicólogo clínico dentro de su papel interdisciplinario en una institución médica de tercer nivel lleve el control de sus intervenciones y que las mismas se ajusten a las diligencias correspondientes para favorecer la integración del caso y la integridad del paciente. Por ello, se deben de tener en cuenta ciertas tareas de tipo administrativo que son necesarias para el buen control de los pacientes, yendo desde la solicitud, utilización y devolución de expedientes, canalización a otras instituciones (con su respectivo contacto), elaboración de facturas de servicios, control de la agenda (citas, eventos importantes), control de bitácora diaria. Lo anterior también son herramientas que el psicólogo clínico utiliza para la planificación de su día, sus intervenciones y planes de trabajo, además de que prevé emergencias y contratiempos, con lo que se hace más eficiente su trabajo.

#### **4. OBJETIVOS DEL INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL.**

Primordialmente, el objetivo del presente trabajo es describir desde el enfoque psicológico los factores que intervienen en el paciente asmático para la aparición y frecuencia de su sintomatología, y que pudiesen ser lo suficientemente invasivos o intensos para generar efectos discapacitantes.

De forma secundaria se pretende observar el papel del Psicólogo Clínico en el manejo del paciente asmático pediátrico y su función dentro del equipo multidisciplinario, con lo que se busca resaltar el campo de la disciplina Psicológica , aportando con ello un referente sobre su trabajo.

Lo anterior, desde diversos puntos de vista teórico - metodológicos, pretende generar un informe de calidad global del Programa de Servicio Social en cuanto al fenómeno del asma. Para ello, se pretende sustentarlo por medio de una revisión documental y de campo sobre lo acontecido en el tiempo que el servidor social fungió como tal, valiéndose de herramientas documentales, estadísticas y la integración con la experiencia clínica vivida, para llegar a conclusiones claras y objetivas.

Finalmente, el prestador de Servicio Social deberá ser crítico hacia su desempeño propio dentro de la Institución, con el fin de aportar ideas para los próximos programas, constituyendo un informe complementario que haga crecer la experiencia desde el punto de vista de la Institución y desde el punto del prestador.

## **5. SOPORTE TEÓRICO - METODOLÓGICO.**

### **5.1 EL ASMA: características diagnósticas, diferenciales y tratamiento médico.**

#### **5.1.1 Generalidades.**

El asma es una enfermedad respiratoria bien definida gracias a sus características fisiológicas, clínicas y patológicas particulares. A pesar de ello, pocas entidades públicas de salud han manifestado al asma como un problema grave de salud, aunque de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima una prevalencia a nivel mundial del 3 al 5% (cerca de 300 millones de personas) (Árias, J. & Cols., 2012), ocasionando una mortalidad de cerca de 2 millones de pacientes al año (Hinojos - Gallardo, L. & Cols., 2010).

En México no existe algún estudio epidemiológico formal relacionado a la prevalencia del asma, sólo se tienen registros de encuestas entre los años de 1948 y 1991, que reporta una prevalencia del 1.2 al 12.5%, aunque existen otros países donde se compara una prevalencia del 2 al 33% (Árias, J. & Cols., 2012), lo que habla de las diferencias genotípicas y ambientales que pueden actuar como variable en la probabilidad de afección de la enfermedad.

Todo ello revela la importancia de la intervención multidisciplinaria para el paciente asmático, con el fin de comprender todas las concomitantes que existen detrás de esta patología, oscilando la información desde el punto médico como tal, hasta algunas otras variables como los factores emocionales, que jugarán un papel fundamental en la prevalencia de los síntomas asmáticos, trabajo que ha de verse redituado por la intervención de los diferentes profesionales de la salud que están alrededor del paciente y la familia misma.

### 5.1.2 Diagnóstico del asma.

#### *Dx. de Asma.*

No existe una definición simple y precisa de asma. Diferentes sociedades científicas han elaborado una definición clínica de consenso. La estrategia global para el asma (GINA) la define como **inflamación crónica de las vías aéreas** en la que tienen un papel destacado determinadas células y mediadores (neutrófilos, mastocitos, eosinófilos, basófilos, IgE, IgG.) (Palomino, M., 2006).

Esto se asocia a hiperreactividad bronquial (HRB) con episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, especialmente durante la noche o la madrugada. Estos episodios se asocian generalmente con un mayor o menor grado de obstrucción generalizada al flujo aéreo, reversible en forma espontánea o con tratamiento (Ortega, J., 2009; Palomino, M., 2006).

Todo ello, y como se explorará con más detalle más adelante al abordar la parte emocional del asma para el paciente, genera muchos conflictos en el mismo, yendo desde la angustia básica por el miedo a dejar de respirar, lo cual se convierte en un ciclo interminable, porque dicha emoción naturalmente genera una hiperventilación ante el aumento de adrenalina, ingresando más aire a los pulmones, pero, como el asma dificulta la espiración, la falta de respiración se hace más compleja, con lo cual sigue aumentando la angustia y el proceso se repite; además, la ansiedad es latente por la expectativa de la aparición de otra crisis, por ejemplo; la depresión es otro estado que puede atacar al paciente ante la autoimagen que puede llegar a generar la enfermedad. Es importante que también se considere dentro de las características del asma al factor emocional, porque suele ser un desencadenante muy importante para la manifestación de una crisis.



### 5.1.2.1 Clasificación del asma bronquial.

La clasificación mayormente aceptada y más difundida es aquella que la clasifica según su gravedad y que combina las medidas de síntomas y función pulmonar. En los mayores de 4 a 5 años, la clasificación debe hacerse con valoración de los síntomas y acompañarse de los criterios funcionales; en los menores de 5 años, los criterios de evaluación solamente serán por los síntomas. El asma bronquial se clasifica en intermitente o persistente y esta a su vez en persistente leve, moderada o severa (Calvo, M. 2006).

*Asma intermitente.*

#### Clínica.

- Tos y sibilancias de poca intensidad y duración.
- Cinco o menos episodios al año y de menos de un día de duración.
- Síntomas intermitentes (tos, sibilancias y opresión torácica) menos de una vez a la semana.
- Largos periodos asintomáticos.
- Síntomas nocturnos poco frecuentes (menos de dos veces al mes).
- Buena tolerancia al ejercicio.

#### Función pulmonar.

- Normal en periodos intercrisis.
- Variabilidad diaria del Flujo Espiratorio Máximo (FEM), menor a 20%.
- Reversibilidad con broncodilatadores.

*Asma leve persistente.*

Clínica.

- Síntomas frecuentes de tos y sibilancias (más de una vez a la semana y menos de una vez al día).
- Exacerbaciones agudas más de una vez al mes.
- Síntomas nocturnos más de dos veces al mes.
- Consultas por exacerbaciones al servicio de urgencias.
- Asma por ejercicio.
- Ausentismo escolar.

Función pulmonar.

- Variabilidad diaria FEM entre el 20% y el 30%.
- Espirometría: VEFI > 80%.

*Asma moderada persistente.*

Clínica.

- Síntomas diarios.
- Exacerbaciones agudas más de una vez al mes.
- Exacerbaciones afectan actividad y el dormir.
- Síntomas nocturnos más de una vez a la semana.
- Consultas por exacerbaciones al servicio de urgencias.
- Asma por ejercicio.
- Ausentismo escolar.

Función pulmonar.

- Variabilidad diaria FEM > 30%.

- Espirometría: VEFI > 60% y < 80%.

*Asma severa persistente.*

#### Clínica.

- Síntomas continuos, diarios y exacerbaciones frecuentes.
- Síntomas nocturnos muy frecuentes.
- Consultas frecuentes a urgencias y hospitalización.
- Limitación importante de la actividad física.
- Gran ausentismo escolar.
- Posible deformación torácica, alteración pondo - estatural y problemas psicológicos.

#### Función pulmonar.

- Variabilidad diaria del FEM > 30%.
- Espirometría: VEFI < 60%.

#### 5.1.2.2 Herramientas para llegar al diagnóstico.

La definición de asma a considerar para llegar a un diagnóstico preciso (y por tanto, para diseñar un tratamiento eficaz), va a depender del escenario clínico particular donde se desenvuelve el paciente (Bertrand, P., 2006). Es importante hacer dicha aclaración ya que, dependiendo los fines para los que se vaya a utilizar el diagnóstico, será el tipo de definición operacional de la patología y, con ello, el tipo de paciente, dado que no han de ser las mismas circunstancias ante una investigación sobre la enfermedad contra un diagnóstico para el tratamiento propio

En cuestión de tratamiento, la práctica le presta un gran énfasis a lo

acontecido en la clínica (Bertrand, P., 2006; Ortega, J., 2009) con el fin de que los criterios encontrados se apliquen en la vida cotidiana del paciente, sobre todo porque la sintomatología asmática (por su característica de reversibilidad) es intermitente, lo cual con las pruebas médicas (detalladas más adelante) no podrían darnos un diagnóstico concluyente por sí mismas.

- Hallazgos clínicos.

Los hallazgos clínicos más frecuentes y útiles para el diagnóstico de asma en clínica son (Ortega, J.,2009): tos, sibilancias espiratorias o mixtas (espiratorias e inspiratorias), disnea y sensación de opresión torácica.

Se debe diferenciar también entre dos grupos de pacientes de acuerdo al desencadenante que el propio paciente identifica, siendo aquellos que tienen asma inducida por ejercicio (tos durante el ejercicio) y el asma laboral (los síntomas empeoran durante el trabajo; situaciones laborales de estrés, desapareciendo en periodos de descanso).

A los familiares del niño se les interroga (Bertrand, P., 2006; Ortega, J., 2009):

- Sobre el comportamiento de los síntomas (“¿Ha presentado el niño episodios de silbido al pecho en los últimos doce meses?”).
- Factores desencadenantes asociados (“¿Ha presentado silbido al pecho o tos ante el ejercicio?”).
- Antecedentes familiares y personales de atopia (“¿Ha presentado silbido al pecho ante la exposición a alérgenos?”).
- Limitación en las actividades físicas (“¿Ha tenido inasistencias escolares el niño a causa del asma en los últimos dos meses? ¿Cuántas?”).
- La gravedad de los síntomas (“¿Cuál es la frecuencia de sus crisis?”).
- Tratamientos previos.

#### - Exploración física.

En éste sentido, los datos que arroje la exploración física dependerán totalmente del estado propio del paciente en ese momento, es decir, si llega al servicio médico asintomático o con presencia de los síntomas; siendo así, se encontrarán sibilancias difusas y polifónicas, especialmente durante la espiración, dificultad respiratoria de magnitud proporcional a su bronco espasmo (Bertrand, P., 2006; Ortega, J., 2009). Pueden encontrarse también signos de desnutrición, malformación torácica, cianosis o hipocratismo digital, lo cual obliga a realizar de forma más exhaustiva el diagnóstico diferencial (Bertrand, P., 2006).

#### - Pruebas de función pulmonar.

Las pruebas de función pulmonar cumplen tres funciones primordiales: **confirmar** el diagnóstico, evaluar la severidad de la enfermedad y hacer las modificaciones necesarias para el tratamiento (Ortega, J., 2009), siendo (en niños mayores de cinco años, por la cooperación que ya brindan a las intervenciones; en niños menores se da aún más peso a los hallazgos clínicos) la espirometría y la medición del flujo espiratorio máximo las más utilizadas y confiables.

#### *Espirometría.*

Es una prueba de gran importancia ya que se maneja como un indicador indirecto de hiperactividad bronquial y también da a conocer el movimiento del flujo de aire de entrada y salida de los pulmones, avalando así el diagnóstico de asma (Linares, M., 2006), aunque no es determinante, pero en niños con otras patologías, se encuentra una espirometría menos alterada que con el niño asmático.

Un espirómetro clásico consiste en un tambor invertido sobre una cámara de agua, con el tambor contrapesado por un peso. En el tambor existe un gas

respirable, habitualmente aire u oxígeno; un tubo conecta la boca con la cámara de gas. El subir y bajar del tambor al respirar a la cámara genera la oscilación del mismo y con ello se genera el registro (Guyton, A. 1997).

Con ello se logran conocer los patrones que genera el paciente en sus diferentes fases de la respiración, observándose en la gráfica de registro si existe alguna alteración en sus capacidades y volúmenes pulmonares, haciendo una correlación para determinar si la hiperactividad bronquial interviene en éstas variables, llegando así a una conclusión más acertada sobre el diagnóstico de asma.

#### *Flujo espiratorio máximo.*

El flujo espiratorio máximo o PEF se define como el mayor flujo de aire que alcanza el paciente durante una espiración máxima forzada después de haber alcanzado la capacidad pulmonar total (Ortega, J., 2009), pidiéndole al paciente que ingrese la mayor cantidad de aire a los pulmones y lo saque de un soplido rápido y fuerte. Se mide con ello el flujo de aire de las vías aéreas grandes y es un índice que valora la obstrucción bronquial, determinándose a través de una flujometría.

Para observar el fenómeno de reversibilidad, se hace una primera medición de PEF con el flujómetro y posteriormente se administra un broncodilatador, esperando de 15 a 20 minutos, después de los cuales se vuelve a realizar el PEF. Si existe una diferencia de un 20% respecto al valor inicial, existen indicios sugestivos de la presencia de asma (Ortega, J., 2009).

## **5.2 EL PACIENTE ASMÁTICO PEDIÁTRICO: aspectos médicos y psicológicos.**

De todas las edades, el asma del adulto ha sido mejor estudiado, dado que existe una mayor facilidad de abordaje de las vías respiratorias. De ahí que

las definiciones del asma provengan de la patología del adulto y que por extensión se haya aplicado a la patología infantil (Praena, M., 2005).

Los infantes presentan una mayor susceptibilidad a patologías de la vía aérea dado el desarrollo continuo en el que se encuentran, por lo que el sistema inmunológico tiene que "memorizar" los patrones para combatir las diversas enfermedades. Por dicha susceptibilidad, el infante es vulnerable a desarrollar las características crónicas de una patología como el asma si algo agudo no se trata de manera adecuada. Si ello se amplía, la susceptibilidad desde la infancia a inflamación de las vías aéreas origina episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos (Praena, M. 2005; Palomino, A. 2006), síntomas que ya se habían mencionado en la sección anterior y que van a ser la base de una posible patología que puede continuar en la edad adulta si la intervención no es la adecuada, lo cual aumenta la importancia de un correcto diagnóstico y detección de infantes con probabilidades de sufrir asma o que ya la padecen pero no llevan el tratamiento adecuado.

Considerando lo anterior, es común encontrar un patrón de crianza permisiva o sobreprotectora hacia el paciente (Rodríguez - Orozco, A. & Cols., 2009), viéndose al mismo desprotegido y en una posición de vulnerabilidad constante, funcionando de manera disminuida y viéndose limitado en su desarrollo emocional e incluso físico, dado que las posibilidades de ampliar sus horizontes para alcanzar mayores habilidades se reducen ante esa crianza. Por ello, los esfuerzos que el propio paciente evalúa hacia sí mismo se ven disminuidos, lo cual hace más letárgica la carga de éste padecimiento crónico. En la sección siguiente se ha de integrar ésta generalidad al desarrollo de la personalidad del paciente, encontrándose (de nuevo) la importancia de la crianza y la estabilidad familiar en apoyo al infante.

### **5.2.1 Fisiopatología del estrés y el asma: factores comunes.**

La complejidad que acompaña al funcionamiento de los organismos vivos es

vasta, desde el ser unicelular más simple hasta nuestro propio entendimiento como humanos. Sin embargo, todos tienen algo en común y es el hecho de la preservación de la vida y de su ciclo utilizando los medios necesarios para ese fin. La evolución ha permitido que el ser humano cuente con un sistema de defensa contra agentes externos e internos bastante efectiva, siendo una maquinaria muy precisa e incluso que llega a grados de especialización que sorprenden aún en la ciencia actual.

El sistema inmunológico media por preservar y proteger la salud de las células de todo el organismo, trabajando incluso desde antes del nacimiento y desarrollándose durante toda la vida, adquiriendo memorias sobre los agentes patógenos que le han atacado, así como tomando acciones preventivas para futuras eventualidades. La tarea primordial del sistema inmune no es como tal la de desconocer a lo extraño y excluirlo del organismo, sino más bien el reconocer lo propio para preservarlo y defenderlo (Alarcón, 1995, en Rodríguez, G. 2004). Es por ello que existen un sinnúmero de manifestaciones sintomáticas en el sinnúmero de posibilidades de enfermedades que pueden atacar al organismo y que a la vez pueden ser afectadas por los estados psicológicos - emocionales.

Si bien las enfermedades son producto evolutivo de la respuesta defensiva del organismo ante la presencia de un agente patógeno, la connotación de dicho concepto es limitada cuando abordamos una situación de patología psicológica. El sistema inmune, entonces, adquiere un papel importante pero con una perspectiva diferente ante la reactividad de los estados emocionales en los que el individuo se ve comprometido, por lo que dicho sistema se pone entredicho y juega un papel de mediador para algunas reacciones de alerta en algunos tipos de enfermedades en particular.

En particular, la interacción del sistema inmune con las respuestas de estrés ha sido ampliamente estudiada, sobre todo por el interés de conocer con profundidad los mecanismos por los que el sistema inmune se ve afectado por el estrés y demás emociones. Los eventos emocionales estresantes se



ven mediados por el sistema simpático del sistema nervioso autónomo, siendo importante esto ya que no necesita el estímulo o situación estresantes ser conscientes para que produzcan un efecto, dado que las estructuras superiores del cerebro pueden verse rebasadas para el procesamiento del evento y, por tanto, presentarse la reactividad al mismo por la acción de estructuras más primitivas. Este fenómeno lo explica la Teoría Polivagal en varios puntos (Rodríguez, G. 2004):

- La evolución ha modificado las estructuras del sistema nervioso autónomo.
- El sistema nervioso autónomo de los mamíferos presenta vestigios de sistemas nerviosos autónomos de mayor antigüedad filogenética.
- La regulación emocional y la conducta social son derivados funcionales de los cambios estructurales que ha producido el proceso evolutivo en el sistema nervioso autónomo.
- En los mamíferos, la estrategia de respuesta del sistema nervioso autónomo ante los desafíos se rige por una jerarquía filogenética, que comienza con las estructuras más nuevas y si éstas fallan al proporcionar "seguridad", entonces responden los sistemas más primitivos.
- El estado filogenético del sistema nervioso autónomo determina el estado afectivo y el rango y complejidad de la conducta social.

La respuesta al estrés y la respuesta inmune interactúan en un ciclo en el cual cuando una se ve afectada la otra indirectamente también cambia, por lo que, si existe una situación emocional de estrés, la respuesta inmune no será la misma que en condiciones normales, y viceversa, si existe una alteración en el sistema inmune habrá una reacción de estrés.

Psicofisiológicamente, el sistema hipotálamo - hipófisis - adrenal (HHA) es el que se ve sobreactivado ante una situación de estrés (Rodríguez, G. 2004; Trueba, A. F., 2012), siendo la primer vía el procesamiento de la emoción en el sistema límbico, pudiéndose o no hacer consciente y desembocando una cascada de eventos con un patrón particular. Al encontrarse el individuo en una situación de alerta, inmediatamente la amígdala (dentro del sistema

límbico) procesa una reacción primitiva de huida o escape y da una primer señal para activar al sistema simpático, comunicándose de forma inmediata al hipotálamo el cual se ha de encargar de secretar los factores propios (como factores estimulantes de liberación de adenocorticotropina (ACTH)), que a su vez, estimula a la adenohipófisis para liberación de ACTH y cuyo ciclo afecta a la glándula suprarrenal para la liberación de hormonas como el cortisol o la adrenalina (Guyton, A. 1997). Las suprarrenales envían señales de vuelta al sistema nervioso central para su regulación por medio de la retroalimentación negativa.

En situaciones normales, el estrés reactivo a una situación permite la adaptación a la misma y la supervivencia, mecanismo para lo que originalmente está diseñado. Sin embargo, en un ambiente de estrés crónico, la liberación continua de hormonas como el cortisol o las catecolaminas propias (adrenalina, noradrenalina) provocan efectos a largo plazo en el organismo. Su función propia es la de activar y preparar al organismo para la acción, aumentando la tasa cardíaca, respiratoria, el flujo de sangre a los músculos periféricos, disminución del ritmo peristáltico y aumento de la alerta. Al hacerse crónico el estrés, las respuestas simpáticas se vuelven constantes y el organismo vive con una sobreactivación que afecta a los diversos sistemas de manera continua (Guyton, A. 1997; Rodríguez, G. 2004).

En concreto, en cuanto al sistema inmune, se ha encontrado que existen dos mecanismos de regulación de la homeostasis: las células T cooperadoras (Th) (Guyton, A. 1997; Trueba, A. F. 2012), que son células linfocitarias especializadas, producidas en el hígado principalmente y cuya función es mediadora, estimulando o inhibiendo a otros agentes del sistema inmune . De estas se desprenden dos tipos principales: las Th1 y las Th2, las cuales mantienen un equilibrio entre ellas por medio de un sistema de retroalimentación negativa (Trueba, A. F. 2012).

Las Th1 producen citoquinas específicas que regulan a las Th2, las cuales estimulan a otro tipo de célula inmunológica: las células B, que a la vez

produce granulocitos, específicamente a los eosinófilos, los cuales tienen una función inflamatoria. En concreto, se ha encontrado que las células Th1 tienen receptores específicos para noradrenalina, la cual es un antagonista de dichas células, es decir, las inhibe, por lo que en una respuesta al estrés las Th1 no pueden controlar la acción de las Th2, pudiendo acrecentar las respuestas inflamatorias (Trueba, A. F. 2012). En el caso del asma esto es muy importante ya que la inflamación de las vías aéreas conlleva a que la hiperactividad bronquial característica empeore la crisis, por lo que si el estrés es mayor existe una alta probabilidad de que el asma sea más grave.

Además, las infecciones a las vías aéreas pueden empeorar los síntomas asmáticos. Si las células del epitelio bronquial se ven afectadas, existe una mayor probabilidad de que los agentes patógenos ejecuten acciones que afecten al asmático. En este caso, el estrés también juega un papel importante ya que la acumulación de eosinófilos explicada con anterioridad puede estimular la producción de Óxido Nítrico (ON) en el epitelio, el cual aumenta la permeabilidad de la capa, permitiendo el ingreso de agentes externos (Trueba, A. F. 2012). Además, la ACTH también estimula a las células epiteliales, produciéndose un factor adicional denominado Factor de Crecimiento Vascular Endotelial (VEGF, por sus siglas en inglés), el cual también aumenta la permeabilidad y con ello la sensación de alergia en el paciente asmático (Trueba, A. F. 2012)

Existen moduladores como la Inmunoglobulina A (IgA) que ayudan a la correcta protección por parte de las mucosas en una primera instancia, pero que también se ve afectada por factores estresantes, cambiando los niveles de la misma, generando tanto un aumento como un déficit. El déficit se asocia a una protección pobre, sin embargo, el aumento de IgA estimula la acción de los eosinófilos, por lo que también genera inflamación. La acción sobre la IgA dependerá del agente estresor en pugna.

Por último, otro mecanismo patológico que afecta a los síntomas de asma es el papel de las bacterias. Dichos microorganismos pueden detectar cambios

en las paredes de las vías aéreas, específicamente cambios a los niveles de noradrenalina (Trueba, A. F. 2012), con lo cual pueden aumentar su movilidad, proliferación y expresión de toxinas, afectando con ello la exacerbación de los síntomas asmáticos.

La actitud hacia la enfermedad también juega un papel crucial en la afección del sistema inmune. El papel del locus de control (que se describirá más adelante) al atribuir las causas y consecuencias de la enfermedad (Kimble, C. & Cols. 2002; Rodríguez, G. 2004) puede deprimir aún más la respuesta gracias a que es otra fuente de estrés. Los rasgos propios de personalidad pueden hacer a una persona más o menos susceptible a darle un significado lo suficientemente objetivo para afrontar la enfermedad con la menor cantidad de estrés posible.

Además de ello, es importante recordar que patologías como el asma en ocasiones no vienen solas y actúan en conjunto con infecciones por virus o bacterias. El estrés afecta también a los sistemas de defensa de las vías aéreas como las mucosas o las células epiteliales (Trueba, A. F. 2012), encontrándose mayor reactividad ante la noradrenalina y el cortisol, encontrándose agentes inflamatorios y algunos otros que alteran la permeabilidad de los tejidos, cuestión que facilita a los invasores su penetración a las células blanco para su proliferación y afección, cayendo en los síntomas propios de dicha enfermedad y a su vez aumentando los síntomas del asma como tal.

Como se nota y se espera comprender a lo largo del presente trabajo, el asma funciona de una manera multifactorial, en particular en cuanto al sistema inmune, existen muchos mecanismos que le median desde la perspectiva del estrés como desencadenante, pudiendo encontrarse círculos de retroalimentación que rompen el esquema de homeostasis y que son factor para la manifestación de la sintomatología, desde una perspectiva médica y también desde la importante perspectiva psicológica. Al comprender de forma básica los mecanismos fisiopatológicos de la respuesta al estrés, es

posible relacionar el factor emocional con la persistencia de los síntomas asmáticos. Más adelante se intentará profundizar en los diferentes puntos teóricos que permiten comprender al asma desde diversos enfoques y factores, completando un rompecabezas que tal vez ayude al manejo particular de esta población en la atención psicológica. No se aborda más profundamente el aspecto inmunológico, ya que no es este como tal el que se quiere comprender en bruto, sino el papel básico y fundamental en la temática, por lo que el abordaje profundo ha de hacerse a la consideración propia de quien esté interesado en el tema.

### **5.2.2 Las etapas del desarrollo desde la perspectiva de la hospitalización.**

El paciente pediátrico presenta características muy peculiares, ya que se encuentra en etapas en las cuales aún no tiene una independencia propia y la formación de su personalidad tiene muchos periodos críticos más que en otras edades. El apoyo a este tipo de pacientes, por lo tanto, se torna aún más particular y debe de tener un diseño más cauteloso, ya que, como se ha mencionado, los periodos críticos son clave y esto incluye la experiencia de tener una hospitalización y con ello todo lo que trae consigo, desde un mero control que requiera un par de días de estancia, hasta intervenciones mayores como pueden ser cirugías o complicaciones graves que podrían llevar a la muerte.

Se debe recordar, por lo tanto, las etapas en las que el niño se desarrolla, en específico en cómo se les ve en un ambiente hospitalario:

ETAPA	MOTIVOS PRINCIPALES DE HOSPITALIZACIÓN	DES. COGNITIVO	DES. CONDUCTUAL	DES. EMOCIONAL
Lactantes (0 - 3 años)	Patologías relacionadas con malformaciones congénitas. Neumonías. Primeras manifestaciones de asma.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integración primordialmente a nivel sensorio-motor.</li> <li>• Permanencia de objeto.</li> </ul> Desarrollo del lenguaje.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conducta refleja.</li> <li>• Actividad en vigilia, llanto, inactividad alerta, somnolencia, sueño regular y sueño irregular (estados conductuales del neonato de Wolf).</li> <li>• Reflejos de supervivencia y reflejos primitivos.</li> <li>• Reacciones circulares (ensayo y error).</li> </ul> Desarrollo de habilidades motoras gruesas (hasta la marcha) y finas (inicio de escritura).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primeros lazos de apego.</li> <li>• Interacción con el estilo de crianza.</li> <li>• Afrontamiento de la ansiedad ante el fin de la relación simbiótica con la madre.</li> </ul> Formación de la base de la autoestima y el autoconcepto.
Pre- escolares (3 - 5 años, 11 meses)	Asma, cualquier tipo. Neumonías.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprensión del fenómeno causa - efecto.</li> <li>• Predominio de la fantasía en el pensamiento.</li> <li>• Lenguaje más organizado que la etapa previa.</li> </ul> Comprensión del entorno en que se desenvuelve, con la limitante de la fantasía.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juego más organizado.</li> <li>• Habilidades motoras más complejas (correr, saltar, escribir, dibujar, pintar).</li> <li>• Conducta dirigida totalmente a los objetivos.</li> </ul> Alternativas en la solución de problemas, aunque siguen siendo poco flexibles.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresión de sus emociones de acuerdo al nivel de desarrollo permitido, estilos de crianza y apego.</li> <li>• Autoestima en periodo crítico, al igual que la autoimagen.</li> <li>• Desarrollo gradual de la empatía.</li> </ul> Interacción con iguales, que permite el desarrollo de

<p>Escolares (6 - 12 años)</p>	<p>Enfermedades crónico - degenerativas. Asma, cualquier tipo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensamiento concreto.</li> <li>• La realidad se hace más evidente.</li> <li>• Proceso de reversibilidad, esencial para la educación primaria.</li> <li>• Planificación a futuro.</li> <li>• Capacidad de proyectar sus emociones en elaboraciones gráficas. Lenguaje prácticamente formalizado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La tasa de crecimiento se ve reducida.</li> <li>• Se presentan mayores lesiones físicas por su alta capacidad de acciones físicas de riesgo (escalar, saltar en diversas direcciones y formas, rodar).</li> <li>• Juego destinado a imitar la conducta adulta (futuras profesiones). Juego con reglas establecidas.</li> </ul>	<p>su yo emocional.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las circunstancias psicoemocionales son determinantes en el estado psicológico general, por lo que el principio de empatía se vuelve clave, sobre todo en el esquema familiar.</li> <li>• Ha aprendido a expresar o reprimir sus emociones, ya sea por reglas sociales o por la formación propia de su personalidad.</li> <li>• La personalidad forja sus bases para el futuro: los eventos que sucedan en esta etapa definirán a la persona que se desenvolverá</li> </ul>
--	--	---	---	--

en el futuro.  
El sentido de  
pertenencia  
juega un rol  
importante.



<p>Adolescentes (12 - 15 años)</p>	<p>Seguimiento de las enfermedades crónicas, tanto las que son y no degenerativas. Alta relevancia a las enfermedades psicosomáticas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensamiento abstracto.</li> <li>• Resolución de problemas mucho más complejo, con existencia de diversas variantes.</li> </ul> <p>Lenguaje equivalente al nivel de desarrollo.</p>	<p>Aprendizaje sobre el control de un "nuevo" cuerpo, gracias al crecimiento acelerado del mismo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dicotomía entre la niñez y la futura etapa adulta.</li> <li>• Mayor importancia a la identificación con sus pares, para un desarrollo social más sano.</li> <li>• Uso de defensas psicológicas ante la expresión de sus emociones.</li> <li>• Identificación más clara de sus conflictos, aunque puede lograr esconderlas en su patología médica o en alguna otra conducta.</li> </ul> <p>La personalidad se ve altamente influenciada por las redes sociales de apoyo en contraste con el esquema familiar.</p>
------------------------------------	---	---	---	---

**Tabla 5.1: Clasificación de las etapas del desarrollo dentro del pabellón de Neumopediatría. (La etapa de Adolescencia se limita aquí hasta los 15 años; más adelante se clasifican ya como Adultos).**

La experiencia con pacientes de las diferentes etapas antes descritas permite observar diferentes matices dentro del fenómeno del asma y la interacción con la dinámica familiar. Por ejemplo, con los lactantes es más complicado observar de manera más evidente dicha interacción por el nivel de maduración del infante y por la baja incidencia de asma durante esa etapa,

sin embargo contrasta con la etapa escolar cuya aparición del asma es altamente significativa y durante la práctica se observa que los síntomas están altamente ligados a la conducta de disfuncionalidad que se presenta en el periodo de la estancia hospitalaria.

Por tanto, el manejo y observación del estado psicológico del paciente y de su relación familiar se vuelve más particular aún con respecto a la etapa del desarrollo que presente el paciente, lo que se suma a las variables del manejo de su enfermedad. Además, la estructura familiar responde de maneras distintas acorde a la edad del paciente.

Considerando lo anterior, la sintomatología asmática lleva al infante a enfrentar situaciones que en un estado de salud normal le serían ajenas, por lo cual su ajuste cognitivo se vuelve muy complejo y complicado de asimilar. Por ello, en los últimos años, dentro de las investigaciones de los desencadenantes del asma, se le ha brindado mayor importancia al estudio del factor psicológico del infante como variable para la recurrencia y aparición de la sintomatología asmática (Benítez, A & Cols., 2005), yendo desde el individuo mismo hasta los diversos ambientes en los que se desenvuelve.

French y Alexander, en 1941 (D'Anello, S., 2007) fueron los primeros investigadores en prestar especial atención a los factores relacionados con el asma, tomando en cuenta un marco referencial psicoanalítico, con lo que llegaron a tres conclusiones:

- a) Los pacientes asmáticos están sujetos a un conflicto entre una atadura dependiente infantil a sus madres y otras actitudes emocionales que son incompatibles y amenazan tales actitudes de dependencia.
- b) Los ataques asmáticos están relacionados de algún modo a una supresión del llanto.
- c) El paciente asmático posee una personalidad particular.

Los estudios de su personalidad son controversiales, ya que algunos autores (Creer, 1979; Eiser, 1985, en D'Anello, S; 2007) no están de acuerdo en que los niños asmáticos presenten una personalidad particular o que sean más propensos a presentar perturbaciones psicológicas; sin embargo aceptan que poseen ciertos patrones de inmadurez, autoconfianza disminuida, ansiedad, impulsividad y timidez.

A pesar de ello, existen estudios muy fuertes que se atreven a hacer un análisis un tanto más profundo del niño asmático, y llegan a la conclusión de que pueden desarrollar una personalidad particular en el curso de su enfermedad. Partiendo de las características médicas propias del asma, la obstrucción intermitente de las vías respiratorias constituye un primer estímulo estresante y la fuente de malestar más relevante en todos los pacientes (Benítez, A. & Cols., 2005), lo que lleva a una percepción subjetiva de los síntomas físicos (sub o sobre estimándolos) y a la aparición de estados emocionales que “alimentan” a la condición asmática, llevando al paciente a un círculo reverberante que oscila entre lo emocional y lo físico.

Los niños asmáticos pueden sentirse restringidos en su aspecto social, con el constante temor de una nueva crisis, afectando a una parte primordial de su desarrollo, lo que lleva al retraimiento que comúnmente se ve en éstos pacientes en el momento de estarlos observando. También les lleva a cambiar el concepto de “sí mismo”, percibiéndose diferentes a otros niños y limitando aún más ese retraimiento social, generando una introversión muy angustiante, soportando de forma constante un sentimiento de vulnerabilidad ante dicho estrés físico y emocional.

### **5.2.3 El asma como síntoma del funcionamiento familiar: una perspectiva sistémica.**

En el sentido de la realización de investigaciones ligadas a las enfermedades psicosomáticas, algo que llama mucho la atención y el interés de los

estudiosos es el cómo manifiestan sus emociones las personas, especialmente los niños. Existen un sinnúmero de estudios que soportan éste hecho, pero en lo particular es de sumo interés el cómo el niño puede expresar (a veces sin querer hacerlo) sus emociones mediante una enfermedad, con lo que existe también la manifestación no sólo de una sintomatología médica, sino también de una sintomatología a nivel del sistema familiar.

La familia es el grupo de pertenencia primario y más representativo en la vida del ser humano (Kimble, C. & Cols., 2002), por lo que los adeptos que la misma tenga como estructura única serán de vital importancia para el desarrollo de cada uno de sus miembros y también va a ser importante lo que el sujeto como individuo aporte al grupo, con lo cual la estructura se vuelve más compleja a su análisis.

Incluso, a nivel biológico, todos los organismos buscamos un equilibrio que permita nuestra sobrevivencia, yendo desde lo puramente básico (necesidades biológicas primarias), hasta la consolidación y realización más abstractas que puedan existir. Por tanto, la familia como estructura y vista desde un enfoque sistémico, también busca dicho equilibrio, una "homeostasis" como grupo, es decir, la familia en su totalidad intenta ir generando las circunstancias que permitan el buen desarrollo de cada uno de sus miembros en todas las esferas (físico, emocional, cognitivo y conductual).

#### *Funcionalidad y disfuncionalidad familiar.*

En el ámbito clínico es común encontrar un sinnúmero de casos que, aunque pudiesen tener una problemática similar entre ellos, siempre habrá particularidades que generan en el terapeuta más curiosidad y sobre todo nuevos aprendizajes. En el caso del trabajo con familias, dicha diversidad se hace aún más compleja gracias al hecho de trabajar con todo un sistema, en el cual cada miembro ejerce un papel que ha de influir significativamente sobre la conducta de los demás y que a la vez la conducta de éstos últimos

repercute en la del primero, siendo así una vasta gama de posibilidades en su interacción y desarrollo.

Sin embargo, siempre existen situaciones en las que la familia no se encuentra en el bienestar absoluto que todos desearían, cayendo en un punto de conflicto que, con las herramientas adecuadas entre todos los miembros pueden superar. Desde una perspectiva sistémica, se define a la funcionalidad a “la apreciación de la utilidad de un modelo comportamental contingente con el objetivo prefijado y el contexto” (Salem, 1990, en Bermúdez, C., 2010). Es decir, el sistema familiar debe utilizar sus recursos en las circunstancias que le sean solicitadas con un fin bien definido, por ejemplo, cuando existe alguna necesidad económica significativa, lo ideal sería que la familia observe sus fortalezas y habilidades (que alguien sepa cocinar muy bien y pueda hacer un pequeño negocio, por ejemplo), y utilizarlas en ésta situación, haciendo que todos participen ahorrando o ayudando en el negocio. La clave para definir la funcionalidad familiar reside en la flexibilidad y el movimiento que permiten sus patrones característicos en respuesta al estrés (Walsh, 1993, en Bermúdez, C., 2010).

Sin embargo, no todas las familias poseen la habilidad grupal de poder organizar dichas fortalezas y habilidades para afrontar las crisis que se les presentan, cayendo incluso en un caos más profundo que en realidad no soluciona la problemática inicial. Por ello, el mejor modo de lograr avances al trabajar con una familia disfuncional es enfocar la atención no en las carencias o el problema en sí, sino a aquellas virtudes que poseen como sistema, fortaleciéndolas y enseñándoles a aplicarlas en la vida cotidiana. El terapeuta, por tanto, tiene la tarea de indagar en la vida familiar para descubrir dichas fortalezas y darles a conocer a la familia su lado saludable. Además se debe de tomar en cuenta el aspecto cultural y temporal del contexto en el que se evalúa a la familia, ya que los conceptos de funcionalidad y disfuncionalidad se modifican y adaptan a los cambios sociales.

La funcionalidad en la familia viene definida por el cumplimiento de las funciones básicas necesarias para generar individuos válidos para la sociedad en la que viven, respetando la estructura creada y siendo capaces de superar las diferentes etapas del ciclo vital, todo ello a través de una comunicación abierta en la que prevalezca el respeto y el manejo adecuado de las emociones. Lo más importante que hace una familia con una buena funcionalidad es dar sentido de pertenencia a un sistema único.

---

#### PROCESOS CARACTERÍSTICOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

---

- Sentimiento de unión y compromiso de los miembros como una unidad de relación, de cuidado y de apoyo mutuo.
  - Respeto por las diferencias individuales, autonomía y necesidades independientes, fomentando el desarrollo y bienestar de los miembros de cada generación, de la más joven a la mayor.
  - En las parejas, una relación caracterizada por respeto mutuo, apoyo y un reparto equitativo del poder y las responsabilidades.
  - Autoridad y liderazgo paternal o ejecutivo eficaces para conseguir soporte, protección y socialización de los hijos y cuidado de otros miembros vulnerables de la familia.
  - Estabilidad organizativa caracterizada por la claridad, consistencia y patrones de interacción predecibles.
  - Adaptabilidad: flexibilidad para satisfacer las necesidades de cambio internas y externas; para afrontar eficazmente el estrés y los problemas que surjan; y para dominar los retos normativos y no normativos y las transiciones a lo largo del ciclo vital.
  - Comunicación abierta caracterizada por la claridad de reglas y expectativas, interacción placentera y variedad de expresiones emocionales y respuesta empática.
  - Procesos eficaces de resolución de problemas y conflictos.
  - Un sistema de creencias compartido que permita la confianza mutua, dominio de los problemas, sentimiento de unión con las generaciones pasadas y futuras, valores éticos e interés por la comunidad humana en general.
  - Recursos adecuados que garanticen la seguridad económica y el apoyo psicosocial facilitado por una red de personas cercanas y amistades, así como por la comunidad y los sistemas sociales mayores.
- 

#### Tabla 5.2.- Características de la funcionalidad familiar.

Ahora bien, la disfuncionalidad en una familia viene determinada por un funcionamiento que está mediatizado por el síntoma o problema, no permitiendo un cambio. A su vez, el síntoma funge como expresión de la necesidad de una ruptura de la homeostasis familiar para lograr dicho cambio, generando un círculo interminable entre el síntoma y la funcionalidad. Incluso el síntoma puede describirse de diversas formas: como la manifestación de una organización y estructura inadecuada, la metáfora de una comunicación disfuncional, la expresión de una dificultad en la transición

de etapas del ciclo vital, un intento poco hábil de resolver otros problemas, una forma de negar ciertos hechos de la historia familiar, una manera de denunciar la falta de cumplimiento de funciones por parte de miembros de la familia (Bermúdez, C. 2010).

---

#### CARACTERÍSTICAS DE LA DISFUNCIONALIDAD EN LA FAMILIA

---

- Ausencia de definiciones personales, que implica falta de información sobre sus orígenes, vínculos y relaciones.
  - Relaciones basadas en la autoridad, poder, control y culpa. Se establecen relaciones simétricas donde nadie siente que es tomado en cuenta.
  - Expectativas exageradas, falta de libertades básicas y falta de conciencia sobre las necesidades del otro.
  - Mal manejo de la información, falta de confianza y apertura.
  - Presencia de coaliciones, dobles vínculos, paradojas.
  - Descontextualización familiar, con un excesivo solapamiento del contexto familiar con otros contextos, llevando a una pérdida de importancia de las experiencias con otros contextos, lo que daña la conciencia de ser familia.
  - Pésima distribución de los espacios y los límites.
  - Comunicación doble vincular, mediante la cual se manejan las diferencias entre todos.
  - Ausencia de reglas básicas en la familia que permitan una efectiva interacción entre todos.
  - Mal manejo de eventos estresantes, pérdidas, separaciones, accidentes, mudanza. La familia no puede utilizar los recursos internos para enfrentar las situaciones externas, dejándose llevar por los problemas, lo que alimenta la impotencia y la culpa.
- 

**Tabla 5.3.- Características de la disfuncionalidad en la familia.**

- Evaluación de la funcionalidad familiar.

Existen cuatro áreas fundamentales para evaluar la funcionalidad en la familia, siendo éstas sus **funciones, la estructura, el ciclo vital y la comunicación**. Además de ello, se debe evaluar el clima emocional en el que se ve inmersa la familia. El mensaje de afecto de la familia tiene que ser espontáneo, coherente y auténtico. Cada miembro se debe sentir querido, valorado y, sobre todo, aceptado en su totalidad.

*Funciones familiares.*

La familia se adapta y se transforma a los distintos cambios y realidades sociales teniendo siempre como objetivo lograr el crecimiento y el equilibrio emocional de cada individuo. La familia se mantiene como grupo de relación



y de referencia fundamental para cada uno de sus miembros.

Por tanto, la importancia de la familia en el mundo actual radica en que de ella depende la fijación de las aspiraciones, valores y motivaciones de los individuos y en que resulta responsable, en gran medida, de su estabilidad emocional, tanto en la infancia como en la vida adulta (Bermúdez, C. 2010). Además la familia es fundamental como la fuente generadora de la identidad del individuo, como el primer punto de referencia para poder desarrollar sus aptitudes, actitudes y habilidades, tanto personales como sociales, en suma de ser la primer generadora de autoestima y la conexión entre el mundo del individuo y la cultura.

Resumiendo, las funciones primordiales de la familia son:

- Educativa: transmitir los valores sociales como punto de partida del orden social.
- Socializadora: va a ser partícipe junto con la escuela, la comunidad y los medios de comunicación para generar el contexto social en el que se desenvolverá.
- Económica: tanto como fuente de producción como de consumo.
- Reproductora: generación de nuevos individuos como base tanto de las sociedad como del movimiento económico global (capital humano).

También se ha de tener en cuenta que la familia en su sistema tiene un desarrollo como un todo y en función de cada individuo, por tanto Rodrigo y Palacios en 1998 (Bermúdez, C. 2010) hablan de las funciones de la familia en cuanto al desarrollo de sus miembros.

En cuanto a los padres:

- Escenario donde se desarrollan personas adultas.
- Escenario donde se ensaya el afrontamiento a desafíos.
- Escenario de intercambio entre generaciones.
- Escenario donde se establece la red de apoyo necesaria para poder superar las distintas etapas del ciclo vital.



En relación con los hijos:

- Asegurar su crianza, atendiendo lo nutricional y lo económico.
- Aportar la estimulación necesaria para enfrentarse a las demandas del entorno social.
- Negociar y tomar decisiones en relación a la participación de otras figuras educativas para compartir esta tarea.
- Ser fuente generadora de autoestima.

Englobando lo anterior y condensándolo, la familia va a tener funciones básicas de dotar al individuo de un sentido de identidad, de seguridad para con sus miembros y le provee los primeros recursos de socialización. El dar sentido de identidad debe significar que se sienta único e irrepetible. Las personas que se desarrollan de esta forma, al sentirse valoradas, aceptadas e integradas en un núcleo familiar, tienden a presentar niveles altos de autoestima, además de una adecuada integración social.

#### *Estructura familiar.*

De acuerdo a Minuchin (en Bermúdez, C. 2010), la estructura es “un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”. El núcleo familiar funciona en la interacción, generando reglas y patrones lo suficientemente estables para que la estructura esté bien soportada ante las circunstancias. La estructura ha de cambiar con el tiempo conforme cambian sus propias demandas y avanza el ciclo vital.

En las parejas que funcionan bien existe una flexibilidad en su interacción, lo que permite una adaptación a las diferentes demandas que van a enfrentar. Por el contrario, una pareja disfuncional se caracteriza por una rigidez en la interacción que les lleva al establecimiento de patrones complementarios, a juegos de poder peligrosos, desafíos, autoengaños que tratan de justificar actuaciones propias y del otro, además de algunas otras formas poco

adecuadas para manejar las diferencias. Ante ello, el sistema conyugal se ve debilitado y es en ocasiones que la “solución” aparente ante dichas circunstancias sea la inclusión de un tercero a la problemática, que funja como una “viga de contención” para que la estructura no colapse. Se presentan entonces cuatro patrones de interacción de éste tipo (Bermúdez, C. 2010):

- Triangulación: Se incluye al hijo en la relación conyugal como forma de evitar, mitigar o encubrir los problemas que existen entre ellos. El hijo se ve envuelto en un conflicto de lealtades.
- Desviación: La pareja evita el conflicto, centrándose solamente en el hijo.
- Coalición estable: Alianza entre un padre y el hijo contra el otro progenitor.
- Parentalización: Asignación de funciones parentales a un hijo ante la incapacidad de los padres de ejercerlas.

En cuanto a la expresión de los miembros de la familia al exterior, el tema de los límites es de relevancia, no cayendo en los extremos, es decir, que no sean tan permeables como para tener una inclusión indiscriminada de otros individuos o sistemas al propio, o demasiado rígido como para limitar de manera drástica la exploración de otros horizontes ajenos a la familia pero que son necesarios para el desarrollo de sus individuos. Minuchin también establece dos tipos de familias con dificultades para funcionar en cuanto a sus límites (Bermúdez, C. 2010):

- Familias aglutinadas: Caracterizadas por unos límites rígidos hacia el exterior, pero difusos entre los distintos subsistemas dentro de la familia.
- Familias desligadas: Caracterizadas por unos límites difusos hacia el exterior y rígidos entre los distintos subsistemas.

Por tanto, toda la familia necesita de una organización correcta y una asignación de roles y del poder apropiada a cada miembro, lo que determinará una buena estructura.

### *Comunicación en la familia.*

A través del lenguaje, que se ha convertido en la herramienta relacional por excelencia incluso en diferentes niveles filogenéticos, se logra establecer contacto y generar vínculos con los iguales. Existe entonces una relación circular entre emisor y receptor, habiendo un intercambio constante de información, convirtiéndose en una acción recíproca, constante y retroalimentativa.

El lenguaje presenta dos niveles: de contenido y relacional. El nivel de contenido consiste en la transmisión a través del lenguaje verbal, mientras que el relacional es aquel que incluye al lenguaje no verbal. Por lo tanto, al analizar el flujo comunicativo de una familia, se deben de tener en cuenta los aspectos narrativos literales y las expresiones conductuales no verbales tanto voluntarias como involuntarias para hacer un diagnóstico sobre esta característica del sistema.

La forma en la que se comunican los miembros de la familia afectará en lo que siente cada uno de sí mismo, de los demás y de la situación en la que se ve envuelto, sobre todo porque el ser humano reacciona naturalmente ante la forma en la que los demás expresan sus emociones, pensamientos y sensaciones, afectando todo ello a la comunicación.

Las familias con un buen funcionamiento en la comunicación se caracterizan por:

- La expresión abierta de sentimientos: Ha de implicar un clima emocional que favorezca dicha expresión.
- La escucha empática de lo que el otro transmite: Lo que diga cada miembro debe de ser tomado con la importancia adecuada, será recogido y tenido en cuenta.
- La asunción de responsabilidad del mensaje transmitido: Cada miembro se hace cargo de lo que dice y cómo lo dice, y no se busca justificar la actuación

de uno por el comportamiento de otro.

- La aceptación de la diferencia: La diferencia debe de ser vivida como crecimiento y apertura, y no como traición o deslealtad.
- La transmisión de mensajes coherentes: Debe existir congruencia entre el contenido verbal del mensaje y su respectiva expresión no verbal.

De acuerdo a Watzlawick (Bermúdez, C. 2010) se pueden encontrar ciertos patrones de falla comunicativa. Uno de ellos es el **rechazo**, en el cual, como su nombre lo plantea, supone el rechazo de la definición que el otro hace de sí mismo a partir de sus comunicaciones, pero no la negación de su existencia, como se da en la **desconfirmación**. Por otra parte, las **descalificaciones** que se presentan en forma de incongruencias o contradicciones, son otro componente de disfuncionalidad en la comunicación.

#### *Ciclo de vida familiar.*

La familia también es un sistema vivo en constante cambio y desarrollo a través de un ciclo de vida definido, que parte desde la perspectiva del individuo hasta la del sistema en su totalidad.

El término "Ciclo de vida" viene de la Sociología y hace referencia a una serie de etapas por las que pasa una persona desde su nacimiento hasta su muerte. Desde el punto de vista familiar se definen una serie de acontecimientos por los que la mayoría de las familias van a pasar a lo largo de su existencia de una forma más o menos secuencial. De acuerdo a Haley (1980), se pueden enumerar de la siguiente manera:

- Periodo de galanteo (noviazgo).
- Matrimonio.
- Nacimiento de los hijos y el trato con ellos.
- Dificultades matrimoniales en el periodo intermedio.
- Destete de los padres y retiro de la vida activa.

- Vejez.

Sin embargo, debido a los cambios culturales que suceden en todo momento, la clasificación dicha con anterioridad queda obsoleta, dado que las familias pueden presentar patrones más flexibles y de forma más variada.

Minuchin y Fishman en 1992 (Bermúdez, C. 2010) consideraron dichos cambios, analizando de manera más concreta a la familia en tres dimensiones:

- Dimensión sociocultural: Hace referencia a la cultura y al momento social en los que están inmersos los miembros de la familia. Los valores culturales y la influencia de los sistemas sociales más amplios influyen directamente en el modo y el tiempo de desarrollo de cada etapa.

- Dimensión psicológica: Hace referencia a cuestiones como la madurez que se va adquiriendo a medida que el individuo crece, cambios en el modo de reconocerse uno mismo y reconocer al otro o diferentes modos de vinculación entre los individuos en función de su momento vital.

- Dimensión biológica: Hace referencia a los cambios biológicos que se dan en el individuo.

Desde el paradigma sistémico se plantea la hipótesis según la cual una familia presenta un problema como resultado de un estancamiento en la etapa del ciclo vital en la que está a causa del estrés que le supone pasar al siguiente estadio. Todo ello genera un estrés que, en algunos casos, la familia no maneja adecuadamente, dejándola paralizada.

Las familias que funcionan de manera adecuada en esta dimensión son aquellas que son capaces de generar los recursos necesarios para llevar a cabo las tareas que requiere cada etapa del ciclo vital, mientras que la disfuncionalidad viene marcada por esa falta de habilidades, que va a poner de manifiesto a través de un síntoma o problemas.

Por tanto, los miembros de la familia pueden lidiar con diversas emociones que pueden desencadenar pensamientos de vulnerabilidad, falta de afecto, cambio en la propia percepción, etcétera. Si el sentimiento de bienestar que produce comúnmente la familia se ve desquebrajado ante alguna crisis, líneas como la emocional o física pueden mermar a sus miembros.

Por ello, las manifestaciones físicas ante la falta de adaptabilidad ante una crisis de la familia pueden ser síntoma en realidad de aquel problema, y si existe algún miembro que asuma la responsabilidad (o se le adjudique) de dicha situación, su problemática física se va a ver reforzada. Lo anterior es importante ya que en todas las familias existen pequeñas crisis en su día a día, el problema real de la disfuncionalidad está cuando el grupo no puede adaptarse para lidiar con ello, por lo que su bienestar se ve vulnerado.

En la perspectiva del paciente crónico, el grado en el que se va a ver afectada la familia y su esquema va a depender de la gravedad de la enfermedad que tenga el paciente y de la capacidad que tiene el grupo de afrontar dicho acontecimiento, además de la fase en la que se encuentre el P.I. (Rodríguez - Orozco, A. & Cols, 2009). El paciente adquiere un estatus especial dada la sobreprotección o la permisividad en la que se ve envuelto, sufriendo por sus limitaciones, pero en ocasiones aprovechándose de ellas, cuestión con la que deben lidiar sus familiares y deben saber identificar en la vida cotidiana. Durante la hospitalización es común el observar éste último fenómeno incluso con la conducta que presentan ante el equipo médico: poco cooperadores, "berrinchudos", aislados, enojados por el hecho de estar ahí o por no poder hacer más cosas (recordar que estados como el enojo elevan los procesos inflamatorios). Por ello, en el trabajo diario con el paciente se debe trabajar siempre para evitar las ganancias secundarias y que dicha conducta continúe o se siga reforzando en su ambiente cotidiano.

Se hablaba anteriormente de la capacidad que tiene el niño para expresar sus problemas, en particular con las enfermedades. Los síntomas del asma (en éste contexto) suprimen la comunicación verbal que esconde lo que el

infante en realidad quisiera expresar, sirviendo también de distractor ante la problemática real del sistema, ya que, si la familia centra su atención en el padecimiento del paciente, puede olvidarse (aunque de forma momentánea) de la verdadera problemática que alimenta a la crisis. Si el infante logra encontrar un patrón entre la expresión de sus síntomas y la aparente "calma" de los problemas dentro de la familia, y que ello resulta para disminuir la ansiedad de la que se ve envuelto, es cada vez más probable que se refuerce el hecho de la manifestación de los síntomas, pudiendo incluso empeorar si la acción de los mismo no es suficiente; en términos operativos prácticos, el paciente aprende mediante reforzamiento positivo y moldeamiento (Martin, G., 2000) a cómo manejar sus emociones sin expresarlas... pero tampoco atacando al problema real.

Otro aspecto importante a revisar en cuanto a la relación familia - salud es también la rigidez de la estructura cognitiva que predomina en cada sistema familiar, a qué le atribuye la familia el origen (y por tanto la forma de resolución) de los conflictos, mejor conocido como **locus de control** (Kimble, C., 2002). El locus de control interno habla de que todos los eventos, causas y consecuencias de los mismos, son atribuibles al sujeto mismo, es decir, no necesita de algún ente ajeno a él mismo para controlar o verse envuelto en diversas circunstancias, por lo que el mismo sujeto conoce las alternativas, fortalezas y limitaciones propias que le pueden ayudar o no a adaptarse y, por tanto, a solucionar sus eventualidades. Contrario a ello, el locus de control externo, atribuye el origen y el desenlace de los eventos a fenómenos o seres ajenos al individuo (o grupo en éste caso), es decir, predomina un pensamiento mágico que hace creer al individuo que alguna propiedad divina o del destino (por ejemplificar, aunque sea de manera burda) son las causantes de su circunstancia y, por tanto, son la solución también de la misma, esto reconociendo de forma poco común su rol en dicho evento.

Si la estructura familiar presenta un locus de control predominantemente interno, existe mayor probabilidad de un mejor apego al tratamiento, de querer conocer más sobre la enfermedad, de afrontar de manera más directa



la problemática actual y, por tanto, mayor eficacia en la reducción de la sintomatología asmática, esto dado la interacción proactiva de los miembros de la familia hacia la situación. Si por el contrario predomina un locus de control externo, la familia actuará con mayor probabilidad de forma reactiva que proactiva (Rodríguez - Orozco, A. & Cols., 2009), lo cual frenará generalmente cualquier forma de intervención que ayude a superar la enfermedad y además alimentando de forma constante la imagen de vulnerabilidad que tiene ya el paciente de sí mismo, no dejándole ser partícipe de su mejoría.

Todo ello dificulta el proceso de recuperación del paciente, incluyendo lo acontecido durante la hospitalización, sobre todo porque se manejan pérdidas que, aunque no siempre son mortales, sí implican un cambio de estilo de vida, costumbres e incluso relaciones, cuestiones que se tienen que ir "sacrificando" para buscar una mayor adaptabilidad a favor del bienestar del paciente.

#### **5.2.4 Las etapas del duelo y su aplicación en la hospitalización.**

Por otra parte, se debe de considerar que un ambiente hospitalario siempre tiene riesgos y que las complicaciones, en ocasiones, son inminentes. Esto va de la mano con el afrontamiento a la muerte (o cualquier situación crítica, sobre todo porque puede implicar **pérdidas**), lo cual a veces se pasa por alto por ser o muy cotidiano o un concepto muy estigmatizado que se evita en lo posible. De acuerdo a Kübler - Ross (Kübler - Ross, E., 2006), el ser humano posee un miedo natural a las pérdidas y busca mecanismos que lo alejen del concepto porque, a lo largo de la historia, se ha ido deteriorando dicha concepción, viéndose de algo sagrado a un evento que se debe de evitar, a pesar de que es parte de la Naturaleza misma.

Por ello, hay que reconocer las fases por las cuales el ser humano pasa ante la noticia de una pérdida esperada e inminente, es decir, el proceso saludable de la elaboración del duelo. Se marcan cuatro grandes etapas, de las cuales



es importante señalar que no se puede presentar la siguiente sin haberse superado la anterior, además de que la superación de cada una refleja el nivel de madurez emocional de la persona:

1.Negación. El conflicto central a resolver es la necesidad de desplazar la problemática hacia otras personas y apropiarse del mismo, es decir, aceptar y ver la realidad de su estado de salud. El mecanismo de negación sirve como amortiguador ante una situación muy crítica, llevando los niveles de ansiedad a un nivel que es más manejable para el paciente y que evitan una crisis emocional mayor. Además, se pone en juego la imagen de omnipotencia de algunos pacientes.

2.Ira. Después de que el paciente ve la realidad de su situación y deja de negar la misma, las emociones con las que se encuentra deben de tener una vía de salida, siendo el enojo la reacción impulsiva más fácil de expresar. La problemática es que la ira se reparte indiscriminadamente, por lo que el paciente la expresa con cualquier persona u objeto en los que pueda recaer dicha emoción. La forma de superarlo es encontrando la empatía de las otras personas, comprendiendo que no son enojos personales sino que se derivan de la impotencia de su situación, por lo que al darle dicho apoyo, la ira va disminuyendo paulatinamente.

3.Depresión. Al ver cada vez más clara la situación y haber gastado gran cantidad de energía en la fase de ira, viene una etapa en la que la realidad ataca más fervientemente y los mecanismos de defensa comienzan a derrumbarse, expresándose de forma más "pura" las emociones concernientes a la situación del paciente. La depresión sirve como vía de salida a la evidente frustración que genera la enfermedad, por lo cual el apoyo que se debe de dar es también con empatía, además de que el paciente comienza a preguntarse sobre el sentido de la vida, aunque no de forma tan profunda, pero las inquietudes al respecto tienen una atención particular.

4.Aceptación. En esta etapa el paciente ya está muy cansado. Ha expresado sus sentimientos lo suficiente como para quedar en paz consigo mismo y con el mundo. Comprende objetivamente su situación y está listo para partir

o asimilar la nueva situación. Da un repaso sobre su vida y valora su legado, por lo cual ahora el trabajo es con los familiares, ante la asimilación del inevitable hecho. Con el paciente el silencio y el habla a su petición es la clave.

Como se observa, es progresivo y cada etapa se trabaja de forma particular, pero pensando en las necesidades propias del paciente. Por ello, la importancia del equipo multidisciplinario cobra más valor. El conocer dicha situación ayudará a dejar los prejuicios sobre ese evento y a afrontarlo cuando sea necesario, desde el paciente hasta el médico tratante.

### **5.3 AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD ORGÁNICA DEL NIÑO: ASPECTOS DE HOSPITALIZACIÓN.**

El asma, independientemente del grupo de edad que se vea afectado, no sólo concierne al diagnóstico y tratamiento de cabecera en primer orden, sobre todo cuando el padecimiento ha afectado de manera más significativa al paciente y a su familia, es decir, cuando el aspecto crónico de la enfermedad ha provocado los estragos suficientes para requerir una atención más compleja y demandante, con el fin de preservar la vida del paciente y mejorar la calidad de la misma. En ocasiones, las exacerbaciones se presentan de manera tan catastrófica que requieren de atención de urgencia, corriéndose el riesgo de un daño muy grave o incluso la pérdida de la vida del paciente, por lo que, si las circunstancias lo requieren, tiene que ser ingresado a una sala de hospital a recibir tratamiento y esperar a que exista estabilización, lo cual se resume al análisis costo - beneficio que trae un evento como lo es una hospitalización.

#### **5.3.1 Curso de la enfermedad.**

Las enfermedades físicas pediátricas pueden clasificarse como de principio crónico o agudo. Las de principio agudo requieren de una movilización más rápida de las habilidades para manejar la crisis por parte de la familia, en

cambio, en la fase inicial de las enfermedades crónicas, se permite un periodo de ajuste más prolongado. El grado en que la enfermedad probablemente acorte la vida del niño es otra variable crítica, dado que las enfermedades pueden ser de índole progresiva o terminal, o menos graves (Shaw, R., 2009), por lo que el abordaje y la asimilación por parte del paciente y su familia se ha de adaptar de acuerdo a la situación presentada.

Finalmente, es importante determinar la fase en la que se encuentra la familia en términos de evolución de la enfermedad del niño. Los periodos de transición de una fase a otra a menudo requiere que los familiares reevalúen sus circunstancias e introduzcan cambios para acomodarse a las nuevas demandas de la enfermedad. Si logramos comprender empáticamente el proceso de asimilación que cursa la familia (de acuerdo con las etapas del duelo revisadas anteriormente), se podrá generar un abordaje multidisciplinario más concreto y efectivo.

### **5.3.2 Factores que afectan el ajuste familiar.**

#### *5.3.2.1 Factores de la enfermedad (Shaw, R., 2009).*

- Grado de predictibilidad.

El grado en que los familiares pueden anticipar las exacerbaciones agudas de la enfermedad puede afectar su habilidad para planificar a corto y largo plazo. La capacidad para planificar eventos importantes son imprescindibles para la calidad del funcionamiento familiar.

- Grado de discapacidad.

El grado de discapacidad física del niño tiene implicaciones importantes para la manera en que se distribuyen los roles en la familia.

- Estigma.

Los miembros de la familia pueden ser reacios a compartir información de la enfermedad del niño con sus amigos, familiares o colegas profesionales. Pueden negarse a mantener relación con sus amigos o a que los amigos de los hermanos sanos visiten la casa.

- Grado de monitorización.

El grado de supervisión y monitorización requerido para enfermedades específicas pueden tener un impacto significativo en la autonomía de los individuos del grupo familiar.

- Prognosis.

Un pronóstico incierto sobre la enfermedad puede dejar a la familia luchando con temores de recaídas o muerte y puede ser una fuente importante de estrés para la familia.

#### *5.3.2.2 Estructura familiar.*

Como ya se ha revisado, las familias son consideradas por estar formadas por diferentes subsistemas que están separados el uno del otro por límites y niveles de autoridad (Bermúdez, C., 2010; Shaw, R., 2009). Las familias saludables poseen un amplio rango y flexibilidad, de manera que los subsistemas interactúan entre sí, aunque bajo condiciones estresantes pueden desarrollar patrones de interacción más rígidos, cuestiones que durante el proceso de diagnóstico y prognosis pueden afectar al manejo adecuado de las herramientas de tratamiento y al mismo evento hospitalario.

#### **5.3.3 Impacto de la enfermedad en el funcionamiento familiar.**

La adaptación exitosa requiere que parte de la familia desarrolle una buena comprensión de la enfermedad y que reconozca sus potenciales complicaciones y tratamiento. La familia debe de continuar reconociendo las habilidades y facultades del niño mientras se acomoda a los cambios en la salud y capacidades del mismo.

#### *Fase de crisis.*

La fase de crisis es el periodo inmediatamente anterior y posterior al diagnóstico de la enfermedad pediátrica. Esta fase se caracteriza por el shock y la conmoción, seguida de cerca por sentimientos de duelo por la

pérdida potencial de la salud del niño. (Shaw, R., 2009). En esta época hay muchas oscilaciones entre la negación de la enfermedad y la aceptación de los cambios permanentes.

La fase de crisis representa una crisis existencial durante la cual la familia puede buscar algún significado en un esfuerzo para obtener un sentido de control. Es cuando probablemente la familia busque un soporte espiritual.

#### *Fase crónica.*

La fase crónica se manifiesta después del diagnóstico inicial de una enfermedad pediátrica y el reajuste a ésta. El apoyo social y la rehabilitación son importantes en esta fase para reducir la discapacidad y maximizar el funcionamiento. Las preocupaciones comunes de la fase crónica incluyen temores de recurrencias, preocupación por la imagen corporal, dificultades académicas y escolares, problemas con los pares y conciencia de las complicaciones de las enfermedades crónicas (Shaw, R., 2009). El término *mantenimiento de las conductas de la enfermedad* ha sido utilizado para describir a los pacientes con poca adherencia al tratamiento, dependencia excesiva del rol del enfermo, problemas de conducta y depresión (Shaw, R., 2009).

#### *Fase terminal.*

En la fase terminal de la enfermedad, la inevitabilidad de la muerte se vuelve evidente y domina la vida familia. La tarea principal para la familia durante la fase terminal es que se procesen las emociones y hagan los arreglos para la pérdida del niño (equivalente a la fase de aceptación, en lo ideal, de Kübler - Ross) (Shaw, R., 2009).

### **5.3.4 Afrontamiento de la hospitalización y los procedimientos.**

#### **5.3.4.1 Factores que contribuyen al malestar físico agudo.**

##### *Estilo de afrontamiento.*

El estilo de afrontamiento de un niño se define como el conjunto de respuestas cognitivas, emocionales y de comportamiento ante los factores de estrés (Van Horn y cols, 2001, en Shaw, R., 2009). El afrontamiento involucra el uso de estrategias particulares de manejo de los factores de estrés por el niño en distintos contextos. El estilo que el niño adopta depende de los recursos de afrontamiento disponibles para él, incluyendo la capacidad para resolver problemas, habilidades sociales, apoyo social, nivel de salud y energía, creencias positivas y recursos materiales (Rudolph y cols., 1995, en Shaw, R., 2009).

El afrontamiento orientado al acercamiento se refiere a conductas y pensamientos dirigidos a encauzar o manejar el factor de estrés o el sentimiento que éste genera. Este estilo contempla la formulación de preguntas, la demostración de intereses en el equipamiento médico y la búsqueda de soporte emocional y social previo a los procedimientos. Por otra parte, el afrontamiento orientado a la evitación se refiere a pensamientos y conductas destinadas a evitar la experiencia del factor de estrés a nivel físico, cognitivo o emocional (Shaw, R., 2009).

Las estrategias orientadas a la respuesta emocional se centran en regular la respuesta emocional al factor de estrés. Para factores de estrés médico agudos, las estrategias de afrontamiento enfocadas en la respuesta emocional tienden a ser más adaptativas principalmente porque el factor de estrés (por ejemplo, el tratamiento médico) es inevitable.

##### *Nivel de desarrollo.*

Los factores del desarrollo tienen un profundo efecto en la adaptación, afectando no sólo los recursos de afrontamiento disponibles para el niño, sino también su habilidad para procesar y beneficiarse de la información relacionada con su salud, para razonar acerca de las causas y responsabilidades de la enfermedad y permitir la adherencia terapéutica. Dichos recursos van a variar en cada etapa del desarrollo y se describen a continuación (Shaw, R., 2009):

- Edad preescolar: Las características de desarrollo de los preescolares pueden comprometer su adecuación a los factores de estrés médico. Los niños pequeños no pueden entender por qué sus padres no los protegen de los procedimientos médicos que se perciben como una amenaza y pueden sentirse intimidados por las separaciones forzadas durante los procedimientos debido a la ansiedad acerca de su integridad física, la separación de los padres y los encuentros con personas no familiares. También pueden tener dificultades debido a las limitaciones que imponen sus habilidades cognitivas, dado el pensamiento mágico característico de su edad, la lógica asociativa y los procesos de pensamiento concreto.

- Edad escolar: Los cambios en la maduración de los niños en edad escolar parecen estar relacionados con cambios en sus reacciones ante los factores médicos del estrés. La pérdida de control experimentada durante los procedimientos desafía las necesidades emocionales básicas y puede provocar sentimientos de ansiedad y desesperanza. También, los avances en las habilidades cognitivas pueden sensibilizarlos a nuevos aspectos de los encuentros médicos. Se pueden comenzar a desplegar miedos acerca del daño a sus cuerpos y la muerte, volviéndose incluso proclives a mal interpretaciones y preocupaciones fuera de lugar con respecto a los procedimientos médicos.

- Adolescencia: Los adolescentes enfrentan la tarea de desarrollar un sentido de autonomía respecto de su familia, habitualmente por medio de la



formación de relaciones de pares cercanas que fomentan un sentido de identidad y pertenencia. La aceptación de la autoridad y la renuncia al control requeridas para los procedimientos pueden resultar difíciles para este grupo etéreo y fomentar sentimientos de desesperanza y dependencia. Pueden volverse resistentes y no colaborar con los procedimientos médicos si ven desafiada su necesidad de control e independencia. Debido a su capacidad de pensamiento abstracto, los adolescentes pueden experimentar mayor temor acerca del pronóstico potencial o las implicaciones de las enfermedades orgánicas o los procedimientos. Sin embargo, sus habilidades cognitivas les permiten desplazarse por un rango mayor de estrategias de afrontamiento que atenúen sus miedos, incluyendo la autoayuda, la relajación a través de la imaginación y el reencuadre cognitivo.

#### *Historia clínica y experiencia médica.*

Los niños que han tenido experiencias previas de internación despliegan mayor ansiedad durante futuros procedimientos. Algunos investigadores han encontrado que los niños con experiencias previas utilizan un mayor número de estrategias de búsqueda para afrontar el estrés médico (Smith y cols., 1990, en Shaw, R., 2009). El conocimiento de las experiencias médicas previas puede sugerir qué intervenciones pueden resultar de ayuda para los niños para afrontar la ansiedad generada por los procedimientos médicos.

#### *Temperamento.*

Los niños más ansiosos pueden elegir técnicas de evitación de la experiencia del factor de estrés, mientras que los niños menos ansiosos tienden a la búsqueda de información sobre el factor de estrés.

#### *Interacción con los padres.*

El rasgo de ansiedad de los padres ha sido asociado con el malestar parental durante los procedimientos. El malestar de los padres puede interferir con su



capacidad para responder a las necesidades emocionales de sus hijos y para ayudar a sus hijos a generar estrategias de afrontamiento efectivas tanto a corto como a largo plazo. Los hijos de madres muy ansiosas, habitualmente, se muestran más tranquilos durante los procedimientos cuando sus madres no están presentes (Fishman y cols., 1989, en Shaw, R., 2009). El exceso de atención parental al malestar del niño por medio del reaseguro, empatía, disculpas o renuncia al control del niño también se asocia a mayor malestar en el mismo (Blount y cols., 1989, en Shaw, R., 2009).

#### 5.3.4.2 Factores que intervienen en el malestar físico crónico (adaptación a largo plazo).

La adecuación psicosocial puede definirse como un término que reúne a la adecuación psicológica, social y al desempeño escolar (Perrin, 1985, en Shaw, R., 2009). Los estudios han demostrado que los niños y sus familias son marcadamente resilientes para adaptarse a los desafíos que supone la enfermedad orgánica. Los niños con enfermedades orgánicas crónicas tienen una mayor probabilidad de sufrir trastornos mentales subclínicos o un menor umbral para desarrollarlos.

#### *Estilos de afrontamiento.*

Como se platicó en la sección anterior, los estilos de afrontamiento centrado en el problema y evitativo son cruciales para el afrontamiento de la enfermedad, pero dichos estilos se vuelven más significativos conforme el padecimiento se convierte en crónico y la familia tiene que lidiar con las proezas que consigo trae. El concepto anteriormente revisado de locus de control se vuelve central, porque pacientes que poseen un locus de control interno alcanzan mejores niveles de adaptación a largo plazo, mientras que los que poseen un locus de control predominantemente externo son más propensos a no cumplir el tratamiento o a sentirse deprimidos (Williams y Koocher, 1998, en Shaw, R., 2009). El locus de control de la salud interactúa

con otras variables, como el nivel de desarrollo, el trasfondo familiar o las creencias culturales y el temperamento del niño.

#### *Nivel de desarrollo.*

En contraste con la enfermedad aguda, en ningún estudio de poblaciones de niños con enfermedades crónicas se ha podido demostrar que la edad del niño influye sobre los problemas de conducta o la autoestima (Wallander y Thompson, 1995, en Shaw, R., 2009). Sin embargo, persiste la necesidad de evaluar las influencias de la edad del niño sobre la adaptación del desarrollo, particularmente en términos de los efectos de las transiciones del desarrollo como el ingreso escolar o la finalización de la escuela secundaria.

- Edad preescolar: Los preescolares con enfermedades crónicas experimentan la ansiedad y la vigilancia de sus padres a la vez que quieren y necesitan explorar el ambiente y separarse de ellos. Los padres de los niños preescolares crónicamente enfermos pueden experimentar shock, duelo y enojo luego del diagnóstico de la enfermedad y pueden negar los síntomas del niño (Donovan, 1989, en Shaw, R., 2009). Dichos sentimientos y conductas pueden condicionar un estilo ansioso o sobreprotector que puede afectar el desarrollo posterior del niño (Miles y cols., 1998, en Shaw, R., 2009).

- Edad escolar: Los niños en edad escolar habitualmente sienten ansiedad y preocupación a medida que comprenden las implicaciones de su enfermedad. La introducción de relaciones de pares significativas durante este periodo del desarrollo puede resultar problemática y difícil (Donovan, 1989, en Shaw, R., 2009).

- Adolescencia: Los adolescentes también experimentan sentimientos de tristeza, enojo y pérdida como resultado de su enfermedad orgánica. Los problemas más médicos crónicos pueden afectar el funcionamiento del adolescente en nuevas funciones normativas, comprometiendo áreas de su

vida como las relaciones interpersonales. Pueden temer a la muerte y pueden retirarse de su ambiente, lo que resulta en una mayor soledad. Los padres de estos jóvenes pueden experimentar creciente preocupación acerca de la adaptación psicosocial de sus hijos, pero pueden sentirse agotados por los desafíos impuestos a su rol parental.

#### *Historia de la enfermedad y experiencia médica.*

Los niños con enfermedades crónicas que requieren un control estricto de la enfermedad perciben, con el paso del tiempo, una dificultad creciente en el manejo de su enfermedad (Kovacs y cols. 1990, en Shaw, R., 2009). La gravedad de la enfermedad, sin embargo, no jugaría un papel significativo en la adaptación del niño y los problemas de conducta. Numerosos estudios han encontrado que en enfermedades que no comprometen el cerebro, como el asma, por ejemplo, generalmente existe escasa relación entre la gravedad de la enfermedad y la adaptación psicosocial (DeMaso y cols., 1990, en Shaw, R., 2009).

#### *Interacción con los padres.*

La ansiedad materna es de importancia en los problemas de conducta enunciados por la madre y en los síntomas psiquiátricos manifestados por el niño. Dicha ansiedad está relacionada con el aumento de los síntomas psiquiátricos referidos por el niño cuando se lo compara con sus funciones psíquicas basales (Thompson y cols., 1994, en Shaw, R., 2009).

#### **5.3.5 Reacción de los hermanos.**

En general, existe una disfunción psicosocial que se incrementa en los hermanos de niños con enfermedades crónicas. Algunos estudios señalan que los hermanos tienen mayor probabilidad de tener trastornos de conducta y del aprendizaje, mientras que, al mismo tiempo, otros han mostrado ser más tímidos y más ansiosos comparados con sujetos control (Stewart y cols.,

1992, en Shaw, R., 2009).

Los cambios que produce la enfermedad en el ámbito familiar tienen el potencial de interferir con las metas y rutinas de los hermanos sanos. Los padres pueden tener que luchar con la manera de distribuir los recursos disponibles y equilibrar lo bueno de un hijo y del otro. Los hermanos se encuentran entonces vulnerables a la ausencia de sus padres, que se ven absorbidos por las tareas de cuidados para el hijo enfermo. Los hermanos pueden ser llevados a situaciones de responsabilidad temprana a expensas de sus propias necesidades evolutivas.

Pueden existir fuertes sentimientos de resentimiento o quejas acerca de la injusticia en relación al trato especial o a los privilegios que recibe el hijo enfermo, deteriorando la relación del sistema padre - hijo, e incluso entre hermanos, al generarse coaliciones dirigidas en contra del hijo enfermo y los padres. Por ello, en una intervención de corte psicológico, el papel de los hermanos juega un papel crucial para sobrellevar los cambios emocionales, cognitivos y conductuales que han de reestructurarse para que el equilibrio de la familia sea lo mejor posible e incluso ejerzan como factor para la mejora conciente del enfermo.

### **5.3.6 Relaciones con el equipo pediátrico.**

Las interacciones entre la familia y el equipo médico influyen directamente en la experiencia familiar de la enfermedad del niño. El gran número de trabajadores de la salud involucrados (médicos, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, cirujanos) suelen brindar atención pediátrica compleja que aumenta las probabilidades de interferencia en la comunicación y conflictos en relación a la atención. Algunas familias reciben de buena manera la llegada de cuidadores externos, pero otras son más aprensivas y prefieren limitar el acceso de trabajadores médicos a sus hijos. Los problemas llegan a menudo cuando los padres y el equipo médico pediátrico no se poden de acuerdo con el plan de tratamiento.

Los miembros del equipo pediátrico pueden sentir presión para formar alianza con uno de los padres en contra del otro, teniendo en cuenta las decisiones del plan del tratamiento. El equipo y la familia deben de ser capaces de trabajar juntos a lo largo del proceso de duelo de una enfermedad terminal para prepararse para la muerte del niño. El equipo médico también puede experimentar sentimientos de fracaso, tristeza e ira relacionados con su incapacidad para curar al niño y pueden dejar de comprometerse desde el punto de vista emocional durante momentos críticos del tratamiento del niño; por ello es importante que todo el equipo tome las medidas precautorias personales para afrontar los retos emocionales que inherentemente trae consigo la atención en los pacientes, sobre todo en los casos de enfermedad crónica en los cuales el seguimiento genera con mayor probabilidad un vínculo de apego que no debe de afectar la objetividad del trabajo, pero puede ser una herramienta valiosa para que el niño y la familia se apeguen al tratamiento y puedan tener una red de apoyo adicional y bidireccional para afrontar el proceso.

## **5.4 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL NIÑO ASMÁTICO.**

### **5.4.1 La evaluación psicológica.**

En la práctica clínica habitual, el paciente, al solicitar una evaluación es porque detecta en sí mismo algún conflicto o problemática que necesita ser resuelto ya que suele representar para él un desequilibrio en su estilo de vida habitual y, por tanto, una fuente de incertidumbre constante que lo aqueja. Sin embargo, en un ambiente hospitalario como el que enfrentan los niños que requieren internarse en alguna institución de salud, al hacer la evaluación propia al paciente, se debe de tomar en cuenta que ellos no solicitan el servicio y que realmente es una situación circunstancial lo que orilla a realizar la evaluación, lo cual, en primera instancia, es importante de aclarar y que se debe de considerar a lo largo del entendimiento de la evaluación clínica al

niño asmático, esto con el fin de evitar sesgos que podrían causar observaciones erróneas por parte del Psicólogo.

La evaluación psicológica en niños tiene diversas particularidades al igual que las situaciones que se encuentran. Fuera de la hospitalización, los padres suelen solicitarla de forma más común por problemas de conducta o de aprendizaje, a veces, por la propia expectativa que el paciente en ocasiones aún no se siente preparado para cubrir al nivel que los padres quisieran, sintiéndose estos últimos con una herida a sus propios egos por la posesión del "hijo perfecto". Lo anterior ha sido un ejemplo de que, detrás de aquellos problemas de aprendizaje o conducta también existe un paciente emocional el cual (como se revisó en su desarrollo) necesita ir forjando su personalidad en función del tiempo y con ello tomarla como herramienta de adaptabilidad al medio. Por tanto, la evaluación psicológica va más allá de lo habitual a las solicitudes de los padres, pudiendo ahondar más aún en las demás esferas que componen al niño como persona.

Abordando ya lo que respecta a la evaluación dentro del hospital, el ambiente debe de contener las características adecuadas para que la evaluación se lleve a cabo de la manera correcta y, sobre todo, cumpla los objetivos particulares del para qué se realiza dicha evaluación con el fin de diseñar un plan de trabajo adecuado a cada paciente.

En primer lugar, un evento como lo es la hospitalización de un niño representa una situación estresante tanto para el paciente como para su familia (Shaw, R. 2009), por lo que la contención previo a la evaluación debe ser un componente esencial para generar la confianza oportuna y la información que sea necesaria recabar sea lo más confiable para el Psicólogo. Esto lleva a que todos los miembros de la familia (o al menos quienes acompañan al paciente) se involucren más allá del aspecto médico que, aunque es el tronco problemático en una situación de éste tipo, puede ser entendido desde la perspectiva psicológica y que puede explicar gran parte del padecimiento en el niño asmático.

Por otra parte, los padres se generan diversas expectativas ante el evento, lidiando incluso con las etapas del duelo descritas anteriormente, por lo que tanto ellos como el paciente serán reactivos ante su propia situación, por lo que la evaluación ha de ir también en función a los estilos de afrontamiento de la familia. Además, la culpa es un elemento que cada familia maneja de manera distinta: o asumen los padres la absoluta responsabilidad del estado del paciente o utilizan a la evaluación como aliada para disminuir dicha culpa, con el fin de disminuir la ansiedad propia que genera dicha carga. La contención, en este caso no es opcional y la familia, en cualquiera de ambas situaciones, debe comprender que un aspecto como el asma tiene orígenes etiológicos diversos, por lo que hay que recordar el aspecto multifactorial de la enfermedad y por tanto, su abordaje debe de ser de la misma manera, incluyendo a la evaluación.

El Psicólogo debe de conocer las herramientas que puede utilizar de acuerdo a cada paciente y sus particularidades, incluyendo diversas técnicas como:

#### *Entrevista.*

La entrevista clínica puede ser utilizada de acuerdo a los fines de la misma, es decir, se puede utilizar con fines de investigación, comprensión del paciente, diagnóstico y tratamiento, por lo que el estilo de la misma va a variar de acuerdo a la situación.

Se han clasificado dos tipos generales de entrevista (Esquivel, F. 2006):

- Cerrada: Las preguntas y su orden se determinan de antemano; el entrevistador sigue un esquema que no puede alterarse y debe hacer todas las preguntas que se contemplan en dicho esquema. Como en todo instrumento estructurado e incluso estandarizado, sólo permite una comparación más sistemática de datos, lo que puede ser de gran valor cuando se trata de estudiar a grandes grupos.



- Abierta: El entrevistador tiene toda la flexibilidad necesaria y puede hacer las preguntas que se deriven de la interacción única con un sujeto también único. Puede incluso hacer pocas preguntas o ninguna y dejar que la persona se exprese con toda la libertad posible. La entrevista abierta conduce a una investigación más amplia y profunda del entrevistado. Al permitirle expresarse libremente, se logra que el individuo configure el campo de la entrevista de acuerdo con sus propias características.

Existe también un punto medio entre ambos tipos de entrevistas, las llamadas entrevistas semiabiertas en las que se investigan determinadas áreas de la personalidad con cierta flexibilidad y sin tener que seguir un orden determinado o hacer las mismas preguntas a todos los sujetos, lo cual, aunque ya se tiene una pauta establecida, permite que se de énfasis en alguna área en específica, la cual puede ser crucial en el diagnóstico y tratamiento del paciente.

En el sentido de una institución hospitalaria como lo es el INER, los parámetros de investigación en cuanto al paciente deben de estar dentro de un protocolo, por lo cual se toma como marco de referencia la entrevista psiquiátrica estandarizada por el Instituto Nacional de Psiquiatría y que pueden revisarse las áreas que explora con más detenimiento en el Anexo 1. A pesar de ello, se toma también en cuenta las particularidades de cada paciente, por lo que el rumbo y énfasis de las áreas que explora el protocolo, también permite que de ser una entrevista cerrada, pueda ser utilizada una de tipo semiabierta, lo cual amplía el rango de información y la integración efectuada más adelante junto con las pruebas psicológicas sea más confiable y se puedan verificar entre sí los resultados.

#### **5.4.2 Test Gestáltico Visomotor de Bender.**

Al evaluar la percepción vasomotora se puede conocer el nivel de madurez neurológica del niño, así como detectar si existe alguna alteración a nivel



cerebral. Por tanto, si se evalúan las funciones de coordinación y percepción, se podrá determinar si existe un retraso en la maduración del sistema nervioso central o diferenciar de alguna lesión neurológica que afecte a la construcción visoespacial. Además, en una integración con demás instrumentos de tipo gráfico, es importante diferenciar entre los trazos dados por una alteración neurológica, o bien, entre otros que sean por la propia personalidad del sujeto, lo cual ha de ser de relevancia al momento de la integración final.

Para comprender mejor la función de esta prueba, es importante mencionar algunos conceptos básicos que son utilizados a través de la misma (Esquivel, F. 2006):

- **Maduración:** Va a depender del desarrollo fisiológico del sistema nervioso, lo cual generará pautas de conducta que aparecen en una secuencia ordenada, sin necesidad de que exista un conocimiento previo, ya que los cambios que operan en el sistema nervioso permiten que se desarrollen nuevas funciones, estableciéndose las conductas madurativas correspondientes a cada edad.
- **Madurez:** Va en función de la maduración y se refiere a aquel nivel de aptitud que ha alcanzado una función para encarar una situación determinada.
- **Aprendizaje:** Es un conjunto de procesos que permiten la adaptabilidad del sujeto ante nuevas situaciones, generando fuentes de información novedosas. Tiene lugar en el sistema nervioso central, especialmente en la corteza cerebral, por lo que tiene una estrecha relación con el desarrollo neurológico y psicológico, con lo que las alteraciones orgánicas afectarán de forma significativa su desarrollo. Se compone de Percepción (selección, organización e interpretación de las sensaciones de los sentidos), Coordinación Visomotriz (relación entre los movimientos del cuerpo y la visión), Memoria (capacidad a corto y largo plazo de retener información nueva y poderla recuperar cuando es necesario), Atención (capacidad para seleccionar entre un conjunto variado de estímulos), Pensamiento (es la

actividad cognitiva más compleja y se asocia a la manipulación voluntaria de la información codificada en la memoria, pudiendo partir desde una base concreta hasta convertir los símbolos en elementos abstractos.

Además de ello, el test parte de la Teoría de la Gestalt la cual menciona que las diferencias que se observan en la realización de la copia de un estímulo están dadas en función de que la percepción se organiza a partir de un todo, que se capta de manera inmediata e intuitiva, mientras que para la ejecución se debe de analizar ese todo decomponiéndolo en partes, ya que el dibujo no puede generarse de golpe, sino que es necesario realizarlo por partes. Por ello, el concepto de percepción visomotora se hace clave en cuanto al entendimiento de esta prueba y el conocer el desarrollo de la misma ha de facilitar el llegar a un posible diagnóstico de alguna alteración neurológica.

Entonces, la prueba ha de utilizarse con dos fines generales:

- a) El patrón de desarrollo y nivel de maduración del individuo.
- b) El estado patológico funcional u orgánicamente inducido.

Se utiliza para evaluar la función gestáltica visomotora tanto en niños como en adultos. Pueden evaluarse algunos aspectos emocionales debido a que el organismo responde de manera integrada, apreciándose características como la calidad del trazo, la distribución de las figuras en la hoja, el tamaño de las mismas y, como mencionara Pain en 1974 (Esquivel, F. 2006), el simbolismo que cada figura puede representar y que pueden proyectar las características emocionales de cada individuo. Sin embargo, a diferencia de las técnicas puramente proyectivas, el test de Bender tiene como objetivo la comparación de la maduración con respecto a otros individuos, por lo que las interpretaciones emocionales se deben de hacer con más cautela y como herramienta secundaria a la prueba misma.

### **5.4.3 Técnicas grafo - proyectivas.**

Si existe una actividad universalmente aceptada es la representación gráfica de los objetos, es decir, el dibujo. Desde tempranas edades representa una actividad de amplio esparcimiento en la que el niño tiene la oportunidad de utilizar su imaginación a su conveniencia, además de que es una herramienta muy útil en el desarrollo motor fino del mismo, así como una manera sumamente confiable de analizar el mensaje latente que el niño quiere comunicar con su creación pictórica, por lo que la utilización de estas técnicas resulta prácticamente imprescindible si se quiere conocer en una primera instancia la dinámica del niño y, sobre todo, la percepción de sí mismo y su relación con el ambiente.

Por tanto, para todas las pruebas grafo - proyectivas deben de considerarse varios aspectos:

- El nivel de maduración visomotora propia del niño (evaluada con el test de Bender) que ayudará a identificar rasgos propios de la personalidad del dibujo y no característicos de su etapa de maduración.
- La etapa del desarrollo psicológico por la que atraviesa el niño, de acuerdo a la superación de la etapa previa.
- Conocer la teoría psicodinámica ya que es en base a ésta en que se dan las interpretaciones, por lo que si no se poseen por lo menos los fundamentos básicos, la aplicación de éste tipo de pruebas resulta inútil.
- La individualidad de cada sujeto, ya que, al ser una prueba no estructurada, no existe un punto de comparación fijo con el cual basarse para generar un resultado, por lo que es importante la capacidad del psicólogo para las interpretaciones subjetivas, tanto del contenido manifiesto como del latente del test.

#### **5.4.3.1 Dibujo de la Figura Humana.**

El análisis de la personalidad de un individuo puede resultar una tarea ardua,

sobre todo si se le quiere relacionar con su muy particular forma de percibir y afrontar los conflictos que le aquejan, sin embargo, es tarea del psicólogo comprender la dinámica total de aquel individuo y se ha de valer de las herramientas necesarias para ello. Siendo así, el Dibujo de la Figura Humana ha sido una de las herramientas más utilizadas para conocer el estado propio del paciente, siendo una de las técnicas proyectivas que, aunque no tienen una validez totalmente estandarizada como otros test, sí aporta pruebas clínicas suficientes para establecer una base y conocer con mayor profundidad la dinámica propia del individuo.

Esta técnica depurada por Karen Machover (Esquivel, F. 2006) parte de un par de supuestos básicos:

- a) El individuo se percibe de una manera determinada, tanto una imagen física como una psicológica de sí mismo (autopercepción).
- b) Partiendo de esa percepción, el individuo asimila la información y genera una concepción subjetiva de sí mismo (autoconcepto).
- c) La asimilación de sí mismo estimula o genera un déficit en su estado anímico general (autoestima).
- d) Lo anterior puede reflejarse en una expresión no verbal e inconsciente, con lo que la utilización de los dibujos puede ayudar a integrar al individuo en sus diferentes conceptos.

Desde la Teoría Psicodinámica clásica se ha remarcado la utilización de los símbolos como herramienta que permite llegar al inconsciente. Se han llegado incluso a generar hipótesis sobre signos y símbolos universales que pueden explicar una buena parte del inconsciente total de la humanidad. Sin embargo, no puede permitirse en la práctica clínica el uso de dicha generalización y se debe de tener en cuenta el contexto propio del individuo, ya que eso permitirá correlacionar su estado particular y lo reflejado en el papel, con lo que el uso de un símbolo gráfico particular no significa necesariamente lo mismo entre dos sujetos.

Por tanto, el Dibujo de la Figura Humana ha de servir como test situacional al que el examinado se ha de enfrentar, partiendo desde la consigna de dibujar a la persona, el realizarla y resolver en el camino la tarea. Al ejecutar dicha acción se ven expuestas conductas verbales y no verbales, manifiestas y latentes, así como motoras (Hammer, E. 1984), que puntualizan en el producto final y permiten la integración de todas las partes en la personalidad y la conflictiva actual del individuo.

#### *Análisis del dibujo (Hammer, E. 1984).*

- **Secuencia de la figura:** Aquí es importante observar qué dibuja primero el individuo, si una persona de su propio sexo o del sexo opuesto. La gran mayoría dibuja una persona de su mismo sexo, considerándose atípico el hecho de realizar uno del sexo contrario, siendo importante entonces indagar sobre el por qué de esa acción, pudiéndose encontrar casos de confusión en la identificación de roles, rasgos homosexuales, dependencia, fijación o conflicto en el padre del sexo opuesto, etcétera.
- **Descripción de las figuras:** A partir de la descripción o historia sobre el dibujo que genera el individuo se pueden captar aspectos aclaratorios sobre la misma figura, ayudando a completar el cuadro de análisis.
- **Tamaño:** La relación entre el tamaño del dibujo y el espacio gráfico disponible puede vincularse con la relación dinámica entre el individuo y su ambiente, o entre el individuo y las figuras parentales. El tamaño expresa cómo responde el individuo a las presiones ambientales. Si la figura representativa del concepto de uno mismo es pequeña se puede hacer la hipótesis de que el individuo se siente pequeño y responde a los requerimientos del ambiente con sentimientos de inferioridad. Si la figura es grande responde a las presiones del ambiente con sentimientos de expansión y agresión.
- **Movimiento:** Casi todos los dibujos de la figura humana sugieren un tipo de tensión kinestésica que varía de la rigidez hasta la extrema movilidad. Los dibujos que sugieren mucha actividad son obra de individuos que sienten fuertes impulsos hacia la actividad motora, siendo individuos inquietos hasta

incluso hipermaniacos; por otra parte, los dibujos que dan la impresión de una extrema rigidez por lo general corresponden a individuos con conflictos grandes y muy profundos frente a los cuales mantienen un control rígido.

- **Distorsiones y omisiones:** La distorsión u omisión de cualquier parte de la figura sugiere que los conflictos del examinado pueden relacionarse con dichas partes. Tanto las partes borradas como las más marcadas, sombreadas o reforzadas tienen las mismas implicaciones que las distorsiones u omisiones. *Cabeza.*- Si existen alteraciones en ésta región, se habla de conflictos en el yo del individuo, pudiendo recurrir o a la extrema intelectualización o al escape a la fantasía. *Brazos y manos.*- Al ser los órganos corporales que se encargan del contacto y la manipulación, el conflicto puede basarse en la producción de hechos, en las relaciones con los demás o los niveles de extroversión del individuo.
- **Grafología:** El trazado puede describirse en relación con la presión, la dirección, continuidad y ritmo del dibujo, siendo que el trazo se vincula con el nivel energético. Entonces, un individuo con un gran impulso y muy ambicioso dibujará con líneas firmes, mientras que alguien con un nivel energético más bajo realizará líneas más suaves.

#### 5.4.3.2 Técnica de la casa, el árbol y la persona (H.T.P.)

La técnica de la casa, el árbol y la persona (H.T.P. por sus siglas en inglés) ha sido un instrumento de estudio de la personalidad muy valioso y completo, que permite adentrarse en el sujeto de una manera muy particular partiendo desde supuestos muy ambiguos al solicitarle la elaboración totalmente original de los dibujos.

Figuras como lo son la casa, el árbol y la persona son conceptos de gran potencia simbólica que se saturan de las experiencias emocionales e ideacionales ligadas al desarrollo de la personalidad, las cuales se proyectan cuando esos conceptos son dibujados (Hammer, E. 1984).

Buck decide utilizar esas tres figuras como imperativos para el análisis dinámico de la personalidad, partiendo de los supuestos de que son ítems

familiares para todos, hasta para el niño más pequeño; son todos conceptos bien aceptados por quien los dibuja; y estimulan una verbalización más libre (Hammer, E. 1984).

En general, y para que la prueba logre cubrir los objetivos de una prueba proyectiva como tal, tanto las instrucciones como el estímulo solicitado deben de ser lo suficientemente ambiguos para que el sujeto genere un producto que se derive desde su propia experiencia y se pueda analizar con ello el interior psicodinámico del mismo, por lo que se le solicita que no utilice ninguna clase de modelo para generar una copia, sino que desde su propia perspectiva cree los dibujos. Con ello, va a depender exclusiva y particularmente de cada sujeto la inclusión o exclusión de los detalles de cada una de las figuras junto con el significado que le asigne al mismo, tanto de forma manifiesta como latente, lo que permitirá, primero, un análisis particular para cada sujeto y, segunda, la certeza de que lo que se analiza es el interior del sujeto, ya que, aunque los estímulos son muy familiares, permiten y “exigen” (aunque sea de manera implícita) la proyección por parte del sujeto.

Esta técnica proyectiva (al igual que algunas otras, como el C.A.T.), el examinado tiene la oportunidad de seleccionar de entre todas las experiencias de su pasado, una en particular que refleja las necesidades y conflictos actuales, permitiendo con ello conocer el funcionamiento psicodinámico, sus defensas y adaptabilidad. Dicho episodio evocado permite también conocer los rasgos de personalidad más característicos al ser concernientes para enfrentar sus necesidades.

El H.T.P funge como una prueba simbólica en su totalidad y cada uno de sus elementos permite explorar partes particulares de la personalidad. La casa siempre ha sido símbolo de origen y relaciones familiares, viéndose con los niños muy en particular reflejadas las problemáticas de la dinámica familiar y la relación con los padres. El árbol y la persona son conceptos propios de la personalidad del paciente, donde le permite reflejar sus propias características, sobre todo lo que trata de la imagen corporal y el



autoconcepto, pero les diferencia que el dibujo del árbol permite conocer mejor el reflejo del propio sujeto al ser visto como un objeto más lejano que la propia persona, reflejando ahí los sentimientos más profundos e inconscientes de sí mismo, los más primitivos de su personalidad. En cambio, en el dibujo de la persona se permite visualizar los recursos que emplean los sujetos para manejarse con los demás y los sentimientos hacia ellos mismos (Hammer, E. 1984).

Clínicamente se puede observar que al dibujo del árbol se le atribuyen rasgos y actitudes mucho más conflictivos y emocionalmente más perturbadores que al dibujo de la persona, gracias a la distancia identificativa de la que ya se había hablado, siendo más probable el verse en la persona como un autorretrato de sí mismo.

#### **Casa (Hammer, E. 1984).**

- Techo: El techo indica y simboliza el área de la fantasía. El tamaño del techo es proporcional al grado que el individuo dedica su tiempo a la fantasía y en que recurre a ella en la búsqueda de satisfacciones. En cambio, cuando el techo aparece reforzado por una fuerte presión de las líneas lo más probable es que el sujeto se esté defendiendo de una probable pérdida de control ante el dominio de la fantasía, intentando escapar de la misma.

- Paredes: El grado de firmeza de las paredes refleja la fortaleza del yo y de la personalidad. También permite evaluar algún sentido de la realidad cuando las paredes son transparentes (permiten ver el interior), siendo más comunes en niños hasta cierta edad y como un factor, ya sea de dificultades mentales, o como indicador de esquizofrenia cuando aparece en adultos. La calidad del trazo refleja también dicha fortaleza.

- Puerta: Es la característica de la casa donde se ve reflejado el contacto con el ambiente, siendo su proporción con el resto de la casa y los seguros utilizados los que permiten observar el grado de extroversión o introversión del sujeto.

- Ventanas: Son un medio secundario al contacto con el ambiente.



- Chimenea: Puede reflejar conflictos psicosexuales, además de los recursos que puede poseer el sujeto para canalizar los problemas actuales, ya que simboliza una vía de escape para los mismos; se relaciona con el humo.
- Humo: Al salir de la chimenea, puede indicar una tensión interna en el individuo, conflictos o necesidades no resueltas en la situación del hogar. Cuando el humo se desvía de forma significativa, significa que las tensiones también se ven regidas por una buena parte por el ambiente.
- Perspectiva: Cuando la persona rechaza la situación familiar y desea alejarse de la misma, generalmente dibujan casas cuya perspectiva no permite ver su parte frontal, o se encuentra muy alejada de la vista del espectador. Cuando sobrevaloran su propio papel en la familia, generan dibujos con la llamada "visión de ojo de pájaro", apreciándose la casa desde una perspectiva superior, siendo sujetos que tienden a poseer sentimientos de superioridad; en cambio, cuando generan dibujos con la llamada "visión de gusano" suelen reflejar una actitud de rechazo por parte de la familia hacia ellos.
- Accesorios: Para los individuos que manifiestan una falta de seguridad en su yo, se observa que sus dibujos necesitan ser reforzados por elementos adicionales que una casa básica no contendría, como arbustos, paisajes, animales, etcétera.

### **Árbol (Hammer, E. 1984).**

- Tronco: Simboliza la fortaleza básica de su personalidad. También cuenta la historia percibida por el sujeto ya que, cuando existen marcas en el mismo, reflejan eventos importantes e incluso traumáticos en su historia, sintiéndose heridos, o cuando dibujan un animal en el tronco, puede que en realidad se sientan identificados con el animal o invadidos en su personalidad.
- Raíces: Cuando son demasiado grandes, el sujeto tiene demasiada preocupación por el contacto con la realidad ya que es lo que mantiene al árbol sujeto a la tierra. Cuando se hace significativo, la visualización de las raíces a través del suelo habla de un deterioro en la percepción de la realidad del paciente. Cuando el árbol está dibujado al borde de la hoja, habla de

inseguridad y retraimiento en el ambiente.

- Ramas: Las ramas representan los recursos que el individuo posee para obtener sus necesidades del medio extendiéndose hacia los demás y ramificándose en logros acertados. La dirección y firmeza de las ramas hablan del estado actual del sujeto, pudiendo tener rasgos minimizantes o de expansión excesivas.

- Edad adscrita al árbol: La edad del árbol se vincula con el nivel psicosexual que el examinado siente poseer.

- Árbol muerto: El comentar que el árbol está muerto o está en proceso de, siempre es indicativo negativo que refleja sentimientos de inutilidad, con claros rasgos depresivos y posibles ideas de suicidio. También puede ser producto de algún evento altamente traumático por el que el sujeto necesita salir de su realidad de forma abrupta.

### **Persona (Hammer, E. 1984).**

La persona va a constituir el concepto del H.T.P. que con mayor frecuencia se realiza de forma incompleta o se rechaza totalmente ya que se asimila como "autorretrato" y, de las tres figuras, es la que se acerca más a uno mismo, por lo que el individuo hará lo posible por utilizar las defensas que le sean posibles e intentará proyectar su mejor imagen, lo cual también ayuda a identificar ciertos ideales de su autoconcepto.

En general, el dibujo de la persona puede motivar tres grandes temas (Hammer, E. 1984):

a) El autorretrato: donde el individuo revela tal como se siente y se percibe, definiéndose con exactitud su complexión, forma de la cara o proporciones que pudiesen ser reales a sí mismo.

b) El ideal del yo: el individuo dibuja expectativas reales o ficticias de su propio yo y de cómo pudiera autorrealizarse, tanto a nivel físico como psicológico.

c) Representación de personas significativas para el individuo: puede ser una

persona con valencia positiva o negativa para él y se considera como un factor influyente adicional al medio que afecta en alguna manera la vida del individuo. Se presenta de forma más común en los dibujos de los niños (y siendo más habitual una figura parental) gracias al proceso propio de identidad que es parte vital de su desarrollo.

#### **5.4.4 Test de Apercepción Temática para Niños (C.A.T.).**

Otra herramienta muy importante y particular es el Test de Apercepción Temática para Niños (C.A.T. por sus siglas en inglés) el cual permite observar más a fondo y desde el discurso del niño sus conflictos actuales y la percepción de su medio, además de que explora una amplia gama de temáticas relevantes en la formación de su personalidad.

Esta prueba se deriva de la similar versión adulta T.A.T. publicada en 1935 por Morgan y Murray, y de la que Leopold Bellak genera las láminas infantiles en 1949. Ambas parten del principio de que los sujetos al relatar una historia con base en un estímulo presentado revelan de manera muy personal la forma en la que perciben y manejan su medio, sus situaciones en el mismo y las relaciones objetales que surgen de los mismos.

Bellak basa su fundamento teórico en algunos postulados de Freud (Esquivel, F. 2006) de los cuales recupera un par de conceptos: el contenido manifiesto (lo que el niño cuenta como tal) y el contenido latente (el significado real e interpretativo de las narraciones), los cuales son fundamentales para comprender la funcionalidad de la prueba y para la interpretación propia. El contenido manifiesto ofrece interpretar a la inmediatez al estímulo presentado en cuanto a la temática propuesta y el estilo de narrativa utilizada por el sujeto; por otra parte, el contenido latente permite comprender la dinámica del sujeto, sus fantasías, miedos, mecanismos de defensa y conflictos de su personalidad.

Por tanto, las pruebas de apercepción permiten la exploración del mundo

subjetivo del sujeto, comprendiendo con ello el cómo se estructura su mundo a partir de sus deseos, motivaciones y conflictos, ayudando a relacionar ello con su respectivo patrón comportamental.

Otro concepto importante utilizado en este tipo de pruebas es el de proyección. Freud es quien comienza a utilizarlo de manera un tanto rudimentaria en 1895, pero es hasta el año de 1911 cuando comienza a formalizar su concepto (Esquivel, F. 2006), llegando a constituir un mecanismo de defensa inconsciente en el que la persona atribuye a otros un rasgo o deseo propio que le resulta inaceptable admitir como propio, por tanto va a tener una función protectora con el fin de resolver algún conflicto afectivo.

Considerando dicho concepto, Murray, el creador del T.A.T. lo consideró para su prueba con el supuesto de que los recuerdos de las percepciones influirán en la percepción de los estímulos actuales y, por tanto, en su conceptualización propia. Es entonces cuando decide aplicar el término **apercepción** para referirse a esa segunda estructuración, es decir, a la interpretación subjetiva y dinámicamente significativa de una percepción, basada en la experiencia pasada.

Posteriormente, el propio Bellak considera aquel concepto, mencionando que toda interpretación subjetiva será una distorsión aperceptiva dinámicamente significativa, constituyendo así la base de la interpretación de las pruebas aperceptivas.

Además, las pruebas se consideran temáticas ya que al sujeto siempre se le sugiere (aunque no de manera directa) el abordar un tema esencial en cada lámina, reflejándose en cada una la particularidad para la que fueron diseñadas.

Entonces, en base a la antropomorfización de figuras animales, se pretende que el niños aborde los temas referentes a cómo percibe sus miedos y cómo

aborda los conflictos actuales. Bellak considera importante la utilización de animales en sus láminas debido a varias razones (Esquivel, F., 2006): el niño conoce de forma temprana sobre los animales en relatos y fábulas, el contacto con mascotas, la correlación encontrada en las láminas de Rorschach sobre la mención de animales y, por último, la aparición de animales en sueños infantiles y en rituales de los pueblos primitivos.

Además, el uso de animales permite que el niño se identifique más fácil con ello y que pueda depositar sus conflictos en dicho objeto, ya que cuesta más trabajo hacerlo con personas cercanas del mundo real. Al identificarse con el animal, le atribuye sus propias actitudes, sentimientos y necesidades ante el conflicto, convirtiéndolo en el "héroe" del relato.

Entonces, se encuentra otro concepto sumamente importante que es la **identificación**. En 1979 Laplanche y Pontalis (Esquivel, F., 2006) definen a la identificación como el proceso psicológico mediante el cual el sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo del otro y se transforma total o parcialmente sobre el modelo de éste. Por otra parte, Freud habla sobre el mismo concepto, refiriéndose a él como un proceso normal del desarrollo mediante el cual el niño moldea su personalidad según la figura de sus padres y otras importantes de su ambiente, siendo importante para el desarrollo de la conciencia, la internalización de valores y normas sociales, así como la adopción de una identidad de conductas sexuales masculinas o femeninas. Entonces, tomando a ambos autores, puede concluirse que la identificación es un proceso de internalización del objeto y es también el resultado final de este proceso, teniendo como meta que el niño alcance su identidad, es decir, que se sienta como él mismo, manteniendo un buen grado de cohesión de su personalidad y sus actitudes para poder enfrentar los cambios propios y del medio.

Por tanto, el Test de Apercepción Temática permite explorar la dinámica utilizada por el niño que conforma a su personalidad y el cómo percibe al medio a partir de dicha dinámica, revelando sus recursos propios para



afrontar los conflictos y también las limitaciones hacia los mismos, poniendo de frente sus propios mecanismos de defensa, que también hablan de la forma en la que se protege del ambiente, así como la relación conductual de la propia dinámica, por lo que se puede concluir que es una prueba de gran utilidad para ampliar en el aspecto dinámico e identificativo del por qué del paciente.

## **5.5 TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO DE LA SINTOMATOLOGÍA ASMÁTICA.**

### **5.5.1 Fundamentos teóricos.**

Anteriormente ya se había abordado el papel que tiene la familia como unidad funcional. Se entiende, entonces que funge como un “sistema” en el cual se observa la perspectiva desde el grupo en su totalidad y que por ello el pensamiento sistémico se enfoca a ser global y complejo (Bermúdez, C. 2010). Y a pesar de que solamente sea un miembro de la familia quien presenta la sintomatología asmática, es importante recordar, desde los términos de esta teoría, que todo ser humano es indiscutiblemente biológico y también social, por lo que el aislamiento de una disfunción no se debe de centrar solamente en el paciente identificado.

#### *Teoría General de los Sistemas.*

La Teoría General de los Sistemas está descrita desde la Biología, siendo descrita por primera vez por el biólogo austriaco Ludwing Von Bertalanffy y afirma que el universo está compuesto por elementos que interaccionan entre sí construyendo un sistema (Bermúdez, C. 2010).

Más tarde se toma dicho concepto para aplicarlo al campo de la Psicología, puliendo el término y definiéndolo como el conjunto de objetos así como de relaciones entre los mismos como entre sus atributos. Los objetos son partes del sistema, los atributos son las propiedades de los objetos y las relaciones

mantienen unido el sistema.

Los sistemas pueden ser cerrados o abiertos: en el caso de los cerrados no existe ningún tipo de intercambio con el ambiente, en cambio, con los sistemas abiertos sí existe esa interacción con el exterior. Además, los sistemas abiertos se caracterizan por (Bermúdez, C., 2010):

- Complejidad organizada: Cada sistema está compuesto por un número finito de elementos que se relacionan entre sí de manera que un cambio en uno de ellos supone un cambio en los demás y en el sistema en conjunto.
- Totalidad: Hace referencia a la interacción dinámica de las partes de un sistema de manera que los modos de interaccionar y actuar del mismo no son explicables por la suma de sus partes tomadas de forma aislada.
- Equifinalidad: Se refiere a que dos resultados idénticos pueden tener orígenes diferentes, puesto que el resultado va a depender de la naturaleza del proceso. A la inversa, idénticos orígenes pueden llevar a diferentes resultados (equipotencialidad).
- Entropía negativa: Es el avance del desorden y la desorganización de un sistema cuando no es atendido.
- Causalidad circular: En la interacción entre sistema o entre partes del sistema todo es principio y fin, todo comportamiento es causa y efecto, no hay una causalidad lineal.

### *Teoría de la Comunicación Humana.*

Los estudiosos del lenguaje han definido al mismo en tres grandes áreas de estudio: la sintáctica, que se refiere a la transmisión de la información en relación a sus aspectos físicos; la semántica, enfocada a lo relativo al significado de la comunicación; y la pragmática, que estudia la influencia de la comunicación en la conducta del individuo. Por lo tanto, desde la perspectiva de la **pragmática**, toda conducta, y no sólo el habla, es comunicación, y toda comunicación afecta a la conducta (Bermúdez, C., 2010). Desde este supuesto se parte entonces como otra de las grandes



bases de la Teoría Sistémica en su parte de intervención.

Al ser conducta y verse afectada por la misma, la comunicación en el sistema puede dar una idea de cómo es la relación entre los diferentes emisores y receptores que continuamente intercambian papeles, lo cual llega a ser la herramienta básica para el entendimiento del sistema. Sin embargo, debe de tenerse en cuenta en todo momento el contexto en el que se desenvuelven y nunca dejar de lado el lenguaje no verbal, el cual es sumamente importante y representa la mayor parte de todo el esquema comunicativo total.

Dentro de la Teoría de la Comunicación existen cinco grandes axiomas por los que se rige (Bermúdez, C., 2010):

- Primer axioma: *Es imposible NO comunicar.* En la interacción emisor - receptor, toda conducta tiene un valor comunicacional.
- Segundo axioma: *Hay dos niveles comunicacionales, el de contenido y el relacional.* El nivel de contenido se refiere a lo que se transmite (lo verbal), mientras que el relacional hace referencia a cómo se transmite la información (no verbal).
- Tercer axioma: *el intercambio interaccional está determinado por la puntuación de las secuencias entre los comunicantes.* La puntuación de la secuencia hace referencia a la posición que toma cada uno en la interacción, el punto desde donde parten. La puntuación organiza los hechos de la conducta.
- Cuarto axioma: *Toda comunicación se transmite de manera digital y analógica.* El nivel de contenido del que se habla en el segundo axioma se transmite de forma digital, mientras que el nivel relacional se transmite de manera analógica, por lo que el mensaje analógico hablará de la relación entre el emisor y el receptor.
- Quinto axioma: *Los intercambios comunicacionales pueden ser simétricos o complementarios según estén basados en la diferencia o la igualdad.* En una relación sana se dan ambos tipos de intercambio. Cuando la relación es demasiado simétrica (denominada "escalada simétrica"), los participantes no



aceptan la desigualdad en lo absoluto; en cambio, cuando es demasiado complementaria (denominada "complementariedad rígida"), existe una desigualdad extrema bien definida.

### *La Cibernética.*

Este último concepto básico de la Teoría Sistémica se basa fundamentalmente en el supuesto en el cual las funciones de control, intercambio de información y procesamiento de la información poseen mecanismos de retroalimentación ("feedback") que permiten su autorregulación.

El "feedback" se refiere al efecto que produce la acción de un miembro de un sistema sobre otro, convirtiéndose en información que este último va a emplear para determinar cuál es la siguiente acción a realizar por su parte. De aquí se deriva el "feedback negativo" que regula los sistemas, corrigiendo posibles desviaciones de las pautas habituales. Contrastando, el "feedback positivo" favorece la posibilidad de cambio (lo que se buscaría en un sistema terapéutico); dicho cambio va a funcionar como un desafío para el sistema incluso provocando un desequilibrio temporal, pero con el que se busca uno nuevo para adaptarse a las circunstancias venideras.

Todo ello se rige gracias al concepto de **homeostasis**, el cual es el estado constante que mantiene un sistema a través del feedback negativo. En cambio, la **morfogénesis** se rige por el feedback positivo y es el proceso por el que se rompe el equilibrio y provoca cambios.

Dentro de la Cibernética aplicada a la Psicología se derivan dos tipos:

- Cibernética de Primer Orden: Se caracteriza por la separación entre el observador y el observado (el terapeuta se separa de la familia).
- Cibernética de Segundo Orden: No existe la separación descrita en la de Primer Orden, ya que el terapeuta y la familia construyen una nueva

realidad de manera conjunta y paralela. La relación terapeuta - familia es menos jerárquica, más igualitaria y de mutua colaboración. Se buscan cambios relacionales y no sólo conductuales.

### **5.5.2 Principales escuelas en Terapia Familiar Sistémica.**

#### **5.5.2.1 Escuela Intergeneracional.**

También conocida como escuela Multigeneracional o Modelo de Familia de Origen, tiene como principales exponentes a Murray Bowen, Iván Boszormenyi Nagy y James Framo.

La corriente trabaja con por lo menos tres generaciones sobre aspectos como los acontecimientos claves que han influido en sus vidas, las creencias que sostiene la familia, las lealtades familiares y la influencia intergeneracional en el funcionamiento actual familiar. Se invita a que los individuos, parejas y familias “vuelvan” a sus familias de origen para resolver asuntos pendientes ya que, de esta manera se puede alcanzar un nivel de maduración que permita establecer relaciones sanas sin proyectar asuntos no resueltos del pasado en las relaciones actuales (Bermúdez, C. 2010).

Los objetivos a alcanzar con esta escuela son:

- Lograr un crecimiento personal y familiar a partir de la separación sana de la familia de origen.
- Cambiar la manera en la que los miembros de la familia se relacionan entre sí.
- Aprender a partir de una nueva narrativa de la relación con la familia de origen, nuevas pautas de interacción con los otros.

#### **5.5.2.2 Escuela Simbólico – Experiencial.**

La Terapia Simbólico – Experiencial comienza con la obra de Carl Whitaker,

John Warketin y Thomas Malone. Presupone que la experiencia es la que hace cambiar a las familias y no necesariamente la instrucción ni la formación. Esta terapia es un proceso interactivo que utiliza el lenguaje metafórico y lo que subyace a los pensamientos y a las acciones. Su objetivo es, a través de la experiencia y de la toma de conciencia de valores, creencias y necesidades, producir un proceso de crecimiento (Bermúdez, C. 2010). Pone más énfasis en el concepto de salud que en la búsqueda de la patología en sí.

Whitaker (Bermúdez, C. 2010) aprende con el trabajo con niños cómo éstos utilizan símbolos, cuentan historias con los juguetes y tienen una gran dosis de espontaneidad, lo que le enseña a experimentar la vida de un modo más lúdico, lo que posteriormente aplicaría en su terapia. Por su parte, Malone en su obra "Las raíces de la psicoterapia" desarrolla nuevas técnicas para abordar la vida desde el presente, no desde el pasado.

Por tanto, el terapeuta tiene que ingresar en el mundo simbólico de la familia, que se proyecta en la mitología de ésta (Bermúdez, C. 2010). En las familias existen mitos como el éxito profesional, la unidad o la supervivencia y una manera de conocerlos es a través de sus rituales. Preguntar sobre los ritos cotidianos como la hora de levantarse, de comer o las celebraciones diversas provee al terapeuta de información valiosa y reveladora sobre la organización del mundo simbólico de la familia, y partir de allí para diseñar un plan de intervención apto para esa familia en particular. Entonces, el terapeuta (Bermúdez, C. 2010):

- No es responsable de la vida de la familia, pero sí de la terapia.
- Es receptivo a las iniciativas y las respuestas de la familia.
- Utiliza el juego, el humor y experiencias espontáneas como formas de romper esquemas, ideas preconcebidas y prejuicios, tanto personales como de familia.
- Tiene un estilo provocativo.
- Tiene que facilitar a la familia a que comparta sus secretos.

- Tiene que ser honesto y consecuente.
- Tiene que saber mantener la tensión y la ansiedad, como forma de provocar el cambio.
- Revela experiencias personales como manera de unirse a ellos, empatizar y favorecer el vínculo.

### 5.5.2.3 Enfoque del Mental Research Institute (MRI).

Se enmarca dentro de los enfoques de “Terapia Breve”. Creada en 1968 por Watzlawick, Weakland, Fish y Segal en California, su orientación va dirigida a que el síntoma se origina en un cambio en la vida del paciente, de su familia o de ambos al que se le denomina “dificultad” (Bermúdez, C. 2010). Se deja a un lado el estudio de la influencia del ciclo vital en la aparición de los problemas y del origen de los mismos para centrarse en comprender qué es lo que está manteniendo el problema en la actualidad y cuáles son los intentos de solución que la familia ha llevado a cabo. Por tanto, se parte de la hipótesis de que un problema permanece porque, tras fracasar en el intento de solución, se intenta aplicar la misma solución de forma insistente y continuada, con lo que el problema se mantiene.

Los autores encuentran cinco grandes tipologías en las familias en cuanto a maneras de solucionar los problemas, que son las más comunes y persistentes, y los alejan de encontrar una solución real y salir de su dificultad (Bermúdez, C. 2010):

- Forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente.
- Dominar un acontecimiento temido aplazándolo.
- Llegar a un acuerdo mediante coacción.
- Un cambio de dirección.
- Cómo empeorar el problema.

Por tanto, el abordaje terapéutico de este enfoque pretende que la intervención esté centrada sobre las respuestas ineficaces que dan los

pacientes y las familias para solucionar los problemas. La idea es salir totalmente de los protocolos impuestos entre la misma familia para sí misma, exponer nuevas y hasta radicales alternativas frente a lo que se ha hecho hasta ahora y generar un cambio verdadero.

#### 5.5.2.4 Enfoque Estructural.

Entre 1965 y 1970, Salvador Minuchin desarrolla este peculiar modelo, partiendo del supuesto de "estructura" que se define como "un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia" (Minuchin, 2005, en Bermúdez, C. 2010). Con esta perspectiva, el autor define a la familia como "un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción; las pautas constituyen la estructura familiar que, a su vez, rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar tareas esenciales, como apoyar la individuación, al tiempo que proporciona el sentimiento de pertenencia" (Minuchin y Fishman, 1992, en Bermúdez, C. 2010).

El terapeuta ya no observa solamente la estructura, sino que se incluyen otros factores como la biología, los valores, las creencias, las narrativas que se van construyendo, comunicando y modificando a través de las interacciones. Entonces, los terapeutas estructurales abordan cómo las narrativas del pasado influyen en las conductas problemáticas del presente y cómo se pueden utilizar para reestructurar la situación familiar actual.

Desde este enfoque, la familia es concebida como un sistema social abierto y en continuo cambio que debe afrontar las tareas propias de cada etapa del ciclo vital. Dicho afrontamiento requiere de una serie de procesos de adaptación continuos que suponen cambios en la estructura familiar. Los conceptos básicos que maneja este enfoque incluyen (Bermúdez, C. 2010):

- Subsistema: Es el subgrupo que se constituye dentro del sistema familiar, formado por los miembros de una familia que se unen para realizar una serie de tareas determinadas. Los subsistemas son el *subsistema parental* (pareja en función de padres), *subsistema conyugal* (las mismas personas en función de pareja), *subsistema filial* (constituido por los hijos) y *subsistema fraternal* (los hijos en función de hermanos).
- Frontera o límite: Es una forma simbólica de denominar el grado de proximidad o distancia que hay entre dos individuos o entre subsistemas. Los límites pueden ser flexibles, permitiendo la entrada y salida de información, o rígidos, impidiendo todo ello.
- Jerarquía: Hace referencia al orden en que se sitúan los miembros de una familia en función de variables como la toma de decisiones, control de la información familiar, entre otras. Define la función de poder dentro del sistema familiar.
- Alianza y coalición: La alianza se define como el grado de afinidad entre dos miembros de una familia. Cuando esta afinidad se da por oposición a un tercero la alianza se denomina coalición.

Para evaluar a una familia desde este enfoque, se deben de considerar los aspectos anteriores. La evaluación debe consistir en descubrir qué impide a la familia alcanzar sus metas y unirse al trabajo terapéutico en una visión de perspectiva, desde el punto de partida hasta donde quieren llegar. Para ello, Minuchin (Minuchin, S. 2007) propone cuatro pasos para la evaluación de las familias:

- Paso uno: Abrir el motivo de consulta.

Es el paso donde lo que sería una terapia habitual se transforma en una terapia familiar. Se cuestiona la certeza que tiene en ese momento la familia en cuanto a que el problema primario se localiza en la maquinaria de un paciente individual y se extiende la perspectiva a la familia como sistema. Se localizan competencias propias de la familia y se redefine el significado de la problemática, explorando los síntomas, su contexto, efectos y las dificultades

por las que ha cruzado la familia ante el mismo.

- Paso dos: Señalar las interacciones que mantienen el problema.

El reto para el terapeuta está en ayudar a la familia a que se den cuenta de cómo sus acciones contribuyen a mantener el problema, siendo el paso donde se pueden encontrar de forma más certera las resistencias propias de los sujetos, por lo que el terapeuta debe de tener la habilidad suficiente para lidiar con dichas resistencias y ayudar a lograr la visión de la perspectiva interactiva para con el problema. Al final, los miembros de la familia estarán dispuestos a cambiar su forma de relacionarse si se consideran capaces de mirar las nuevas perspectivas en aras de ayudar al paciente identificado.

- Paso tres: Exploración del pasado centrada en la estructura.

Para ayudarles a comprender cómo llegaron a su actual visión limitada de ellos mismos y de los demás, es importante explorar el pasado de la familia, más específicamente de sus miembros adultos. Esta es la parte psicodinámica del método sistémico estructural de terapia. El objetivo es localizar en la narrativa los patrones que pudiesen estar acarreado los adultos hacia su propia familia y hallar nuevos significados. Los hijos permanecen generalmente como público de las historias de sus padres.

- Paso cuatro: Exploración de nuevas formas de relacionarse.

Ya habiendo obtenido un compromiso y conocido un poco de las entrañas del pasado de los miembros de la familia, éstos junto con el terapeuta hablan de quién necesita cambiar qué y quién está dispuesto o no. La terapia, en este punto, se convierte en un proceso en el que se presiona a las familias a ir a donde no se encuentran sentido (como en lo explorado en el paso dos), pudiéndose encontrar nuevas resistencias incluso.

El propósito de la evaluación debe ser el descubrir con las familias una forma nueva y útil de comprender sus dilemas y explorar los recursos con los que cuentan para sanar (Minuchin, S. 2007). Se intenta comprender el síntoma como resultado de una estructura familiar alterada, ya sea por una jerarquía



inadecuada o incongruente, límites difusos o demasiado rígidos, etcétera (Bermúdez, C. 2010).

#### 5.5.2.5 Enfoque estratégico.

Desarrollado por Jay Haley y Cloé Madanes, tiene su origen en la hipnosis, práctica terapéutica desarrollada por Milton Erickson. Su concepto de hipnosis no alude a un ritual, sino a un tipo de comunicación entre los individuos, así, define el trance hipnótico como un intercambio entre dos personas.

El objetivo de un terapeuta estratégico - hipnólogo es modificar tanto la conducta como la respuesta sensorial, la conciencia de otra persona; es lograr también nuevas maneras de pensar, sentir y comportarse (Bermúdez, C. 2010). Define el problema como "el conjunto de conductas que forman parte de una secuencia de actos entre dos personas (Haley, 1980, en Bermúdez, C. 2010). El síntoma es una forma metafórica de expresar el problema y de intentar una solución, es el modo que tiene la persona para comunicarse con los demás y algo necesario para preservar la homeostasis o equilibrio del sistema.

Haley (Bermúdez, C. 2010) manifiesta que la conducta sintomática es un signo de que la jerarquía del sistema está confusa y de que se está dando una lucha de poder entre los miembros de la familia, con el fin de aclarar las posiciones dentro de la jerarquía.

Desde este enfoque, el terapeuta debe de considerar y tener claro (Bermúdez, C. 2010):

- La clave para lograr el cambio es la acción y no la comprensión.
- La familia necesita una jerarquía viable para funcionar bien.
- La mayoría de los problemas familiares suponen triángulos.
- Las directivas se adaptarán a las peculiaridades de cada familia y sus



problemas.

La terapia estratégica es activa y directiva, alienta la idea de que las personas, el espacio y el tiempo son modificables y proporciona ideas específicas acerca de cómo conducir a un individuo, a fin de que se haga autónomo.

Los aspectos más destacados de este enfoque son (Bermúdez, C. 2010):

- El pasado: No se explora el mismo al menos que exista alguna circunstancia especial que lo requiera, dado que el presente interaccional es suficiente muestra para entender el problema.
- Causa del cambio: El cambio se produce por la alteración de los patrones repetitivo de comunicación y comportamiento, y no por la comprensión.
- Directivas: Para que se produzca el cambio es necesario actuar, para ello el terapeuta debe prescribir una directiva o metafórica.
- Plan particular para cada caso: Es necesario diseñar una terapia para cada caso en función de los específico del mismo.
- Jerarquía: Los síntomas se pueden describir en términos de una jerarquía que funciona de manera incorrecta (similar al enfoque estructural).
- Ciclo vital: Es objetivo de este enfoque ayuda a las personas a sobrellevar las crisis que deben afrontar en las diferentes etapas del ciclo vital, para poder pasar a la etapa siguiente.

#### 5.5.2.6 Escuela de Milán.

La Escuela de milán se gesta en el Centro de Estudios de la Familia de Milán y estaba compuesta por Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Guiliana Prata. Conciben a la familia como un sistema que establece una serie de reglas y significados que, con el tiempo, van a delimitar el funcionamiento de los individuos. Cuando una familia presenta problemas de relación, el terapeuta tiene que identificar qué reglas del juego son las que sustentan el poder en dicha familia (Bermúdez, C. 2010). La familia ingresa a

la terapia con la vaga idea de que se cambie al paciente identificado solamente, sin afectar a la familia en su totalidad, lo que le denominan *paradoja*; el terapeuta responde en su perspectiva de la familia como un sistema, planteándoles entonces una *contraparadoja*.

La familia pasa a ser concebida como un sistema que va a responder al medio ambiente de una forma que viene determinada por sus propias características y se presenta en cada momento de la única manera posible que pueda aparecer, según sus circunstancias e historia particulares. Por tanto, lo patológico es el juego familiar que consiste en el mapa de las relaciones familiares, alianzas y exclusiones (Bermúdez, C. 2010). El juego familiar se convierte en patológico cuando asigna a sus miembros roles y funciones que ya no corresponden al momento que atraviesan.

El objetivo entonces es lograr desequilibrar el sistema de reglas a través del cual se organiza la interacción familiar. Para ello, el terapeuta tiene que estar fuera del juego, ya que si entra en el mismo se considera "terapeuta muerto".

Existen tres conceptos que son pilares en la Escuela de Milán (Bermúdez, C. 2010):

- Hipotetización: Es el proceso mediante el cual el terapeuta formula una hipótesis basada en la información que posee de la familia. La hipótesis es un supuesto temporal que debe verificarse posteriormente para explicar un fenómeno, de manera que puede ser confirmada, conservada o rechazada. Su valor radica en su utilidad, es decir, si cumple una función ordenadora y estimulante.

- Neutralidad: El concepto de neutralidad está directamente relacionado con el concepto de onniparcialidad, es decir, "la capacidad de tomar partido de todos los miembros de la familia por igual, capacidad para reconocer los méritos de cada uno e identificarse con ambas partes de las relaciones ambivalentes (Selvini, 1980, en Bermúdez, C. 2010)". Ser neutral no significa no tener opinión, ni ser frío o distante, sino apoyar en empatía y calidez a la

construcción de un sistema de cooperación entre terapeuta y familia.

- Circularidad: Es la capacidad del terapeuta de conducir la sesión basándose en los mecanismos de retroalimentación que recibe por parte de la familia en respuesta a la información que solicita en términos relacionales. Aquí se brinda un visión sistémica de sus relaciones, se comprueban las hipótesis, se interviene indirectamente y se cuestiona la efectividad de las soluciones planteadas.

#### 5.5.2.7 Constructivismo y Contruccionismo Social.

Esta gran corriente parte de la idea de que el ser humano es el encargado de crear su propia realidad, a través de su experiencia y su capacidad de adaptación en función de ésta. Lo que el ser humano sabe es el fruto de la información obtenida a partir de su indagación, pero hay algo más importante, que es cómo el ser humano adquiere su conocimiento. Entonces tiene que salir de sí mismo y estudiar cómo funciona (Bermúdez, C. 2010).

El objetivo de la terapia constructivista ya no es descubrir a la familia una realidad que desconoce, sino proponer la creación de múltiples alternativas, con el objeto de construir nuevas perspectivas.

Esta terapéutica se basa en la *Teoría del Construccionismo Social*, la cual intenta sustituir concepciones modernistas, donde los seres humanos son concebidos como "máquinas" o como algo "objetivo", por un modelo donde el ser humano es un constructor social, cuyo funcionamiento se entreteje de un modo complejo con los procesos sociales (Bermúdez, C. 2010).

El Construccionismo Social coincide con el Constructivismo en que el ser humano construye el mundo, pero su construcción es de naturaleza esencialmente lingüística y no psicológica ni cognitiva. Pone el acento en la relación y coordinación de las personas a través del lenguaje para la construcción de la realidad. Las realidades se construyen mediante procesos de comunicación humana, en un contexto social concreto y no pone el énfasis en que los contractos humanos provienen del campo de la biología

(Bermúdez, C. 2010). Por tanto, se piensa que las ideas, imágenes mentales y recuerdos se producen a través del intercambio social y se producen a través del lenguaje. Extrapolándolo al trabajo terapéutico, el lenguaje es el problema y necesita ser tratado en terapia, por tanto se tienen dos objetivos fundamentales (Bermúdez, C. 2010):

- Lograr que la comunicación sea comprensible dentro de la relación terapeuta - paciente.
- Prestar atención en las conversaciones terapéuticas, al uso del lenguaje y a las acciones comunicativas para observar su influencia entre los miembros de la familia y entre éstos y el terapeuta.

El Construccinismo Social se considera la base de todas las terapias Narrativas, en las cuales se detecta y cuestiona el poder de las narrativas dominantes que oprimen el sistema, provocando sufrimiento e incapacidad para encontrar soluciones alternativas. Al trabajar dichos relatos, la terapia logra cuestionar lo conocido, "la verdad oficial", de tal manera que deja de resultar familiar el modo de ver la realidad, buscando precisamente aquellos momentos en los que no todo ha ocurrido según el discurso dominante. En la práctica el uso de técnicas como la *externalización* y la *deconstrucción* (Bermúdez, C. 2010) permite alcanzar éste objetivo, generando nuevos significados que permiten "disolver" el problema.

#### 5.5.2.8 Terapia Centrada en Soluciones.

La Terapia Centrada en Soluciones es un modelo de Terapia Breve que nace a principios de 1980, creada por Steve de Shazer e Insoo Kim Berg. El modelo parte de la razón de ser de la terapia es el "cambio": el cliente llega a la terapia porque quiere resolver el problema (Bermúdez, C. 2010). Dentro de este marco de referencia, los clientes describen su problema, proceso que se configura internacionalmente por medio de la conversación entre ellos y el terapeuta.

La forma en que los individuos se cuentan a sí mismos los problemas debe ser negociada en la terapia, a través de la interacción, para que sea más útil, a fin de resolver la queja inicial.

Sus principales premisas son (Bermúdez, C. 2010):

- Cambios pequeños: Los cambios a menor escala dan la posibilidad futura a generar un cambio mayor y más significativo.
- Más de lo mismo: Se valora la utilidad de las soluciones, si van funcionando se siguen utilizando.
- Simplicidad: Se separa el hecho de que un problema va ligado a otro (como en las escuelas más tradicionales).
- El lenguaje del problema es diferente al lenguaje de la solución: El lenguaje de la solución tiene que ser positivo, optimista y orientado hacia el futuro.
- No hace falta conocer el problema para solucionarlo: Se invierte poco tiempo en conocer el origen del problema y se centra más en encontrar la solución.
- Trabajo en equipo: Referido a la posibilidad de utilizar el salón de espejo unidireccional, se dan referencias del exterior al terapeuta y existe la posibilidad de que el mismo abandone sólo una vez por sesión para consulta.
- Activación de los recursos de los clientes: Se logra en el cliente la capacidad para identificar los recursos que posee para llegar a la solución.
- La responsabilidad es del cliente: La responsabilidad y el control de los cambios logrados son del cliente.

#### 5.5.2.9 Terapia Basada en el Equipo Reflexivo.

La Terapia Basada en el Equipo Reflexivo es un modelo nada ortodoxo, que permite la discusión de los casos entre expertos, pero a su vez también deja la posibilidad de que la familia interactúe en el debate de los expertos. Se busca romper la hegemonía de poder del equipo y del terapeuta, que anteriormente se presentaban a la familia como un grupo de "expertos distantes que hablan de nosotros" (Bermúdez, C. 2010) para pasar a una

situación igualitaria en la que todos (familia, terapeuta, equipo) cooperan conjuntamente para lograr encontrar soluciones.

Las características principales de este modelo son (Bermúdez, C. 2010):

- Se denomina *sistema terapéutico* al formado por la familia y el terapeuta, y *sistema observante o equipo reflexivo* al formado por los expertos que forman el equipo.
- La forma de trabajo se explica a la familia con anticipación.
- La familia tiene las dos opciones de esperar al equipo en su discusión en una habitación contigua o en la misma sala, teniendo o no la alternativa de opinar en el debate.
- La sesión dura entre sesenta y noventa minutos, generándose entre dos y tres interrupciones, denominadas *espacios de reflexión* en los que se abordan temas específicos.
- En los espacios de reflexión se solicita sólo que se comente sobre los problemas expresados por la familia durante la sesión, generando hipótesis y ofreciendo soluciones.
- La familia tiene la última palabra.

## 6. RESULTADOS OBTENIDOS

Al observar las diversas perspectivas que existen alrededor de un fenómeno como el asma infantil se pueden notar muchos matices en cuestión de investigación que son de vital ayuda para conocer todas las variables implicadas en la experiencia del trabajo con este tipo de pacientes.

En primer lugar, la comprensión como tal de lo que es en sí el asma aún no es concluyente dada la complejidad de la enfermedad y la carencia de un acuerdo para plantear una definición clara de la misma. Sin embargo, en lo que sí existe un acuerdo es en la manifestación general de la enfermedad, con sus características particulares, aunque es evidente que aún falta mucho para poder comprender en su totalidad a la parte médica.

Se observa entonces una primera interacción entre el estado psicológico global del paciente y su concomitante fisiológico, con la importancia de la activación del sistema Hipotálamo - Hipofisiario - Adrenal y sus subsecuentes acciones en el resto del organismo. En lo que respecta al asma, se pudo ver el cómo las acciones del estrés y la sobreactivación de dicho sistema son un eje primordial para comprender una de las conexiones existentes entre lo psicológico y las reacciones fisiológicas propias, además del cómo el estrés aumenta las exacerbaciones del asma.

Lo anterior lleva a la pregunta "¿de dónde surge el estrés que afecta a la sintomatología asmática?". Si bien la enfermedad como tal genera un estado de estrés constante (sobre todo por tratarse de una enfermedad crónica), no puede considerarse tampoco como un fenómeno de causa - efecto a la interacción del inicio de la enfermedad con el estrés propio. Sin embargo, existen factores fuera de la enfermedad que también generan estrés y aumentan la probabilidad de las exacerbaciones, pero, de nuevo, es importante no tomarlo como que un fenómeno es causante del otro, porque en realidad se observa que existe una relación circular entre ambas.



Entre los fenómenos estresantes más comunes encontrados en la práctica clínica con los pacientes asmáticos es el cambio de su estilo de vida, desde las molestias propias de las crisis, hasta la modificación de su itinerario de manera significativa: ausentismo escolar, poca sociabilidad, alteración en el juego.

Además, se debe recordar que el paciente se desenvuelve en diversos ámbitos, pero inicialmente en el rubro familiar. Se observa entonces que la familia es el primer contacto con su ambiente social y que las experiencias adquiridas en la misma son cruciales para saber cómo va a enfrentar el paciente sus retos, en este caso, su enfermedad. Las variables que afectan a la familia de manera directa se ven reflejadas al observarla en la clínica, al menos en una forma aproximada.

Cuestiones como la funcionalidad familiar son cruciales para el manejo de la enfermedad del paciente, porque al fin y al cabo le sirve a él como una primera red de apoyo para poder enfrentarse a ella, sobre todo porque la familia también es participe, desde el conocimiento propio hasta los planes de tratamiento y el propio soporte emocional que se le brinda a su paciente. Sin embargo, también la familia requiere de dicho soporte porque cambia también su estilo de vida como sistema a la par que cambia el paciente.

Cuando la familia no se encuentra estable y la disfuncionalidad predomina, pueden observarse patrones de dificultad al lidiar con la enfermedad, además de que en la práctica también suelen ser los pacientes que tienen más recaídas con respecto a familias en las que el estrés es menor. Por tanto, las problemáticas existentes dentro del grupo familiar suelen ser uno de los factores de mayor peso que afectan la salud general del paciente identificado, por lo que la detección oportuna de dicha problemática y su propio tratamiento aumentan la probabilidad de mejora del paciente a la par del tratamiento médico propio.



El sistema de creencias que predomine en la familia se convierte también en un factor importante en cuestión del comprender la enfermedad por parte de todo el sistema, porque se ha visto una incidencia mayor a abandonar el tratamiento cuando las atribuciones acerca de la enfermedad son dadas a entidades externas a la familia; la misma cree que las consecuencias de todo ello no están bajo su control, por lo que la inclusión hacia el proceso de tratamiento se hace con reservas. Por tanto, la observación de este rasgo contribuye a un manejo más adecuado de cada paciente con el fin de que haya mejor apego al tratamiento.

También es de importancia el considerar a los diversos tipos de pacientes asmáticos que se pudieron observar en la práctica en el sentido de las etapas de maduración por las que pasa el paciente en su actual hospitalización, ya que varían las acciones a llevarse con cada uno en particular. Se encuentra que los niños que cursan por la edad escolar suelen tener más curiosidad sobre la enfermedad y comienzan a cuestionar un tanto más los procedimientos que se llevan a cabo con ellos, a comparación de los niños de la etapa anterior (pre-escolar) que aún atribuyen su estado y todas sus circunstancias a cuestiones fantasiosas y muy ajenas a ellos mismos, entendido lo anterior por la etapas del desarrollo psicológico por la que cursan naturalmente, por lo que la intervención será diferente.

Los adolescentes por ejemplo suelen ser más participes aún de las acciones y pueden ya definir con mayor exactitud a su enfermedad, incluso hablan de la historia por la que han pasado si su estado ya ha sido prolongado, por lo que la asimilación del estado hospitalario se maneja a un nivel más abstracto, aunque la cooperación no es por ello garantizada y la empatía es un soporte fundamental para que perciban la importancia que en realidad tienen en su estado de enfermedad.

Con ello, la participación de los diferentes expertos en el soporte del paciente asmático debe ser también un eje que ha de ofrecer cada institución de salud. Dentro de ellos existen los terapeutas familiares, especializados en el

tratamiento psicológico de las problemáticas a nivel familiar, punto crucial en el fenómeno del asma por lo mencionado anteriormente.

Se pudo observar que la terapia familiar brinda la oportunidad de poder reestructurar, en base a la enfermedad del paciente identificado, al sistema familiar como un todo, pudiendo conocer las perspectivas de cada uno de sus miembros en cuanto a la enfermedad y todas las circunstancias existentes alrededor de toda la familia. La terapia sistémica, entonces, ha comprobado ser efectiva como parte de la intervención multidisciplinaria para la posible remisión de los síntomas asmáticos, o al menos para la disminución de los mismos. En la revisión de la literatura se da soporte a que una mejor estructura a nivel familiar contribuye a la disminución del estrés y a que la enfermedad se manifieste con menor probabilidad.

Con todo ello se comprende que la función del Psicólogo Clínico es la de apoyar en la detección de los factores estresantes que pudiesen aumentar las exacerbaciones asmáticas, además de observar el estado psicológico global del paciente y el entorno familiar. También funge con una función mediadora entre la parte médica y el entorno del paciente, como facilitador para una mejor comprensión de la enfermedad y sus procesos. Lo anterior se consigue gracias a la utilización de diversas herramientas como lo son la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas, su integración, el manejo de expedientes y la observación en el pabellón de Pediatría.

Por tanto, se observa que el conocimiento teórico adquirido a través del curso de la carrera y lo ejecutado en la práctica profesional se conjugan en la experiencia del Servicio Social para poder adentrarse en una primera instancia a los retos del campo real. La experiencia, entonces, sirve para el crecimiento propio del profesional, pero a la vez él mismo contribuye con su trabajo al bienestar de los pacientes de los que se encarga, manejando sus situaciones con profesionalismo y ética. El desarrollarse en una instancia del nivel del INER brinda la posibilidad de observar el manejo a ese nivel institucional del sector de la salud, en específico del Neumológico, por lo que

la experiencia se amplía al conocer más sobre la profesión misma y el trabajo en conjunto con otros profesionales.

La asesoría continua por parte de un experto siempre será un bloque sólido de suma importancia como soporte para el prestador del Servicio Social, por lo que la credibilidad y confianza hacia las aptitudes del supervisor son admirables cuando se logran observar día a día los resultados generados con el trabajo en los pacientes. Es relevante recalcar este punto ya que la asesoría brindada generó un ambiente de inicio muy reconfortante, con disciplina y siempre enfocado a las acciones propias a seguir por el bienestar del paciente, sin descuidar también el desarrollo de las habilidades del prestador del servicio, con las respectivas críticas, asesorías, referencias y demás apoyos de forma directa e indirecta que el supervisor logró de forma oportuna brindar.

También existe aprendizaje sobre el soportar las cargas emocionales propias que evoca el trabajo con los pacientes, es decir, lidiar con el punto empático requerido para comprender la situación por la que acontecen ellos y sus familiares, incluso en situaciones muy complicadas como el fallecimiento del paciente; sin la experiencia necesaria, la asesoría y el soporte entre todo el equipo multidisciplinario, situaciones de este tipo serían sumamente complicadas para afrontar por el propio profesional. Gracias a dicha experiencia, se ha podido entender que estos sucesos son parte también de la práctica clínica y que el soporte que se le da al paciente en sus situaciones críticas debe de partir de la solidez con la que se debe de desenvolver el psicólogo, con lo que la práctica de dichas habilidades permite el sobrellevar mejor las situaciones de cada individuo.

En cuanto a las habilidades adquiridas y reforzadas, se puede indagar mucho en este respecto cuando se trata de la inclusión primera al campo laboral en la práctica clínica. Si bien durante el curso de la carrera se han aprendido cuestiones básicas (sobre todo teóricas) acerca del abordaje hacia el paciente, es importante señalar que las instituciones públicas tienen un

estándar protocolario en la forma de trabajo que ha de llevarse a cabo, sobre todo en un complejo tan prestigioso como lo es el INER, en el cual existe un orden para las intervenciones. Sin embargo y a pesar de ello, el psicólogo puede desarrollar sus habilidades previas aprendidas y ampliarlas al paralelo de que conoce algunas nuevas.

Ejemplo de lo anterior es el uso de la entrevista clínica. Gracias a la posibilidad de interactuar con el cuidador presente en hospitalización del niño, se pueden utilizar algunas técnicas aprendidas durante la carrera, complementando con el protocolo de entrevista que se utiliza cotidianamente. La información que puede obtenerse es muy valiosa, tanto lo que el entrevistado manifiesta de manera explícita, así como lo que puede captarse en el medio no verbal de la comunicación. Por ello, el psicólogo debe desarrollar la capacidad de comprensión verbal y no verbal de lo expresado por el paciente, aumentando con ello la probabilidad de comprender mejor el funcionamiento global de los individuos y logrando captar datos significativos para la propia integración.

Además, la utilización de herramientas como las pruebas psicológicas complementan mutuamente lo obtenido en la entrevista desde la perspectiva del niño. De nuevo, los aprendizajes teóricos en la carrera ayudan a que la aplicación, calificación e interpretación de las pruebas se haga desde un punto objetivo, pero sobre todo facilitan el conocimiento de pacientes reales y genera también la responsabilidad clara de un manejo adecuado de dichos instrumentos. Es grato poder integrar datos entre diversas técnicas y tener la capacidad de comprobar hipótesis acerca de ellos, por lo que es importante controlar los materiales a aplicar con los pacientes para poder efectuar las acciones correctas durante su hospitalización.

En conjunto con lo anterior, se logran diseñar planes de trabajo para los pacientes, sobre todo para aquellos que requerirán una estancia hospitalaria de varios días y aquellos que padecen de alguna enfermedad crónica (como el asma propio), y que requerirán del entendimiento de la perspectiva de su

experiencia en la hospitalización. Para ello se trata de observar primero el estado psicológico del paciente con las técnicas anteriores y posteriormente se acuerda el plan de trabajo hacia ellos. Pero el ejecutar acciones directas con los pacientes adjudica una responsabilidad prioritaria, por lo que el diseño de los planes de intervención también es una habilidad que se logra desarrollar, pero no es algo que queda en una cuestión mecánica para los patrones de pacientes que ingresan, sino que siempre se recalca que cada paciente se trata como individuo y, por tanto, el diseño de las intervenciones debe de ser a la medida de cada uno de ellos, desde sus necesidades, expectativas, estado actual y metas a conseguir.

Los resultados han sido lo suficientemente satisfactorios para considerar a la experiencia del Servicio Social como fundamental dentro de la formación profesional de Psicólogo, desde la revisión teórica de los conceptos a aplicar hasta las particularidades que día a día se imponen como retos al manejar a los pacientes asmáticos. Es entonces un paso esencial para la inclusión futura en el campo real y también se observa que la confianza sobre sí mismo del profesional se acrecenta conforme se desarrolla el ejercicio de su profesión.

## 7. RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

La comprensión de hechos dentro de la ciencia requiere de la revisión de información y su complementación de la perspectiva de quien está inmerso en alguna situación en específico. El presente trabajo ha tratado de observar el proceso del asma infantil desde el punto psicológico, pero con mayor claridad desde la perspectiva del prestador de Servicio Social. Si bien no se clasifica dentro de una investigación experimental de campo como tal, las aportaciones hechas desde un reporte de esta índole contribuyen a que se otorgue la posibilidad de poder observar al fenómeno desde quien trabaja con él y así complementar la comprensión del mismo.

Las contribuciones hechas por el prestador de Servicio Social están encaminadas, primero, en el crecimiento personal de su propio aspecto profesional con el fin de un futuro ejercicio de la Psicología, por lo que esta primera experiencia sirve para conocer el campo real y después para encontrar las actitudes y aptitudes para poder modificar su futura forma de trabajo.

Después, el Servicio Social brinda también a la institución prestadora el recurso humano necesario para solventar las acciones que se llevan día a día, pudiendo brindar de herramientas y servicios para que cada profesional que se desenvuelve dentro de sus muros pueda tener un desempeño de calidad y con ello otorgar resultados satisfactorios con los pacientes.

Todo ello se conjuga para contribuir a una atención adecuada del paciente asmático pediátrico, desde la comprensión del origen de su padecimiento, hasta el tratamiento óptimo para su remisión.

El asma es entonces una enfermedad de orden multifactorial que requiere de la observación de diversas variables que interactúan entre sí para la persistencia del padecimiento. En el ámbito Psicológico, el profesional debe centrarse en observar la conducta y las emociones del paciente y de su

familia para enlazar a la patología médica con los aspectos psicológicos propios de la misma, por lo que la capacidad de síntesis de dichos aspectos es una habilidad que se espera se entrene de manera adecuada con una diversidad de pacientes tal que permita agilizar la atención de las posibles variaciones que existiesen entre cada uno.

Resulta ser entonces importante que el prestador de Servicio Social continúe revisando las referencias bibliográficas propias de la dinámica psicológica en general de los pacientes hospitalizados, su proceso de desarrollo psicológico, el proceso de la dinámica familiar y los sistemas de intervención aplicados a la hospitalización. Por tanto, resulta una primera recomendación establecer una base bibliográfica para el prestador de servicio que se desenvuelva en este programa en especial con el fin de que la información teórica a aplicarse en el Instituto sea totalmente coherente con las funciones a ejecutar y agilizar con ello su trabajo.

En la parte teórica del presente trabajo se observó que no existen estadísticas formales sobre la epidemiología propia del asma infantil, por lo tanto tampoco se ha encontrado una estadística propia con respecto a la difusión de la prevención en cualquiera de los niveles de atención de salud. Entonces, dado que la Adpscripción de Psicología dentro del pabellón de Neumopediatría es muy específica con respecto a otras instancias de salud, también sería interesante incluir dentro del programa un sistema de difusión a la población en determinados periodos de tiempo (sobre todo en las épocas del año donde los factores ambientales climatológicos incrementan la incidencia del asma) sobre la prevención del asma, en particular del conocimiento propio de la enfermedad, con el fin de evitar la aparición de nuevos casos o, en su defecto, la reincidencia de los existentes.

Una ventaja importante que tienen las instituciones hospitalarias es la posesión de protocolos en cuanto la información de los pacientes, es decir, la elaboración de historiales médicos en lo que intervienen todos los profesionales de las diferentes disciplinas, ayuda a que a cada paciente se le



tenga el control propio de su caso, sobre las intervenciones futuras, los trabajos realizados y el estado general del mismo, expresado en las palabras propias para que exista un entendimiento interdisciplinario. Ello lleva a la acumulación de una vasta información (de la cual también se archivan las pruebas psicológicas), por lo que la utilización de la misma con fines de investigación debe de estar disponible para los profesionales que deseen hacer nuevas contribuciones a la ciencia en el rubro del asma infantil. Entonces, es importante tratar de implementar programas de investigación con todos esos datos que se tienen archivados e innovar conforme el paso del tiempo las técnicas de evaluación e intervención para el bienestar de los futuros pacientes.

Se propone entonces el que el servicio de Psicología formalice sus estadísticas en cuanto a pacientes atendidos, clasificarlos por patología médica y cuántos son remitidos al servicio de Terapia Familiar, y adjuntar todo ello con los archivos de entrevistas y pruebas psicológicas aplicadas. Al igual, es importante puntualizar en los casos clínicos más significativos en cuanto a la labor psicológica, es decir, a aquellos que representan una valía importante para una posible investigación de caso único (pacientes cuya patología médica está fuertemente afectada por los factores psicológicos). De nuevo, se hace hincapié en la difusión y apoyo a la ciencia, por lo que la solicitud de apoyos externos para la investigación deben de ir de la mano con la presente recomendación.

Se observa que en cuestión de investigación, las instituciones de este país necesitan invertir más recursos para el apoyo de las mismas y con ello lograr poner en alto a la investigación nacional. La implementación de protocolos más específicos en el control del trabajo institucional ha de ser entonces una de las tareas a revisarse a nivel general. Por ejemplo, países como Holanda (Soons, P. 2009) poseen una estructura muy bien definida en cuestión de la Psicología de la Salud dentro de las instituciones de salud, desde la formación profesional mínima de cada profesionalista, los protocolos específicos para cada tipo de trabajo, hasta la obligación del control de los



datos para las investigaciones. Es además un país que en contraste con el nuestro invierte más recursos económicos y humanos en la prevención, tratamiento e investigación de la salud en cualquiera de sus disciplinas, por lo que sería favorable mejorar esto localmente.

La labor del Psicólogo Clínico es fundamental dentro de las instituciones de salud, independientemente del nivel de atención del que se hable. La formación profesional durante la duración de la carrera permite al nuevo profesionalista adentrarse en una primera estancia a la vocación propia que está descubriendo, el comprender sus conceptos básicos e interesarse en alguno de los tantos rubros que han de conformar, pero la experiencia del Servicio Social debe ser algo más que un trámite obligatorio por el que todo profesionalista ha de pasar, debe de representar una época en la cual la persona logre tener una transición espontánea de persona a profesionalista, por lo que las instituciones tienen la responsabilidad de brindar las herramientas y apoyo propio para la ejecución de esta tarea, a la par que el Psicólogo debe de desempeñarse con profesionalismo y ética para contribuir al crecimiento de la sociedad y de sí mismo.

Por tanto, el presente trabajo logró sintetizar la gran complejidad que implica un fenómeno tan vasto como el asma en una de sus tantas ramas de estudio, permitiendo aportar con una pequeña parte en la experiencia del trabajo profesional por el bienestar de los pacientes. Se espera que sirva para que los futuros prestadores de Servicio Social opten por el desarrollo de sus aptitudes profesionales y que logren efectuar ese paso tan importante e imprescindible en su transformación como nuevos profesionalistas.

## REFERENCIAS

- Árias, J. & Cols. (2012). *Uso del heliox en las crisis asmáticas moderadas y de severas en el Servicio de Emergencias del Hospital Rafael Calderón Guardia. Un estudio prospectivo.* Revista de Neumología y Cirugía de Tórax. 71 (1).
- Benítez, A. & Cols. (2005). *Aspectos psicológicos del asma infantil.* Revista de Pediatría en Atención Primaria. Madrid. Supl. 2; S1. 37 - 149.
- Bermúdez, C. (2010). *Terapia Familiar Sistémica. Aspectos teóricos y aplicación práctica.* Ed. Síntesis. Madrid, España.
- Bertrand, P. (2006). *Diagnóstico de asma.* Departamento de Pediatría de la Universidad Pontificia de Chile.
- Calvo, M. (2006). *Clasificación del asma bronquial.* Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile.
- Craig, G. (2009). *Desarrollo Psicológico.* Ed. Paidós, México.
- D'Anello, S. (2007). *El asma y las emociones.* Universidad de Los Andes, Venezuela.
- Del Villar, G. L. (2007). *Planeación estratégica 2007 - 2012 del INER.* En Médicos de México. Año 5, No. 61.
- Esquivel, F & Cols. (2006). *Psicodiagnóstico clínico del niño.* Ed. Manual Moderno. México.
- Guyton, A. (1997). *Tratado de fisiología médica.* Ed. McGraw - Hill. México.
- Hammer, Emmanuel F. (1984). *Test proyectivos gráficos.* Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Hinojos - Gallardo, L. & Cols. (2010). *Características clínicas y epidemiológicas del paciente asmático con crisis asmáticas de urgencias.* Revista de Neumología y Cirugía de Tórax. 69 (1).
- Kimble, C. & Cols. (2002). *Psicología Social de las Américas.* Ed. Pearson. México.
- Kübler - Ross, E. (2006). *Sobre la muerte y los moribundos. Alivio del sufrimiento psicológico para los afectados.* Ed. De Bolsillo. México.
- Linares, M. (2006). *Función pulmonar en el niño asmático.* Unidad de Gestión Clínica del Niño, Hospital Padre Hurtado. Chile.

- Martin, G. (2000). *Modificación de Conducta*. Ed. Prentice - Hall. México.
- Minuchin, S. (2007). *Evaluación de Familias y Parejas: Del síntoma al sistema*. Ed. Paidós. México.
- Ortega, J. A. (2009). *Diagnóstico de asma*. Revista de Neumología y Cirugía de Tórax. México. Vol. 68, S2.
- Palomino, A. (2006). *Definición de asma*. Hospital Roberto del Río, Universidad de Chile.
- Praena, M. (2005). *¿A qué llamamos asma infantil?* Revista Pediatría de Atención Primaria, Vol. VII, S2. Sevilla, España.
- Rodríguez - Orozco, A. & Cols. (2009). *El sistema familiar y el niño alérgico. Apuntes sobre el papel del funcionamiento del sistema familiar*. Revista Alergia México. México. 56(6). 217 - 22.
- Shaw, R. (2009). *Consulta Psiquiátrica en Pediatría para niños y adolescentes con enfermedad orgánica*. Ed. Medicina Panamericana. Buenos Aires, Argentina.
- Soons, P. & Denollet, J. (2009). *Medical Psychology Services in Dutch General Hospitals: State of the Art Development and Recommendations for the Future*. Tilburg University, The Netherlands.
- Rodríguez, G. (2004). *Medicina Conductual en México. Tomo 1*. Sociedad Mexicana de Medicina Conductual, A. C. Ed. Porrúa, México.
- Trueba, A. F., Ritz, T. (2012). *Stress, asthma and respiratory infections: Pathways involving airway immunology and microbiol endocriology*. Revista Brain, Behavior and Immunology. Dallas, TX. U.S.A.

## **ANEXOS**

### **I. ESTRUCTURA GENERAL DE LA ENTREVISTA**

#### **1. DATOS DEL PACIENTE.**

- Nombre.
- Fecha de Nacimiento.
- Edad.
- Fecha de ingreso.
- Lugar de residencia.
- Edad y ocupación de los padres.
- Edades de los hermanos.
- Cama que ocupa.

#### **2. MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN.**

- Enfermedad que cursa (Dx., si existe).
- Antecedentes de la enfermedad.
- Hospitalizaciones previas.
- Eventos de salud significativos (otras enfermedades, accidentes, etc).

#### **3. EMBARAZO.**

- Condiciones de la concepción del P.I. (Planeado/No planeado).
- Salud física y psicológica de la madre durante el embarazo.
- Complicaciones y riesgos.
- Relación familiar.

#### **4. PERIODO PERINATAL.**

- Condiciones previas al parto (físicas y psicológicas).
- Complicaciones al nacimiento.

- APGAR.
- Enfermedades congénitas.
- Emociones ante el evento.

#### 5. ALIMENTACIÓN.

- Alimentación al nacimiento.
- Conducta durante amamantamiento.
- Problemas de succión.
- Destete (transición).
- Alimentos sólidos.
- Alimentación actual (comidas preferidas y conducta durante alimentación).

#### 6. LENGUAJE.

- Balbuceo.
- Primeras sílabas simples.
- Primeras palabras.
- Expresión de deseos mediante frases.
- Conversación fluida.
- Problemas de lenguaje y escritura de acuerdo a edad actual.

#### 7. DESARROLLO MOTOR.

- Problemas congénitos.
- Estimulación del medio ambiente.
- Gateo.
- Etapas de la marcha.
- Marcha actual.
- Motricidad fina.

#### 8. CONTROL DE ESFÍNTERES.

- Proceso y método.
- ¿Quién lo ha llevado a cabo?
- Reacción del P.I.
- Problemas actuales y circunstancias (enuresis/ecopresis).

#### 9. JUEGO.

- Historia del juego.
- Forma de juego.
- Juegos preferidos.
- Roles.
- Seguimiento de reglas.

#### 10. RELACIONES PERSONALES.

- Personas significativas.
- Tipo de relación.

#### 11. ESCUELA.

- Rendimiento.
- Grado actual vs. correspondiente a la edad.
- Conducta.
- Problemáticas.

#### 12. LÍMITES.

- Relación familiar.
- Apego.
- Estilo de crianza.

#### 13. EVENTOS SIGNIFICATIVOS.

- Mudanzas.

- Eventos traumáticos.
- Pérdidas.

#### 14. ANTECEDENTES FAMILIARES (PADRES).

- Historia personal.
- Observación de su estado psicológico general,
- Rol en la familia.

Estructura de entrevista utilizada en el periodo del Servicio Social (Mayo – Diciembre 2011).

La entrevista presenta una estructura semi – estructurada por contener las principales áreas de observación en el paciente de su estado general, permitiendo tener cierta flexibilidad en el transcurso de la misma, pudiendo profundizar en algún punto que pudiese resultar más significativo.

Su estructura está basada en la entrevista utilizada por el Instituto de Psiquiatría, pero el orden de presentación de las áreas está modificado para el ámbito hospitalario, permitiendo conocer en una primera instancia el motivo que hizo que el paciente tenga que ocupar una cama en el pabellón (lo cual es prioritario en el momento del abordaje), para posteriormente explorar el resto de las áreas que componen al paciente.

Al final se hace una pequeña observación del estado psicológico del tutor para conocer los antecedentes del funcionamiento del paciente, lo cual ayudará a encontrar patrones y problemáticas significativas que pudiesen ser una variable importante dentro del padecimiento médico.