

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**



***LA TERAPIA FAMILIAR BREVE CONCURRENTE AL TRATAMIENTO  
MEDICO DEL ASMA BRONQUIAL INFANTIL***

**MARIA RENE MARTINEZ ALDANA**

**GUATEMALA, NOVIEMBRE DEL 2005**

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

***LA TERAPIA FAMILIAR BREVE CONCURRENTENTE AL TRATAMIENTO  
MEDICO DEL ASMA BRONQUIAL INFANTIL***

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN  
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO  
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**POR**

**MARIA RENE MARTINEZ ALDANA**

**PREVIO A OPTAR EL TITULO DE  
PSICÓLOGA**

**EN EL GRADO ACADEMICO DE  
LICENCIATURA**

**GUATEMALA, NOVIEMBRE DEL 2005**

## **CONSEJO DIRECTIVO**

Licenciado Riquelmi Gasparico Barrientos  
DIRECTOR ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes  
Secretaria a. i. ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciada María Lourdes González Monzón  
Licenciada Liliana del Rosario Álvarez de García  
REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciado Evodio Juber Orozco Edelman  
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS  
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Estudiante Elsy Maricruz Barillas Divas  
Estudiante José Carlos Argueta Gaitán  
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CARRERAS DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA Y ASMA  
CARRERAS DE GRADUACIÓN EN PSICOLOGÍA Y ASMA  
TEL: 078-252 11 11 (ext. 21)  
TEL: 078-252 11 11 (ext. 22)  
E-MAIL: cpa@univcuenca.edu.ec

c.c. Control Académico  
CIEPs.  
Archivo  
REG. 470-2002  
CODIPs. 1600-2005

De Orden de Impresión Informe Final  
de Investigación

24 de octubre de 2005

**Estudiante**

María René Martínez Aldana  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiante Martínez:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto SEIXTO (6º), del Acta SESENTA Y CUATRO GUION DOS MIL CINCO (64-2005), de la sesión del Consejo Directivo del 21 de octubre de 2005, que copiado literalmente dice:

**"SEIXTO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "LA TERAPIA FAMILIAR BREVE CONCURRENTENTE AL TRATAMIENTO MÉDICO DEL ASMA BRONQUIAL INFANTIL", de la Carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

MARÍA RENÉ MARTÍNEZ ALDANA,

CARNET No. 95-11717

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada María Carlota Palmieri de Walter y revisado por el Licenciado Carlos Enrique Crantes Troccoli. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN del informe final** para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para la Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"D Y ENSEÑAR A TODOS"

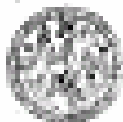
  
Licenciada Blanca Leonor Parilla Yanes  
SECRETARIA a.i.



Gladys



REPUBLICA DE COSTA RICA  
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN



INSTITUTO VICE-RECTORAL DE EDUCACIÓN  
TECNOLOGÍA EDUCATIVA  
CALLE 10, SAN JOSÉ, C.R.

CEPs. 161-3005











Dr. Roberto Maselli P.

## Centro del Asma

ALERGIA E INMUNODIAGNOSTICO

19 de Abril del 2005

Escuela de Ciencias Psicológicas  
Universidad de San Carlos  
Presente.

Señores:

Por medio de la presente les informo que la señorita María Bore Martínez Aldana estudió 5 casos de familia con un integrante asmático. Estos casos le fueron asignados de los pacientes que asisten a este Centro.

Atentamente,

*Dr. Roberto Maselli*  
MEDICO Y CIRUJANO  
COL. No. 963

*Dr. Roberto Maselli*  
Dr. Roberto Maselli P.  
Director

*Dr. Roberto Maselli*  
MEDICO Y CIRUJANO  
COL. No. 963

## DEDICATORIA

**A Dios:** Señor gracias por mostrarme siempre tú camino, por darme siempre las fuerzas para luchar y alcanzar mis metas y por todas tus bendiciones .

**Mis Padres:** Por darme la vida y la oportunidad de llegar a este momento, a mi padre por su apoyo, sus sabios consejos y sus palabras de aliento siempre que las necesito, a mi madre por transmitirme y enseñarme toda esa paciencia, sus valores maravillosos, su paz interior que con mucho amor siempre nos inculca, eres mi mayor ejemplo de perseverancia en la vida.

**Mis hermanos:** Rosalba, Dania y Francisco, por su apoyo incondicional y fraternal.

**Mis amigos :** Mayra, Daniel, Mario y Juan Manuel gracias por su acompañamiento y amistad durante todo este tiempo, por todas las alegrías, tristezas, desvelos y triunfos compartidos.

## **AGRADECIMIENTOS**

**A:** UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA Y ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, por su orientación académica, es realmente un orgullo tenerla como centro de estudio y egresar de ella.

Señores Otto Fritzsche y Gloria Barrios de Fritzsche, gracias por todo el apoyo y cariño, sin Ustedes no hubiera sido posible llegar hasta este momento.

Dr. Roberto Maselli, Clínica Centro Del Asma, por abrir sus puertas y permitirme llevar acabo el proyecto de investigación.

Licda. Carlota de Walter, por brindarme tiempo, dedicación y compartir sus conocimientos.

Y a todas y cada una de las personas que hicieron posible alcanzar mi meta.

## **PADRINOS**

Juan Francisco Calvillo Taracena  
Licenciado en Psicología

Carlos Alfredo Rivera Guerra  
Licenciado Químico Biólogo

Omar Daniel Marroquín Alvizures  
Licenciado en Psicología

*“La inteligencia busca.....  
quien encuentra es el corazón”*

**George Sand**

## INDICE

Prólogo.....	1
<b>Capítulo I: Introducción y Marco Teórico</b>	
1.1 Introducción.....	3
1.2 Marco teórico.....	7
1.3 Enfermedades Psicosomáticas.....	9
1.4 Antecedentes Asma bronquial infantil.....	13
1.5 Tratamiento médico y psicológico del Asma bronquial.....	20
1.6 Terapia Familiar antecedentes.....	23
1.7 Hipótesis general.....	34
1.8 Objetivos.....	36
<b>Capítulo II: Metodología</b>	
Técnicas y procedimientos de trabajo.....	37
<b>Capítulo III: Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados</b>	
Técnicas de análisis estadísticos, descripción interpretación.....	41
<b>Capítulo IV: Conclusiones y Recomendaciones</b>	
Conclusiones.....	44
Recomendaciones.....	45
Bibliografía.....	46
Anexos.....	48
Resumen.....	56

## PROLOGO

Todos recordamos lo que hemos vivido basados en nuestras emociones y percepciones. Sin lugar a duda, la familia representa nuestros más profundos sentimientos, recuerdos gratos y no muy gratos que pudimos tener en nuestra infancia y desde nuestra existencia en este mundo. Ningún ser humano sea cual fuere su condición y edad, se excluye de su grupo familiar.

En cada época nos enfrentamos a presiones que provocan temores y angustias, algunas logramos superar con el tiempo y otras nos acompañan.

El asma bronquial infantil es una enfermedad considerada como un desorden inflamatorio de las vías aéreas. La inflamación está asociada a hiperreactividad, limitación del flujo de aire, haciendo un gran esfuerzo por respirar y diversos síntomas más. Algunos factores pueden precipitar una crisis asmática, contiene un alto nivel emocional, es decir un trastorno en el cual existe un componente orgánico-físico y un componente psico-emocional.

El tratamiento médico ayuda a disminuir sus síntomas y a desaparecer dichas crisis, sin embargo el aspecto emocional queda sin recibir tratamiento. Como una alternativa al tratamiento médico y considerando la posibilidad de utilizar la terapia familiar breve, se llevó a cabo el presente estudio.

El objetivo de la terapia familiar breve es la creación de técnicas para provocar cambios o en otras palabras educar acciones disfuncionales. Consiste en una serie de teorías y técnicas que estudian al individuo en su contexto social y se encuentra en la búsqueda de recursos que permitan convertirla en un método alternativo aceptado, no sólo en el contexto privado sino además en los servicios públicos, en dominios de la medicina y la psiquiatría, con la certeza de que la efectividad, claridad y la novedad de la intervención harán posible el salto a las

ideologías dominantes del momento, que frecuentemente no han sido partidarias de una visión sistémica.

Uniendo esta propuesta la presente investigación se basó en la utilización de la terapia familiar breve como apoyo al tratamiento médico del asma bronquial infantil, dando inicio a un proyecto multidisciplinario, donde el trabajo conjunto brinde resultados positivos. Los objetivos específicos tuvieron como finalidad evaluar factores emocionales que intervienen o desencadenan en determinada situación alguna de las crisis, el orientar a los padres de familia en relación a la enfermedad especialmente cuando se da la sobre protección.

Agradezco a las familias que hicieron posible realizar la terapia familiar breve, su esfuerzo y su valentía en enfrentar actitudes erróneas. Como padres no se trae un manual de instrucción y muchas veces podemos fallar, el reconocer que estamos a tiempo en reparar como humanos y la disposición de hacerlo es de grandes.

María René Martínez Aldana  
Guatemala, noviembre del 2005.



## CAPITULO I INTRODUCCION

En Guatemala una de las causas principales de mortalidad infantil están relacionadas a las enfermedades respiratorias agudas, junto a la diarrea y la desnutrición incluyendo a los países de América Latina. Entre estas enfermedades respiratorias encontramos al asma bronquial infantil, objeto de estudio de la presente investigación. Los antecedentes demuestran que los factores psicológicos desempeñan un papel fundamental en la causa y curso de distintas enfermedades físicas. De hecho, cualquier tipo de trastorno médico puede ser potencialmente conceptualizado como psicósomático. Este término debe ser utilizado para referirse a la multicausalidad e interrelación entre los factores biológicos y los psicosociales que colaboran en la historia de la enfermedad.

Cuando hablamos de asma bronquial infantil nos referimos a un “desorden inflamatorio crónico de las vías aéreas, esta inflamación está asociada a hiperreactividad (HRB, es la reacción exagerada de los bronquios ante cualquier estímulo, con la consecuente producción de moco); limitación del flujo de aire”<sup>1</sup>. El asma está ligada a otras condiciones con las que se presenta como unidad. La eczema, el asma y la fiebre son condiciones que una misma persona suele presentar en el curso de su vida, lo cual predomina en la infancia. En un ataque o crisis ocurre un espasmo del músculo involuntario de los bronquiolos, lo que constituye un obstáculo para la respiración que es mayor en la expiración que en la inspiración, con la consecuencia de que los pulmones se destienden y el paciente tiene una dificultad cada vez mayor para expulsar el aire y poder inspirar de nuevo.

---

<sup>1</sup> Friedewald, Vicente M.D. Asma, Síntomas, tratamientos y recuperación “Que es el asma?” Pág. 15-17

El rasgo característico es lo variable del estado del paciente de un momento a otro. Es decir, se caracteriza por amplias variaciones, en cortos períodos de tiempo, de la resistencia que ofrecen las vías aéreas al paso del aire. Este concepto ha sido denominado “reversibilidad de la obstrucción del flujo aéreo. Así, las dos características básicas del asma bronquial son: la obstrucción bronquial y su carácter intermitente”.<sup>2</sup> Esta definición hace referencia al estado físico cambiante del paciente, de los estímulos que recibe en su entorno.

Ha sido reconocida como enfermedad psicósomática y aunque muchos han aceptado el término, otros la definen como multifactorial. “El asma ha sido estudiada por numerosos autores, específicamente Ajuriaguerra reconoce la relevancia de los factores psicológicos en juego.”<sup>3</sup> Es poco probable que un solo factor causal sea responsable de todas las alteraciones que acompañan al asma, sin embargo un agente concreto puede ser el responsable de los síntomas en el momento de la evolución.

La relación con la familia es una de las primeras experiencias de vida del individuo, es determinante en su desarrollo físico y afectivo, suscita siempre sentimientos ambivalentes a cualquier edad, por lo cual se consideró relevante involucrar a la familia por medio de la terapia familiar como apoyo al paciente y como una alternativa al tratamiento médico. La terapia familiar ha tenido gran importancia, éxito y muy eficaz con la resolución de conflictos familiares. La terapia llevada a cabo con familias permite enfrentarse a contradicciones, roles y estereotipos sociales que inciden profundamente tanto sobre el núcleo familiar como específicamente en uno de los miembros, permitiéndole recuperar la capacidad de autodeterminación en un contexto familiar que cambiará y crecerá junto a él.

---

<sup>2</sup> En Cristina Botello y Ma. Del Carmen Benedito Asma Bronquial Ediciones Piramide Pag. 15.

<sup>3</sup> Ajuriaguerra, Julia J. De Manual de Psiquiatría Infantil “Enfermedades psicósomaticas” pág. 733-736

Durante el proceso de la terapia fue importante determinar a qué presiones se encontraba sometido el niño o el paciente identificado, se observaron características emocionales y sociales que precipitaban las crisis asmáticas entre los que podemos mencionar la manipulación del niño al ambiente familiar y la sobreprotección de la madre.

Reunir al grupo de estudio no fue fácil, se presentó resistencia por parte del padre de familia. La sociedad encarga a la madre como la responsable del cuidado y la salud del niño, y al padre como el encargado de satisfacer las necesidades de la familia. De esta manera se excluye de las actividades cotidianas donde la madre es la que debe de estar presente para resolver cualquier requerimiento. Lo vivimos a diario, la madre asiste a las sesiones de escuelas o colegios, lleva a los niños al médico, etc. Por lo anteriormente descrito fue oportuno considerar como el objetivo principal de estudio educar a los padres de familia en apoyarse mutuamente, en compartir responsabilidades y tener un mejor conocimiento en relación a la enfermedad, de esta manera aportan apoyo emocional al niño, que es vital para su recuperación.

El proceso de investigación se llevó a cabo por medio de un estudio de cinco casos, los cuales fueron elegidos con características similares a un nivel intermedio de asma. Se revisó el expediente o historial médico del paciente asmático, luego se concretó una entrevista inicial con los padres del niño para determinar cómo afrontaban la enfermedad. Los padres de familia se negaban a someterse al proceso de terapia familiar, argumentando que trabajaban mucho y que no tenían tiempo, algunos que no creían en la psicología y otros, bajo la creencia que el asma en su familia era hereditaria, en su mayoría las madres estaban dispuestas en seguir el proceso por la salud de sus hijos.

Posteriormente a la identificación del grupo de estudio se programaron de tres a cuatro sesiones de cuarenta y cinco minutos cada una para iniciar con la terapia familiar breve.

Entre los principales resultados encontramos la sobreprotección de la madre, falta de conocimiento de cómo llevar la enfermedad, por parte del padre autoritarismo y reproches de culpabilidad a la madre cuando se presentan las crisis. También existen alianzas y coaliciones entre los miembros de la familia. Considerando que el asma es una enfermedad que afecta a toda la familia y especialmente al paciente, la terapia familiar breve es una alternativa al tratamiento médico.

## MARCO TEORICO

### 1.1 Ubicación del asma bronquial en el contexto guatemalteco

La salud en Guatemala atraviesa una etapa de cambios en sus instituciones gubernamentales y no gubernamentales. Entre estos se pueden mencionar, los diversos procesos que tienden hacia la modernización. Ha sido reconocido que gran parte de la situación de salud, especialmente la que se refiere al grupo materno infantil, es consecuencia del modelo de atención médica que está actualmente. Notamos que existe una atención precaria y correctiva únicamente, dejando a un lado la salud preventiva. En Guatemala como en los países de América Latina la infección respiratoria aguda (IRA), especialmente la neumonía, junto con la diarrea y la desnutrición, constituye una de las principales causas de mortalidad en la infancia. Se considera importante medir su prevalencia e indagar acerca de las medidas que toman las madres en presencia de esta enfermedad. “De acuerdo a encuesta realizada en el período ENSMI-98/99 se preguntó a las entrevistadas si sus hijos habían tenido tos en las últimas 2 semanas. Se observan diferencias sobre cuándo las madres acuden con el niño a algún servicio de salud: es más frecuente cuando es el primer hijo (44%) o cuando la madre reside en el área urbana (46%) y en la región Metropolitana (45%).”<sup>4</sup>

En la mayoría de los países latinoamericanos, han llevado a cabo campañas y muchas otras acciones para promover el conocimiento y enseñar a las madres a conocer las enfermedades que pueden causar la muerte del niño. En nuestro país estas campañas han brindado un cambio positivo, teniendo como resultado “el comportamiento de la mortalidad en los primeros cinco años de vida muestra una tendencia de descenso en los últimos años, especialmente en lo que respecta a la mortalidad infantil, ya que pasó de 54 a 45 niños fallecidos por cada mil nacidos vivos en los últimos años”<sup>5</sup>

Según el informe de desarrollo humano de Naciones Unidas, Guatemala ocupa el lugar 112, entre los países incluidos<sup>6</sup>. Sin embargo al analizar nuestro

---

<sup>4</sup> Memoria anual de salud pública de Guatemala, 1998, pág. 38

<sup>5</sup> Memoria anual de salud pública de Guatemala, 1998. pág. 42

<sup>6</sup> Naciones Unidas. “Guatemala los contrastes del desarrollo”, Edición 1998 Auspiciado por el Sistema de Naciones Unidas.

país con la misma metodología de desarrollo, Guatemala es heterogénea en cuanto a condiciones generales de vida, mostrando grandes diferencias basadas en la esperanza de vida al nacer, la matriculación escolar y el índice de analfabetismo. La cultura y la educación influye a que muchas familias alcancen de acuerdo a sus posibilidades y condiciones de vida la salud mental, generalmente no es una prioridad porque deben de cubrir necesidades básicas y primarias. La preocupación por las madres depende y va entrelazada al nivel económico, a las condiciones socioculturales, políticas y educativas en que se encuentre la familia. Existen muchos casos de asma bronquial infantil, con mayor índice en el área metropolitana, unido a ello existe un escaso porcentaje de personas que tienen acceso a la salud, y de este pequeño porcentaje obtienen un tratamiento correctivo únicamente con medicamentos, sin tener como principal opción la salud preventiva para combatirla. Otro factor importante relacionado es el núcleo familiar que se conforma en nuestra sociedad. En la última década del siglo XX se han hecho investigaciones para establecer la verdadera realidad de la composición familiar de los hogares guatemaltecos. Los datos han demostrado que no existe un sólo tipo de familia, como lo reafirma el marco jurídico todavía vigente. “La familia nuclear representa nada más alrededor del 50 por ciento del total, mientras que la otra mitad está formada por distintos tipos de familias”.<sup>7</sup>

Estas investigaciones dirigidas por instituciones gubernamentales y privadas, apoyadas por la Encuesta de Ingresos y Gastos Familiares realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) entre 1998 y 1999, ha identificado además de la familia nuclear biparental formada por jefa o jefe de hogar, cónyuges, hijos e hijas, por lo menos otras seis variantes. Dentro del tamaño de los hogares guatemaltecos el promedio nacional de miembros por hogar en Guatemala es de 5.3 personas. Los hogares rurales son más grandes que los urbanos, pues se aproximan a un promedio de casi 6. Lo mismo sucede con los hogares indígenas. El número de miembros se acerca a 6, mientras que los no indígenas tienen un promedio de 5.7.

---

<sup>7</sup> [www.onu.org.gt](http://www.onu.org.gt)

## 1.2 Enfermedades psicosomáticas

El estudio de la ansiedad o angustia que lleva como consecuencias a muchas enfermedades que se definen como “psicosomáticas”, podríamos decir que es tan antiguo como la existencia de la propia humanidad. En los antepasados de la civilización Griega Sócrates se refería: “del mismo modo que no es apropiado curar los ojos sin la cabeza, ni la cabeza sin el cuerpo tampoco es apropiado curar el cuerpo sin el alma”. En la actualidad estas palabras se definen de una manera distinta pero con similitud de significados, es importante observar que estos estudios fundamentan la existencia de los estados emocionales en nuestra condición física.

En el siglo II de nuestra era Arateus, “realizó una descripción en términos de enfermedad psicosomática y más tarde, en el siglo XII, Maimónides publicó su tractus contra passionem astmatis, dando una definición de este trastorno en términos claramente psicológicos.”<sup>8</sup> En la bibliografía de esta página web es citado un caso clínico del Dr. Mackensi, de 1886 donde relata que una mujer tenía crisis asmáticas desencadenadas por el perfume de las rosas, el médico le presentaba una rosa de papel y esto era suficiente para provocar las crisis. En este ejemplo vemos, cómo intervienen los componentes de la sugestión y los condicionamientos psicológicos en estos pacientes.

Sigmund Freud consideró que la angustia es el fenómeno fundamental y el problema central de las neurosis y este punto de vista ha sido aceptado implícita o explícitamente por la mayor parte de los autores modernos. En sus primeras formulaciones atribuyó la angustia a la represión de impulsos libidinosos, cuya energía bloqueada sería transmutada en angustia. La angustia afirmó, “corresponde a la libido que ha sido desviada de su objeto. Cuando la libido es suprimida, se transforma y reaparece como angustia flotante o en la forma de

---

<sup>8</sup> [http://www.psico.s5.com/web\\_psicopatologia/asmati20.gif](http://www.psico.s5.com/web_psicopatologia/asmati20.gif)

síntomas”<sup>9</sup>. La angustia es entonces una moneda generalmente corriente, por donde todos los efectos son o pueden ser cambiados cuando el contenido conceptual está bajo represión.

Por otra parte Adler consideraba que “el conflicto fundamental generador de angustia en la infancia es el conflicto entre la inferioridad biológica del niño y su anhelo de poder”<sup>10</sup>. La forma en que este conflicto básico es enfrentado por los distintos individuos explicaría las diferencias individuales en cuanto a la propensión a sufrir angustia.

Las definiciones de estos autores nos hacen tener conciencia de la propia vulnerabilidad, parece ser una característica única de los seres humanos, inherente a las condiciones de su existencia. Podemos decir que el desarrollo individual, en tanto que entraña la necesidad de separarse de las fuentes de seguridad, acometer situaciones nuevas y cada vez más complejas, internarse en lo desconocido y escoger entre distintas posibilidades, también implica angustia o ansiedad. La angustia es una experiencia humana universal e ineludible.

El asma está relacionada con la ansiedad. Todos estamos sometidos a factores estresantes a lo largo de nuestra vida. La ansiedad que nos provoca puede llevarnos a una serie de síntomas físicos, es decir nuestros estados emocionales influyen en nuestro cuerpo. Esta ansiedad podemos definirla como un temor anticipado de un peligro futuro, un estado de alerta, de inseguridad y de miedo cuyo origen es desconocido o no reconocemos de donde proviene. En su mayoría afecta enormemente a los niños.

El asma propiamente es una enfermedad considerada como un “desorden inflamatorio crónico de las vías aéreas, esta inflamación está asociada a hiperreactividad (es la reacción exagerada de los bronquios ante cualquier estímulo, con la consecuente producción de moco), limitación del flujo de aire y diversos

---

<sup>9</sup> De la Fuente Muñiz, Ramón Dr. Psicología Médica. “la angustia” Pág. 154-158

<sup>10</sup> Idem



síntomas.”<sup>11</sup> Existe una gran cantidad de factores que pueden precipitar una crisis asmática, y la historia clínica debe tratar de dilucidar la posibilidad de que los ataques estén relacionados a algunos de ellos. Esta enfermedad es considerada con alto componente emocional, es decir un trastorno en el cual existe un componente orgánico-físico y un componente psico-emocional.

Nuestra psique es la fuerza que tiene el poder de materializar todo cuanto sale de ella, cada idea, cada pensamiento estará creando algo positivo o negativo en todos los aspectos de nuestra vida. Estos pensamientos son expresados por medio de las emociones, forman parte de la vida física, mental, material y espiritual.

Las emociones positivas como el amor, la alegría, la voluntad de ayudar etc., serán para nosotros las creadoras de la salud, la prosperidad y de la realización personal. Por el contrario las emociones negativas como resentimiento, la tristeza, el miedo, el enojo, soledad, fracasos etc., crean frustraciones y sintomatología desencadenante. Cuando las cargas afectivas se reprimen, se estructuran psicósomáticamente. Según F. Alexander “el trastorno psicósomático aparece cuando los afectos o las emociones no pueden expresarse normalmente y cuando la energía que permanece encerrada en el organismo se torna crónica produce una disfunción de los órganos”.<sup>12</sup>

La medicina psicósomática resalta la unidad de mente y cuerpo así como la interacción entre ambos elementos. En general existe la convicción de que los factores psicológicos son importantes en el desarrollo de todas las enfermedades. Si esta influencia es mayor en el inicio, progresión, agravamiento o exacerbación de la enfermedad, en la predisposición o la reacción a la misma es un tema que constituye un debate abierto y varía de un trastorno a otro. Rosa Irene Garcia Cabello, hace una reflexión sobre las enfermedades psicósomáticas refiriendo. “En las enfermedades en las que puede demostrarse la relación de esta influencia

---

<sup>11</sup> Revista Ejecutivas, octubre 2002, “asma Infantil” No. 5, página 7 y 8.

<sup>12</sup> Ajuriaguerra, Julia J. De Manual de Psiquiatría Infantil. “Enfermedades psicósomáticas” pág. 733-736

de los factores psicológicos sobre un terreno somático especialmente vulnerable, podemos hablar de patología psicosomática. El asma es uno de los cuadros más representativos de las enfermedades de esta naturaleza. La mayoría de autores están de acuerdo en que el estrés percibido como crónico y grave desempeña un papel importante en el desarrollo de algunas enfermedades psicosomáticas.”<sup>13</sup> Son determinadas por tipos de estrés, los factores psicofisiológicos, la vulnerabilidad genética y orgánica, la autenticidad de sus conflictos emocionales y la forma en que todos estos elementos interactúan.

El diagnóstico correcto del asma se basa en la historia clínica del paciente, en el examen físico, en los estudios de laboratorio y en el consultorio. No es por lo tanto difícil de realizar, pues es un diagnóstico predominantemente clínico, en el que los estudios sólo ayudan a corroborar. El resultado se basa en la presencia de signos objetivos de obstrucción bronquial, básicamente por medio de la exploración física (signos de dificultad respiratoria, sibilancias, espiración prolongada, hipoventilación, etc.). Estos signos obstructivos deben de ser recurrentes, es decir presentarse en forma de exacerbaciones episódicas (crisis), aunque en grados más severos los síntomas obstructivos pueden ser persistentes y aún así, presentar episodios de agravamiento.

Otra característica básica del diagnóstico es que la obstrucción bronquial es reversible, o al menos parcialmente reversible, a veces en forma espontánea o en base a tratamientos con broncodilatadores y/o anti-inflamatorios. Además en la mayoría de los casos se puede documentar en la historia clínica el fenómeno de hiper-reactividad bronquial, se refiere el inicio o la exacerbación de signos y síntomas de reacción bronquial a una diversidad de estímulos físicos, químicos ó emocionales (ejercicio, olores penetrantes, humos, cambios de temperatura ó humedad ambiental, etc.).

---

<sup>13</sup>[http:// www.perso.wanadoo.es/franciscomp/art\\_rosa\\_irene.htm](http://www.perso.wanadoo.es/franciscomp/art_rosa_irene.htm)

Se debe recordar que el asma se presenta a cualquier edad y su sintomatología puede variar en intensidad y frecuencia de un paciente a otro, incluso en un mismo paciente con el paso del tiempo. Esto quiere decir que “el fenómeno obstructivo en un paciente con asma tiene un carácter evolutivo o cambiante, que puede mejorar o empeorar según las circunstancias ambientales y de tratamiento instituidas”<sup>14</sup>.

El asma bronquial infantil resulta una enfermedad de difícil manejo médico, a menudo el componente emocional es olvidado y muchas veces dispara y mantiene las crisis de asma, sin descartar “factores desencadenantes como la exposición a alérgenos (el polvo de la casa y de hongos, cucarachas, saliva de perro y gato, plumas de aves), algunos irritantes como el humo del tabaco y cigarro, la predisposición a infecciones virales, el ejercicio, etc.”<sup>15</sup>

La mayoría de pacientes asmáticos mantiene una pequeña angulación hacia delante en el esternón, en algunos casos ha sido diagnosticado como “torác de pichón”, la causa de esta deformación es desconocida y algunos autores consideran que es normal y que no amerita darle este término”.<sup>16</sup>

Los síntomas más comunes son: tos, disnea, sibilancias, polipnea, respiración corta, taquipnea y en niños mayores, opresión (dolor) torácica y fatiga. La tos es una manifestación muy importante en el paciente asmático, misma que se ha observado acompañada de disnea y/o sibilancias, o como manifestación única; sin embargo, puede ser fácilmente confundida con una complicación de algún episodio infeccioso.

Debido a que el asma es frecuentemente parte de un complejo alérgico generalizado, es frecuente encontrar síntomas asociados de las siguientes enfermedades relacionadas: rinitis, sinusitis, dermatitis atópica, alergia a

---

<sup>14</sup> De la Fuente Muñiz, Ramón Dr. Psicología Médica, Pág. 204

<sup>15</sup> Jiménez Uceró, Manuel Dr., El niño alérgico, Pág. 56

<sup>16</sup> [www.bvs.sld.cu/uats/imagenes/asma2.jpg](http://www.bvs.sld.cu/uats/imagenes/asma2.jpg) “aspectos epidemiológicos del asma”

medicamentos y alimentos. De hecho, el encontrar síntomas alérgicos en otras áreas, nos ayuda a definir la etiología alérgica del asma en esos casos.

Es necesario investigar la relación de los síntomas con las diferentes temporadas estacionales. Es frecuente encontrar un patrón predominantemente estacional en la mayoría de los casos de asma en la infancia. Son menos los casos que presentan un patrón indistinto (en cualquier época) y menos los que tienen síntomas perennes o continuos ya que esto implica un asma persistente, lo cual es menos frecuente. “Los patrones estacionales, sobre todo de primavera y otoño suelen indicar una fuerte correlación con alergia polínica. El asma predominantemente invernal suele estar relacionada a infección respiratoria (sinusitis), el patrón continuo es más frecuente en individuos con sensibilidad alérgica a varios grupos alergénicos o a alérgenos caseros (ácaro, hongos, polvo casero, epitelios animales ó alimentos)”<sup>17</sup>.

En la historia clínica debe investigarse el patrón de inicio, la duración y frecuencia de los ataques (días por semana o días por mes), sobre todo porque esto es imprescindible para la clasificación de la severidad del asma, además de que ayuda a sospechar en las posibles causas en cada exacerbación.

Es notoria la predisposición a iniciar una recaída o a empeorar por la noche en el asma infantil de tipo alérgico. Es frecuente la observación de que tanto la tos como los signos de dificultad respiratoria empeoran o inician en la noche. Incluso la tos nocturna como único síntoma, debe de hacer sospechar la posibilidad de que el paciente esté cursando con asma.

Existe una gran cantidad de factores que pueden precipitar (disparar) una crisis asmática, y la historia clínica debe de tratar de dilucidar la posibilidad de que los ataques estén relacionados a algunos de ellos. “Tiene especial importancia la

---

<sup>17</sup> Friedewald, Vicente M.D., Asma, Síntomas, tratamientos y recuperación, Editorial Norma, 1995.

exposición a alérgenos tales como el polvo de la casa, ácaro, cucaracha, caspa, pelo o saliva de perro y gato, plumas de aves, hongos del *Alternaria* y *Cladosporium* (se forman debido al polvo), hongos de la humedad como *Penicillium*, *Candida*, etc.; exposición a irritantes como el humo del tabaco, etc”<sup>18</sup>.

Tiene también importancia la relación con la exposición a cambios climáticos, contaminación ambiental (ozono, monóxido de carbono, bióxido de nitrógeno, partículas suspendidas, etc). Otro grupo de factores desencadenantes son la exposición a infecciones virales (frecuentemente en las guarderías), el ejercicio, la exposición a solventes, la ingesta de medicamentos anti-inflamatorios no esteroideos o la presencia de factores endocrinos y emocionales.

El encontrar síntomas de reactividad bronquial asociados al ejercicio es una característica muy frecuente en el asma infantil, su importancia radica en que nos indica indirectamente la presencia de inflamación bronquial a pesar de que el niño no tenga síntomas en reposo y habitualmente requiere de tratamiento.

Debido a que los agentes disparadores (alérgenos e irritantes) varían de acuerdo al tipo de ambiente en que se desenvuelva el paciente, debe investigarse cuáles son las características del hábitat en que se desenvuelve el niño (casa, guardería, escuela, salidas habituales, colonia, ciudad, etc.).

En cualquiera de estos lugares, la exposición del paciente con personas que tengan infecciones de vías respiratorias puede ocasionar manifestaciones clínicas que agraven la evolución y compliquen el manejo de su asma. Así mismo, debe considerarse el contacto con personas que fumen ya que existe la posibilidad de inhalar 50 ó más sustancias tóxicas emitidas por el humo de este mal hábito, el cual causa, entre otras, la desepitelización respiratoria, lo que ocasiona aumento en la frecuencia, duración e intensidad de los cuadros infecciosos y alérgicos. Se debe investigar la posibilidad de convivencia en estos

---

<sup>18</sup> Friedewald, Vicente M.D., Asma, Síntomas, tratamientos y recuperación, Editorial Norma, 1995.

lugares con animales como perro, gato, aves, etc. que pueden ocasionar, por sí mismos después del contacto con el alérgeno, una crisis de asma y de otras alergias, ya sea en forma inmediata (minutos) o bien, en forma tardaría (horas o días).

De igual forma, la exposición al polvo y plantas artificiales, conlleva la posibilidad de inhalar esporas de hongos diversos, que también son causantes de cuadros alérgicos. El estar en contacto con humedad o plantas naturales, aumenta el riesgo para que el paciente inhale esporas de hongos. La higiene y la ventilación de estos lugares, son muy importantes ya que se ha confirmado cada vez por más autores, que el hacinamiento y la acumulación de polvo, favorece la aparición de crisis; además, la acumulación de basura es un medio ideal para que la cucaracha y otros insectos se reproduzcan y esto, puede ser un factor detonador de alergias.

Existen tres anomalías básicas que provocan la obstrucción de las vías respiratorias en el asma. Las vías respiratorias se estrechan, se inflaman y se vuelven hipersensibles, secretan excesiva cantidad de moco. Los bronquios no son tubos pasivos que introducen y extraen aire de los pulmones, sino que son estructuras dinámicas recubiertas con músculo liso de características especiales y cuyo tamaño puede cambiar en cuestión de segundos. “Actualmente está demostrado que cuando existe algún padecimiento alérgico en un padre, existe la probabilidad del 50% que sus hijos tengan alguna enfermedad alérgica y, cuando ambos padres manifiestan un problema alérgico, esa probabilidad se eleva hasta el 80% de que sus hijos pueden tener patologías alérgicas”<sup>19</sup>.

En cuanto a la exploración física, además de tratar de corroborar los signos clínicos de obstrucción de la vía aérea baja, es prudente buscar estigmas alérgicos tales como ojeras, surco nasal, saludo alérgico, prurito nasal, respiración

---

<sup>19</sup> Dodge RR, Burrows B. The prevalence and incidence of asthma and asthma like in general population sample. AmRev Resp dis 1980; 122: 567-75

oral; también se deberá estar al pendiente sobre la presencia de rinitis y sinusitis. Signos de dificultad respiratoria tales como tiro intercostal, aleteo nasal, sibilancias en espiración forzada o posterior a maniobra de tos. La ausencia de sibilancias no excluye el diagnóstico de asma. En caso de crisis de asma, "el silencio respiratorio" es un dato de alarma ya que traduce un broncoespasmo (es la reacción que provoca cuando las paredes se inflaman, la hipersensibilidad provoca una excesiva contracción de las pequeñas fibras musculares de la pared de las vías respiratorias).

Estas son las alteraciones que hacen más difícil la entrada y salida de aire a los pulmones, y obliga a la persona asmática a hacer mucho más esfuerzo cada vez que respira. Todos los seres vivos estamos ligados a la respiración, durante cada segundo de nuestra existencia, conocemos que el respirar es un proceso fisiológico, involuntario que se encuentra regulado automáticamente por el sistema nervioso central, sin embargo la respiración se torna consciente para este tipo de pacientes.

Los estudios de la función pulmonar son esenciales para diagnosticar el asma y clasificar su grado de severidad, lo cual servirá de base para recomendar el tratamiento adecuado. El empleo de mediciones objetivas de la función pulmonar es recomendable, debido a que la percepción de los síntomas por parte de paciente y los hallazgos de la exploración física, en ocasiones, no tienen correlación con el grado de severidad de la obstrucción de las vías aéreas.

El asma como cualquier otra enfermedad, mantiene una "secuencia o niveles de la gravedad de dicha enfermedad, leve, moderado y grave".<sup>20</sup> El nivel leve consiste en ataques de tos y jadeo uno o dos veces por semana, síntomas mínimos entre un ataque y otro, buena tolerancia al ejercicio aunque no muy prolongada, uno o dos síntomas nocturnos al mes, pocas o ninguna inasistencia al colegio o trabajo, función pulmonar superior al 80% de lo previsto.

---

<sup>20</sup> Jiménez Ucero, Manuel Dr., El niño alérgico, Pág. 91-95.

En nivel moderado la frecuencia los ataques de tos y jadeo es más de dos veces por semana, en ocasiones hay antecedentes de ataques agudos, aunque poco frecuentes, cierta limitación al ejercicio, síntomas nocturnos dos o tres veces por semana, ausentismo ocasional al colegio o trabajo, función pulmonar entre el 60 y 80% de lo previsto.

En un nivel grave la frecuencia de los ataques de tos son casi todos los días, a menudo agudos con tendencia a ser repetitivos, hospitalizaciones dos veces al año y en estado grave, puede haber desmayos provocados por la tos o crisis debidas a falta de oxígeno; los síntomas de tos leve y jadeo casi siempre están presentes, poca tolerancia al ejercicio; los síntomas nocturnos se presentan casi a diario con constricciones en el pecho hasta la madrugada, inasistencias con frecuencia al colegio o a la escuela.

Hay dos tipos, de asma: extrínseco e intrínseco. El asma extrínseco o alérgico es aquello “en que se detectan mecanismos inmunológicos. En este tipo de asma suelen existir antecedentes, propios o familiares, de procesos alérgicos. Este a su vez se divide en asma extrínseco atópico que se presenta en pacientes en los que el asma obedece a un fenómeno alérgico de reacción antígeno-anticuerpo, en el que existen determinadas partículas orgánicas, y asma extrínseco no atópico. Agrupa todos aquellos casos de asma extrínseco en los que no puede demostrarse la presencia de anticuerpos circulantes.”<sup>21</sup> Es decir que se considera extrínseco por definición, pero no atópico puesto que se da en sujetos no alérgicos. El alérgeno implicado más frecuente es el polvo doméstico y los pólenes.

El asma intrínseco se da en aquellos casos en los que no se puede identificar ningún condicionamiento ambiental desencadenante y en los que las pruebas alérgicas cutáneas a los alérgenos habituales son negativos. No suelen

---

<sup>21</sup> Botello, Cristina y Ma. Del Carmen Benedito, Asma bronquial, ediciones piramide, 1993, pág. 16-17



existir antecedentes propios o familiares de procesos alérgicos ni tampoco se suele demostrar la presencia de ningún mecanismo inmunológico. “Este tipo de asma se caracteriza por su comienzo tardío, la tendencia a la sintomatología crónica y el pobre resultado al tratamiento, a excepción de la buena respuesta a los corticoides.”<sup>22</sup> Al hablar de asma no podemos dejar de relacionarla con las alergias que constituyen tres elementos esenciales, un alérgeno, mastocitos y anticuerpos IgE, dando inicio a una reacción alérgica, en cualquier nivel de gravedad.

Los alérgenos son sustancias proteínicas, generalmente creadas por la naturaleza, como los pólenes y los mohos. Los mastocitos que se encuentran en todo el organismo, contienen sustancias químicas llamadas mediadores, como la histamina. IgE es un anticuerpo, sustancia proteínica formada por las células plasmáticas cuando una parte del organismo, como la nariz queda expuesta a un alérgeno.

---

<sup>22</sup> Botello, Cristina y Ma. Del Carmen Benedito, Asma bronquial, ediciones piramide, 1993, pág. 16-27

### 1.3 Tratamiento Médico y psicológico

Los medicamentos notables que contrarrestan las anomalías que se presentan en las vías respiratorias de una persona con asma, se clasifican en broncodilatadores y agentes antiinflamatorios. En su mayoría estos medicamentos cumplen una de dos funciones o ambas, “la primera consiste en reducir la inflamación (denominados antiinflamatorios). La segunda función es la reducción del broncospasmo, reciben el nombre de broncodilatadores e incluyen los betagonistas, la teofilina y los anticolinérgicos”<sup>23</sup>.

Los aspectos psicológicos están ubicados en la etiopatogenia y en la resolución de la enfermedad. Dentro del origen, obran como factores desencadenantes que unidos a la predisposición genética hacen que ocasione el trastorno. Como patogenia, los factores psicológicos pueden alterar la morbilidad, provocando broncoconstricción y vasodilatación. Se acepta un papel en cuanto al mantenimiento de la enfermedad, en la línea de la teoría del psicomantenimiento psicológico.

Estos son algunos de los medicamentos más utilizados en el tratamiento médico del Asma Bronquial, y aunque muchos profesionales expertos en el tema conocen la importancia del componente psico-emocional en su mayoría no se le brinda la atención necesaria, para lograr una recuperación completa. El asma bronquial es una de las principales enfermedades psicosomáticas, con un componente emocional, sobre conflictos no resueltos, desde nuestro nacimiento vivimos situaciones conflictivas y todas ellas están relacionadas con una sintomatología ya conocida: la angustia. La libertad humana del individuo se conseguirá a través de hacer consciente lo inconsciente y de revelar las fantasías reprimidas que obstaculizan la realización. Por medio de la psicoterapia podemos ayudar a resolver estos conflictos y a adquirir un funcionamiento adecuado a

---

<sup>23</sup> Friedewald, Vicente M.D., Asma, Síntomas, tratamientos y recuperación, Editorial Norma, 1995.

nuestro aparato mental o anímico, para posibilitar el goce de nuestra condición humana en un constante proceso de desarrollo y crecimiento.

La salud de un niño con asma requiere vigilancia debido a la importancia del componente psicológico de la enfermedad y a la disponibilidad de los avances en el manejo terapéutico. Se puede hacer mucho por mejorar la salud de un niño asmático con el asesoramiento de los padres acerca de la importancia de evitar la ansiedad excesiva respecto de lo que consideran que son las causas del asma (ejercicio o ciertos productos alimenticios), y una ansiedad evidente cuando ocurre un ataque. Por ejemplo muchos padres llaman al médico cuando se presenta el menor estornudo, se da medicamento y se pone al niño en cama, o se mantiene sin ir a la escuela, aumentando de manera considerable sus problemas. La mayor parte de la sobreprotección es brindada por la madre.

R. Illingworth refiere “Los factores que culminan en un problema particular son usualmente múltiples y complejos”<sup>24</sup>. En esta página el autor describe un ejemplo, que podríamos llamarlo cotidiano; un niño tiene asma con un poderoso componente psicológico. Su madre tuvo una niñez difícil debido a las personalidades y problemas de sus padres. Ella tuvo un embarazo difícil con toxemia y el niño nació prematuramente. Este fue uno de los factores por los que ella sobreprotegió a su niño. Ella tiene constantes fricciones con su suegra y éste viene a ser otro factor por el que siente que debe sobreproteger al niño. El niño tiene asma y ella se preocupa en exceso por cada resuello de su hijo por lo que el niño también se preocupa y reacciona resollando más fuerte. Entonces la madre se preocupa al máximo, el niño se transforma en un hipocondríaco y se preocupa constantemente de su salud. Su padre lo rechaza porque lo considera un debilucho y el niño lo percibe, no se siente querido y resuella con más ardor. Este caso es uno de diversos factores que ocurren en las familias, por lo tanto es necesario considerar a toda la familia y no sólo al paciente y sus síntomas.

---

<sup>24</sup> Illingworth Ronald, S., El niño normal, editorial el manual moderno, 1993, pág. 115

En la actualidad existen diferentes enfoques terapéuticos que mediante recursos psicológicos logran orientar al individuo a la salud mental. Por ejemplo la terapia racional emotiva ha tenido profundo éxito en las enfermedades psicosomáticas.

La terapia racional emotiva afirma que el funcionamiento humano existen tres aspectos psicológicos principales: pensamientos, sentimientos y conductas. Estos tres aspectos están interrelacionados, de modo que los cambios en uno producen cambios en otro. Si las personas cambian el modo en que piensan acerca de las cosas, el mundo o sí mismos, sentirán de modo diferente y se comportarán de diferente manera.

La terapia consiste en reemplazar esas creencias inapropiadas por creencias apropiadas y racionales. “El método principal para hacer esto se llama refutación o debate y es, básicamente, una adaptación del método científico a la vida cotidiana.”<sup>25</sup> Es decir, si nuestros pensamientos son los responsables de nuestras emociones negativas inadecuadas, podemos sentirnos mejor si aprendemos a pensar por medio de un método científico según el cual dichas creencias son consideradas hipótesis cuya validez o invalidez habrá que determinar antes de ser aceptadas o rechazadas. Consiste en una serie de pasos que básicamente orienta al individuo a cambiar las creencias irracionales y negativas por creencias racionales y positivas para encontrar sentido a la vida, a los sucesos y todo lo que nos rodea.

Asimismo encontramos a la terapia familiar en su concepto global consta de “una serie de procesos sociales y psicoterapéuticos cuyo objetivo es tratar problemas de comunicación familiar y desajustes emocionales dentro de la familia.”<sup>26</sup> La comunicación problemática dentro de la familia está considerada como una de las causas más frecuentes de problemas psíquicos y especialmente de desviación de conducta en los niños. La familia representa la base importante

---

<sup>25</sup> <http://www.cepvi.com/psicoge.htm> “ introducción terapia racional emotiva”

<sup>26</sup> Andolfi, Maurizio, Terapia Familiar, Editorial Paidós, Pág. 15

de crecimiento y desarrollo del niño, como un sistema en constante transformación en este sentido es indispensable conocer a qué presiones se encuentra sometido el niño o paciente identificado.

Por otra parte Virginia Satir consideraba que “Los psicoterapeutas familiares se ocupan del dolor de la familia. Cuando una persona dentro de la familia (el paciente) sufre de algo que se manifiesta en síntomas, todos los miembros de la familia sienten ese dolor de alguna manera.”<sup>27</sup> La idea de intentar tratar a una familia aparece en América en 1950, en Estados Unidos para ser más específicos, surge de las tres principales vías del psicoanálisis “Las teorías de las relaciones objetales de Melanie Klein, el psicoanálisis ortodoxo de Anna Freud y el culturalismo neofreudiano que prospera en Estados Unidos debido a las obras de Erich Fromm, Karen Horney y Harry Stack Sullivan”<sup>28</sup> La terapia de la familia surge en el momento en que las ideas científicas abren una brecha en las teorías psiquiátricas y psicoterapéuticas, las cuales eran hasta entonces predominantemente individualistas, permitiendo la creación de una terapia profunda e innovadora.

Algunos terapeutas sin conocerse entre ellos, comienzan a tratar familias completas, consideraban la importancia de la familia, realizando distintos estudios, entre los cuales podemos mencionar<sup>29</sup>:

- Adler, consideraba que el sentimiento social era una cualidad fundamental de la personalidad, que se heredaba en el plano biológico, pero que se hallaba enormemente influido por el modelo de la familia.

---

<sup>27</sup> Satir, Virginia, Psicoterapia familiar Conjunta, Ediciones científicas, pág. 1-5

<sup>28</sup> Bertrando Paolo y Dario Toffanetti, historia de la terapia familiar, Editorial Paidós, pág. 45

<sup>29</sup> La referencia siguiente fue tomada de: Bertrando Paolo y Dario Toffanetti, historia de la terapia familiar, Editorial Paidós,

- Adolf Meyer, conceptualizó que para comprender las alteraciones mentales, el psiquiatra debía conocer el medio sociofamiliar del paciente y considerar la enfermedad como una inadaptación de la personalidad global.
- John Von Neumann y Oskar Morgenstern , quienes en 1944 elaboraron la teoría de los juegos.
- Eric Berne, fundador del análisis transaccional.
- John Bell, uno de los primeros en experimentar la terapia familiar. En 1951, con la familia de un adolescente agresivo.
- Nathan Ackerman, quién llegó a la terapia familiar a través de la Psiquiatría Infantil. Fundó el Family Institute en Nueva York y la revista Family Process junto con Don D.Jackson, que sería considerada la guía intelectual del movimiento.
- Christian Midelfort, fue uno de los primeros en el tratamiento de familias de esquizofrénicos.
- Theodor Lidz, destacó la incapacidad de las familias de esquizofrénicos para desarrollar una estructura adecuada y favorecer una diferenciación suficiente de roles en el seno de la familia. - Lyman C. Wynne, con una preparación excelente para el estudio familiar.
- Murray Bowen, hospitalizó, junto con Wynne, familias de jóvenes esquizofrénicas.
- Carl Whitaker, considerado también pionero de la terapia familiar. Fue uno de los primeros en introducir a miembros colaterales de la familia en las sesiones de terapia familiar. Sus contribuciones más notables se refieren al uso de las metáforas (terapia simbólica y experiencia) y a la utilización técnica de la coterapia.
- Gregory Bateson, fundador del grupo de Palo Alto (1952), entre los que destacan: John Weakland, Jay Haley, William Fry, Don D. Jackson. Los trabajos del grupo de Palo Alto son considerables, tanto por las investigaciones como por las publicaciones y la enseñanza.
- Ivan Boszormenyi-Nagy, introdujo el punto de vista ético en el abordaje familiar.

- Otros autores, agregan a Jackson quien dio una conferencia titulada homeostasis familiar, en la misma conceptualiza la familia en términos de “sistema interaccional”<sup>30</sup>, poniendo el acento en el carácter equilibrador que posee todo síntoma individual y sorprendió a muchos terapeutas influyéndolos a realizar investigaciones sobre el tema.

Los terapeutas notaban que cuando sus pacientes cambiaban en la terapia individual, esto tenía consecuencias dentro de la familia: algún otro desarrollaba síntomas, o la familia empezaba a apartarse. El cambio rápido de un síntoma severo en un paciente producía inestabilidad en el matrimonio y la familia.

Para el año 1954 estaba claro que la terapia familiar era un concepto diferente de cambio más que un método adicional de tratamiento, para cambiar a un individuo se requiere una manera de pensar, y para cambiar la interacción entre los miembros de una familia, se requiere otra. Se trataba de cambiar el medio de relacionar en que vive la persona, no sacarla de este medio e intentar cambiarla a ella. Más que desarrollarse la terapia familiar de acuerdo con una teoría, parecía que se estaba luchando para encontrar una teoría donde encajar las prácticas.

La terapia familiar trata de modificar el equilibrio de la relación patogénica entre los miembros de la familia, a fin de facilitar nuevas formas de relación. Un síntoma de cualquier miembro de la familia en un momento determinado se ve como expresión de un sistema familiar disfuncional. Para comprender el síntoma se debe comprender no sólo al portador del síntoma, sino también a la familia y al sistema familiar, ya que el síntoma cumple la función de mantener el equilibrio del sistema familiar. Se podría establecer una regla empírica: Cuando el "por qué" de un fragmento de conducta permanece oscuro, la pregunta "para qué" puede proporcionar una respuesta válida.

---

<sup>30</sup> <http://www.Perso.wanadoo.es>

Una familia tiende a preservar su estabilidad, a salvaguardar su equilibrio y lo hace mediante respaldos negativos puestos en juego en respuesta a todo comportamiento de sus miembros o a toda información que tiene por efecto desestabilizarla. La familia no puede mantener indefinidamente el mismo equilibrio, atravesando periódicamente crisis que la llevan a modificar su equilibrio adaptándose a las nuevas necesidades de sus miembros o a las exigencias de su entorno. Cambia positivamente. La capacidad de cambio de las familias depende de su grado de apertura.

El camino común de los pioneros en terapia familiar ha sido el de remontar a partir de síntomas individuales hasta disfunciones específicamente familiares. Sólo de manera progresiva a lo largo de sucesivas entrevistas con la familia, el terapeuta llega a ser competente para comprender a la familia y para definir o situar las disfunciones. “Cuando hablamos de disfunciones territoriales nos referimos a las disfunciones relacionadas con la manera en que se distribuyen, respetan o ignoran los diferentes tipos de fronteras en el seno del sistema familiar o entre éste y el entorno social. Las fronteras internas y externas del sistema determinan quién participa y quién no en una operación”<sup>31</sup>.

Cuando las fronteras son demasiado permeables e indiferenciadas hablamos de “una estructura familiar aglutinada. Mientras que si éstas están muy marcadas o rígidas será desligada. Otra consideración estructural de las interacciones familiares está dada por el concepto de alineamientos”<sup>32</sup> (ponen de manifiesto el acuerdo o la oposición de uno o varios miembros en la ejecución de una operación).

Hay dos clases de divisiones, las Alianzas (que es un interés compartido por dos miembros de la familia en una acción común) y Coaliciones (se refiere al proceso de acción conjunta entre dos o más personas, contra otra persona). El

---

<sup>31</sup> De Shazer, Steve, Pautas de terapia familiar breve, Editorial Paidós, 1996.

<sup>32</sup> Boszormenyi-Nagy, Ivan, Framo James L., Terapia Familiar Intensiva, Editorial Trillas, 1988,



concepto de rol designa el conjunto de comportamientos y de funciones que un miembro de la familia asume frente a los otros. Pueden ser claros o difusos.

El clima afectivo que reina en el sistema familiar es una de las primeras realidades con las que todo terapeuta se encuentra confrontado en cada sesión. Por ejemplo, “las familias de esquizofrénicos se distinguen porque suelen tener una extrema pobreza afectiva en sus intercambios y una distribución inadecuada de roles afectivos”<sup>33</sup>.

Los procesos de autonomía e individualización dependen mucho de la familia. Así, en familias muy apegadas las separaciones son mal toleradas y el sistema familiar emite toda clase de reacciones negativas frente a toda tentativa de autonomía. Stierlin “ha intentado conceptualizar tres modalidades relacionales familiares que pueden explicar los mecanismos de control a distancia que el sistema familiar de origen pone en funcionamiento para dificultar la individualización de sus miembros: la modalidad por unión, la delegación por unión y la delegación por rechazo”<sup>34</sup>. Dentro del conjunto de los cambios que puede lograr la terapia familiar, hemos concentrado a la terapia familiar breve como una técnica guía.

La terapia breve, surgió con la finalidad de cubrir las necesidades de tiempo, es decir trabajar con técnicas más útiles y que en corto tiempo y plazo obtener resultados positivos. Cuando hablamos de terapia breve nos referimos a las intervenciones terapéuticas capaces de responder en tiempos breves a necesidades específicas de los pacientes. Ante esta aparente simplicidad hay una base teórico-práctica compleja y muy desarrollada que hace posible la resolución de los problemas.

---

<sup>33</sup> Bertrando Paolo y Dario Toffanetti, historia de la terapia familiar, Editorial Paidós, pág. 45

<sup>34</sup> Boszormenyi-Nagy, Ivan, Framo James L., Terapia Familiar Intensiva, Editorial Trillas, 1988,

Los autores que han dejado mayor huella en los comienzos de la terapia breve son “M. Erickson, P. Watzlavick, J. Weakland, J. Haley, Bateson, entre otros. Surge después de la 2ª. Guerra Mundial, en Estados Unidos cuando regresa el personal militar, debido al fuerte impacto hubo una demanda de servicios de salud mental, los cuales no podían ser atendidos con tratamientos de larga duración ”<sup>35</sup> Estos profesionales vieron como alternativa la terapia breve y lucharon contra una rígida y dominante tendencia de los tratamientos largos, tuvieron que demostrar que las intervenciones breves con la cooperación del paciente lograban cambios reales y a juzgar por el éxito actual vemos que lo lograron.

La figura pionera que influyó en la terapia familiar breve fue M. Erickson, consideraba que los pacientes tenían en ellos mismos o dentro de sus sistemas sociales, los recursos necesarios para realizar los cambios que necesitaban hacer. Sin embargo es a Steve De Shazer quién se le considera padre de la terapia familiar breve centrada en soluciones.

Según De Shazer, la terapia familiar breve tiene su gran interés por la adecuación de teoría y práctica, que lleva a planear muy minuciosamente las intervenciones y a que los efectos que sesión a sesión se ejercen sobre el sistema familiar sean estudiados, en síntesis se divide en seis partes:<sup>36</sup>

-La planificación previa a la sesión: se tiene ya el motivo principal de consulta y puede ser una revisión o estudio del expediente, buscar información o documentarse con intervenciones en casos similares, que resultaron eficaces.

-El prelude: esta etapa dura unos pocos minutos de la primera sesión y tiene como finalidad crear una relación asistencial, no amenazadora con la familia en su totalidad se realizan preguntas centrándose en su contexto familiar es decir

---

<sup>35</sup> [www.ciudadfutura.com/psico/articulos/ffamiliar.htm](http://www.ciudadfutura.com/psico/articulos/ffamiliar.htm)

<sup>36</sup> De Shazer, Steve, Pautas de terapia familiar breve, Editorial Paidós, 1996

conocer acerca de su vecindario, costumbres en materia religiosa, etc. Nos sirve para averiguar de que manera ve la familia al mundo.

-Recolección de datos: esta parte es muy importante en las sesiones el terapeuta tendrá una actitud acrítica, aceptará todo lo que dice y hace la familia como bastante normal teniendo en cuenta la situación. Tendrá cuidado especial en averiguar que ha hecho la familia para resolver el problema que trajo a la terapia.

-La pausa para la consulta: el diseño de la intervención, las señales, las metas se obtienen datos para suministrar y diseñar una intervención el cual consta de dos partes, el elogio y el indicio. El terapeuta debe de formular la intervención empleando las frases y predicados favoritos de la familia, de esta manera se vuelve más fácil crear y presentar una intervención y facilita la aceptación por la familia, si acepta el elogio es probable que considere que la tarea o sugerencia asociada se halla dentro de la cooperación que deben de prestar a la terapia.

-La transmisión del mensaje: la intervención propiamente dicha, se refiere a la intervención del terapeuta la cual puede ser el elogio o el indicio, la tarea es observar como es aceptado por la familia.

-El estudio posterior: primero realizar anotaciones de las observaciones efectuadas, los principales resultados de los mensajes de la primera sesión consisten en la información que suministrará el informe que presente la familia acerca de su respuesta, permitiendo trabajar para las próximas sesiones.

Steve De Shazer logra conceptualizar los pasos para lograr una terapia familiar breve centrada en soluciones, los procedimientos utilizados fueron creados como un método didáctico que pudiera dar respuesta en la práctica al terapeuta con la finalidad de planear y describir la cooperación de la familia.

El hacer una terapia de familia significa que el terapeuta debe establecer de entrada una relación significativa con la familia considerada como una unidad, llevar a cabo un compromiso junto a la familia. El objetivo terapéutico será el de provocar uno o más cambios, cuyo efecto será el devolver a la familia suficientemente competente para resolver por sí misma las dificultades y encontrar una alternativa a la producción de síntomas.

De esta manera se llevó a cabo el presente proyecto, trabajando con un grupo de familias guatemaltecas tomando en cuenta la adaptabilidad y eficacia de la terapia familiar breve, como terapeutas responsables de la salud, es importante considerar que en Guatemala como en la mayoría de los países latinoamericanos los tratamientos médicos en gran parte son de índole correctiva, descartando la salud preventiva, en la cual incide la salud mental.

La mayoría de familias guatemaltecas son esencialmente conservadoras en cuanto a costumbres y tradiciones relacionados a sus patrones de crianza, denotan la necesidad de salud psicológica tanto correctiva como preventiva. Durante la preparación y desarrollo del proyecto se comprobó la resistencia y rechazo hacia esta área. Se seleccionó a la terapia familiar breve, dentro de las terapias alternativas que se conocen debido a su eficacia, y no requiere mucho tiempo, es decir que no es un tratamiento terapéutico que incurra en gastos excesivos de tiempo y dinero. Logra conseguir un cambio en el sistema familiar, la vida de cada integrante de la familia se ve consecuentemente modificada, es considerada una nueva forma de abordar la comprensión de la conducta humana en su complejidad, como fundamentalmente conformada por su contexto social y también cultural.

La terapia familiar breve fue realizada bajo el modelo de Steve De Shazer, conjunto a la técnica racional emotiva, esta técnica es utilizada en el manejo de pensamientos negativos y control de emociones. En la primera entrevista realizada a las familias, se observó que los padres de familia transmiten muchos

pensamientos repetitivos y negativos al paciente identificado con asma bronquial infantil, lo que hace predisponer las crisis.

Como parte de los enfoques cognitivos similares han sido diseñados por los terapeutas formados en el psicoanálisis, y que estaban decepcionados de sus teorías y sus técnicas, surge la terapia racional emotiva, es una de las más antiguas. El psicólogo estadounidense Albert Ellis fué el creador de esta valiosa técnica y terapia. Consideraba que parte de “las creencias irracionales y el modo ilógico de pensar, causa trastornos emocionales”.<sup>37</sup> Su tratamiento consiste en que el paciente se enfrente a su irracionalidad, animándolo a trabajar vigilando ese modo irracional de pensar para sustituirlo por pensamientos y emociones más coherentes. Implica un proceso de reeducación cognitivo emocional mediante el cual las personas pueden llegar a corregir sus malas concepciones, olvidar sus viejos hábitos de pensar irracionalmente y aprender nuevos hábitos de pensamiento racional. Proporciona un abordaje de tipo práctico, activo directivo, centrado en el aquí y ahora para lidiar con problemas emocionales y conductas mal adaptadas que saboten la posibilidad de crecimiento personal.

Cuando aplicamos esta técnica directamente a los padres de familia, se observó un cambio en la forma de cómo se veían uno al otro, por ejemplo el padre culpaba a la madre de las crisis del niño, en el momento que una se presentaba le hacía reproches, se molestaba con el niño y lo consideraba débil.

Con esta técnica el padre aprendió la forma positiva de manifestar sus pensamientos, de colaborar en el momento que se presente una crisis. Por su parte la madre manifestaba excesiva ansiedad, preocupación, temor y mantenía una actitud defensiva inapropiada, dando frases repetitivas al niño en relación a la enfermedad.

La finalidad fue concientizar a los padres de familia, se les motivo en iniciar un proceso de cambio en sus actitudes y pensamientos, que se logra poniendo en

---

<sup>37</sup> [www.psicologiaonline.com/formacion/cursos/trec](http://www.psicologiaonline.com/formacion/cursos/trec)

práctica todos los conocimientos aprendidos. Esto no significa que con el proceso de terapia se solucionan todos los mensajes y pensamientos negativos hacia el paciente identificado, sino que es el inicio que marcará la evolución de la enfermedad en el niño, sumado al tratamiento médico.

En la actualidad existen tratamientos médicos para combatir el Asma Bronquial Infantil, algunos son más efectivos que otros y todo va en relación al historial médico del paciente, tomando en cuenta que esta enfermedad es “multifactorial” no debemos descartar el componente psicológico, es necesario comprender una diversidad de factores que se unen para dar lugar a un proceso tan complejo que lleva al paciente con asma a manifestar sus crisis. La familia representa la base importante de cualquier individuo, sea cual fuere su condición no podemos alejarnos de nuestra familia y somos el reflejo de ella.

La familia como una comunidad de personas que se unen o se conectan ya sea por lazos biológicos, maritales, adoptivos o emocionales, sigue siendo esa fuente de apoyo, cuidado, amor, salud, y disciplina. Representa una unidad básica y célula primordial de la sociedad, brinda sentido y orientación, la mayoría de las personas encuentran un lugar y estructura adecuada para su desarrollo y maduración. Es en familia donde la mayoría de las personas celebran sus logros, lamentan sus pérdidas, perpetúan sus valores, aprenden y mantienen sus motivaciones y experimentan lo que significa ser humano.

Al seleccionar una herramienta terapéutica consideramos la terapia familiar breve como una alternativa adicional al tratamiento médico del Asma Bronquial Infantil, debido a la necesidad de comprender los factores que se dan en su entorno familiar. Conscientes de lo anterior la presente investigación se ubica dentro del área clínica o de la salud, está orientada a brindar apoyo a las familias y a educar a los padres de familia con relación a la enfermedad.

La terapia familiar breve es una herramienta eficaz para solucionar conflictos familiares, es muy efectiva porque trata al individuo y a su entorno, le permite obtener resultados positivos a corto plazo, permitiéndole al paciente estimular cambios en el ámbito emocional.

La familia representa la base importante y como pilar en constante desarrollo, es indispensable identificar qué piensan y como actúan cada uno de los miembros ante el paciente y su enfermedad. Existe una extensa literatura en la psicología que sugiere que los síntomas asmáticos pueden ser exacerbados por factores de índole psicológica, dentro de los cuales cobran gran importancia los factores emocionales. Sin duda, la ansiedad es una de las emociones más estudiadas en los trastornos psicofisiológicos, en el asma no es una excepción. Ha sido ampliamente estudiada desde la antigüedad, importantes personajes clásicos como Hipócrates, Arateus o Maimónides estudiaron el asma bronquial y aportaron aspectos psicofisiológicos en sus descripciones.

Karen Horney formuló que “la angustia en la infancia es consecuencia de la necesidad del niño de depender de sus padres y la hostilidad que inevitablemente suscita en él esa dependencia.”<sup>38</sup> Cuando existe este conflicto entre hostilidad y dependencia es una de las causas principales de la angustia en la infancia, puesto que sentir hostilidad pone en peligro la relación con la madre, de la cual se depende para la satisfacción de necesidades vitales.

Hoy en día se han abandonado las posiciones que afirman un papel etiológico de las variables psicológicas en el asma bronquial, existiendo un cierto consenso en cuanto a que estas variables juegan un papel importante en referencia al mantenimiento de la enfermedad y aunque es de conocimiento general, es importante notar que no se le ha brindado al paciente asmático un tratamiento que además de medicamentos cuente con una terapia adecuada.

---

<sup>38</sup> De la Fuente Muñiz, Ramón Dr. Psicología Médica, “la angustia” Pág. 154-158

### **Hipótesis General o de Investigación:**

Al llevar a cabo un proceso de terapia familiar breve con familias que tienen entre sus integrantes a una persona asmática, como alternativa adicional al tratamiento médico, permite orientar a la familia en relación a la enfermedad y ayuda a evitar crisis que contengan componente psicológico.

### **Definición conceptual y operacional de las variables**

#### **Variable Dependiente**

Asma bronquial: es la enfermedad crónica grave más común de la infancia que se caracteriza por tos, pecho apretado, falta de aliento y silbido al respirar, es considerada como un desorden inflamatorio crónico de las vías aéreas, esta inflamación está asociada a hiper-reactividad (es la reacción exagerada de los bronquios ante cualquier estímulo, con la consecuente producción de moco), limitación del flujo de aire y síntomas respiratorios como tos en exceso, dificultad para respirar, aumento de la frecuencia respiratoria y cardíaca.

#### **Variable Independiente**

Terapia familiar breve: en su concepto global consta de una serie de procesos sociales y psicoterapéuticos cuyo objetivo es tratar problemas de comunicación familiar y desajustes emocionales dentro de la familia. La comunicación problemática dentro de la familia está considerada como una de las causas más frecuentes de problemas psíquicos y especialmente de desviación de conducta en los niños.



## **Indicadores:**

### **Paciente asmático:**

Ansiedad: temor anticipado de un peligro futuro, cuyo origen es desconocido o no se reconoce. El rasgo central de la ansiedad es el intenso malestar mental, el sentimiento que tiene el sujeto de que no será capaz de controlar los sucesos futuros.

Inseguridad: Es un malestar inexplicable que manifiestan algunos individuos, con acción de inestabilidad, falta de confianza en si mismo, se representa de diversas maneras.

Sentimiento de Culpa: manifestación de responsabilidad ante un suceso determinado de forma inconsciente.

### **Identificación en Integrantes de la familia:**

-Roles, cómo actúan con relación a la enfermedad

-sobrepotección o rechazo

-Identificación de eventos relevantes que precipitan los síntomas de la enfermedad en el niño.

Tratamiento Psicológico

Mejoría intrafamiliar del paciente

Adaptabilidad del paciente en su entorno social y escolar

Los objetivos de esta investigación fueron:

**General:**

- La utilización de la terapia familiar breve, brinda apoyo al tratamiento médico del asma bronquial infantil, con la finalidad de disminuir crisis asmáticas que se manifiestan por componentes emocionales.

**Específicos:**

- Modalidad y afrontamiento de la situación-enfermedad de cada uno de los miembros de la familia, como ha sido desde que se diagnosticó la enfermedad hasta la actualidad.
- Identificar el comportamiento de los distintos miembros de la familia ante el proceso terapéutico el cual es fundamental para el progreso y éxito de la terapia.
- Educar a los padres de familia en relación a la enfermedad y brindar apoyo a cada uno de los integrantes.
- Evaluar los factores intervinientes, emocionales desencadenantes.

## **CAPITULO II TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

### **Selección de la muestra**

La técnica utilizada para la selección de datos se basó en el estudio de expedientes proporcionados por la clínica Centro del Asma, es decir pacientes que llevan un tratamiento médico, se tomaron en cuenta los siguientes aspectos:

- Familia integrada
- Paciente identificado comprendido entre una edad de 8 a 10 años.
- Nivel de asma moderado

-Familia dispuesta a cooperar y participar en la terapia. Se seleccionaron 25 casos de familias con similitud de condiciones, a quienes se contactaron y de las cuales obtuvimos el estudio de 5 casos, familias que aceptaron someterse al tratamiento de las cuales una familia deserto después de la primera sesión, desde un inició fue notable el rechazo a tratamientos psicológicos por parte del padre de familia.

### **Técnicas y procedimientos de trabajo**

El primer paso fue contactar vía telefónica a uno de los padres y comentarle acerca del estudio que estaba por realizarse y conocer sus inquietudes referentes a la terapia y si estaban de acuerdo en someterse al proyecto de estudio.

Como siguiente paso se programó una entrevista con los padres de familia y se les informó todos los aspectos relacionados con la terapia familiar breve y el proceso que llevaría a educar actitudes relacionadas al paciente como a la enfermedad, la importancia del apoyo emocional familiar. Se evaluaron los cambios emocionales de los padres y como afrontaban la enfermedad de su hijo.

Durante la entrevista inicial se fijó el lugar adecuado y el horario preestablecido, se determinó la privacidad durante las sesiones.

Esta comunicación permitió acercarnos y conocer la interacción de su contexto familiar y se obtuvo información acerca de esquemas y acciones entre los integrantes de la familia con relación al paciente asmático.

Terapia familiar breve: La primera sesión tuvo como finalidad obtener la mayor cantidad de información referente al contexto familiar por medio del juego. Se realizó una observación basada en la rigidez de la identificación de la enfermedad o como veían la familia al paciente identificado. El juego fue bien aceptado por los niños y no se expuso a los padres al peligro de sentirse amenazados.

El empeño con que cada participante realizó su tarea asignada, me permitió observar la colaboración activa de cada uno promoviendo determinadas relaciones por el medio lúdico.

En la segunda sesión se observaron la definición de roles de cada uno de los integrantes de la familia, es decir comportamientos y funciones que cada uno asume hacia los otros. Se identificaron alianzas y coaliciones. El tiempo estimado de cada una de las sesiones era de cuarenta y cinco minutos.

Durante el desarrollo de la tercera sesión se representó un cambio de roles, con los padres de familia y tomando en cuenta el conocimiento del contexto familiar se brindó orientación a las ideas y pensamientos con relación a la enfermedad, por medio de la técnica racional emotiva. El diseño de la intervención se llevó a cabo de acuerdo a indicios, es decir tareas o sugerencias para los padres de familia. Se trabajó un resumen diario de frases repetitivas en relación a la enfermedad que le brindarían a su hijo, consistió en escribir la cantidad de frases y mensajes negativos que le transmitían durante el día con las actividades que realizará su hijo cotidianamente, mismas que fueron disminuyendo cuando se realizó el indicio y elogio, especialmente con la madre debido a que pasa más tiempo con sus hijos, una de las frases típicas fue “póngase suéter porque se va a

enfermar”, se observa como transmite su angustia o temor a otra crisis y lo condiciona a la enfermedad.

La cuarta y cierre de las sesiones tuvo como finalidad acercar a la familia, e incentivarlos a poner en práctica los conocimientos aprendidos durante el proceso de terapia, utilizando el modelo humanista, promoviendo la empatía, el amor, la autenticidad y la aceptación positiva incondicional entre sus miembros. Asimismo acercarlos a continuar con el tratamiento médico el cual es indispensable.

### **Instrumentos de recolección de datos**

La investigación se realizó inicialmente con el estudio del expediente, donde se tenían parámetros, seguido por una entrevista donde era indispensable que la actitud de los padres fuera colaboradora y dispuestos a participar en el estudio, para culminar con la terapia familiar breve de una hasta cuatro sesiones de participación familiar.

Revisión de expedientes: se utilizó con la finalidad de reducir el campo de estudio, el punto de partida fue el historial médico del paciente, fue indispensable que el paciente identificado se encontrara entre un rango de edad de 8 a 10 años, que perteneciera a una familia integrada y que el nivel de asma fuera moderado.

La entrevista: como un instrumento de investigación se lleva a cabo una conversación que tiene como finalidad obtener información e informar. El entrevistador también tiene la oportunidad de observar la conducta del otro, su manera de hablar, su compostura o su tensión al abordar ciertos tópicos, también puede decirse que es la relación directa entre el investigador y su objeto de estudio, a través de un grupo de individuos con el fin de obtener testimonios orales. Debe procurar que la conversación verse sobre una gran gama de temas, alentando al sujeto a que exponga libremente sus experiencias, sentimientos y actitudes.

Terapia familiar breve: método terapéutico que considera a la familia como una unidad y como parte del problema en el tratamiento individual. Basa su teoría que si un miembro de la familia tiene problemas, a menudo es un signo de que la familia entera necesita ayuda. Las metas primordiales de la terapia familiar son mejorar la comunicación en la familia, alentar a sus miembros a mostrar mayor empatía, lograr que compartan las responsabilidades y aminorar los conflictos. Es importante que todos los integrantes de la familia se encuentren dispuestos a cooperar y convencidos que lograrán beneficios.

### **CAPITULO III**

#### *PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS*

La presente investigación se llevó a cabo con el apoyo de la clínica “Centro del Asma” dirigida por el doctor Roberto Maselli, quién proporcionó acceso a sus expedientes para seleccionar la muestra de estudio, conformada por cinco familias que tuvieran entre sus miembros a un paciente asmático.

Durante el proceso de la selección de la muestra, el cual inició con una llamada telefónica contactando a uno de los padres de familia para informarle sobre el proyecto, se observó un factor importante que no puede pasar desapercibido y es el rechazo que existe por parte de el padre de familia hacia cualquier tratamiento psicológico, vemos como aún en nuestro país existe tabú y resistencia a este tipo de tratamientos alternativos. En su mayoría la madre estaba dispuesta a participar por lograr la mejoría o recuperación de sus hijos y cuando lo consultaba con su esposo, siempre presentaban excusas para que su familia se sometiera al estudio sin su participación, estos resultados fueron obtenidos sobre el 80% de los 25 casos iniciales, aceptando solo un 20% los cuales fueron los casos estudiados.

Luego de confirmar la participación de las cinco familias de estudio, se realizó la entrevista con los padres de familia únicamente, donde se observó que el paciente identificado siempre tienen un tipo de alianza con la madre, quien lo sobreprotege porque lo considera débil a diferencia de los demás, siente que el entorno o ambiente familiar debe de estar centrado en él. También se realizó un cuestionario como complemento de información. (ver anexo 1)

En la primera sesión de terapia familiar breve se realizaron juegos con la finalidad de romper barreras, lograr la integración de la familia, obtener más información de su estructura familiar y sobre todo conocer como actuaban cada uno de los integrantes en relación al paciente y la enfermedad por medio lúdico.

Se identificaron coaliciones entre los hermanos por la excesiva atención que le brindan al paciente identificado, ellos están unidos frente a las actitudes de apego, de la madre o de ambos padres, en algunos casos también aportan y apoyan la sobreprotección como en el caso de la familia 4.

En la segunda y tercera sesión se trabajó con el rol de cada uno de los padres de familia, en lo que se refiere al padre identificamos su figura autoritaria, se comporta con dureza y responsabiliza a la madre por falta de cuidados cuando el niño presenta una nueva crisis, como es el caso de la familia 1 y 2. El padre en algunos casos también le brinda al niño una excesiva sobreprotección, siendo el centro de atención en el contexto familiar, olvidándose ambos como pareja porque lo consideran débil, como sucede en las familias 3 y 4. Estas sesiones fueron muy importantes durante el proceso de investigación, se proporcionó educación en relación al manejo de la enfermedad, al inicio se aplicó un cuestionario para los padres de familia, al finalizar las sesiones se aplicó de nuevo se observó un cambio de actitud y respuesta de ambos padres lo cual marco un avance significativo, es decir sus respuestas no fueron las mismas al inicio

Cuarta y cierre de las sesiones se concientizó a los padres de familia en cuanto a cómo manejar las crisis de asma, tanto en el desarrollo como en la prevención, en el caso de la madre constantemente está brindando mensajes repetitivos en relación a la enfermedad y cuando se presentan las crisis incrementa la sobreprotección con cuidados excesivos. El padre de familia culpa a la madre en algunos casos y otros se une a ella en brindar los cuidados, en ambos casos los padres de familia manifiestan ansiedad la cual descargan uno en el otro y se la transmiten al niño. La finalidad fue de acercar a la familia y motivarlos en practicar los conocimientos aprendidos en su vida cotidiana por medio del modelo humanista. Asimismo acercarlos a continuar con el tratamiento médico que cumple una función indispensable e insustituible.



La terapia familiar breve permitió evidenciar un cambio notable en los contextos familiares, manteniendo condiciones necesarias para lograrlo, como es la colaboración y apoyo de los integrantes de la familia, especialmente de los padres, que en determinados casos toman el papel de terapeutas en su dinámica familiar. Durante el proceso de entrevista se aplicó a los padres de familia el cuestionario No. 1, que constaba de una serie de situaciones o aspectos relacionados con la enfermedad, fueron preguntas cerradas para delimitar los temas, en su mayoría las respuestas se encontraban entre casilla 1 y 2, que principalmente mostraban en la casilla 1, la falta de apoyo como pareja y culpándose mutuamente, falta de atención al paciente identificado, aceptando la enfermedad con enojo, descontento y falta de conocimiento de los síntomas, el enunciado 2, va relacionado a la sobre protección excesiva tanto del padre y madre hacia el paciente identificado.

Al finalizar las sesiones se aplicó nuevamente el mismo cuestionario, en el cual se les solicitó que lo respondieran de acuerdo a los conocimientos aprendidos y sus experiencias durante el proceso de terapia, en su mayoría las respuestas fueron ubicadas en la casilla 3, la cual muestra una actitud de apoyo y positivismo en relación a la enfermedad, comprensión entre los miembros de la familia especialmente entre los padres, la casilla 4 fue seleccionada solo en el caso que no se presentó ninguna situación similar.

Al mismo tiempo los padres brindaron sus testimonios de lo aprendido en las sesiones y el total desconocimiento que tenían en relación a la enfermedad. Se observó una aceptación y logro de objetivos por parte de los padres de familia y su importante participación en su dinámica familiar. (ver cuestionario I en anexos)

## CAPITULO IV

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### CONCLUSIONES

- Durante todo el proceso de la presente investigación, comprobamos que aún en nuestro país existe un rechazo o tabú hacia la psicología, especialmente por los adultos, muchos padres de familia están dispuestos a que sus hijos se sometan a tratamientos sin contar con su participación, manifestaron temor a ser juzgados e incapacidad de enfrentarse a la realidad.
- Comprobamos que el asma mantiene un alto componente de trastornos psicosomáticos, al igual que otras enfermedades, se convierten en muchas ocasiones en indicadores de malestar, los cuales se manifiestan en su sistema familiar, el contexto de la “supuesta enfermedad”, son gritos desesperados de atención, es un aviso que algo sucede en su contexto familiar.
- Las madres de pacientes asmáticos aparentan sobreprotección y actúan con ese acento, debido a que sus sistemas familiares se encuentran cerrados fue difícil romper sus esquemas tradicionales. En su mayoría mantienen una actitud ambivalente hacia su hijo con conductas sobreprotectoras e invasoras que tienden a compensar la falta de sostén maternal adecuado.
- La participación de las familias en la terapia familiar fue benéfico para modificar roles y estereotipos en relación al asma infantil, permitiéndoles brindar apoyo al paciente identificado como a su contexto familiar. Una familia que tenga todo tipo de documentos y conocimiento en relación a la enfermedad, especialmente los de índole emocional, tiene la capacidad de brindar apoyo tanto al paciente como a su núcleo familiar, colaborar en la recuperación y un manejo adecuado de la enfermedad.

## RECOMENDACIONES

- Que todo profesional relacionado al área de la salud tome en cuenta la historia familiar del paciente asmático, conjunto al tratamiento médico se pueden lograr avances significativos, en su desarrollo emocional y físico en un contexto familiar cambiado.
- La terapia familiar breve como una técnica adicional al tratamiento médico, brinda resultados positivos permitiendo identificar y modificar los roles y estereotipos que obstruyen la recuperación del paciente asmático, devolviéndole seguridad y autodeterminación, considero que es una técnica valiosa que se puede implementar en los programas tanto correctivos como preventivos.
- Incorporar un tratamiento multidisciplinario orientado al asma bronquial, que lleve la labor de varios profesionales de la salud orientados a una misma recuperación absoluta, a prevenir las crisis en el caso de los adultos con asma, donde médicos, psicólogos, alergólogos, etc. tengan una participación activa.
- Considerando la sintomatología del asma bronquial infantil, en el que interviene el aspecto psicológico, la escuela de ciencias psicológicas debe profundizar y trabajar conjuntamente con la facultad de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala, tanto en la formación de nuevos profesionales de las diferentes áreas, como en proyectos con la finalidad de educar y expandir la salud preventiva.

## BIBLIOGRAFIA

Ajuriaguerra, Julia J. De, Manual de Psiquiatría Infantil, "Enfermedades psicósomáticas" Editorial Masson, pág. 733-736, 745

Andolfi, Maurizio, Terapia Familiar, Editorial Paidós, Pág. 15

Bertrando Paolo y Dario Toffanetti, Historia de la Terapia Familiar, Editorial paidos, España 2004, pag. 117-158.

Botello, Cristina y Ma. Del Carmen Benedito, Asma bronquial, Ediciones pirámide, 1993 pág. 16-17.

Barclay Martin, Psicología anormal, Mexico, D. F. Editorial Interamericana, 2ª. Edición, 1987 pp. 262-268.

Boszormenyli-Nagy, Ivan, Framo James L., Terapia Familiar Intensiva, Editorial Trillas, 1988, 552 pp.

Craig Grace J., Psicología del desarrollo, Editorial Prentice-hall Hispanoamericana, S. A., 4ª. Edición, 1988, 377 pp.

De la Fuente Muñiz, Ramón Dr., Psicología Médica, Fondo de cultura económica, Pág. 154-158.

De Shazer, Steve, Pautas de terapia familiar breve, Editorial Paidos, 1996

Dodge RR, Burrows B. The prevalence and incidence of Asthma and asthma like in general populations sample. Am REv resp. dis. 1980, 122: 567-75

Friedewald, Vicente M.D., Asma, Síntomas, tratamientos y recuperación, Editorial Norma, 1995, Pág. 15-17.

Jímenez Uceró, Manuel Dr., El niño alérgico, Editorial Plaza & Janes, Pág. 91-95.

Illingworth Ronald, S., El niño normal, editorial el manual moderno, 1993, pág. 115.

Lazarus, Folkman, Estrés y procesos cognitivos, editorial Martínez Roca, 1986.

Revista Ejecutivas, octubre 2002, "asma Infantil", No. 5, página 7 y 8.

Rodas Mario Alfonso, tesis "La Hipnosis clínica como técnica terapéutica adicional a la psicoterapia breve en el tratamiento de personas que son asistidas en un grupo de autoayuda", julio 2003, página 33.

Páginas Web consultadas:

[www.perso.wanadoo.es/franciscomp/art\\_rosa\\_irene.htm](http://www.perso.wanadoo.es/franciscomp/art_rosa_irene.htm) “Reflexión a cerca de las enfermedades psicosomáticas”

[www.psico.s5.com/web psicopatologia/asmati20.gif](http://www.psico.s5.com/web_psicopatologia/asmati20.gif) “Una visión psicológica del asma bronquial”

[www.cepvi.com/psicoge.htm](http://www.cepvi.com/psicoge.htm) “ introducción terapia racional emotiva”

[www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/1786](http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/1786) “Trastornos psicosomáticos y enfermedades de origen psicológico”

[www.healthig.com/psicologia/psicologia.html](http://www.healthig.com/psicologia/psicologia.html) “Procesos psicológicos en enfermedades pulmonares”

[www.bvs.sld.cu/uats/imagenes/asma2.jpg](http://www.bvs.sld.cu/uats/imagenes/asma2.jpg) “aspectos epidemiológicos del asma”

## **ANEXOS**

**FAMILIA No.** \_\_\_\_\_ Diagnostico Asma episódica moderada **-Anexo 1-**

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Estado Civil:        casados                unidos                otros \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

No. De hijos: \_\_\_\_\_                Edades: \_\_\_\_\_

Paciente identificado: \_\_\_\_\_

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

Tiempo de presentar síntomas asmáticos: \_\_\_\_\_

Características de las crisis: Estacional \_\_\_\_\_ Perenne \_\_\_\_\_ Eventual \_\_\_\_\_

**Antecedentes familiares de Asma:**

Padre\_\_ Madre\_\_ Hermanos\_\_ abuelos paternos\_\_ abuelos maternos\_\_

**Síntomas que figuran:**

Tos\_\_ sibilantes\_\_ disnea\_\_ Opresión Torácica\_\_ Fatiga\_\_

No. De crisis al año: de 1 a 3 \_\_\_\_\_ de 4 a 6 \_\_\_\_\_ de 6 en adelante \_\_\_\_\_

Realiza ejercicios:        si \_\_\_\_\_                No \_\_\_\_\_

**Presentación de las crisis:**

Matutina \_\_\_\_\_ Vespertina \_\_\_\_\_ Nocturna \_\_\_\_\_ Después del ejercicio \_\_\_\_\_

Ha necesitado acudir a urgencias: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cuantas veces? \_\_\_\_\_

Ha necesitado ingreso hospitalario: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ cuantas veces? \_\_\_\_\_

**Desencadenantes:**

Epitelios \_\_\_\_\_ ácaros \_\_\_\_\_ Hongos \_\_\_\_\_ Alimentos \_\_\_\_\_ Infecciones \_\_\_\_\_

Anotaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **PLAN TERAPEUTICO**

### **Terapia familiar Breve, alternativa adicional al tratamiento médico del Asma bronquial infantil**

#### **1. Entrevista inicial solo con padres de familia**

- a. Presentación personal, bienvenida, conocimiento acerca de la dinámica familiar.
- b. Presentación del proyecto de investigación, metas y objetivos.
- c. Requisitos para formar parte del proceso y terapia
- d. Aplicación de cuestionario I
- e. Fijar lugar y horarios de terapia, resolver dudas o respuesta de preguntas.
- f. despedida
- g. Llenar ficha familiar de evolución (solo terapeuta)

#### **2. Primera sesión: Llevar acabo el prelude por medio lúdico**

- Romper el hielo
  - Obtener la mayor información de la dinámica familiar
  - Conocer afinidades entre sus integrantes
  - Realizar observaciones basadas en relación a la enfermedad y basados en la estructura familiar, tomar en cuenta los indicios.
- a. Presentación de los integrantes de la familia:  
Se lleva acabo por medio del juego, se lanza una pelota unos a otros, por medio de rondas, en la primera ronda decir su nombre, en la segunda decir la edad, en la tercera decir una cualidad positiva individual, en la cuarta decir una cualidad positiva de la persona que se tiene a la par a la derecha, luego a la izquierda, luego al azar, realizar preguntas en relación al entorno familiar.
  - b. Proporcionar información acerca de la siguiente sesión y despedida.



- c. Llenar ficha familiar de evolución (solo terapeuta) y trabajar la pausa para la consulta según modelo De Shazer

### **3. Segunda sesión: Recolección de datos**

- Identificar si los integrantes asumen su rol
  - Funciones de cada integrante
  - Identificar alianzas
  - Identificar coaliciones
- a. Introducir por medio del juego una situación familiar relacionada a la enfermedad, identificando al paciente con cambio de roles, en esta dinámica el paciente identificado elegía quién actuaría, es decir quién estaría enfermo y todos deben de manifestar sus conductas, siempre con cambio de roles, puede utilizarse una muñeca o muñeco. Introducir indicios y elogios.
  - b. Proporcionar información acerca de la siguiente sesión y despedida.
  - c. Realizar estudio posterior y llenar ficha familiar de evolución (solo terapeuta).
  - d. Evaluar la transmisión del mensaje (elogio e indicios), como fue aceptado por la familia.

### **4. Tercera sesión: Evaluar transmisión del mensaje y dejar tarea**

- Se trabajará únicamente con los padres de familia
- Proporcionar información basados en la importancia de su labor en su dinámica familiar
- Dejar tareas

- a. En base a toda la información obtenida, proporcionar información técnica, sobre la identificación de las situaciones emocionales que provocan una crisis, temor, enojo, toda amenaza de separación o pérdida, es decir transmitir e identificar el aspecto emocional que afecta la dinámica familiar. Educar a los padres de familia en relación a la enfermedad.
- b. Asignación de tareas, la cual consiste en un formato el cual deben de llenar durante dos semanas, relacionado a cuantos pensamientos positivos o negativos que transmitieron a sus hijos en relación a la enfermedad como identificar frases repetitivas que predisponen las crisis en el niño.
- c. Presentar posibles soluciones centradas en la presentación técnica realizada.
- d. Proporcionar información acerca de la siguiente sesión y despedida.
- e. Realizar estudio posterior y llenar ficha familiar de evolución (solo terapeuta).

**5. Cuarta y cierre de las sesiones Incentivar a la familia a continuar con el tratamiento médico, practicando los conocimientos aprendidos**

- Incentivarlos a practicar los conocimientos aprendidos
  - Utilización del modelo humanista
  - Comentarios o testimonios
  - Aplicación de cuestionario I
  - Despedida y agradecimiento
- a. Por medio del juego, la finalidad es acercar a la familia por medio del modelo humanista, aceptación positiva entre sus miembros, y recibir un apoyo entre sus miembros.
  - b. Realizar estudio posterior y cierre de sesiones.

**ASIGNACION DE TAREA**

FAMILIA No.

<b>FECHA Y HORA</b>	<b>PENSAMIENTOS POSITIVOS</b>	<b>PENSAMIENTOS NEGATIVOS Y FRASES REPETITIVAS</b>

**CUESTIONARIO No. 1**

**FAMILIA No.** \_\_\_\_\_

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

**Aplicación No: -1- en entrevista**

**Instrucciones:**

A continuación encontrará una serie de preguntas seguidas con posibles respuestas de actitud que Usted manifiesta o ha manifestado en determinado momento, es importante e indispensable que responda con sinceridad y coloque el número del enunciado en la última casilla.

Cuando su hijo presenta una crisis asmática Usted actúa.....	<b>1</b> Manifiesta una excesiva preocupación y al mismo tiempo descontento, enojo e impotencia.	<b>2</b> Excesiva preocupación, lo llena de cuidados al límite, no lo deja que realice ninguna actividad.	<b>3</b> Manifiesta tranquilidad y actúa con mucha precaución y apoyo al paciente y a los demás	<b>4</b> <b>Ninguna de las anteriores....</b>	
Cuando su hijo ha superado una crisis asmática Usted.....	<b>1</b> Continua con cuidados y su preocupación y enojo es latente a la expectativa de una nueva crisis.	<b>2</b> Continúa con cuidados excesivos, manifestando frases repetitivas en relación a la enfermedad.	<b>3</b> Es positivo en brindar cuidados necesarios, es decir preventivos, hacia el paciente y a los demás	<b>4</b> Ninguna de las anteriores.....	
En su vida cotidiana Usted actúa en relación a su hijo con asma bronquial de la siguiente manera...	<b>1</b> Brinda cuidados especiales, de alguna manera presta atenciones diferentes que a sus demás hijos.	<b>2</b> Manifiesta una excesiva preocupación, los cuidados son especiales marcados entre el resto de la familia.	<b>3</b> Manifiesta una conducta normal entre el paciente y el resto de la familia.	<b>4</b> Ninguna de las anteriores.....	
La comunicación y conducta con su hijo o hija que presenta crisis asmáticas es.....	<b>1</b> Enmascarada y directa es decir ambos conocen de la enfermedad pero evitan enfrentar o hablar del tema.	<b>2</b> Enmascarada e indirecta, es decir ocultan aspectos relacionados a la enfermedad y evita a toda costa el tema.	<b>3</b> Clara y directa es decir se comunican abiertamente en familia aspectos relacionados a la enfermedad.	<b>4</b> Ninguna de las anteriores.....	
Considera que su participación en su núcleo familiar, es decir su rol como integrante es.....	<b>1</b> Aceptado por los demás, a veces cumple con sus obligaciones y en otras se desliga de ellas, culpando a los demás por sus faltas..	<b>2</b> No asume sus responsabilidades y evita tener compromisos para no sentirse presionado	<b>3</b> Acepta sus responsabilidades y las desarrolla de acuerdo a sus posibilidades, es bien aceptado..	<b>4</b> Ninguna de las anteriores.....	
Su reacción ante una crisis de asma de su hijo o hija, afecta su vida en pareja y usted actúa.....	<b>1</b> Culpando a su pareja por no brindar cuidados necesarios, se argumenta en otras situaciones, da toda la responsabilidad a él o ella	<b>2</b> Se siente culpable por no brindar cuidados necesarios para evitar la crisis	<b>3</b> No afecta su relación de pareja, actúan apoyándose mutuamente para superar la crisis y lograr mejoría	<b>4</b> Ninguna de las anteriores.....	

**CUESTIONARIO No. 1**

**FAMILIA No.** \_\_\_\_\_

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

**Aplicación No: -2- al finalizar sesiones**

**Instrucciones:**

A continuación encontrará una serie de preguntas seguidas con posibles respuestas de actitud que Usted manifestará o ha manifestado en determinado momento, es importante e indispensable que responda con sinceridad y coloque el número del enunciado en la última casilla.

<p>Cuando su hijo presenta una crisis asmática Usted actúa.....</p>	<b>1</b>	<p>Manifestando una excesiva preocupación y al mismo tiempo descontento, enojo e impotencia.</p>	<b>2</b>	<p>Excesiva preocupación, lo llena de cuidados al límite, no lo deja que realice ninguna actividad.</p>	<b>3</b>	<p>Manifestando tranquilidad y actuando con mucha precaución y apoyo al paciente y a los demás.</p>	<b>4</b>	<p>Ninguna de las anteriores.....</p>	
<p>Cuando su hijo supera una crisis asmática Usted.....</p>	<b>1</b>	<p>Continua con cuidados y su preocupación y enojo será latente a la expectativa de una nueva crisis.</p>	<b>2</b>	<p>Continua con cuidados excesivos, manifestando frases repetitivas en relación a la enfermedad.</p>	<b>3</b>	<p>Esta positivo en brindar cuidados necesarios, es decir preventivos, hacia el paciente y a los demás</p>	<b>4</b>	<p>Ninguna de las anteriores.....</p>	
<p>En su vida cotidiana Usted actúa en relación a su hijo con asma bronquial de la siguiente manera...</p>	<b>1</b>	<p>Brindando cuidados especiales, de alguna manera presta atenciones diferentes que a sus demás hijos.</p>	<b>2</b>	<p>Manifestando una excesiva preocupación, los cuidados son especiales marcados entre el resto de la familia.</p>	<b>3</b>	<p>Manifiesta una conducta normal entre el paciente y el resto de la familia.</p>	<b>4</b>	<p>Ninguna de las anteriores.....</p>	
<p>La comunicación y conducta con su hijo o hija que presenta crisis asmáticas es.....</p>	<b>1</b>	<p>Enmascarada y directa es decir ambos conocen de la enfermedad pero evitan enfrentar o hablar del tema.</p>	<b>2</b>	<p>Enmascarada e indirecta, es decir ocultan aspectos relacionados a la enfermedad y evita a toda costa el tema.</p>	<b>3</b>	<p>Clara y directa es decir se comunican abiertamente en familia aspectos relacionados a la enfermedad.</p>	<b>4</b>	<p>Ninguna de las anteriores.....</p>	
<p>Considera que su participación en su núcleo familiar, es decir su rol como integrante es..</p>	<b>1</b>	<p>Aceptado por los demás, a veces cumple con sus obligaciones y en otras se desliga de ellas, culpando a los demás por sus faltas..</p>	<b>2</b>	<p>No asume sus responsabilidades y evita tener compromisos para no sentirse presionado</p>	<b>3</b>	<p>Acepta sus responsabilidades y las desarrolla de acuerdo a sus posibilidades, es bien aceptado..</p>	<b>4</b>	<p>Ninguna de las anteriores.....</p>	
<p>Su reacción ante una crisis de asma de su hijo o hija, afecta su vida en pareja y usted actúa.....</p>	<b>1</b>	<p>Culpando a su pareja por no brindar cuidados necesarios, se argumenta en otras situaciones, da total la responsabilidad a él o ella</p>	<b>2</b>	<p>Se siente culpable por no brindar cuidados necesarios para evitar la crisis</p>	<b>3</b>	<p>No afecta su relación de pareja, actúan apoyándose mutuamente para superar la crisis y lograr mejoría</p>	<b>4</b>	<p>Ninguna de las anteriores.....</p>	

## RESUMEN

La presente investigación se efectuó por medio de un programa de terapia familiar breve concurrente al tratamiento médico del asma bronquial Infantil. El asma bronquial infantil es una enfermedad considerada como un desorden inflamatorio de las vías aéreas. La inflamación está asociada a hiperreactividad, limitación del flujo de aire, haciendo un gran esfuerzo por respirar y diversos síntomas más. Algunos factores pueden precipitar una crisis asmática, contiene un alto nivel emocional, es decir un trastorno en el cual existe un componente orgánico-físico y un componente psico-emocional. El tratamiento médico ayuda a disminuir sus síntomas y a desaparecer dichas crisis, sin embargo el aspecto emocional queda sin recibir tratamiento. El objetivo principal es concientizar a la población que el asma es una enfermedad multifactorial de la terapia familiar breve es la creación de técnicas para provocar cambios o en otras palabras educar acciones disfuncionales. Consiste en una serie de teorías y técnicas que estudian al individuo en su contexto social y se encuentra en la búsqueda de recursos que permitan convertirla en un método alternativo aceptado, no sólo en el contexto privado sino además en los servicios públicos, en dominios de la medicina y la psiquiatría, con la certeza de que la efectividad, claridad y la novedad de la intervención harán posible el salto a las ideologías dominantes del momento, que frecuentemente no han sido partidarias de una visión sistémica.