



Universidad Academia de Humanismo Cristiano

Escuela de Psicología

Tesis

**“Test de la Familia y características de la
interacción familiar en niños con asma”**

Profesora Guía

Carolina Sepúlveda

Profesora informante

Daniela Mirone

Metodólogo

Francisco Kamann

Alumnas

Natalia Farías V, Gisella Poloniolli R.

Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología.

Santiago, Septiembre 2011

RESUMEN

La trascendencia de la problemática a investigar en el presente estudio pretende explorar las características de la interacción familiar en niños en etapa escolar con la enfermedad del asma, para este fin utilizaremos las pruebas proyectivas, ya que permite a los niños expresar de mejor manera sus emociones, sentimientos y pensamientos.

La enfermedad del asma en los últimos años, se ha vuelto una enfermedad muy frecuente, que puede afectar a individuos de cualquier edad, raza y área geográfica, aunque es mayor en los países más desarrollados. Esta situación también se ve reflejada en Chile, en donde el asma bronquial es la enfermedad crónica más frecuente de la infancia.

Y frente al tratamiento de la enfermedad se dispone de potentes elementos para su manejo, sin embargo el tratamiento y prevención de la enfermedad sigue siendo hasta el día de hoy sub-diagnosticada y sub-tratada desde el ámbito médico. Sin embargo existe una mirada más allá de la mirada médica y es la mirada desde la psicosomática que integra la causalidad y tratamiento de las enfermedades desde lo biológico y psicológico.

Por lo tanto se expone la enfermedad del asma propuesta como una enfermedad Psicosomática, la cual ve al hombre en su totalidad, prestando atención a su circunstancia social y a su estado psicológico aparte de la mirada médica. Y en el intento de integrar lo biológico, psicológico y lo social es que indagamos sobre las causas que se podrían originar las enfermedades psicosomáticas en niños con asma, y especialmente centramos nuestra mirada en las dinámicas que se dan en la familia las cuales favorecerían la aparición de la enfermedad.

Desde aquí es necesario usar técnicas, que nos permitiera conocer las relaciones familiares. Técnicas las cuales nos permitan establecer un

nuevo parámetro para conocer en profundidad este fenómeno, para esto indagamos las relaciones presentes en los niños con asma a través del Test del dibujo “La Familia”, la cual nos da información sobre como el niño se presenta frente al sistema familiar, indicándonos también las relaciones existen en la familia y el significado que le da el niños a estas relaciones.

Se realizó un estudio cualitativo para conocer las posibles relaciones que se pueden establecer entre los niños con asma y las formas que estos tienen para relacionarse con sus familias. Se realizaron 8 entrevistas semi-estructuradas a madres con hijos asmáticos, y a los niños se les aplicó una prueba gráfica, a falta de instrumentos que dieran cuenta de la relación familiar y que además sea de fácil acceso con los niños(as).

Dedicatoria

Dedicado a todos aquellos que creyeron en mí y me dieron apoyo y cariño sincero durante este largo proceso.

A mi madre, hermana y abuela, por ayudarme a recorrer este camino su amor incondicional.

A Nacho y Pancho por ser un apoyo y amor constante.

A mi compañera de tesis por su amistad y confianza.

Natalia...

Dedicatoria

Dedicado a todas aquellas personas que amo.

A mi familia, Astrid, Pietro e Italo que son mis alas, al igual que a Rubén por su compañía y amor.

A mis abuelos Teresa Hidalgo, Hector Poloniolli, Herminia Basualto y Raúl Reyes que me ha protegido siempre con su compañía incondicional.

A Alonso, Catalina y Antonia que son mi alegría.

A Aron que me acompañó por 22 años.

Y a mí querida compañera y amiga Naty.

Gisella...

Agradecimientos

*Agradecemos a nuestra profesora guía Carolina Sepúlveda, por su apoyo,
preocupación y dedicación a nuestro proyecto*

A Glaura De La Jara, por su apoyo y ayuda.

A las madres y sus hijos por haber participado desinteresadamente.

Natalia y Gisella...

INDICE

1. ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.1 Formulación del Problema y Pregunta de Investigación.	15
1.2 Aportes y Relevancia de la Investigación.....	19
2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	21
2.1 Objetivo General.....	21
2.2 Objetivos específicos.	21
3. MARCO TEÓRICO	22
3.1 Enfermedades Psicosomáticas.....	23
3.1.1 Perspectiva Sistémica en Psicosomática	27
3.1.2 Perspectiva Psicoanalítica psicosomática.....	30
3.2 Definición de Asma Crónica desde el modelo Médico Farmacológico..	34
3.2.1 Epidemiología.....	36
3.2.2 Prevalencia	36
3.2.3 Tratamiento del Asma Infantil.....	38
3.3 Modelo Sistémico Familiar.....	41
3.3.1 Interacción Familiar	42
3.3.2. El niño asmático y las interacciones familiares.	45
3.4 Desarrollo Infantil.....	46
3.4.1 Etapa Escolar.	47
3.4.2 Desarrollo Físico en la Niñez Intermedia.....	48
3.4.3 Desarrollo cognoscitivo en la Niñez Intermedia	49
3.4.4 Desarrollo social y de la personalidad en la Niñez Intermedia	49

3.5 Test Proyectivos.....	50
3.5.1 Test Proyectivos Gráficos	51
3.5.2 Test del Dibujo de la Familia	52
3.5.2.1 Administración del material.	53
3.5.2.2 Interrogatorio.	53
3.5.2.3 Interpretación.....	54
4. MARCO METODOLOGICO.....	56
4.1 Enfoque Metodológico.....	56
4.2. Tipo y diseño de investigación.....	57
4.3 Delimitación del campo a estudiar.	58
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la información.	59
4.4.1 Test de la Familia.....	60
4.4.1.1 Interpretación.....	60
4.4.2 Entrevista.....	63
4.5 Esquema de Muestra.....	63
4.6 Análisis de la Información.....	64
4.6.1 Análisis de la Información Cualitativa.....	65
5. RESULTADOS Y ANÁLISIS	67
5.1 Análisis de los Test Gráficos.....	67
5.2 Resumen Categorías de análisis, con tópicos Emergentes.....	85
5.3 Esquema de Análisis.....	88
5.3.1 Categoría 1: Percepción en cuanto a la noción de familia.	88
5.3.2Categoría 2: Percepción de hábitos de crianza.	91
5.3.3Categoría 3: Percepción de la dinámica familiar en torno a la enfermedad.....	95

5.3.4	Categoría 4: Resolución de conflictos en la dinámica familiar.	99
5.3.5	Categoría 5: Percepción del niño(a) en la etapa escolar. (PEE)	103
6.	CONCLUSIONES Y DISCUSIONES.....	108
7.	CONCLUSIÓN FINAL.....	116
8.	REFERENCIAS	117
	ANEXOS.....	120

1. ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La piedra angular de nuestra investigación es la enfermedad del asma, de la cual podemos señalar “desde una perspectiva psicológica que el asma se considera como una enfermedad psicosomática o psicofisiológica”, como indica Pedreira, y son “aquellos en los que los factores psicológicos influyen en el desarrollo de patología física (p.e. los trastornos clásicamente psicosomáticos: colitis ulcerosa, asma)” (Pedreira, 2001).

Por otra parte volviendo a la enfermedad del asma desde una mirada médica, podemos señalar que, el asma crónica, es una enfermedad que puede ser un problema de gran envergadura hoy en día por sus altos índices de prevalencia en Chile. Y por lo tanto si es así, sería un tema interesante de estudiar , pero no solo dar a conocer los datos médicos del origen de la enfermedad sino también los factores psicológicos que influyen en la aparición del asma y como señalan, el asma es “una enfermedad de patogénesis compleja en la que los factores orgánicos, específicamente de tipo alérgico, interaccionan con factores psicológicos y ambientales; de tal forma que Pinkerton y Weaver consideran el asma como el ejemplo por “excelencia” de enfermedad “psicosomática””. (Onnis, 1997)

Por otra parte podemos señalar datos muy importantes, descritos en la Guía Clínica de Asma Bronquial Moderada y Severa en menores de 15 años, Minsal 2006, los cuales indican que “El asma es la enfermedad crónica que produce mayor morbilidad y alteración de la calidad de vida del niño durante toda la infancia. La prevalencia de esta enfermedad ha aumentado en forma significativa en todo el mundo por razones que hasta el momento desconocemos. En nuestro país también se ha verificado un aumento en la prevalencia de asma en la población escolar.”

En cuanto a la prevalencia de la enfermedad del asma crónica podemos señalar que “en nuestro país, existen pocos estudios sobre la prevalencia y las características clínicas de los pacientes hospitalizados por asma en la población pediátrica. Sin embargo Mallol y cols describieron una prevalencia de 9,7% de asma en escolares y de 16,5% en adolescentes” (Vicuña, 2007), lo cual son antecedentes importantes de tomar en cuenta ya que no es menor el porcentaje descrito. Y en cuanto a los datos epidemiológicos del asma en el mundo se puede destacar que “en las últimas décadas, muchas enfermedades infecciosas han disminuido en el mundo, y a su vez otras enfermedades crónicas, entre ellas el Asma, han experimentado un aumento progresivo y se han convertido en prioridad sanitaria. En un folleto elaborado a partir de *Global Initiative for Asthma* (GINA)” en el que se observa que la prevalencia de Asma clínica en el mundo es alta. Y específicamente en Chile, la prevalencia es intermedia de entre un 5,1% y un 7,5%.” (Jiménez, 2005). Respecto de la “mortalidad en la mayoría de los países por asma fue aumentando desde mediados de los años 70 hasta alcanzar en la década de los 90 una meseta y comenzar un progresivo descenso. La tasa bruta de mortalidad por asma en el mundo estimada por la OMS en el año 2001 fue de 3,73 por 100.000 habitantes”. (Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica, 2006).

Como habíamos señalado antes el asma es definida como una enfermedad crónica, y la enfermedad crónica (EC) se define como “cualquier enfermedad que tenga una duración mayor de tres meses, que altere las actividades normales del niño, produciendo deficiencia, incapacidad o minusvalía. Por otra parte pudimos obtener datos de la Organización Mundial de la Salud, que define con respecto a las enfermedades cónicas, diferentes grados de discapacidad: deficiencia, incapacidad y minusvalidez. Y se señala que la condición de EC en un hijo dentro de la familia genera una situación de estrés, provocando intranquilidad e incertidumbre respecto al pronóstico, procedimientos médicos y cuidados terapéuticos, lo que puede interferir en la relación familiar creando tensión entre sus miembros”. (Sociedad Chilena de

Neumología Pediátrica, 2006). Lo cual da a demostrar el impacto que puede producir una enfermedad tanto en la persona como en la familia.

Por otra parte volviendo a los datos epidemiológicos de la enfermedad del asma, se señala en la Guía Clínica de Asma Bronquial Moderada y Severa que en menores de 15 años, “A nivel mundial, la evidencia disponible indica que el asma es la enfermedad crónica más común en la niñez y es la principal causa de ausentismo escolar. Y Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1998, el asma afectaba a 155 millones de personas en el mundo” (Minsal, 2006), lo cual da a demostrar que es una enfermedad que afecta la calidad de vida en la niñez y que cada vez por causas desconocidas hay un aumento de esta enfermedad, tanto en Chile como en el mundo. También podemos ver que la enfermedad del asma se perfila como un problema abordado principalmente por el ámbito médico en la mayoría de los casos o en el común de los casos, por ejemplo el asma en Chile es abordada con un tratamiento determinado, el cual por lo menos en el sistema público incluye una variedad de medicamentos como broncodilatadores, corticoides inhalados, orales, etc.

Respecto de la enfermedad del asma en la infancia y su abordaje principalmente desde el ámbito médico, es necesario a nuestro parecer incorporar la mirada psicológica, y es por esta razón de que hablamos del asma como una enfermedad psicosomática o psicofisiológica, y para comenzar señalaremos a que nos referimos con esto, por lo tanto, “los trastornos psicofisiológicos son perturbaciones de las funciones fisiológicas, de determinación múltiple, en que los factores psicológicos (capacidad de sentir y expresar emociones y las interacciones interpersonales) contribuyen significativamente a su génesis, desarrollo, exacerbación o mantención. (Almonte, 2003)

Respecto a lo anterior podemos decir que, dentro de “los factores psicológicos consideramos lo individual (que en el niño y adolescente está fuertemente influido por la variable del desarrollo), lo relacional-interpersonal y lo ambiental. Intentaremos delimitar el campo al cual nos estamos refiriendo, a través de la Figura 26-1”. (Almonte, 2003)

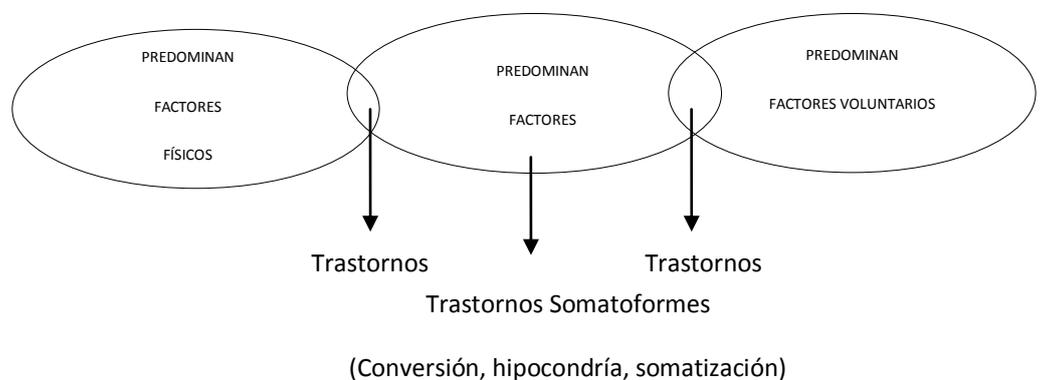


Figura 26-1

TRASTORNOS CON SINTOMAS FISICOS. DSM IV.

Existen autores que se refieren a las enfermedades o trastornos con síntomas físicos, llamadas por muchos enfermedades psicósomáticas, y este es el caso queremos señalar a Onnis y Ceberio que desde la perspectiva sistémica plantean respecto a las enfermedades psicósomáticas que “hasta hace algunos años, la medicina psicósomática ha transitado bajo el designio de la ambivalencia: un trastorno, que a pesar de expresarse a través del cuerpo con la evidencia de todos los signos somáticos, parece remitirnos más allá del panorama biológico. Pero si este más allá es concebido como una entidad distinta y separada a la que llamamos "*mente*" he aquí que, en contra de todos los principios de unidad, se propone un modelo de abordar el síntoma somático en forma disociada”. (Onnis, 2007)

Bajo esta premisa de que algunas enfermedades, entre ellas la enfermedad del asma es vista como una enfermedad psicósomática, como Onnis y Ceberio se han referido, señalando que el sistema familiar psicósomático tiene características determinadas como por ejemplo, “una delimitación inestable en las fronteras entre generaciones, con una tendencia constante a la intrusión en los espacios no sólo físicos, sino también emocionales de cada uno de los integrantes”. (Onnis, 2007), lo cual apoya teóricamente nuestro estudio, señalando algunas de las características de la dinámica familiar psicósomática. Es por esta razón que consideramos la perspectiva sistémica, ya que plantea primero que todas las enfermedades psicósomáticas, enfocados principalmente en los sistemas familiares o en las características que presentan las familias psicofisiológicas. Y en base a esto que podemos contrastar los datos obtenidos en la investigación, datos obtenidos a través del test proyectivo gráfico y la teoría ya establecida sobre el tema.

Por lo tanto utilizamos el psicodiagnóstico como ya mencionamos para lograr un acercamiento a los niños que evaluamos en la investigación. También al utilizar el psicodiagnóstico queremos tener una visión más dinámica y describir algunos aspectos de los niños, específicamente las características de las relaciones familiares. Y la finalidad de utilizarlo, es que con él se obtiene un diagnóstico, un pronóstico y una dirección para el tratamiento psicológico. Y así incluimos la técnica proyectiva gráfica como el Test de la Familia, y más allá de que existen muchas otras técnicas confiables para ser administradas, elegimos el Test del dibujo proyectivo de la Familia primero que todo porque está validada de hace décadas y ha dado prueba de su efectividad en la evaluación psicológica al igual que las demás técnicas, y por otra parte porque permite la expresión de tendencias inconsciente en cuanto a los sentimientos hacia las personas que conforman su sistema familiar y la situación en que se coloca a sí mismo en la familia.

1.1 Formulación del Problema y Pregunta de Investigación.

Según lo anteriormente planteado basaremos nuestro estudio, incorporando los factores psicológicos relevantes que están influyendo en la aparición o mantención de la enfermedad del asma crónica en la niñez, específicamente los factores psicológicos que se puedan vislumbrar en la interacción familiar de dichos niños, a través del test proyectivo gráfico “La Familia”, aportando de esta forma a la teoría ya establecida respecto de las características de las familias psicósomáticas.

Cabe decir que esta temática no ha sido comúnmente afrontada desde el psicodiagnóstico, ya que es una enfermedad que es más bien abordada desde el ámbito médico y no psicológico. Por lo tanto hemos de utilizar el test de la familia para poder contrastar los datos obtenidos en su aplicación y el material teórico encontrado respecto de las dinámicas que se dan en el seno de la familia en niños con enfermedades psicósomáticas.

Como hemos descrito anteriormente el asma es una enfermedad psicósomática, y podemos decir, que las enfermedades psicósomáticas principalmente se observan desde un modelo médico tradicional, siendo, diagnosticadas y tratadas desde este enfoque, dejando a un lado en la mayoría de los casos la existencia de los aspectos psicológicos que influyen en la aparición y mantención de algunas enfermedades, denominadas enfermedades psicósomáticas.

Es por esta razón que damos cuenta de lo importante que es estudiar las enfermedades psicósomáticas, ya que presentan un fuerte componente psicológico que nos parece interesante indagar aún más. Al indagar en este tema nos dimos cuenta primero que todo que se diagnóstica y trata de forma médica en su gran mayoría. Por otra parte en el tratamiento de la enfermedad se trata al paciente individualmente y por lo tanto no se incorpora a la familia, lo cual desde nuestro punto de vista y en este estudio es imprescindible.

Respecto de lo anterior nos es importante destacar nuevamente la importancia de la familia en el proceso de la formación de la enfermedad, que posiblemente es la expresión de algún conflicto que se expresa a través del cuerpo como la expresión de síntomas, y por lo tanto como la base el ser humano es la familia posiblemente se encuentre interrelacionada la dinámica familiar en la cual se encuentran insertos los niños y la expresión de dolencias a través de su cuerpo, lo cual da mensajes de que existe un conflicto.

Para incorporar la perspectiva psicológica que nos da una visión más amplia de las enfermedades psicosomáticas, hemos de considerar importante el diagnóstico de los niños con asma crónica, ya que el diagnóstico es la primera instancia en la cual los niños son evaluados, y gracias a estos primeros diagnósticos se comienza a conocer el origen y el tratamiento posterior de dichos síntomas que aquejan al niño.

Las técnicas utilizadas para los diagnósticos psicológicos dentro de la práctica clínica son muy variadas, y dentro de estas técnicas una de las más utilizadas son las técnicas proyectivas, estas son un aporte fundamental ya que contribuyen en el conocimiento de la personalidad global de la persona a la cual se evalúa. Dentro de las pruebas proyectivas encontramos importante destacar los test gráficos, específicamente el Test gráfico de “La Familia”, lo hemos de destacar ya que nuestro estudio se ha de basar en la utilización de este test, ya que es una herramienta de gran utilidad como ya antes lo hemos mencionado, para la realización de diagnósticos psicológicos, por otra parte es importante destacar que este test, tiene dentro de sus objetivos, la visualización desde la perspectiva del sujeto de cómo se dan las dinámicas familiares y como las enfrenta, y finalmente se destaca la fácil, rápida y lúdica aplicación, lo cual es una ventaja al realizar este tipo de evaluaciones a niños.

Surge importante señalar que en este estudio nos enfocaremos en la etapa de la niñez, específicamente con niños y niñas en etapa escolar que están entre los 6 y 10 años de edad, porque a nuestro parecer es fundamental en el área de prevención, ya que de esta forma se puede abordar o intervenir el asma de forma más exitosa. Por otra parte encontramos de gran importancia que el estudio puede dar una contribución útil a la modificación de ciertas visiones de las enfermedades psicosomáticas, siendo como factor importante destacar los componentes emocionales que suelen influir en los niños, a través de una de las pruebas gráficas utilizadas en el ámbito de la psicología clínica.

La prueba gráfica que utilizaremos es el Test “La Familia”, utilizado ampliamente en el diagnóstico psicológico, siendo el principal interés de este estudio conocer las dinámicas familiares adquiridas por los niños con asma crónica a través de la prueba psicodiagnóstica ya nombrada, en los niños que presenten asma.

Para comenzar señalaremos que “El “Test del dibujo de la familia” es un test proyectivo gráfico que evalúa fundamentalmente el estado emocional de un niño, con respecto a su adaptación al medio familiar”. (Corman, 1961). También es necesario señalar que “El test del dibujo de la Familia es una herramienta necesaria y de base para explorar las dinámicas familiares, entornos, modalidades vinculares, alianzas, identificaciones, sentimientos de inclusión o exclusión respecto a la vida familiar, tales como las percibe desde su realidad psíquica la persona a quien le administramos esta técnica” (Corman, 1961), y que en este estudio específicamente son niños en etapa escolar.

Por otra parte es importante señalar que “El Test proyectivo del dibujo de la familia” permite la expresión de tendencias inconscientes de los niños, en cuanto a los sentimientos hacia los suyos y la situación en que se coloca a sí mismo en la familia. Es una herramienta complementaria a las evaluaciones familiares de nuestros pacientes, que

nos permite reconocer ciertas orientaciones psicosociales de su funcionamiento y el de su entorno” (Corman, 1961), lo cual nos es de gran utilidad para poder establecer que dinámicas familiares se pueden establecer en niños con asma y si estas dinámicas presentes en los estudios de psicología de familias psicosomáticas se condicen con los datos obtenidos a través de este instrumento proyectivo utilizado para establecer el diagnóstico en las terapias psicológicas.

Por lo tanto y en resumen hemos de utilizar el Test grafico “La Familia” para conocer las dinámicas familiares que se dan dentro de las familias que presentan un hijo o hija con la enfermedad psicosomática en específico la enfermedad del asma crónica. Sin embargo ya en la literatura se ha descrito ciertas pautas de relación familiar en familias psicosomáticas, por lo que hemos de enfocarnos más bien en la correlación de los datos obtenidos por el test y el material teórico encontrado respecto del tema.

Para ello nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las características de interacción familiar en niños en etapa escolar con asma crónica evaluado a través del Test gráfico la familia?

Este estudio se realizara con niños/as diagnosticados con Asma Crónica en etapa escolar de entre 6 y 10 años de edad.

1.2 Aportes y Relevancia de la Investigación

Esta investigación puede aportar principalmente conocimientos para el ámbito clínico, respecto de las características presentes en la interacción familiar evaluado a través del Test gráfico de “La Familia”, siendo una herramienta importante de rescatar para el diagnóstico de niños con enfermedades psicosomáticas, ya que es de fácil y rápida aplicación y también es una herramienta muy cercana a los niños lo cual facilita la obtención de datos importantes como los vínculos familiares a través del dibujo y del relato de los niños(as).

Es por esta razón que consideramos que nuestra investigación aporta de una forma alternativa la visión de enfermedad, interpretando algunas enfermedades como psicosomáticas y no puramente desde una mirada médica. La mirada médica de algunas enfermedades se ve reflejada en los diagnósticos y tratamientos que se realizan, en el tratamiento del asma por ejemplo son desde un enfoque médico tradicional, dejando a un lado el posible origen emocional de la enfermedad. Por otra parte consideramos de gran importancia los aportes teóricos en cuanto a los datos obtenidos por el test gráfico “La familia”, ya que es un test utilizado en la práctica clínica.

Es por esta razón que hemos de contrastar los datos obtenidos en la investigación con el material teórico encontrado de las características familiares de familias psicosomáticas, aportando de esta forma a la teoría ya establecida y pudiendo de esta forma visualizar que tan sensible es el instrumento respecto de la teoría.

Y por lo tanto como sabemos de antemano que existe una escasez de investigaciones respecto al tema, queremos proporcionarle a parte de la importancia médica ya establecida, una importancia tanto social como epidemiológica en nuestro país. La importancia social de este estudio es la

información que pudiese aportar sobre la posibilidad que exista una correlación entre la teoría, que señala un ambiente propicio para el desarrollo y gestación de las enfermedades psicosomáticas y los datos que se obtengan del test psicodiagnóstico que utilizaremos.

Por otra parte hayamos importante el rol de la psicología en el ámbito práctico de la presente investigación ya que puede aportar a futuras investigaciones clínicas en cuanto al apoyo y complemento a programas de diagnóstico y tratamiento o prevención de la enfermedad, tanto en consultorios, hospitales, etc.

Por esta razón y lo señalado anteriormente es que se nos hace fundamental explorar y conocer cómo estas interacciones familiares afectan a niños en etapa escolar, ya que en esta etapa los niños están construyendo sus primeras experiencias de vida y dependiendo de estas experiencias en la familia o de las habilidades que han adquirido durante los años anteriores, los niños van a tener éxitos o fracasos. Por lo tanto en esta etapa es óptimo intervenir en el ámbito psicológico, si es que se requiere en algunos casos, ya que en esta etapa se puede intervenir en el aprendizaje de habilidades y destrezas que ayuden tanto al niño como a los padres.

Finalmente encontramos importante destacar que con este estudio se puede contribuir a la visualización de cuan sensible es el test proyectivo en específico el test “La Familia”, respecto de la teoría. Ya que es utilizado en la práctica clínica no con mucha frecuencia como otros test gráficos u otros test proyectivos pero es utilizado ampliamente para diagnosticar.

2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.

2.1 Objetivo General.

- Conocer las características de la interacción familiar en niños en etapa escolar con asma crónica, evaluado a través del Test “La Familia”.

2.2 Objetivos específicos.

- Describir el estado emocional de los niños con asma crónica respecto de su adaptación al medio familiar a través del Test “La Familia”.
- Relacionar la teoría señalada en la literatura de los enfoques psicológicos que se refieren a las características de familias psicósomáticas y los datos obtenidos en el Test “La Familia”.
- Explorar el grado de sobreprotección, delimitaciones de las fronteras y rigidez o no en el sistema familiar en niños en etapa escolar con asma crónica.
- Identificar cómo se relaciona la familia de niños asmáticos en cuanto a la resolución de conflictos.

3. MARCO TEÓRICO

El marco teórico está encaminado a dar una explicación de las teorías en las cuales se basará nuestra investigación.

En primer lugar se expondrá la enfermedad del asma propuesta como una enfermedad Psicosomática, la cual es mirada desde diferentes posturas, en esta investigación se describirán dos, las cuales hayamos relevantes para esta investigación, primero se describe la enfermedad del asma desde las teoría sistémica y psicoanalítica, las cuales interpretan el origen de las enfermedades psicosomáticas. Y principalmente nos enfocaremos en la descripción de la familia desde el enfoque sistémico, que refleja las características que tendrían los tipos de las familias psicosomáticas.

Expondremos también la definición de asma crónica desde el modelo médico, además de sus posibles causas ambientales o familiares. Para posteriormente mostrar desde una mirada sistémica las características de la interacción familiar y como estas influyen en el asma.

Expondremos también las etapas del desarrollo para comprender el funcionamiento de los niños en etapa escolar. Y por último y uno de los puntos que tiene mayor relevancia, se presentará el instrumento con el cual se evaluará las características de la dinámica familiar en niños con asma crónica, el Test gráfico “La Familia”.

3.1 Enfermedades Psicosomáticas.

Ha existido desde la antigüedad la tendencia a considerar que la enfermedad es presentada con una causa única o a lo más como una combinación de causas simples. Y gran parte de los diagnósticos de la medicina actual se basan en este concepto eliminando la atención en los factores psicológicos y sociales de los pacientes, y por lo tanto esta creencia permite la idea de que la enfermedad puede ser atacada de manera más simple, tratando a los pacientes con los tratamientos médicos tradicionales.

Y como reacción a esta creencia surge en el presente siglo el movimiento psicosomático, que insiste en considerar al hombre en su totalidad, prestando atención a su circunstancia social y a su estado psicológico. Esta orientación más bien difusa ha producido postulados y sugerencias prácticas sobre el quehacer de la medicina, de tal manera que el paciente se considere como una persona completa, con todo lo que esto implica como señala González de Rivera, 1991, en su artículo, desde el punto de vista diagnóstico, terapéutico y preventivo.

Existen postulados básicos según Lipowski, citado por González de Rivera, 1991, del enfoque psicosomático en medicina, que en definitiva tienen en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales del paciente, y son los siguientes:

- La salud y la enfermedad son estados determinados por múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales y no hay una línea clara de demarcación entre ambas.
- Los acontecimientos a un nivel cualquiera de organización, desde el molecular al simbólico, pueden repercutir en los demás niveles.

- El diagnóstico médico no debe limitarse a la identificación de una entidad clínica particular, sino que debe considerar la situación total.
- Deben tenerse en cuenta los factores psicosociales al plantear medidas preventivas y terapéuticas.
- La relación entre el paciente y aquellos que se ocupan de él influyen en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento.
- La psicoterapia puede ser efectiva cuando los factores psicológicos contribuyen de manera significativa a la precipitación, mantenimiento o exacerbación de una enfermedad dada en una persona.

Por otra parte también podemos aportar una breve definición acerca de que es lo que se considera como un trastorno psicosomático o psicofisiológico, como lo describe Almonte. Según el autor los trastornos psicofisiológicos son perturbaciones de las funciones fisiológicas, que tienen una determinación múltiple, y los factores psicológicos como la capacidad de sentir y expresar emociones y también las interacciones interpersonales, influirían en su aparición, por lo tanto estas perturbaciones contribuirían significativamente a su génesis, desarrollo, exacerbación o mantención de la enfermedad. (Almonte, 2003).

Como habíamos señalado antes dentro de los factores psicológicos consideramos lo individual en donde el niño en el caso de esta investigación, está fuertemente influido por la variable del desarrollo, también se considera lo relacional-interpersonal que es importante en la etapa escolar, en donde el niño se ve enfrentado a un grupo de iguales demostrando sus habilidades y destrezas formada en sus años anteriores de vida y finalmente lo ambiental. (Almonte, 2003)

Por otra parte podemos señalar a las enfermedades psicosomáticas desde un punto de vista fenomenológico en donde más que explicar se describe la enfermedad. Desde el DSM IV Y EL CIE 10 existe una descripción de los trastornos psicosomáticos y su correspondiente

clasificación, esta Clasificación se enfoca en los trastornos Psiquiátricos Infanto-juveniles. Primero se describirá la Clasificación Multiaxial de los trastorno psiquiátricos en niños y adolescentes (CIE-10) y luego la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV). (Almonte, 2003)

CIE-10

F45 Trastornos Somatomorfos

F45.0 Trastorno por somatización

F45.1 Trastorno Somatomorfo indiferenciado

F45.2 Trastorno Hipocondriaco

F45.3 Disfunción Autonómica y somatomorfa:

F45.30 Del corazón y sistema cardiovascular

F45.31 Del tracto gastrointestinal alto

F45.32 Del tracto gastrointestinal bajo

F45.33 Del sistema respiratorio

F45.34 Del sistema urogenital

F45.38 De otros órganos y sistemas

F45.4 Trastorno del dolor persistente somatomorfo

F45.8 Otros Trastornos Somatomorfos

F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificar

DSM IV

Trastornos somatomorfos

F45.0 Trastorno de somatización

F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado

F44.x Trastorno de conversión

F45.4 Trastorno por dolor

F45.2 Hipocondría

F45.9 Trastorno somatomorfo no especificado

La psicósomática a pesar de todas sus confusas teorías está dedicada a estudiar las relaciones entre los fenómenos biológicos, sociales y psicológicos como hemos señalado anteriormente, y por esta razón puede ser interpretada como integrativa como indica González de Rivera, 1991, y podría incluirse dentro del grupo de las ciencias naturales, susceptible de desarrollarse mediante el empleo del método experimental y destinada a formular lo que Von Bertalanffy denomina “modelos neutros superimpuestos a los sistemas conceptuales de la psicología y de la biología”. Por lo tanto la psicósomática trata de formular leyes que se presentan entre la conexión de un acontecimiento psicológico y fisiológico coincidentes en el tiempo.

A continuación se describirán algunas perspectivas: la perspectiva sistémica y psicoanalítica, que han expuesto en la literatura algunas descripciones sobre el concepto de la psicósomática. Se comenzará por la perspectiva sistémica, la cual se enfoca en el estudio de las alteraciones en las interacciones, estilos relacionales y patrones comunicacionales de la familia vista como un todo.

3.1.1 Perspectiva Sistémica en Psicopatología

Como hemos señalado anteriormente se ha evidenciado que la medicina psicopatológica esta bajo la ambivalencia, ya que es un trastorno que se expresa a través del cuerpo presentando síntomas somáticos pero a su vez presentaría causas más allá de la biología.

Señala Onnis, 2007, que con la finalidad de superar esta ambivalencia, muchas de las concepciones en el campo de la psicopatología han caído en el "*reduccionismo*", introduciendo nexos de causalidad lineal según los cuales una determina a la otra. Y uno de los principales exponentes en esta línea son las teorías somatogénicas, en las cual cualquier factor emocional queda reducido a una mera reacción neuro-fisiológica, también se señalaría que toda manifestación del cuerpo queda explicada a través de procesos de simbolización.

Esta contradicción según señala el autor pueden ser superadas en tanto y en cuanto, se gire la mirada hacia otras perspectivas que describan la multiplicidad de componentes que posee el fenómeno, estableciendo correlaciones circulares y simultaneidades temporales que construyan sobre estas correlaciones el sentido de totalidad del fenómeno.

En vista a este sentido reduccionista de ver la enfermedad es que se hace necesaria una nueva epistemología, y pasa de ser el cuerpo como una señal al cuerpo como sentido.

En el cuerpo señala Onnis, 2007, se expresa la enfermedad y la concepción biomédica reduccionista implica el método analítico de Descartes, en donde el cuerpo queda reducido a una maquina, el autor cita a Descartes el cual afirma que: Yo considero que el cuerpo humano es una máquina. Mi pensamiento confronta la idea de un hombre enfermo y un reloj mal construido, con mi idea de un hombre sano y un reloj bien construido.

Y por lo tanto una consecuencia directa de esta dicotomía es que el ámbito médico ha estado dicotomizado, o sea como describe Onnis, existen médicos que curan el cuerpo y psiquiatras que atienden la mente, y es por esta razón que el paciente psicósomático queda desconocido en su globalidad.

Según Onnis, 2007, la superación de estas concepciones reduccionistas implica la transformación epistemológica, hablar de totalidad, un enfoque que integre los múltiples componentes de lo humano como la biología, emociones, pensamientos, relaciones con el ambiente y con el mundo. Por lo tanto propone una visión sistémica que contrapone a la fragmentación reduccionista de los componentes de una organización. Por lo tanto señala el autor que el cuerpo en tanto cuerpo viviente y vivido, resume en sí mismo un sentido que espera sólo ser decodificado, y el síntoma corpóreo puede ser sustraído de la oscuridad sin significado de los accidentes biológicos, para recuperar el sentido de una comunicación, de algo que se quiere decir, de una denuncia. Revela entonces, según Onnis, un nudo de sufrimiento en el que se intersectan biología y emotividad, relaciones interpersonales y reglas de un contexto en el que se desarrolla. Y en relación a lo descrito al comienzo más que una avería que hay que reparar, el trastorno psicósomático se convierte en un indicador de un malestar que antes que nada hay que entender, y que hace referencia no sólo al individuo portador sino al contexto al que pertenece.

Y es en este contexto por lo tanto que se le da sentido al síntoma y si bien este se expresa a través del cuerpo no hay que dejar a un lado el significado que va más allá de lo individual, presentaría un significado familiar.

Por lo tanto en la enfermedad psicósomática el paciente identificado, pasa a ser visto de otra manera, él es el portador del síntoma psicósomático y esto es resultado de una dinámica familiar disfuncional, en la cual el paciente identificado es el punto donde la órbita circular de las relaciones familiares se sale de su trayectoria. La dinámica familiar es analizada

como una órbita donde la interacción de distintas fuerzas, igual que los planetas, le conduce en una dirección, y el paciente identificado se entiende como el elemento disfuncional resultado de estas relaciones en una familia en particular que en terapia comprenden un todo. De esta manera, el tratamiento no puede focalizarse en un punto concreto, o sea el paciente identificado, sino en todas las fuerzas que intervienen, que en este caso vienen definidas y determinadas por las relaciones familiares y el papel que cada uno de sus miembros tiene en la dinámica familiar.” (Soto, 2000)

Respecto a las dinámicas familiares Onnis señala la tipología de la familia psicósomática. Por lo tanto los sistemas familiares con problemas psicósomáticos señala el autor son complicados, con una delimitación inestable en las fronteras entre generaciones, con una tendencia constante a la intrusión en los espacios no sólo físicos, sino también emocionales de cada uno de los integrantes. Presentan además, un bajo grado de tolerancia hacia las tensiones conflictivas, que impide explicitar los desacuerdos y la posibilidad de definir claramente las relaciones; todo transita en un consenso unánime de pseudoarmonía, negando la presencia de cualquier otro problema que no sea el síntoma del paciente.

Indica también el autor que cada tensión y preocupación gira en torno al síntoma, mostrando la función protectora que ejerce circularmente sobre la homeóstasis familiar. Estos procesos dificultan los procesos de individuación y diferenciación, favoreciendo aún más la aglutinación. En este sentido, el mito de la "*unidad familiar*" que hay que sostener a cualquier precio, esconde el fantasma de la ruptura, con la amenaza de que la aparición de un conflicto disgregue a la familia en lugar de generar un salto evolutivo. (Onnis, 2007)

3.1.2 Perspectiva Psicoanalítica psicósomática

Respecto al concepto de psicósomática fue utilizado por primera vez por un psiquiatra alemán, J.C. Heinroth (1818), a comienzos del siglo XIX, este concepto como señala Dejours, 2008, en su artículo, es reciente respecto de las inquietudes sobre las relaciones entre el alma y el cuerpo.

Por lo tanto según el autor la Psicósomática designa hoy: un campo referido a los procesos psicológicos que acompañan las enfermedades del cuerpo, y un tipo de prácticas, que fundamentan parcialmente, y aún exclusivamente, el tratamiento de las enfermedades del cuerpo en una acción psicológica.

En relación al cuerpo, en el cual se ve reflejado la enfermedad, la mayoría de las teorías señalan que los acontecimientos psico-afectivos pueden tener incidencia sobre las enfermedades del cuerpo, como señala Dejours, pero por otra parte otras teorías señalarían que ciertas enfermedades solo son de origen psíquico o todo lo contrario en donde las enfermedades son las que afectarían a los estados mentales, como cambios de humor.

Según Dejours, 2008, entre medicina y psicoanálisis, en relación a la psicósomática debería reconocerse un lugar a parte al autor Groddeck, ya que aunque se haya vinculado con Freud y con Ferenczi, siempre tuvo una práctica médico somática. Groddeck fundaba su práctica sobre la intuición de poderes específicos del cuerpo y su esfuerzo era en evidenciar la intencionalidad en el cuerpo todo, capaz de aprovechar las configuraciones sintomáticas, para manifestar los movimientos afectivos en los que se encuentra el sujeto. Y estos poderes estarían en relación a desbaratar la conciencia moral. Y este poder señala sería el ello, el cual básicamente es la fuerza inconsciente, y es también por naturaleza sexual y erótica.

Lo que se señala es que principalmente estos poderes movilizan al cuerpo, tanto para sanar como para hacer surgir enfermedades. Por lo tanto el ello

no solamente genera enfermedades sino que también expresa y simboliza sus intenciones que generan vida.

Por otra parte expone Dejours en su artículo, la mirada de Reich, en donde propone que el cuerpo es el lugar en el que se experimentan los afectos, pero también donde se expresan los callejones sin salida de los conflictos entre el sujeto y la sociedad, lo cual define Dejours como una manera trágica de descifrar los poderes expresivos del cuerpo. Por lo tanto estas manifestaciones del cuerpo serían soluciones y los callejones sin salida de los conflictos entre la energía vital y la angustia de las prohibiciones impuestas por la moral y la sociedad, y estas prohibiciones se oponen a la libertad de los afectos y la sexualidad.

A pesar de las diferencias teóricas importantes entre la primera ola germano-americana y la segunda ola francesa, el concepto de cuerpo sigue siendo, entre esas corrientes, más o menos similar. La enfermedad somática aparece en los unos como el lugar de expresión de un conflicto psíquico insoluble y en los otros como el testigo de un conflicto que no consigue constituirse como tal. Para los unos es una de las vías posibles de expresión del conflicto (la enfermedad expresa un conflicto actividad-pasividad), para los otros ratifica la deficiencia (pensamiento operatorio) de los procesos de pensamiento necesarios para formar un conflicto y encontrarle salidas mentales (la enfermedad somática reemplaza al pensamiento). Pero en todos los casos, el cuerpo es considerado como un efector de lo que está en juego a nivel psicoafectivo. (Dejours, 2008)

Por otra parte podemos señalar otra mirada psicoanalítica sobre la psicósomática, esta mirada la aporta Winnicott el cual entiende los síntomas psicósomáticos como intentos de integración frente a experiencias de despersonalización. Estas están facilitadas por la existencia de escisiones básicas en la personalidad del tipo mente-psiquesoma y falso-verdadero self. Para que esto haya ocurrido ha debido existir una inadecuación del medio en el período en que se producen los

procesos de integración personalización- relación con la realidad objetiva e inicio del área transicional. (García, 2000).

En el trastorno psicossomático según Winnicott, 1964, la enfermedad no reside en el estado clínico, tal como se manifiesta en una patología somática o en un funcionamiento patológico (colitis, asma, eczema crónico). Lo que constituye la verdadera enfermedad es la persistencia de una escisión en la organización yoica del paciente, o de disociaciones múltiples. Este estado mórbido del paciente es en sí mismo una organización defensiva con determinantes muy poderosas, razón por la cual es muy común que médicos bien informados, bien intencionados y hasta excepcionalmente bien equipados fallen en sus empeños por curar a pacientes con un trastorno psicossomático.

Por otra parte señala el autor que la enfermedad psicossomática es el negativo de un positivo, que es la tendencia a la integración, y el positivo es la tendencia heredada de cada individuo a alcanzar la unidad de psique y soma y a esta etapa del proceso de integración podría denominarse la etapa del “yo soy según lo señalaría Winnicott.

Podemos también señalar lo que indica Dejours en su artículo, 2008, que convendría dar vuelta la hipótesis psicossomática, por lo tanto las enfermedades psicossomáticas tendrían tendencias a despojarle al pensamiento lo que lo mueve; a saber esa excitación, proveniente del cuerpo erótico, que podría convertirse en exigencia de trabajo para el psiquismo. Y se haría así posible comprender que el estado psicoafectivo puede tener influencia sobre la eficacia de un tratamiento, su rapidez de acción, incluso sobre la curación.

Por otra parte como señala en su artículo Alberro, 2001, Lacan y Sami-Ali, también se refieren a la psicossomática. Ambos afirman que en el fenómeno psicossomático la subjetividad y lo que este concepto implica, es decir el sujeto hablante, está anulada. Es la ausencia del sujeto que se revela a través del órgano enfermo. En el lugar del sujeto aparece el

órgano que, no poseyendo la palabra, no habla, ya que tampoco posee la mediación del cuerpo simbólico. “El goce está fuera del cuerpo”, dice Lacan; en el fenómeno psicosomático, el órgano está impregnado de goce, y funciona fuera del cuerpo en tanto definido como desierto de goce. Es la lesión somática que concentra el goce expulsado del cuerpo. Por lo tanto las representaciones del cuerpo se vuelven angustiantes, porque son tomadas al pie de la letra, tal como lo expresa Sami-Ali: “lo absolutamente subjetivo coexiste con lo absolutamente objetivo, lo cultural con lo corporal, lo estereotipado con lo inefable”. El sujeto queda encerrado en un callejón sin salida y la única vía que le queda es lo real de su cuerpo, puerta de entrada a la que se le cierran todas las salidas.

3.2 Definición de Asma Crónica desde el modelo Médico Farmacológico.

Desde un enfoque médico la enfermedad de Asma crónica es una enfermedad respiratoria en la que el espasmo, la constricción de los bronquios y la inflamación de la mucosa, limitan el paso del aire hacia los pulmones. En otras palabras, es un estrechamiento de las vías respiratorias. "La inflamación crónica puede conducir a la remodelación de la vía aérea cuya expresión final es la pérdida de la función pulmonar. Existen principalmente dos tipos de asma, el alérgico y no alérgico. En Chile y Latinoamérica la proporción es de 55 y 45 por ciento, respectivamente, en contraste con lo que ocurre en países más industrializados, en que el asma alérgico alcanza el 70 por ciento, mientras que el no alérgico llega apenas al 30 por ciento.(Castro, 2003)

Y se señala en la revista de la Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica que "no existe una definición simple y precisa de la enfermedad. Diferentes sociedades científicas han elaborado una definición clínica de consenso. Una de ellas es la estrategia global para el asma (GINA) y la define como *inflamación crónica de las vías áreas* en la que tienen un papel destacado determinadas células y mediadores". (Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica, 2006).

No existe una definición simple y precisa de asma. Diferentes sociedades científicas han elaborado una definición clínica de consenso. La estrategia global para el asma (GINA) la define como *inflamación crónica de las vías áreas* en la que tienen un papel destacado determinadas células y mediadores. (Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica, 2006)

Las líneas de investigación epidemiológicas actuales se encaminan en dos direcciones: la búsqueda de los genes que determinan el asma y la valoración de los factores de riesgo que determinan cuando y de qué manera se desarrolla el asma. (Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica, 2006)

La mortalidad en la mayoría de los países por asma fue aumentando desde mediados de los años 70 hasta alcanzar en la década de los 90 una meseta y comenzar un progresivo descenso. La tasa bruta de mortalidad por asma en el mundo estimada por la OMS en el año 2001 fue de 3,73 por 100.000 habitantes. (Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica, 2006).

En el texto de la Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica señalan que en Chile, la discusión sobre la definición de Enfermedad Crónica (EC) ha estado liderada por el Comité de Enfermedades Crónicas de la Infancia creado en 1988 bajo el alero de la Sociedad Chilena de Pediatría. Este grupo ha planteado la siguiente definición: "Se define como EC a cualquier enfermedad que tenga una duración mayor de tres meses, que altere las actividades normales del niño, produciendo deficiencia, incapacidad o minusvalía. También se incluye a aquella condición que requiera hospitalización continua por 30 o más días. Se incluye en la definición a niños con enfermedades consideradas crónicas, como el asma bronquial.

También señala que la OMS, define grados de discapacidad: deficiencia, incapacidad y minusvalidez. La condición de EC en un hijo dentro de la familia genera una situación de estrés, provocando intranquilidad e incertidumbre respecto al pronóstico, procedimientos médicos y cuidados terapéuticos, lo que puede interferir en la relación familiar creando tensión entre sus miembros. La reacción que tenga la familia va a estar influenciada por una serie de procesos relacionados con la personalidad, historia familiar y el manejo de sus emociones. Serrada y colaboradores plantean que en la reacción que tengan los padres influyen factores como la severidad de la enfermedad, naturaleza de los procedimientos médicos, expectativas puestas sobre el niño, la visión de sí mismos como padres, la

naturaleza de la relación matrimonial, la relación con los demás hijos, temperamento del niño, incertidumbre del pronóstico, el apoyo del entorno y la capacidad de organización familiar. (Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica, 2007)

3.2.1 Epidemiología

Respecto a la Epidemiología de enfermedades psicofisiológicas “se describe una incidencia de 8% a 10% en la consulta pediátrica general” y “alrededor del 8% de los pacientes corresponde a trastornos psicofisiológico.” (Almonte, 2003).

En cuanto a la prevalencia de la enfermedad del asma crónica “En nuestro país, existen pocos estudios sobre la prevalencia y las características clínicas de los pacientes hospitalizados por asma en la población pediátrica. Sin embargo Mallol y cols describieron una prevalencia de 9,7% de asma en escolares y de 16,5% en adolescentes”. (Vicuña, 2007).

3.2.2 Prevalencia

El asma es una de las enfermedades respiratorias crónicas más frecuentes en pediatría. Su prevalencia se ha estimado gracias a grandes estudios poblacionales, siendo el más relevante para Latinoamérica el Estudio Internacional de Asma y Alergia en la Infancia (ISAAC, por sus siglas en inglés). (Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica, 2006)

En el estudio multicéntrico sobre "Síntomas psicológicos en atención primaria", organizado por la OMS y realizado en cinco continentes, encontramos en Santiago de Chile una prevalencia de este

trastorno en los consultantes de atención primaria de 17,7%, siguiendo los criterios diagnósticos CIE-10. (Rev. Chile Neuro-Psiquiat, 2002)

Al igual que en el resto del mundo, en Chile el asma es la enfermedad crónica más frecuente de la niñez, la que más afecta la calidad de vida de quienes la padecen y la que mas provoca ausentismo escolar. En nuestro país, su prevalencia acumulada es de entre el 9.7% y 16.5% en niños de 6-7 años y de 7.3% a 12.4% en los de 13-14 años. Las consultas por obstrucción bronquial en atención primaria, constituyen el 23% de todas las atenciones de morbilidad en menores de 15 años y según datos del Ministerio de Salud generan el 16% de todas las consultas en el grupo de 5 a 14 años lo que ocasiona para el Sistema de Salud un significativo consumo de recursos. Por otra parte, es relevante el hecho de que en nuestro medio, al cumplir un año de edad, el 43.1% de los niños ha presenta sibilancias recurrentes (definidas como 3 o más episodios). (Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica, 2006).

En él a año 1993, el Ministerio de Salud realizo un estudio de carga de enfermedad, estimando los a años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVISA, también conocidos como DALY por su sigla en inglés), resultando ser el asma la sexta causa de pérdida de VISA y la primera como enfermedad específica, pues las otras cinco que la superan son grupos de causas. Según este estudio, el asma genera una pérdida anual de 55.118 a años de vida ajustados por discapacidad. Se ha establecido que esta enfermedad ha ido en progresivo incremento, lo que se ha atribuido a distintos factores, de los cuales en Chile es muy importante la contaminación del aire tanto intra como extramuros, siendo esta ultima relevante en varias ciudades del país, aunque la contaminación se ha asociado mas a un incremento de las exacerbaciones que a la prevalencia del asma.

En Chile, el 60% del asma infantil es atópica, siendo no atópica el 40% restante lo que lo diferencia de otros países en desarrollo. Esto es importante pues el asma no atópica ocasiona los principales problemas en el lactante y preescolar, siendo la atópica más grave en etapas posteriores de la vida. (Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica, 2006)

En algunos estudios se ha buscado la respuesta al aumento de prevalencia del asma, “una respuesta inicial podría ser que la contaminación ambiental es la responsable; sin embargo, ésta ha demostrado tener un efecto en la severidad de las crisis obstructivas más que en su aparición y por otra parte, la cantidad de casos en Chile no se correlaciona con el nivel de contaminación de las diferentes ciudades; en otras palabras, las ciudades más contaminadas de Chile no presentan mayor frecuencia de pacientes con asma”. Sin embargo existen otros factores que se han señalado y que actuarían especialmente en las primeras etapas de la vida, incluso en la vida intrauterina. Estos son la desnutrición de la madre y del feto, el hábito tabáquico de la madre, la ausencia de lactancia materna y la presencia de frecuentes infecciones respiratorias tanto virales como bacterianas durante los primeros años de la vida. En relación con tabaquismo intradomiciliario, existen muchos trabajos que demuestran los efectos deletéreos de la exposición pasiva del humo de tabaco y su relación con el aumento de síntomas de asma en el niño. A lo anterior se suman los cambios en la incidencia de enfermedades alérgicas que pueden explicar el aumento en la prevalencia del asma. (Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica, 2007)

3.2.3 Tratamiento del Asma Infantil

Por lo tanto, esta investigación pretende lograr un acercamiento a la enfermedad de asma crónica en niños que están en etapa escolar. Y como se ha señalado anteriormente el enfoque con el cual se trabaja el asma crónica es más bien médico, ejemplo de esta situación es el tratamiento

que reciben los niños con esta enfermedad, y que lo describen en la Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica, 2006, señalan que el “tratamiento convencional del asma crónica tiene dos aspectos, el sintomático y el preventivo. El tratamiento preventivo prescribe el uso regular de antihistamínicos, broncodilatadores, córtico esteroides, inmunoterapia específica, gimnasia respiratoria, etc. El tratamiento sintomático está destinado a interrumpir la crisis empleando medicamentos de acción rápida, corticoides, oxigenoterapia, etc.”. De esta forma se deja claro que el tratamiento médico tradicional no incluye la perspectiva psicológica y por ende también se deja un lado a la familia como posible factor mantenedor de la enfermedad.

Las opciones terapéuticas existentes para el asma Infantil son:

- *Broncodilatadores*

Se utiliza el B2-agonistas y los anti colinérgicos. La respuesta a nivel individual es difícil de predecir y un aprueba terapéutica con cualquiera de ambos suele ser justificable. Los broncodilatadores pueden agravar los síntomas debido a la presencia de traqueobroncomalacia por reducción del tono muscular liso. (Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica, 2006)

- *Antihistamínicos*

- *Corticoides inhalados.*

No hay duda, que algunos niños con sibilancias se benefician en gran medida con este medicamento, pero también es cierto que están sobre-utilizados y deberían discontinuarse en caso de no haber beneficios. (Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica, 2006)

- *Corticoides orales.*

Deberían reservarse principalmente para niños con sibilancias atópicas refractarios a otros tratamientos. Sin embargo, se indican en forma tan aislada que su utilización debería producir una revisión completa del diagnóstico y de cualquier factor medioambiental que pudiera ser responsable de la continuación de los síntomas. (Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica, 2006)

Desde el año 2006, el Ministerio de Salud ha incorporado el tema “Asma en el menor de 15 años” en las Garantías Explícitas en Salud (GES) (13), lo que significa que todo paciente pediátrico con sospecha de asma tendrá derecho a diagnóstico dentro de los primeros veinte días de la sospecha y todo aquél que se diagnostique como asmático tendrá acceso a iniciar tratamiento en los primeros siete días. Habrá un máximo de treinta días para la derivación al nivel secundario en aquellos que lo requieran y quienes inicien su tratamiento en los distintos niveles de atención tendrán acceso a continuarlo, incluyendo exacerbaciones.

Estas garantías son válidas para el asma episódica frecuente, que se debe manejar en Atención Primaria y la persistente, que será de manejo del especialista, en el nivel secundario. Por su parte, el asma episódica infrecuente requiere sólo tratamiento de las exacerbaciones, que son cubiertas en atención primaria por el Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). Las canastas de tratamiento incluyen como fármacos salbutamol y budesonida para el asma episódica, agregándose la combinación salmeterol más fluticasona en los casos de asma persistente, severa, siendo la primera vez que se dispone de este tipo de terapia en forma permanente y garantizada para toda la población pediátrica que lo requiera. (Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica, 2006).

3.3 Modelo Sistémico Familiar.

Cuando los tratamientos médicos tradicionales en niños con problemas psicosomáticos van perdiendo su efectividad o hay un aumento de la prevalencia, desde nuestro punto de vista, es necesario recurrir a dar una mirada a lo que está sucediendo al interior de la familia del niño que sufre alguna enfermedad denominada psicosomática, en este caso el asma crónica, y para ello hemos de encontrar que el modelo sistémico ha de abordar esta problemática desde la familia.

Las enfermedades psicosomáticas desde una mirada sistémica propuesto por S. Minuchin. Amplía la unidad de estudio, considerando al individuo inserto en sus contextos sociales significativos, y de ellos el más importante es la familia. (Almonte, 2003)

Por lo tanto como se ha descrito anteriormente, los niños asmáticos hacen un llamado en las familias para poder comprender la situación, por lo tanto se puede ver si es que hay dificultades en la dinámica familiar a través de este niño sano que representa a la familia en sí, y que enferma.

En el texto de Almonte describe claramente que existen tres factores necesarios para el desarrollo de un trastorno psicofisiológico en el niño, que interactuando entre sí constituyen un modelo de sistema abierto. Estos factores son (Almonte, 2003):

- Predisposición fisiológica del niño.
- Familia con cinco características interaccionales específicas:
 - Aglutinamiento
 - Sobreprotección
 - Rigidez
 - Falta de resolución de conflictos
 - Involucración del niño en el conflicto parental
- La enfermedad del niño permite mantener la homeostasis familiar.

3.3.1 Interacción Familiar

Como sabemos cada familia posee una estructura y una organización determinada, y por lo tanto en cada familia se definen pautas de interacción que se repiten.

Los niños crecen y se desarrollan dentro de una familia, y es en esta etapa del desarrollo en que los niños están especialmente sensibles para asimilar y por ende lo que aprenden dentro del entorno familiar. Ellos pasan la mayor parte del tiempo en el seno de esta institución, la que asume las funciones de protección, socialización y entrega de afecto.

Por lo tanto es dentro de esta institución que se internalizarán los valores, creencias y costumbres de su propia familia y de la cultura a la que pertenecen, patrones de relación con el entorno y consigo mismo, modelos de identificación, una orientación en relación a las metas conscientes o inconscientes de sus vidas, etc., en síntesis el niño será socializado en las distintas áreas del desarrollo cognitivo, social, emocional, psicomotor, moral, modelándose un modo de “ser” y de “hacer”. (Almonte, 2003) Es decir la familia como la unidad básica de la sociedad tiene una gran responsabilidad, la cual se puede observar en lo descrito anteriormente.

Por otra parte, desde la perspectiva sistémica, la teoría general de sistemas constituye un buen modelo para el análisis del funcionamiento familiar. Y se entiende por sistema un conjunto organizado de unidades que interactúan entre sí de acuerdo a sus atributos. Tienen una jerarquía compuesta por subsistemas, de distintos niveles de complejidad, altamente organizados, que interactúan entre sí. (Almonte, 2003)

Según esta perspectiva, la familia es un sistema abierto según lo descrito por Almonte, 2003, que intercambia información con el medio.

Y en este sistema abierto, se pueden observar el desglose de este en varios subsistemas, lo cual conformaría una familia.

Por lo tanto en la familia se pueden distinguir los siguientes subsistemas:

- *Subsistema conyugal*
- *Subsistema parental*
- *Subsistema fraternal*
- *Subsistema parento-filial*
- *Subsistema individual*
- *Subsistema de género*
- *Subsistemas por intereses comunes.*

Anteriormente vimos la descripción del concepto de familia, lo cual es la base y ahora podemos señalar que en cuanto a las funciones centrales de las familias podemos señalar la: Procreación, crianza y socialización; satisfacción de necesidades básicas, psicológicas, espirituales; “territorialidad”, definición de un espacio de pertenencia y de identificación; proporcionar a los hijos modelos de identificación y a la vez propiciar la individuación de sus miembros. (Almonte, 2003)

En cuanto a las características que un familia presenta podemos señalar que dentro de las características de una familia sana son una adecuada diferenciación más que componen la familia; jerarquía definida, con una clara autoridad de los padres; comunicación expedita, en un clima emocional estable y cálido, con aceptación y respeto mutuo; límites diferenciados con el medio externo y la familia de origen; plasticidad para adecuarse a las características idiosincrásicas de cada miembro, a los cambios provenientes del interior y del exterior de la familia y para manejar las potenciales crisis. (Almonte, 2003)

La familia, para cumplir con sus funciones centrales, tales como desarrollar un sentido de pertenencia y de identidad en sus miembros, atraviesa por distintas etapas evolutivas que se caracterizan por la

presencia de tareas y crisis que hay que enfrentar, así como de modificaciones en los vínculos.

Por lo tanto a continuación se describe el ciclo vital que caracteriza a la familia nuclear compuesta por una pareja de padres y sus hijos, para dejar claro, se describe a la familia nuclear, ya que es la más común dentro de la literatura, esto no quiere decir que excluimos o negamos la existencia de los otros tipos de familia en nuestra investigación. (Almonte, 2003)

- *Elección de la pareja y matrimonio*
- *Nacimiento de los hijos*
- *Crianza y socialización de los hijos*
- *Etapa de matrimonio de los hijos*
- *Retiro de la vida activa y la vejez*

3.3.2. El niño asmático y las interacciones familiares.

Este punto es muy importante ya que relaciona la enfermedad con la dinámica familiar, lo cual tiene correlación según lo planteado anteriormente. La enfermedad se mantendría presente en los niños por la necesidad de obtener respuestas frente a situaciones confusas, y esta situación se da en el seno de la familia, y sería respuesta de las interacciones que surgen en ella.

De acuerdo al modelo sistémico, la familia puede estar organizada de manera tal que favorece la aparición y mantención de síntomas psicósomáticos en alguno de sus miembros, y a su vez esos síntomas contribuyen a mantener la estabilidad de la organización familiar. (Almonte, 2003)

En esta investigación se tomo como referencia importante el vinculo que la madre tiene con su hijo(a), y es por esta razón que las relaciones familiares son muy específicas, sobre todo por lo que afecta a la madre. No es raro que los únicos intercambios afectivos sean los que giran alrededor de la enfermedad: madre cuida al niño y de su propia culpabilidad, el niño se somete a la madre suscitando su angustia.

La ambivalencia afectiva, tanto de la madre (rechazo/culpabilidad) como del niño (sumisión/dependencia), halla su válvula de escape en relación de cuidado establecida alrededor de las crisis asmáticas. En otros casos, parece establecer un vínculo de estrecha identificación narcisista entre el niño y sus padres, quienes equilibran sus propias perturbaciones psicopatológicas gracias a las proyecciones narcisistas sobre su hijo. Éste llega a sentirse ahogado de esta carga narcisista. (Marsella, 1996)

3.4 Desarrollo Infantil.

El *desarrollo* comprende el cambio y su continuidad a través del tiempo. El *desarrollo del niño* es el estudio científico de las formas como cambian los infantes y de cómo siguen siendo ellos mismos, desde la concepción hasta la adolescencia. (Papalia, 1998)

Existen dos clases de cambios en el desarrollo. El cambio cuantitativo es el cambio en cantidad, como en el peso, la estatura y la extensión del vocabulario. El cambio cualitativo incluye cambios de clase, como la naturaleza variante de la inteligencia. (Papalia, 1998)

En el texto de Papalia, D. 1998, se señala que existen aspectos del desarrollo, que se han dividido en físico, cognoscitivo y social y de la personalidad, estos aspectos son arbitrarios y rara vez definidos. En el desarrollo físico forman parte los cambios de estatura, peso, capacidad sensorial y habilidades motrices, el desarrollo del cerebro y los aspectos relacionados con la salud. Estos cambios influyen en la personalidad y en el intelecto.

Dentro del desarrollo cognoscitivo están las destrezas mentales, como aprendizaje, memoria, razonamiento y pensamiento. Estos cambios están relacionados con los aspectos emocional y motor del ser humano.

En cuanto al desarrollo social y de la personalidad, se puede integrar la manera individual de ver el mundo, el sentido de sí mismo, la forma de relacionarse con las demás personas y las emociones. Los cambios en este terreno afectan los aspectos cognoscitivo y físico del funcionamiento.

Algunas características principales de la Niñez Intermedia (de los 6 hasta los 12 años) son: (Papalia, 1998)

- Los compañeros adquieren gran importancia.
- Los niños empiezan a pensar con lógica, aunque principalmente en términos concretos.
- El egocentrismo disminuye.
- Aumentan las habilidades de memoria y lenguaje.
- La parte cognoscitiva gana al mejorar la habilidad para beneficiarse de la educación formal.
- Se desarrolla el auto concepto, se afecta la autoestima.
- El crecimiento físico se hace más lento.
- Mejoran las destrezas atléticas y la resistencia.

El desarrollo biopsicosocial es un proceso de cambios progresivos, sujeto a leyes y principios. Comienza con la concepción, culmina en la madurez y concluye con la muerte. Su objetivo es la adquisición de una identidad biológica, psicológica y social que equilibre las necesidades del individuo con las del contexto social en el que está inserto. (Almonte, 2003).

3.4.1 Etapa Escolar.

El periodo escolar, como su nombre lo indica, es el periodo del aprendizaje formal en la escuela. Constituyen los años intermedios propiamente tales entre los afectos, contradictorios del preescolar y el adolescente. La tarea primordial es el logro de un sentimiento de competencia cognitivo, físico y social que confirma su identidad extra familiar. Este sentimiento de si mismo deriva de sus propias realizaciones, a la vez que es reflejo del medio. (Almonte, 2003)

El este periodo escolar la interacción con los pares es fundamental como criterio para la autoevaluación de sus competencias y un sentimiento

de autoestima, en contraposición a un sentimiento de inferioridad; en efecto, la orientación hacia el éxito, la laboriosidad, incluye la conciencia de la amenaza del fracaso y el consiguiente sentimiento de inferioridad. (Almonte, 2003)

La edad escolar se inicia con la madurez escolar. La madurez escolar implica manejo de las funciones básicas para el aprendizaje lecto-escrito, diferenciación de juego y trabajo e inserción en el medio extra familiar. El escolar desplaza sus intereses familiares por los del grupo de pares, especialmente del mismo sexo, ya que en esta etapa empiezan a diferenciarse los intereses de niños y niñas, aparece la amistad y el compañerismo. (Almonte, 2003)

La competencia parental reside en motivar su inserción en el sistema extra familiar, adecuar su estilo de comunicación y captar la relación más igualitaria, al mismo tiempo que conservar su nivel jerárquico. (Almonte, 2003)

3.4.2 Desarrollo Físico en la Niñez Intermedia

Durante la niñez intermedia en el desarrollo motor los niños logran una mayor capacidad para correr, al igual que en otras destrezas motrices. Su juego sigue contando con fuertes componentes físicos, aunque también se hace más cognoscitivo. Debido a que el crecimiento normal depende de una adecuada nutrición y una buena salud.

Los niños en edad escolar son más altos y delgados que los de preescolar. Las niñas tienen un poco más de tejido graso que los muchachos, una característica física que persistirá durante la edad adulta. (Papalia 1998)

3.4.3 Desarrollo cognoscitivo en la Niñez Intermedia

En este punto se describen los cambios cognoscitivos que ocurren en los niños durante la etapa escolar, desde diferentes enfoques, como el enfoque piagetiano que presenta avances en el pensamiento y los juicios morales de los niños durante la etapa de las operaciones concretas; el enfoque de Vygotsky que hace énfasis en la importancia de la interacción social; el del procesamiento de la información que destaca el desarrollo de la atención y la memoria, y el enfoque psicométrico. (Papalia, 1998)

3.4.4 Desarrollo social y de la personalidad en la Niñez Intermedia

En este punto se profundiza en el crecimiento social y el crecimiento de la personalidad que acompañan su progreso cognoscitivo. En esta etapa los niños desarrollan un concepto más realista de sí mismos y el giro en sus relaciones a medida que se independizan más de sus padres y se relacionan más con otras personas en particular con otros niños. Y es a través de la vida que comparten con sus compañeros, los niños comienzan a descubrir sus actitudes, valores y destrezas. Con todos estos cambios, la familia sigue conservando una influencia muy importante, al punto que la vida de los niños se ve profundamente afectada por situaciones familiares. (Papalia 1998).

3.5 Test Proyectivos

“Las técnicas proyectivas recibieron su denominación muy recientemente; apenas en 1948. Este verdadero movimiento de creación científica viene sostenido e impulsado por genios como Leonardo de Vinci, Freud, Adler, Rorschach, que en la proyección descubrieron un filón para el conocimiento del hombre”. (Bell, 1992).

Para lograr comprender lo que son los Test Proyectivos, es necesario indagar en el significado de Proyección. Para ello Freud señala “La proyección de las percepciones interiores al exterior es un mecanismo primitivo. Este mecanismo influye así mismo sobre nuestra información sensoriales, de tal modo desempeña el principal papel en l configuración de nuestro mundo exterior. En condiciones que no han sido suficientemente establecidas, constantemente las percepciones interiores de los procesos ideacionales y emocionales son proyectadas al exterior como percepciones sensoriales, y son usadas para determinar el mundo exterior, aunque ellas pertenecen en rigor al mundo interior. (Bell, 1992).

“Los elementos comunes a las distintas definiciones, son que el proceso de proyección es inconsciente, que sirve como una defensa contra las tendencias inconscientes, que resulta de atribuir a otros los impulsos, sentimientos, ideas y actitudes inconscientes, y que finalmente reducen la tensión personal”. (Bell, 1992).

En relación a los Test Proyectivos, podemos decir que estos están al servicio de la entrevista clínica psicológica, por tanto ayudan a la interpretación de los diversos materiales biográficos, expresivos, y proyectivos que brinda el sujeto, lo cual es una herramienta de mucha utilidad dentro del quehacer del psicólogo.

En (Hammer 1969). La batería proyectiva cuenta con un gran número de test, agrupables en diversas maneras según el criterio con el que

se les clasifica, y para ellos se organizan o clasifican en tres grupos de familias proyectivas que son:

- Batería Proyectiva Verbal.
- Batería Proyectiva Lúdica.
- Batería Proyectiva Gráfica.

Desde aquí se puede señalar que las técnicas proyectivas tienen muchos métodos para la estimulación de la personalidad, por tanto el propósito de las técnicas proyectivas es lograr penetrar en la personalidad individual.

Para nuestra investigación se usará la batería proyectiva gráfica, que sea expuesta a continuación.

3.5.1 Test Proyectivos Gráficos

Históricamente, el hombre utilizó dibujos para registrar sus sentimientos y acciones mucho antes que símbolos que registraran específicamente el habla. Desde el hombre de las cavernas en adelante el ser primitivo como el civilizado expresó sus emociones, sentimientos, ideas y necesidades mediante el trabajo artístico. (Hammer, 2004)

Los test gráficos, son instrumentos en los cuales tanto niños como adultos, pueden representar gráficamente, a petición del evaluador, sobre alguna temática en particular. Están desarrollados dentro de los teóricos psicodinámicos y principios de la grafología. Estos se utilizan en el proceso psicodiagnóstico, en la clínica y han sido utilizados ampliamente como instrumentos de investigación. (Hammer, 2004)

La finalidad de los test proyectivos gráficos es contribuir a una mayor comprensión de la dinámica de la personalidad de la persona que

será evaluada, que según las particularidades de cada técnica, nos permitirán arribar a conclusiones diagnósticas, fundamentales en el ámbito clínico. (Piaget, 1967)

3.5.2 Test del Dibujo de la Familia

El test del dibujo de la Familia es una herramienta necesaria y de base para explorar las dinámicas familiares, entornos, modalidades vinculares, alianzas, identificaciones, sentimientos de inclusión o exclusión respecto a la vida familiar, tales como las percibe desde su realidad psíquica la persona a quien le administramos esta técnica. El "Test del dibujo de la familia" es un test proyectivo que evalúa fundamentalmente el estado emocional de un niño, con respecto a su adaptación al medio familiar. (Corman 1961).

El Test proyectivo del dibujo de la familia permite la expresión de tendencias inconscientes de los niños, en cuanto a los sentimientos hacia los suyos y la situación en que se coloca a si mismo en la familia. Es una herramienta complementaria a las evaluaciones familiares de nuestros pacientes, que nos permite reconocer ciertas orientaciones psicosociales de su funcionamiento y el de su entorno. (Corman 1961).

A continuación se describirá desde el comienzo la realización del Test del Dibujo Gráfico "La familia", desde de la indicación que se le da al niño hasta el análisis que hay que realizar.

3.5.2.1 Administración del Material.

Dibújame una familia o bien: Imagina una familia que tu inventes y dibújala”. Si parece que el niño no entiende, se puede agregar Dibuja todo lo que quieras: las personas de una familia y, si quieres objetos, animales.(Corman 1961).

3.5.2.2 Interrogatorio.

Se le pregunta al niño ¿Dónde están?, y ¿Qué hacen allí? Luego Nómbrame a todas las personas, empezando por la primera que dibujaste. Con respecto a cada personaje, averiguamos su papel en la familia, su sexo y edad.

Tratamos también que el sujeto diga cuales son las preferencias afectivas de los unos por los otros.

Con todo, solemos formular cuatro preguntas, las mismas siempre, que a menudo proporcionan datos muy interesantes:

- “¿Cuál es el más bueno de todos, en esta familia?”
 - “¿Cuál es el menos bueno de todos?”
 - “¿Cuál es el más feliz?”
 - Ante cada respuesta preguntamos por qué.
 - Una quinta pregunta es: “¿Y tú, en esta familia, a quién prefieres?”
- (Corman, 1961).

3.5.2.3 Interpretación

Los elementos formales del dibujo son, a su vez, de dos órdenes diferentes, ya se consideraron los trazos aislados, ya las estructuras de conjunto.

Esto nos conduce a distinguir tres planos para la interpretación: (Corman, 1961).

- **Plano Gráfico.**

Las reglas generales de la grafología, en gran medida, son aplicables al dibujo dado que la forma en que el sujeto utiliza un lápiz y traza puntos, rectas y curvas, es reveladora de su psicomotricidad y, por tanto de sus disposiciones afectivas.

En los trazos del dibujo se puede distinguir: La amplitud y la fuerza, el ritmo del trazo, el sector de la página, los sectores blancos, la derecha y la izquierda. (Corman, 1961).

- **Plano de Estructuras Formales.**

La forma en que cada niño dibuja un “monigote” expresa su propio esquema corporal. Pero esta visión interior del propio cuerpo no se construye sino poco a poco, paralelamente con el progreso de la edad.

A. De ello resulta que el grado de perfección del dibujo es testigo de la madurez del que dibuja, y puede construir una medida de su grado de desarrollo.

B. En el dibujo de una familia cuenta, por otra parte, la estructura formal del grupo de personas representadas, sus interacciones recíprocas y el marco, inmóvil o animado, en que actúan.

- **Plano de contenidos**

El dibujo de una familia ocupa, entre los test proyectivos, un lugar muy especial, ya que el niño crea el dibujo por sí mismo, representa en el mundo familiar a su modo. Se llega, pues, a pensar que el sujeto, llevado más o menos por su imaginación, va a crear una familia según su deseo. Más aún, el hecho de actuar como creador le permitirá tomar la situación en sus manos, dominarla; y, en particular, en todos los casos en que su verdadera lo traumatiza, le causa angustia, va tratar de liberarse activamente, de acuerdo con la regla de la mayor felicidad.

4. MARCO METODOLOGICO.

4.1 Enfoque Metodológico.

De acuerdo con los objetivos propuestos por el estudio he optado desde el punto de vista metodológico utilizar el Enfoque Cualitativo, ya que este estudio busca comprender su fenómeno de estudio en su ambiente usual (como vive se comporta y actúa la gente; que piensa; cuáles son sus actitudes etc.). (Hernández, Fernández, Baptista, 2003)

Por otra parte el enfoque cualitativo da profundidad a los datos, la dispersión, la riqueza interpretativa, la contextualización del ambiente o entorno, los detalles y las experiencias únicas, lo cual se encaja con el objetivo de conocer las características de la interacción familiar en niños diagnosticados con asma, en el consultorio Valdivieso de Recoleta, a través del Test Grafico “La Familia” (Hernández et al, 2003).

4.2. Tipo y diseño de investigación

Como el estudio consistió en describir situaciones, eventos y hechos. Esto es, decir como es y cómo se manifiesta determinado fenómeno, se optó por un estudio de **Tipo Descriptivo Exploratorio**. Ya que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a análisis. (citado en Hernández et al 2003). Por otra parte también se escogió el estudio descriptivo ya que su valor máximo se centra en recolectar datos que muestren un evento, una comunidad, un fenómeno, hecho contexto o situación que ocurre. (Hernández et al, 2003).

En cuanto a los estudios exploratorios, como se señala en Hernández et al, 2003, tiene como objetivo examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido estudiado antes. Lo que permite un primer acercamiento a la realidad.

El diseño de la investigación es **No experimental** ya que el estudio se realizó sin la manipulación de las variables, se observan situaciones ya existentes sin manipulación de parte de los investigadores. En este caso se observará las características de la interacción familiar de niños con asma.

Por lo tanto lo que se hizo en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos. Esta observación de fenómenos serán recolectados los datos en un solo momento, en un tiempo único, es decir va a ser un diseño de investigación **transeccional o transversal**. Este diseño tiene como propósito describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. (Hernández et al, 2003)

4.3 Delimitación del campo a estudiar.

El universo al cual se enfoca este estudio son Niños en etapa escolar de 6 a 10 años diagnosticados con Asma Crónica al menos con 2 años de tratamiento en el Consultorio Valdivieso de la Comuna de Recoleta.

La selección de las personas que facilitan al investigador la información necesaria para comprender el significado y las actuaciones que se desarrollan en determinado contexto tiene, en la investigación cualitativa, unas características claramente diferenciadoras. Los informantes considerados en una investigación cualitativa se eligen porque cumplen ciertos requisitos que, en el mismo contexto educativo o en la misma población, no cumplen otros miembros del grupo o comunidad. (Rodríguez, 1996)

La muestra según lo planteado anteriormente es de tipo **No Probabilístico e Intencionado**, ya que se han seleccionado a los sujetos con criterios previamente especificados. Es decir en la muestra de este tipo, la elección de los sujetos no dependió de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos sino de la decisión de un investigador o grupo de encuestadores. (Hernández et al, 2003).

Por ello se seleccionaron a 10 niños de entre 6 y 10 años con Asma Crónica, para de esta forma conocer las características de la interacción familiar en niños con asma a través del Test grafico La Familia.

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la información.

Se aplicó el Test gráfico de la Familia, con la finalidad de conocer las características de la interacción familiar en niños con asma crónica en etapa escolar (de 6 a 10 años).

1.- Se aplicó el Test del dibujo de la Familia, con la finalidad de indagar cuales son las características familiares de los niños con la enfermedad del asma.

2.- Se aplicó una entrevista semi-estructurada en donde el entrevistador es el que marca la pauta y el entrevistado tiene la palabra, utilizamos preguntas estructuradas, en donde se tenía una pauta de temas a tratar. Fueron entrevistas individuales con las madres de los niños(as) a las madres, las cuales nos permitió indagar en la situación familiar actual y en las características de la composición familiar. Este instrumento consiste en una pauta, la cual es orientada hacia la búsqueda de las relaciones familiares en torno a la enfermedad del asma.

Junto con lo anterior se aplicó a las madres una pauta de anamnesis con la finalidad de recabar datos y antecedentes relevantes en torno a la familia y el niño(a).

4.4.1 Test de la Familia.

4.4.1.1 Interpretación

- **Plano Gráfico.**

Secuencia: Se muestran derivados de impulsos, las defensas y la adaptación, se pone en manifiesto rasgos estructurales del sujeto, del conflicto y de la defensa. (Hammer; 1997)

Tamaño: contiene indicios acerca del realismo del autoestima de niño, de su autoexpansividad, o bien de sus fantasías de omnipotencia. (Hammer; 1997)

Presión: La presión del lápiz sobre el papel, es un indicador del nivel energético del individuo. (Hammer; 1997)

El trazo: Se observa si priman, trazos cortos, largos, longitud del movimiento, trazos rectos, circulares, líneas redondeadas, líneas dentadas, quebradas, líneas tirantes y líneas fragmentadas o esbozadas, líneas desconectadas y destacadas, líneas rítmicas y fluidas, líneas forzadas. (Hammer; 1997)

Detalles: Son detalles con los que se adornan el dibujo, pueden ser detalles adecuados, inadecuados dependiendo del correlato emocional y la rigidez del niño. (Hammer; 1997)

Simetría: Es considerada como uno de los principios más elementales de la gestalt. Por lo tanto no es casual que se haya comprobado que los dibujos con fallas en la simetría revelan una inadecuación de los sentimientos de inseguridad en la vida emocional del niño. En el extremo

opuesto, cuando la asimetría esta adecuada hasta el punto de producir un efecto de rigidez el control emocional del niño se ve exagerado y expresado. (Hammer; 1997)

Emplazamiento: Se observa la ubicación o tendencia del dibujo en el papel, por ejemplo, si centran el dibujo en medio de la hoja, al lugar izquierdo o derecho, a si mismo si ubican el dibujo en la parte superior o inferior de la hoja. (Hammer; 1997)

Movimiento: Cuando aparece el movimiento en los dibujo de los niños, es un indicador que representaría la capacidad de ejercer una afectividad ligada a los personajes ligados al movimiento y rol familiar. (Hammer, 1997)

- **Plano de Estructuras Formales.**

Sensorial: Principalmente sensible al ambiente, al movimiento, al calor de los lazos. Se observara igualmente la importancia de líneas curvas que también expresa el dinamismo de la vida.

Racional: Este indicador representaría que la espontaneidad ha sido inhibida, censurada, lo que hizo lugar a una regla de cierto rigor, llegando a la reproducción estereotipada y rítmica de personajes de escaso movimiento. (Corman, 1992)

- **Plano de contenidos**

Valorización: Destacar uno de los personajes de la familia representaría una relación significativa entre el niño y el personaje. (Corman, 1992)

Desvalorización: Mecanismo de defensa mas primitivo, el negar la realidad a la cual uno puede adaptarse.

Relación a distancia: La dificultad que el sujeto haya para establecer buenas relaciones con ciertas personas de la familia, puede manifestar en su dibujo una efectiva separación. (Corman, 1992)

Símbolos animales: Son símbolos de tendencias inconfesables que el sujeto no se atreve a asumir abiertamente. El animal domestico puede simbolizar las tendencias orales pasivas.

4.4.2 Entrevista.

La característica principal de las entrevistas en una investigación es que permite indagar, para ello, a los participantes se les pregunta sobre aspectos de su vida.

Las ventajas de hacer una entrevista es que va más allá de la observación para obtener información acerca de la vida, actitudes u opiniones de una persona. Se logra una imagen amplia, al menos de aquello en que los entrevistados dicen creer o no. Es por esta razón que elegimos realizar entrevistas, ya que nos ayudo a cumplir con nuestros objetivos, pudimos recabar información respecto del ambiente familiar en el cual estaba inserto el niño.

4.5 Esquema de muestra.

N°	Nombre	Edad
1	Martina Ruz	6 años
2	Valentina Pérez	10 años
3	Vania Troncoso	9 años
4	Steffano Miripil	6 años
5	Martin Negrete	8 años
6	Martin Mejías	9 años
7	Albert Pérez	8 años
8	Diego Escobar	8 años

4.6 Análisis de la información

Se analizaron descriptivamente los elementos cualitativos y cuantitativos que surgirán en la evaluación del test de la familia, con el propósito de conocer las dinámicas de la interacción familiar de niños y niñas en etapa escolar que estén diagnosticados con asma crónica.

Por otra parte se analizaron los resultados del test de la familia guiándonos por los tres planos de interpretación: El plano gráfico, El plano de estructuras formales y el plano de contenido.

El análisis de la información recogida en las entrevistas se realizó mediante la utilización de análisis interpretativo por categorías emergentes. (Echeverría, 2005)

Se realizó una codificación del material en categorías comunes, la segmentación de éste para luego realizar la selección de los datos significativos para esta investigación y continuó con la interpretación y análisis de los datos, para así llegar a la conclusión a partir de los datos obtenidos.

La utilización de las categorías para la investigación, organiza la información en una matriz de los resultados obtenidos. Cada categoría presenta un enunciado de un concepto general obtenido de los objetivos, cada concepto tiene un código para la tabulación de los extractos de las entrevistas. Luego se presenta una síntesis de las agrupaciones de las ideas (tópicos) extraídas y sus resultados, en este paso se explicará lo que se entiende por cada concepto. Luego de esto cada tópico se enuncia con una cita ficticia, que representa las agrupaciones de las citas, y la descripción de las mismas.

Este análisis se obtuvo a partir de las transcripciones de las entrevistas de las madres de niños con asma crónica. Finalmente podemos decir que este análisis se interesa por los contenidos obtenidos en las entrevistas más que por la frecuencia de los datos.

Se realizó comparaciones, y se establecieron relaciones entre los resultados obtenidos enmarcados dentro de nuestro marco teórico. Para finalizar se realizaron interpretaciones para verificar las inquietudes que surgieron de nuestro problema de investigación y por ende también contrastarlas con nuestros objetivos, con el fin de generar conclusiones atingentes del tema expuesto.

4.5.1 Análisis de la información cualitativo

Desde este enfoque, se analizará el plano gráfico y el plano de estructuras formales del “Test de la Familia”. Ya que son expansivos que paulatinamente se van enfocando en conceptos relevantes de acuerdo a la evolución de la investigación. Además se orienta a aprender de experiencia y puntos de vista de los individuos, valora procesos y genera teorías fundamentadas en las perspectivas de los participantes. (Hernández Sampieri y Col 2008).

Análisis y Resultados

- 1. Análisis de los Test Gráficos.**
- 2. Resumen por Categorías.**
- 3. Análisis por categorías, con tópicos emergentes.**

5. RESULTADOS Y ANÁLISIS

5.1 Análisis de los Test Gráficos.

Albert P.

Se puede observar en Albert una buena capacidad de adaptación, sensibilidad, imaginación, sociabilidad y extraversión.

Por otra parte en los datos obtenidos de Albert se observa que destaca al padre en sus dibujos, por lo tanto es el personaje que representa con una relación singularmente significativa, es la persona de admiración e identificación, y con quien tiene mayor vínculo afectivo. Entre las figuras dibujadas por Albert se muestra un vínculo afectivo cercano, muestra una familia unida, con buenos vínculos de comunicación, a parte se observa que Albert representa a cada miembro de la familia con un estado anímico bueno.

El mecanismo de defensa que ocupa Albert es negar la realidad a la cual no puede adaptarse. Albert realiza el dibujo de la familia omitiendo a su hermana mayor quien presenta dificultades neurológicas, lo que nos da cuenta de la voluntad de alejar a su hermana tanto física como emocionalmente. Por lo tanto podemos observar que podría haber rivalidad en la relación con la hermana, negándola. Por otra parte también el personaje suprimido es él mismo, lo que nos da cuenta de la poca identificación con el núcleo familiar o sentimientos de exclusión, lo cual significa que es posible que en su actual situación de edad y sexo no se haya a gusto y desearía ser otro.

Finalmente podemos señalar que la familia gira en torno a Albert, lo cual se puede observar en el relato del interrogatorio, y se puede deber a que es el menor y es el único hijo de sexo masculino. Albert en el interrogatorio se

relaciona con carácter extrovertido, presenta sentimiento de seguridad y confianza en sí mismo y expresa la sensación de poder hacer frente a los retos externos.

Análisis integrado con entrevista de la madre

Albert P.

En conclusión podemos deducir de los datos obtenidos en el test gráfico y la entrevista con la madre son, que existe una negación en el sistema familiar frente a conflictos reales. Por lo tanto el niño como la madre frente a situaciones en las cuales no se pueden adaptar niegan la realidad, lo cual es un mecanismo de defensa.

Por otra parte la madre señala en su relato que la familia es muy unida, que todos sus hijos han vivido de acuerdo a su edad, lo que posiblemente es así por lo que se pudo observar. Pero sin embargo a pesar de ser una familia unida, es probable que el niño sienta poca identificación su núcleo familiar y también no se sienta a gusto con sí mismo. Y con la figura que Albert se siente más identificado dentro de su familia, es el padre, lo cual lo corrobora la madre en la entrevista, señalando que en este último tiempo han tenido un muy buen vínculo.

Valentina P.

En relación al dibujo de Valentina, podemos señalar que posiblemente presente sentimientos de desvalorización, temor hacia el exterior, desconfianza y timidez. Así como también se puede suponer que presente voluntad y tenacidad en su actuar.

La figura con la cual comienza, es la mamá, lo que indicaría que es la persona de admiración e identificación de la niña, pero la niña se encuentra alejada de la madre, por lo tanto la madre es una figura importante, sin embargo la relación afectiva entre ambas es distante, también podemos ver en el dibujo que entre ellas se encuentra el hermanastro con el cual ella tiene conflictos. Valentina se dibuja junto a sus abuelos que es con quien tiene mayor vínculo afectivo, sin embargo los dibuja al último. Valentina por otra parte expresa inconscientemente la voluntad de alejar al padre, que ha omitido en su dibujo, alejándolo tanto física como emocionalmente.

También podemos observar que la niña al agregar elementos a su dibujo nos da cuenta de que puede haber indicios de falta de comunicación dentro de la familia, lo que puede deberse a que el niño sufra carencias afectivas. Como también puede haber en ella aislamiento de las presiones externas vividas como indeseables. Por otra parte podemos ver algunas diferencias en los personajes respecto del estado emocional de cada uno, por lo tanto Valentina a su madre y su medio hermano los dibuja con sonrisas, a sí misma y a su abuela les dibujó una boca inexpresiva y al abuelo no le dibuja boca, lo que puede ser un indicador de problemas emocionales.

Análisis integrado con entrevista de la madre

Valentina P.

En referencia al dibujo y la entrevista realizada podemos deducir que Valentina presenta como figura significativa a la madre aún por la distancia afectiva que existe entre ellas, la niña le presta mayor atención de lo que ella señala en su relato. En la entrevista la abuela minimiza el abandono de la madre hacia su

hija y señala que la madre se preocupa por las necesidades de la niña, por lo tanto existe una negación frente a los conflictos reales de la familia ocultándole la situación a la niña, sin embargo la niña inconscientemente se da cuenta de la distancia afectiva que presenta con su madre y se expresa en el dibujo más cercana afectivamente con sus abuelos, esta situación la corroboró en el interrogatorio del test.

En la entrevista la abuela señala que existe una muy buena relación con el abuelo, señala que la relación es cercana, que el abuelo la consiente en todo, sin embargo Valentina desvaloriza la figura del abuelo colocándolo al último y en menor tamaño en relación a los demás y se identifica más con la abuela, la cual en el dibujo sería muy cercana a la niña.

Finalmente haciendo una comparación con la entrevista y el dibujo de Valentina, podemos señalar que habría una concordancia entre lo que señala la abuela con respecto a la visión de la familia, en donde da indicios de falta de comunicación y poca unión familiar, lo cual llevaría a Valentina a presentar carencias afectivas, en este caso muy claramente carencias afectivas de su madre.

Stefano M.

En el dibujo de Stefano podemos observar que tiene un tamaño pequeño, lo cual podría indicar algunos sentimientos de inadecuación y retraimiento. También pudimos observar posibles características en el niño como voluntad y tenacidad, además podemos observar que Stefano tiende a realizar trazos alargados en las extremidades inferiores lo que pueden suponer hostilidad hacia el exterior, conductas impulsivas o agresivas.

Por otra parte el orden del dibujo, primero se dibuja a él mismo lo que nos da indicios de cierto egocentrismo, dependencia, necesidad de ser tenido en cuenta o también puede ser temor a la separación (necesita asegurar su proximidad a la familia). Además dibuja una familia agrupada lo que suele mostrar una familia unida, con características de buenos vínculos de comunicación al interior de la familia.

También lo podemos señalar con la representación simbólica del padre, que es la figura significativa, el niño siente admiración y cercanía, es la figura importante con la cual se identifica el niño.

Podemos observar también en el dibujo que presenta una relación distante con el hermano menor, a la cual dibuja alejada de él, y la señala como la menos feliz de la familia, por lo tanto posiblemente Stefano presente conflictos con su hermana, no pudiéndose adaptar totalmente a esta situación.

Además podemos observar elementos ajenos a la familia que representarían la felicidad, la alegría y el estado de ánimo positivo en el cual se encuentra Stefano y su familia.

Análisis integrado con entrevista de la madre

Stefano M.

Frente a los datos obtenidos en el test gráfico y la entrevista con la madre de Steffano, podemos deducir que efectivamente existe una hostilidad hacia su exterior, ya que Steffano presenta dificultades para adaptarse por los problemas notorios de lenguaje. Por otra parte el niño presenta impulsividad y agresividad, lo cual posiblemente es por la violencia que ha sufrido desde pequeño, tanto del padre como de la madre, y aunque la madre señale que ya no existe violencia, esta situación de igual forma hace que el niño sea hostil.

La madre señala en la entrevista que Steffano presenta labilidad emocional, sin embargo en el test gráfico el niño presentaría un estado de ánimo positivo. La madre en la entrevista deja entrever que intenta identificarse con su hijo, señalando que cuando ella se encuentra “mal” el niño también, la madre por lo que ella señala tiene depresión, diagnosticada anteriormente y tratada.

Martina R.

Martina tiende a realizar dibujos bastantes amplios o grandes, solo dibujando el rostro de los personajes, lo que da indicios de tener un carácter extrovertido, presentar sentimiento de seguridad y confianza en sí misma. En cuanto al dibujar solo la cabeza nos da cuenta de las emociones de los otros y aprende a imitarlas. Una cabeza grande y expresiva puede indicar un carácter expansivo. Por otra parte también podemos observar en Martina indicios de dependencia y también de emotividad o sensibilidad, imaginación y sociabilidad, lo cual se puede corroborar en el interrogatorio del test.

En el dibujo de Martina su madre es quien dibuja primero, el tamaño es mayor a los de los otros personajes y es el personaje más feliz de la familia, por lo tanto podemos deducir que la madre es la figura de admiración e identificación de la niña, por lo tanto la niña la considera como la más importante y a la cual le presta mayor atención.

En cuanto a los elementos ajenos al dibujo de Martina, podemos ver un sol el cual representaría la figura del padre como símbolo, y la capacidad de estar siempre con un estado de ánimo positivo, alegre y extrovertido. Por otra parte se puede percibir en el dibujo que la familia presentaría buenos vínculos afectivos y daría también indicios de unión familiar.

Finalmente podemos señalar que respecto del estado emocional de la familia se puede decir que existen indicios de un buen estado anímico, por lo tanto la niña presentaría un estado de ánimo alegre.

Análisis integrado con entrevista de la madre

Martina R.

En cuanto a los datos obtenidos en el test gráfico y la entrevista a la madre de Martina podemos señalar que efectivamente la niña presenta un estado de ánimo positivo, alegre, y de una personalidad extrovertida, la cual se observo en el interrogatorio del test.

La madre es exigente con Martina, y señala la madre que la niña es autoexigente, y posiblemente por esta situación Martina es una niña ansiosa, lo cual se pudo observar en el trascurso de la realización del test y en el interrogatorio. Es decir, se observó que la niña reaccionó con ansiedad frente al tener que dibujar y mientras dibujaba.

Diego E.

Diego dibuja con tamaño pequeño lo que denota sentimientos de indefensión, desvalorización, retraimiento, desazón, temor hacia el exterior, desconfianza, timidez.

Por otra parte, el orden este se encuentra primero el padre, quien sería su figura significativa de imitación, luego dibuja a su madre, hermana, él, su sobrina, su hermano menor, para luego dibujar a en un costado de la hoja a sus padrinos, un pajarito enjaulado y un perro. El dibujo de Diego adopta líneas rectas y angulosas, lo que nos da cuenta de hostilidad hacia el exterior, conductas impulsivas o agresivas.

Además observamos elementos externos a la familia lo que nos habla de distanciamiento afectivo. Así como también en el dibujo de Diego podemos observar el padre que es dibujado en un plano superior lo que significaría distanciamiento físico y/o afectivo.

Análisis integrado con entrevista de la madre

Diego E.

En cuanto a los datos obtenidos en el test gráfico y la entrevista a la madre de Diego, podemos señalar que existen conflictos familiares, la minimización de situaciones trascendentales, que impiden que el niño pueda desarrollar un manejo adecuado de impulsos y emociones que le permitan establecer vínculos con sus pares tanto en el colegio como en las actividades cotidianas que el niño realiza.

Martin N.

Martin dibuja figuras pequeñas lo que nos da cuenta sentimientos temor hacia el exterior, desconfianza y timidez. En cuanto al trazo el dibujo fue realizado con líneas rectas y curvas, nos hablan de conductas impulsivas o agresivas.

Por otra parte el orden el cual realiza el dibujo, comienza dibujándose el, se asocia a cierto egocentrismo, dependencia, necesidad de ser tenido en cuenta, miedo a la separación, luego dibuja a sus hermanos omitiendo a sus padres esto puede estar ligado al deseo inconsciente su voluntad de alejar la persona tanto física como emocionalmente. En cuanto a la cercanía de los personajes, esta es estrecha lo que nos da cuenta de los vínculos de Martin y sus hermanos.

Análisis integrado con entrevista de la madre

Martin N.

En cuanto a los datos obtenidos en el test gráfico y la entrevista a la madre de Martin nos da cuenta de que existe un ambiente familiar con reglas establecidas, se observa una familia que si bien sobreprotege a sus hijos a su vez también les permite un desarrollo individual e independiente a cada uno de sus hijos; lo que permite que Martin pueda desarrollar habilidades sociales optimas, y el adecuado desarrollo de sus habilidades emocionales.

Martin M.

En cuanto a los datos obtenidos en el test gráfico y la entrevista a la madre de Martin nos da cuenta de la sobreprotección familiar de los padres hacia el niño, generando que toda la atención este directamente puesta en el , lo que genera en el inseguridad para enfrentarse al mundo externo, desconfianza y timidez con respecto a sus pares.

Análisis integrado con entrevista de la madre

Martin M.

Martin realiza dibujos de tamaño normal. En cuanto a la utilización de la hoja la hace de izquierda a derecha, inclinado y en orden descendente.

En cuanto al trazo se observan líneas rectas y angulosas, lo que refiere a voluntad y tenacidad, para realizar todo aquello que Martin se propone. Por otra parte podemos señalar que el orden en el cual realiza el dibujo es el normal, comenzando por la madre quien sería la figura significativa y de imitación para el niño, luego dibuja al papá, la hermana y su hermano, con quienes tiene una estrecha relación y confianza. Dibuja elementos externos al dibujo a un perro.

Vania T.

Vania tiende a dibujar figuras grandes lo cual se relacionan con carácter extrovertido, sentimiento de seguridad y confianza en ella misma. En relación al trazo este es de líneas rectas y curvo, lo cual está relacionado con las conductas impulsivas o agresivas, de la niña.

En cuanto a el orden que fueron dibujados, Vania comienza por su mamá quien sería la figura significativa y de imitación, luego dibuja a la hermana menor, a su hermana mayor, a su papa, el perrito y finalmente a ella, el dibujarse ella al final nos da cuenta de la baja autoestima y desvinculación de Vania con su familia, se observa además a una familia distante tanto en lo relacional y lo emocional.

Por otra parte coloca elementos ajenos al dibujo, un perro quien está al lado del papá con quien es el que tiene mayor cercanía la niña.

Análisis integrado con entrevista de la madre

Vania T.

En cuanto a los datos obtenidos en el test gráfico y la entrevista a la abuela de Vania nos da cuenta de la desvinculación afectiva y emocional, la negación y minimización de conflictivas que existe al interior de la familia además de las carencias afectivas y comunicativas no permiten que Vania se pueda desarrollar de manera adecuada en el medio exterior, impidiendo que ella pueda manifestar sus emociones.

		Resumen Análisis Test Gráfico por niño							
		Albert	Valentina	Stefano	Martina	Diego	Martín N	Martín M	Vania
Plano gráfico	Secuencia	Izquierda a derecha	Izquierda a derecha	Izquierda a derecha	Izquierda a derecha	Izquierda a derecha	Izquierda a derecha	Izquierda a derecha	Izquierda a derecha
	Tamaño	Grande	Pequeño	Normal	Normal	Normal	Pequeño	Pequeño	Normal
	Presión	Trazo fuerte	Trazo fuerte	Trazo fuerte	Trazo fuerte	Trazo fuerte	Débil, líneas entrecortadas	Normal	Normal
	Detalle	Presenta	Presenta	Presenta	Presenta	Presenta	Presenta	Presenta	Presenta
	Simetría	Presente	No presente	No presente	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente
	Emplazamiento	Superior izquierdo	Inferior derecho	Inferior izquierdo	Inferior izquierdo	Inferior derecho	Inferior izquierdo	Inferior izquierdo	Inferior izquierdo
	Sombreado	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si
	Borrado	No	No	No	No	No	No	Si	No
Estructuras	Relacional	Predominante	Predominante	Predominante	Predominante	Predominante	Predominante	Predominante	Predominante
	Mixto								
	Sensorial								
Contenido	Valorización	Padre	Mamá y abuelo en el interrogatorio	Él mismo	Madre	Papá	Hermano mayor	Mamá	Mamá
	Desvalorización	Él mismo (se omite en el dibujo)	Hermanastro menor.	Mamá	Hermana menor	Hermano menor	Papá	Papá	Ella misma.

Análisis Test Gráfico	
Análisis Plano Grafico	Indicadores
<p>En cuanto a la secuencia podemos señalar que los niños grafican preferente mente de izquierda a derecha, dándole una orientación progresiva al dibujo. Lo que nos da cuenta del pasado, la regresión hacia la infancia; es decir son pasivos sin iniciativa, muy apegado a su figura parental; rechaza el esfuerzo y la afirmación de sí mismo. Como demuestran los dibujos, desean mantenerse constantemente protegidos y escoltados por sus padres.</p>	1. Secuencia
<p>En cuanto al tamaño, se puede observar predominancia en los dibujos, un tamaño normal y de acuerdo al espacio, lo cual nos hablaría de una buena proyección de las relaciones en las dinámicas entre el niño y las figuras parentales.</p>	2. Tamaño
<p>En la mayoría de los niños se observa predominancia de una presión fuerte en el trazo, remarcando ciertos objetos del dibujo, como pies, cabeza, cabellera y ojos. Esto nos indica fuertes pulsiones como audacia, violencia o bien liberación instintiva. Por otra parte los niños que dibujan trazo fuerte significan que son niños en general más asertivos que los otros niños.</p>	3. Presión
<p>En cuanto a los detalles podemos señalar que se observan en general dibujos pobres con escasos detalles, lo que nos daría cuenta que transmiten una</p>	4. Detalle

<p>sensación de vacío y de reducción energética, característica de las personas que utilizan el aislamiento emocional como defensa y en ocasiones de las personas depresivas.</p>	
<p>En todos los casos predomina el dibujo de figuras estereotipadas, es decir utilizando los mismos trazos, figuras y formas para representar a los miembros de la familia. Esto nos indica un alto nivel de orden y sujeción en lo normado, generando así rigidez, represión e intelectualización.</p>	5. Simetría
<p>Se observa mayor predominancia al dibujar hacia el lado izquierdo de la hoja, realizando dibujos amplios y utilizando todo el espacio, lo que nos da cuenta de que manifiestan una tendencia de un comportamiento impulsivo y con una tendencia a la búsqueda de satisfacción inmediata, franca y emocional de sus necesidades e impulsos.</p> <p>Por otra parte se observa que los dibujos están emplazados hacia abajo, lo cual significa que, en cuanto más abajo este emplazado el dibujo existe mayor probabilidad de que los niños se sientan inseguros e inadaptables, y se encuentran ligadas a la realidad u orientados hacia lo concreto.</p>	6. Emplazamiento
<p>Los niños evaluados tienden a dibujar sin movimiento o realizando alguna acción específica.</p>	7. Movimiento

<p>En cuanto al sombreado, los niños tienden a realizarlo, por lo cual podríamos considerar este indicador como un signo de ansiedad, y sobreprotección en los niños, sobretodo predominando en niños cuyo lugar en la familia es de hijos mayores o menores.</p>	<p>8. Sombreado</p>
<p>Nuestros niños evaluados, en su mayoría no tienden a borrar.</p>	<p>9. Borrado</p>

<p>como rival fraterno que atenta hacia los cariños del niño y la madre.</p> <p>Acá podemos observar las estructuras familiares representadas por los niños. Podríamos señalar que todos nuestros niños evaluados dibujaron sus familias en extenso y en su mayoría no omitieron personajes de su familia.</p> <p>Se pudo observar que los niños tienen estructuras familiares originales, aun existiendo desvalorizaciones de alguna figura familiar, no demostrando conflictivas familiares que nos permitan deducir que existirían insatisfacción familiar, deduciendo la estabilidad y seguridad que le dan las figuras maternas y paternas.</p> <p>Se puede observar en algunos niños la incorporación símbolo de animales en sus dibujos, lo que representaría la expresión más libre de las tendencias hacia algún integrante de la familia.</p>	<p>3. Relación a distancia</p> <p>4. Símbolos animales</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------

5.2 Resumen Categorías de análisis, con tópicos Emergentes.

Categoría 1: Percepción en cuanto a la noción de familia. (PNF)	<p>Tópico 1: “No tenemos problemas”</p> <p>Tópico 2: “Somos unidos”</p> <p>Tópico 3: “Nos somos tan unidos”</p>
Categoría 2: Percepción de hábitos de crianza. (PHC)	<p>Tópico 1: “Yo pongo las reglas”</p> <p>Tópico 2: “Le pegamos o gritamos”</p> <p>Tópico 3: “La reglas son compartidas”</p> <p>Tópico 4: “Le quito cosas”</p>
Categoría 3: Percepción de la dinámica familiar en torno a la enfermedad. (PFE)	<p>Tópico 1: “Lo cuidamos”</p> <p>Tópico 2: “No la asociamos con</p>

	<p>nada”</p> <p>Tópico 3: “Nos preocupamos mucho”</p> <p>Tópico 4: “Lloramos”</p>
<p>Categoría 4: Resolución de conflictos en la dinámica familiar. (RCF)</p>	<p>Tópico 1: “No tenemos problemas”</p> <p>Tópico 2: “Cuando hay un problema grito”</p> <p>Tópico 3: “Los problemas se conversan o se callan”</p> <p>Tópico 4: “Los problemas los resuelvo yo”</p> <p>Tópico 5: “Los problemas más comunes son”</p>

<p>Categoría 5: Percepción del niño(a) en la etapa escolar. (PEE)</p>	<p>Tópico 1: “Le afecta en educación física”</p> <p>Tópico 2: “Se lleva bien con sus compañeros”</p> <p>Tópico 3: “Le cuesta sociabilizar con sus compañeros”</p> <p>Tópico 4: “Está pendiente de lo que dicen los demás niños”</p> <p>Tópico 5: “Se siente bien consigo mismo(a)”</p>
------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5.3 Esquema de Análisis

A continuación se presentaran los tópicos del discurso de las madres entrevistadas, en las cuales encontraremos citas textuales de las entrevistas y sus respectivos códigos, para que sean identificadas en las entrevistas que serán anexadas al final de la investigación.

Los códigos compuestos por tres letras iniciales las cuales, las cuales fueron extraídas del nombre de las categorías, luego por un código que indica el numero de la cita de esa categoría y por último las iniciales del nombre de las madres entrevistadas.

5.3.1 Categoría 1: Percepción en cuanto a la noción de familia.

5.3.1.1 Definición de la Categoría.

Descripción de las madres, en donde presentan su interpretación personal del concepto de familia.

5.3.1.2 Análisis de la Categoría.

En esta categoría en que la descripción de las madres en cuanto a las interpretaciones, conductas y relaciones al interior de la familia. Las madres tienden a minimizar con facilidad las relaciones conflictivas al interior de la familia viéndolas como normal, y no dándole una importancia a las conflictivas que se dan al interior de la familia, por otra parte algunas madres señalan abiertamente en su discurso que no hay mucha unión en sus familias, y no lo ocultan como muchas otras madres señalando que no hay conflictos.

En su mayoría de las familias se presentan compromiso frente a la crianza de los hijos, pero por otra parte se vislumbraban características en las

familias de límites confusos, en estas familias los integrantes se mezclan y no existe autonomía. Por otra parte se puede observar que existe familias que se encuentran muy unidas en relación a la cotidianeidad familiar, el estar siempre unidos, y el estar siempre comunicados, le permiten tener una estrecha relación familiar, lo cual a su vez permitirá la vinculación adecuada entre el niño y la familia.

5.3.1.3 Tópico 1: “No tenemos problemas”

Definición del Tópico

Algunas madres en las entrevistas realizadas presentaban la noción de familia ligadas a los conflictos, o bien cuando se les preguntaba sobre la definición de su propia familia señalaban o negaban la posibilidad de que hubiesen conflictos dentro de la familia.

Citas textuales que construyeron el tópico.

“Normal, como todas, nunca hay conflictos” PNF1S.

“generalmente no hay discusiones” PNF2PR.

“derrepente discuto con mi marido” PNF2I

“No tengo problemas con mis hijos, dentro de lo normal” PNF1PR

“Como una familia normal” PNF1I

5.3.1.4 Tópico 2: “Somos unidos”

5.3.1.5 Definición del Tópico

Describen algunas madres en relación a su familia que son muy unidas, con una característica en su mayoría que es que presentaban compromiso frente a la crianza de los hijos, pero por otra parte se vislumbraban características en las familias de límites confusos, en estas familias los integrantes se mezclan y no hay autonomía.

5.3.1.6 Citas textuales que construyeron el tópico.

“Nosotros somos uno” PNF1N

“somos bien unidos y siempre estamos todos juntos” PNF2N

“Somos una familia muy unida que se apoyan en todo” PNF1O

“Siempre he sido una mama comprometida igual que mi marido” PNF2P

“tengo una familia maravillosa” PNF1P

“Buena, nos preocupamos uno del otro y que estemos lo mejormente posible y que también no nos falte nada” PNF1F

5.3.1.6 Tópico 3: “Nos somos tan unidos”

5.3.1.7 Definición del Tópico

En las entrevistas se rescató que algunas madres señalan abiertamente en su discurso que no hay mucha unión en sus familias, y no lo ocultan como muchas otras madres señalando que no hay conflictos.

5.3.1.8 Citas textuales que construyeron el tópico.

“No sé no somos como tan unidos, igual estamos todos juntos”, “en si mi familia no es mala, de repente falta más unión, ya que muchas veces estamos todos menos el papa, que trabaja todo el día” PNF1R

5.3.2 Categoría 2: Percepción de hábitos de crianza.

5.3.2.1 Definición de la Categoría.

Forma en que las madres elaboran e interpretan las conductas de sus hijos en los cuidados básicos de la crianza, como por ejemplo, los estudios, los permisos, castigos, etc.

5.3.2.2 Análisis de la Categoría.

Al presentarse la crianza especialmente en como las madres percibían las actividades, actitudes, reacciones de sus hijos en los cuidados básicos, como los límites, castigos, etc, se observan varios puntos importantes. Existe una necesidad que sus hijos obedezcan las restricciones que los padres les imponen en su comportamiento, para ellas esta situación es deseada, para esto las madres utilizan represalias como el quitar “cosas” que realicen los niños cotidianamente, estas son específicamente “cosas” que a ellos les guste mucho hacer, y por supuesto el castigo va en dirección a la restricción de esto, como por ejemplo dejar de ver televisión, no jugar play station, no salir a jugar, etc, y estas restricciones son porque los niños ven mucha televisión, no realizan sus tareas cotidianas en sus casas, peleas con los hermanos. Pero en algunas ocasiones el no tomar las restricciones en su momento por sobreproteger al niño, se puede estimar que muchas veces, son negativas para el niño y no pertenece al cuidado que se debería brindar. En estas ocasiones los niños son los que hacen ceder a los padres con ciertas conductas y los padres en muchas ocasiones ceden por esta razón. Lamentablemente en algunas ocasiones, cuando el hijo excede algunos límites, reacciona afectivamente con el castigo o con el reto, presentando estrategias más bien afectivas, como por ejemplo el llorar cuando se le dice una palabra que no le gusta, y la madre mantiene entonces el cuidado en alguna situación posterior, en general no son niños que reaccionan impulsivamente frente al castigo.

En cuanto a las reglas que se les dictan a los hijos, son principalmente exigidas por las madres, más que por los padres. Algunas señalan que los

padres las desautorizan y quitan los castigos, pero principalmente en el discurso de las madres que en su mayoría son dueñas de casa señalan que ellas ponen las reglas y los castigos si no cumplen. Por lo tanto la madre es la que está más presente en la crianza de sus hijos, si lo comparamos con el aporte del padre en la crianza, sin embargo no hay que dejar de lado que la mayoría de las madres son dueñas de casa. Aún así, en algunos casos las madres se muestran más preocupadas de la enfermedad de sus hijos, que de la crianza en sí.

5.3.2.3 Tópico 1: “Yo pongo las reglas”

5.3.2.4 Definición del Tópico

Las madres entrevistadas plantean que las reglas que se les dictan a sus hijos son principalmente exigidas por ellas. Algunas señalan que los padres las desautorizan y quitan los castigos puestos, pero principalmente en el discurso de las madres que en su mayoría son dueñas de casa señalan que ellas ponen las reglas y los castigos si no cumplen.

5.2.3.5 Citas textuales que construyeron el tópico.

La madre pone las reglas, “con él me cuesta arto, me da pena, porque llora y dice “nadie me quiere” y es por el Tomás (hermano menor)... hasta los 5 años él dormía conmigo” PHC6R.

“Yo la castigo, yo soy la dura” PHC5N

Señala que ella pone los castigos “yo, pero el papa se los quita.” PHC3S

“Yo pongo las reglas y los castigos en la casa” PHC3O.

5.2.3.6 Tópico 2: “Le pegamos o gritamos”

5.2.3.7 Definición del Tópico

En este tópico algunas madres señalaron que frente a la situación que sus hijos no cumplieran con las reglas que imponían, muchas veces recurrían a los golpes y a los gritos como forma de castigo o simplemente como una práctica normal de amedrentamiento para que cumplan las exigencias o como castigo también.

5.2.3.8 Citas textuales que construyeron el tópico.

“Antes era muy gritona, le pegaba mucho, cosa que ya no hago” PHC5I

“mi marido le pegaba” PHC6I

“Pesco el escobillón, porque la mano me duele, para asustarla”.PHC3F

“tuve atención psicológica y psiquiátrica y aprendí a que eso estaba mal (golpes)” PHC7I

“Me encuentro mucho mejor, ya no le pego como antes” PHC8I

“Generalmente lo reto y lo hace inmediatamente. Le hablo y cuando no obedece le grito” PHC4PR.

5.2.3.9 Tópico 3: “La reglas son compartidas”

5.2.3.10 Definición del Tópico

Algunas madres señalaron que en la crianza, específicamente en la construcción de las reglas y los castigos, debe de ser en conjunto, es decir la responsabilidad es compartida, tanto el padre como la madre imponen reglas y castigos a sus hijos.

5.2.3.11 Citas textuales que construyeron el tópico.

“Las reglas son compartidas al igual que los permisos” PHC5F

“Yo y los permisos los da el papa” PHC4P.

“el tiene que participar, como va a ser la madre el ogro” PHC5P

“derrepente mi hija quiere... (poner reglas) pero le dice la abuela “pero la niña vive conmigo” PHC6N

“también la castiga cuando es mucho” PHC7N

5.2.3.12 Tópico 4: “Le quito cosas”

5.2.3.13 Definición del Tópico

En muchas de las entrevistas las madres describieron que una de las represalias más comunes usadas es el quitar “cosas” que realicen los niños cotidianamente, estas son específicamente “cosas” que a ellos les guste mucho hacer, y por supuesto el castigo va en dirección a la restricción de esto.

5.2.3.14 Citas textuales que construyeron el tópico.

“Es que si o si me tiene que hacer caso” PHC4R

“lo mando a la isla” PHC5R

“a mí me privaban de muchas cosas” PHC8PR

“Ahora le voy quitando lo que más le gusta, la tele y el play station” PHC9I

“se castiga se quita el cable, el computador y el salir afuera, eso si no la castigo mucho” PHC6F

5.3.3 Categoría 3: Percepción de la dinámica familiar en torno a la enfermedad.

5.3.3.4 Definición de la Categoría.

Forma en que las madres elaboran e interpretan las conductas y relaciones de sus familias en torno a la enfermedad del asma.

5.3.3.5 Análisis de la Categoría.

En esta categoría describiremos el cómo las madres y las familias elaboran, la enfermedad de asma en sus hijos, en relación a esto se puede observar que las madres tiende a sobre proteger a sus hijos y conocer mucho de la enfermedad lo que nos da cuenta de que estas madres saben reaccionar sin dificultad frente a las crisis asmáticas del hijo.

Por otra parte las madres tienden a no asociar las enfermedad de sus hijos con algún hecho en particular al interior de la familia, solo lo relacionan desde la enfermedad desde un concepto medico, con estrés, dejando de lado también la relación que pudiera existir con los distintos tipos de crianza, más que de un fenómeno psicofisiológico.

En cuanto a la preocupación de las familias en relación a la enfermedad esta se da de manera de sobre protección estando entregando cuidados y preocupación constantemente frente a sus hijos, algunas madres tienden a estar alertas y reaccionan mucho antes a que se presente la crisis o se enfermen.

5.3.3.6 Tópico 1: “Lo cuidamos”

5.3.3.7 Definición del Tópico

Las entrevistadas reconocen el cuidar mucho a sus hijos, algunas madres también reconocen saber bastante de la enfermedad y saben muy bien cómo reaccionar frente a alguna crisis, y señalan que reaccionan cuidando a sus hijos y a veces los miman cuando están enfermos.

5.3.3.8 Citas textuales que construyeron el t3pico.

“Bien, es que mi casa parece consultorio” “todos nos cuidamos” PFE2R.
Todos lo ayudamos. “Cuando 3l se enferma no se queda tranquilo, y lo mimamos como es el m3s chico, en especial yo” PFE3R.

“Cuidarlo” PFE3P

“Martin no hace crisis, porque lo cuido arto, hasta ahora” PFE3PR.
“cuando empieza a llorar comienza a toser” PFE9R

“La ayudamos, y como somos param3dicos sabemos que hacer, somos m3s de medicamentos” PFE2F

“siempre quise ser enfermera, no fue tan riesgoso para mi, s3 bastante sobre la enfermedad” PFE4I

“Fue y es choqu3ante todav3a, y hago todo lo que me dicen que haga en el Roberto del rio” PFE3I

5.3.3.9 T3pico 2: “No la asociamos con nada”

5.3.3.10 Definici3n del T3pico

En las entrevistas podemos ver que en el discurso de las madres muchas se3alan no asociar nada en relaciona a la enfermedad, es decir solo relacionan la enfermedad con algo biol3gico y no con algunas situaciones de estr3s que hayan pasado sus hijos, tampoco lo relacionan con la forma de crianza.

5.3.3.11 Citas textuales que construyeron el t3pico.

“No coinciden con nada” PFE8P

“No, con nada” PFE5S

“No, con nada” PFE11N

“No con nada”. PFE5O

5.3.3.12 T3pico 3: “Nos preocupamos mucho”

5.3.3.13 Definici3n del T3pico

Algunas madres en las entrevistas se3alan que frente a las crisis o frente a la enfermedad reaccionan preocupándose ya que la enfermedad para ellas es de mucho cuidado y muy complicada. En algunas ocasiones las madres reaccionan antes o se preocupan antes de que los hijos tengan alguna crisis, por lo tanto medican a sus hijos antes de que se enfermen.

5.3.3.14 Citas textuales que construyeron el t3pico.

*“Con mucha preocupaci3n, ya que las crisis son muy complicadas”
PFE2S*

*“cuando 3l iba a cantar a los 4º medios, despu3s el sali3 obstruido”.
PFE6PR*

“le damos el puf antes de que salga a hacer deporte” PFE7PR.

“Todos se preocupan, mi mama sobre todo (bisabuela)” PFE3N

Hay preocupaci3n en torno a ella”PFE2O

5.3.3.15 Tópico 4: “Lloramos”

5.3.3.16 Definición del Tópico

Entre todas las madres entrevistadas una señaló que frente a las crisis que son muy fuertes de su hija reaccionaba la familia llorando, esta familia frente a la enfermedad se mantiene preocupada.

5.3.3.17 Citas textuales que construyeron el tópico.

“si la crisis es muy fuerte, nos ponemos a llorar” PFE4N

5.3.4 Categoría 4: Resolución de conflictos en la dinámica familiar.

5.3.4.5 Definición de la Categoría.

Descripción de las madres en cuanto a las conductas y relaciones de sus familias en torno a los conflictos.

5.3.4.6 Análisis de la Categoría.

En la categoría en donde las madres describieron las conductas y relaciones de sus familias en torno a los conflictos, es posible apreciar, que en la dinámica familiar frente a los problemas, las madres describen que ellas son las que los resuelven y que tienen la responsabilidad implícitamente de solucionarlos por el hecho de ser madres.

Frente a algunos conflictos algunas madres los resuelven conversando y llegando a un acuerdo, pero otras madres entrevistadas señalan que prefieren no referirse a los temas que causan conflictos y que es mejor callar frente a ellos, lo cual se puede analizar en conjunto con el discurso de la mayoría de las madres que señalan el no tener conflictos en sus familias. Por lo tanto en la dinámica familiar se observa una negación de los conflictos o una incapacidad para dar cuenta de los problemas que surgen. Minimizan cada problema que surge en la familia, sin embargo sus conductas son lo contrario, son familias que enmascaran los problemas familiares y no los enfrentan y resuelven activamente.

Bajo esta situación en donde se ocultan los conflictos, en donde hay una represión de parte de toda la familia, los niños canalizan las carencias por medio de su propio cuerpo, enfermándose, ahogándose, frente a tanta atención hacia la enfermedad y no a los problemas de raíz.

5.3.4.7 Tópico 1: “No tenemos problemas”

5.3.4.8 Definición del Tópico

Las madres describen frente a la resolución de conflictos que sus familias no presentan problemas, señalando que nunca tienen problemas en sus hogares, y también minimizan los conflictos existentes.

5.3.4.9 Citas textuales que construyeron el tópico.

“no hay casi problemas” RCF7P

“Nunca tenemos problemas” RCF3S

“No tenemos conflictos” RCF4S

*“No, no tenemos problemas familiares y si hay se solucionan en familia”
RCF4O*

5.3.4.10 Tópico 2: “Cuando hay un problema grito”

5.3.4.11 Definición del Tópico

Algunas madres señalan que frente a los problemas que se dan en la familia, ellas reaccionan gritándoles a sus hijos o gritando en las situaciones que se da en conflicto, lo cual responde a una reacción por una alta tensión que presentan las madres en sus hogares según señalan las madres.

5.3.4.12 Citas textuales que construyeron el tópico.

“Ahora soy yo la que grito, estoy saturada” RCF7R

“Dicen que soy muy gritona, que no sirvo y yo encuentro que tienen razón, a mi no me afecta mucho eso” RCF10I

5.3.4.14 Tópico 3: “Los problemas se conversan o se callan”

5.3.4.15 Definición del Tópico

Frente a algunos conflictos algunas madres en las entrevistas describen que los conflictos los resuelven conversando sobre ellos y llegando a un acuerdo, dirigiendo ellos esta situación, pero otras madres entrevistadas señalan que prefieren no referirse a los temas que causan conflictos y que es mejor callar frente a ellos y finalmente algunas madres reconocen sinceramente no tener comunicación frente a los problemas ya que no se hablan y no se resuelven.

5.3.4.16 Citas textuales que construyeron el tópico.

“Se conversan en familia” y los niños siempre están al tanto de lo que pasa, eso sí “y no soy mama amiga, mientras vivan en mi casa, eso sí tienen su privacidad, no tienen problema entonces cuando reviso las cosas en sus cuartos” RCF6P

“Se habla con el papa y tratar de que escuche, si no entiende se vuelve a hablar y se corta” RCF7F

“Guardando silencio, para que todo termina ahí. Es preferible callarse a seguir discutiendo” RCF5PR

“tenemos poca comunicación” RCF11I

5.3.4.17 Tópico 4: “Los problemas los resuelvo yo”

5.3.4.18 Definición del Tópico

Las madres describen que en los eventos de crianza específicamente en la resolución de conflictos ellas son las que los resuelven y que tienen la responsabilidad implícitamente de solucionarlos por el hecho de ser madres.

5.3.4.19 Citas textuales que construyeron el tópico.

“yo soy la que tiene que resolver todo, soy la que toma la iniciativa”
RCF8N

“alguna vez quiero que no dependan de mi” **RCF9N**

“mucha responsabilidad y me dan muchas veces mareos, vómitos y es por lo mismo” **RCF10N**

5.3.4.20 Tópico 5: “Los problemas más comunes son”

5.3.4.21 Definición del Tópico

En las entrevistas realizadas describen las madres que los conflictos más comunes con sus hijos son los cotidianos o los que tienen relación a la comida, al orden y aseo de sus piezas, y también señalan las madres que tienen conflictos en sus hogares por la falta de dinero.

5.3.4.22 Citas textuales que construyeron el tópico.

“Con ellas son la comida, la bebida, la mayonesa, siempre quiere más comida” **RCF8F**

“Cuando tenemos conflictos es cuando la plata no alcanza mucho, eso lleva a todo” RCF8R

5.3.5 Categoría 5: Percepción del niño(a) en la etapa escolar. (PEE)

5.3.5.1 Definición de la Categoría.

Descripción de las madres en cuanto a las relaciones interpersonales del niño (a) con sus pares, descripción del impacto de la enfermedad en las actividades cotidianas en la escuela y percepción del autoestima del niño(a).

5.3.5.2 Análisis de la Categoría.

En esta categoría se interpretara las conflictivas que afectan a los niños en el ámbito escolar, en relación a esto podemos señalar que en su mayoría son sociables y que no presentan dificultades para relacionarse con otros niños o de integrarse con sus compañeros de curso o frente a nuevos grupos. Por otra parte las madres señalan que en algunos casos sus hijos fueron víctimas de agresiones por parte de sus compañeros lo cual fue resuelto en los colegios de los niños a su debido tiempo, por lo que a muchos de los niños le cuesta socializar y generar nuevos vínculos con compañeros de colegio, por el temor a ser rechazados o agredidos por sus compañeros. es por esta razón que la mayoría de los niños presenta disminuida su autoestima sintiéndose inferiores y no teniendo en consideración aspectos de ellos mismo que les pueden permitir salir a delante de cualquier conflictiva que se les presente, por otra parte el verse alejados de algunas actividades académicas como lo es todo que tenga que ver con actividad física, los aparta a un mas de sus compañeros de curso no permitiéndoles poder socializar o generar vínculos más estrechos en el ámbito escolar.

5.3.5.3 Tópico 1: “Le afecta en educación física”

5.3.5.4 Definición del Tópico

En su mayoría las madres entrevistadas señalaron que a sus hijos les afectaba el que tuvieran asma directamente en la asignatura de educación física, ya que donde se agitaban y corrían se obstruían, y en algunos niños les afectaba ya que les gustaba hacer ejercicio. Algunas madres indicaron que les afectaba la enfermedad ya que se retrasaban en el colegio.

5.3.5.5 Citas textuales que construyeron el tópico.

“En la actividad física sí, porque cuando corre tose” PEE9P

“Si, no puede hacer educación física y eso lo complica mucho, porque lo molestan con eso.” PEE6S

“Si, no puede correr y tiene problema con las materias después, retrocede, porque es floja para conseguirse los cuadernos” PEE13N

“En el ejercicio si y cuando falta al colegio la perjudica, cuando están aprendiendo a leer y esas cosas” PEE9F

“No, y cuando ha tenido crisis no va al colegio tiene licencia” PEE12N

5.3.5.6 Tópico 2: “Se lleva bien con sus compañeros”

Definición del Tópico

En este punto es importante recalcar, que las madres visualizan una buena relación de sus hijos con sus pares, señalando que son sociables y que no presentan dificultades para relacionarse con otros niños o de integrarse con sus compañeros de curso o frente a nuevos grupos.

5.3.5.7 Citas textuales que construyeron el t3pico.

“es sociable tiene amigos en artos cursos” PEE11P

“Buena, no es peleador” PEE9PR.

“Tiene una buena relaci3n con sus compa1eros, sin problemas” PEE6O

“No s3 muy bien, la profesora me dice que se lleva bien.” PEE12I

5.3.5.8 T3pico 3: “Le cuesta sociabilizar con sus compa1eros”

5.3.5.9 Defini3n del T3pico

Las madres mencionan que sus hijos por lo general les cuesta sociabilizar con otros ni1os, y que tambi3n no tienen muchas amistades en el colegio ni fuera de 3l, lo cual tambi3n es una se1al del porque no presentan mucho inter3s en algunas ocasiones para asistir al colegio. En algunos casos comentaron las madres que sus hijos fueron v3ctimas de agresiones por parte de sus compa1eros lo cual fue resuelto en los colegios de los ni1os a su debido tiempo.

5.3.5.10 Citas textuales que construyeron el t3pico.

“llegaba todo morado, un compa1ero m3s grande le pegaba” PEE10R

“Complicada, se pelea mucho con sus compa1eros, le cuesta sociabilizar”. PEE7S

“le cuesta sociabilizar, no tiene muchos amigos” PEE8S

“Buena, pero el a1o pasado tuvo bulling” PEE14N

“A veces no quiere ir al colegio, a veces se lleva bien y otras m3s o menos” PEE15N

“Tiene una buena relación con los compañeros hasta ahora, pero le cuesta un poco adaptarse” PEE10F

“Es como esquiva, no le gusta mucho que se le acerquen” PEE11F

5.3.5.11 Tópico 4: “Está pendiente de lo que dicen los demás niños”

5.3.5.12 Definición del Tópico

Entre las madres entrevistadas mencionan que sus hijos están pendientes de los comentarios que otros niños hacen de ellos, piensan que hablan de ellos a sus espaldas y se sienten observados por otros.

5.3.5.13 Citas textuales que construyeron el tópico.

“está pendiente de los demás y dice que su hijo a dicho “Yo sé que me miraron”” PEE10PR

“Está pendiente siempre de todos” PEE16N

5.3.5.14 Tópico 5: “Se siente bien consigo mismo(a)”

5.3.5.15 Definición del Tópico

Frente a las preguntas realizadas a las madres frente en torno al autoestima de sus hijos, ellas señalaron que sus hijos se sienten bien con ellos mismos, en muchos niños se observa estar conforme consigo mismo. También las madres tienen la percepción de que sus hijos se sienten bien con sus capacidades.

5.3.5.16 Citas textuales que construyeron el t3pico.

“yo soy un ni1o guapo, inteligente y cuando anda ma1oso dice soy un ni1o feo, triste. Cuando yo ando de mal genio el anda as3” PEE13I

“Buena siempre se siente linda” PEE7O

*“se ve bien, dice que tiene un fans club y que las ni1as lo siguen”
PEE10P*

“el se ve inteligente, dice que va a ser arquitecto” PEE12P

6 CONCLUSIONES Y DISCUSIONES.

En relación al objetivo de *describir el estado emocional de los niños con asma crónica respecto de su adaptación al medio familiar*, pudimos observar en los datos obtenidos a raíz de los instrumentos de evaluación, que precisamente el test de una familia nos permiten observar como los niños muestran y representan sus estados de ánimo, esto mediante la representación de emociones como la agresividad e impulsividad en temáticas conflictiva, pero muy inhibida, baja autoestima e inseguridad. Esto puede indicar una carga afectiva que el niño no manifiesta en su narrativa, tal vez por temor a ser rechazado o condicionado por la figura significativa.

La valorización del niño hacia su madre, como figura más significativa es una narrativa recurrente en la representación de la familia, muchos de ellos señalan que las preferencias y valorizaciones afectivas son representación de las madres. Es por ello que tienden a dibujarlas primero. En tanto cuando la madre o el padre se expresan como el menos bueno, es otro nivel de bueno también, ya que de igual manera recibe la atención y el cuidado que desea. También representa, la entrega de amor condicionada, en tanto el niño es feliz porque se porta como la madre quiere y si no lo hace, no recibe lo suficiente. Además se menciona reiteradas veces que el menos feliz es por lo general los que no cumplen con las expectativas de la madre.

Si bien expresan muchos aspectos racionales en el cumplimiento de la tarea, este no es flexible ni creativo, quedando en estructuras estereotipadas, no le permite transmitir su estado afectivo por medio del dibujo.

Por otra parte en relación al objetivo de *Relacionar la teoría sobre los estudios de las características de familias psicósomáticas y los datos*

obtenidos en el Test “La Familia” podemos decir que las familias, como las que hemos evaluados, familias Psicósomáticas, se postula que se presentan determinados tipos de organización familiar están estrechamente relacionados en el desarrollo y mantenimiento enfermedades psicósomáticas, en donde los síntomas juegan un papel importante en el mantenimiento de la homeostasis familiar (Minuchin, 1978).

Por lo que el síntoma que se presenta no puede ser definido solamente como la conducta de un miembro de la familia sino como producto de la interacción de todos los miembros de la familia, como dinámica de la enfermedad.

La familia de estos niños presenta características que les permiten mantener la comunicación y la protección de la homeostasis. Es por esto que es importante señalar las siguientes características que nos permiten dar cuentas de las distintas familias:

1. Aglutinamiento que se refiere a una forma extrema de proximidad e intensidad en las interacciones familiares.
2. Sobre protección que alude al alto grado de preocupación de los miembros de la familia por el bienestar de todos.
3. Rigidez, la familia es particularmente resistente al cambio, sus relaciones con el exterior son particularmente escasas y se busca la conservación de la propia homeostasis.
4. Falta de resolución del conflicto a través de una serie de mecanismos para evitar y no agravar el desacuerdo que se presente, ocultándolo para que no estalle nunca abiertamente. (Minuchin, 1978).

Desde lo anterior podemos dar cuenta que la familia de niños asmáticos debe jugar un papel muy importante en la evaluación y tratamiento de la enfermedad. Los padres son los principales informantes

de la frecuencia e intensidad de los síntomas y de la medida en que se encuentran limitadas las actividades de sus hijos. Por tanto y por esta razón es que se nos hace importante considerar la percepción de los progenitores sobre el asma de sus hijos y el papel que juega en el proceso del asma.

Desde lo anterior se puede señalar que la composición familiar, ya sea la existencia de abuelos al cuidado, o separaciones divorcios en las familias de niños con asma no determinara en funcionamiento psíquico del niño en función a la enfermedad. Es por ello que los miembros de la familia serán un factor de suma relevancia para la prevención, seguimiento y auto cuidados de los niños con asma. Así como también la expresión de los afectos tiene una relación importante en los procesos asmáticos

La capacidad de la familia para sobrellevar las crisis asmáticas de los niños será la clave para conseguir el bienestar y la unión familiar.

Es por ello que el buen funcionamiento familiar supone el establecimiento de límites adecuados, normas y pautas de funcionamiento adecuadas, la familia se rige por valores, participan activamente en las tareas y actividades sociales, tiene confianza en sí y en el exterior, se brindan ayuda y apoyo, se aceptan los unos a los otros y existen acuerdos entre los padres. Es por esto que se debe favorecer la estabilidad de la organización familiar.

Es por ello que debemos considerar que estas familias aglutinadas sobre protectoras y por sobre todo ante puestas a lo que le puede suceder al niño, es por ello que es muy importante la actitud que tome la familia del niño asmático ante la enfermedad, porque nos permitirá no condicionar de manera importante la situación del niño como “enfermo”.

En relación al objetivo de *Explorar el grado de sobreprotección, delimitaciones de las fronteras y rigidez o no en el sistema familiar en niños en etapa escolar con asma crónica* pudimos inferir que la actitud de la familia respecto al niño puede ser de permisividad, en muchos casos se mantienen comportamientos dependientes, en otros la actitud es de sobreprotección, en este caso, se mantendrán conductas infantiles. Por tanto los niños evaluados mantendrían la sobreprotección de las figuras significativas. Las respuestas de ansiedad de los familiares, pueden constituir factores perturbadores en el tratamiento del paciente asmático.

El niño con asma se ve "obligado" a vivir continuamente con adultos. Los niños con una enfermedad crónica se consideran de riesgo para los problemas conductuales y emocionales (Ellerton, 1996).

Según Ellerton y colaboradores " los niños con una condición crónica tienen riesgo de manifestar desajustes psicológicos y problemas como la depresión, ansiedad, conflicto entre iguales, hiperactividad y agresividad".

Desde el párrafo anterior podemos inferir, que el nivel de sobreprotección de nuestros niños evaluados es demasiado alto, son madres, responsables, preocupadas y por sobre todo se anteponen a lo que les pueda suceder a sus hijos, siempre están manteniendo el control de las situaciones que pueden estar por vivir sus hijos.

Además el presentar un tipo de familia en donde las madres elabora e interpretan las conductas de sus hijos en los cuidados básicos de la crianza, como por ejemplo, los estudios, los permisos, castigos, etc. Es por ello que sobreprotección, refuerzo, de conductas inadecuadas o la no recompensa de las conductas adecuadas, han de ser contempladas en la evaluación y tratamiento de los pacientes asmáticos.

Por otra parte volviendo al concepto de familia, lo cual es muy importante dentro del análisis, que se había descrito anteriormente en el marco

teórico, podemos señalar que dentro de la ella se internalizarán los valores, creencias y costumbres, también se internalizaría la cultura a la que pertenecen los miembros de cada familia. Es importante también destacar que se interiorizan los patrones de relación con el entorno y consigo mismo, modelos de identificación, una orientación en relación a las metas conscientes o inconscientes de sus vidas, etc. Por lo tanto al leer lo anterior podemos entender de que las conductas individuales se pueden explicar mucho mejor al comprender el contexto en el cual está inserto el niño, en el caso de esta investigación.

La investigación arrojó ciertas características de las familias de niños asmáticos, estas características son en relación a la interiorización de ciertas conductas que la familia construye. En la investigación por lo tanto se observó que al igual que en la literatura respecto del tema, existían en las familias de niños que tenían enfermedades psicosomáticas y en este caso específico de niños asmáticos crónicos, dificultades en la delimitación de las fronteras dentro de la familia. Cada sistema familiar debe poseer reglas implícitas o explícitas las cuales deben de ser parte de la conducta de los niños.

Y la atención se debería situar en la funcionalidad o disfuncionalidad familiar lo cual tiene relación con que la familia tiene que lograr un desarrollo integral y favorecer el proceso de sociabilización. Y estas reglas tienen límites los cuales definen la participación de cada uno de los miembros de la familia en ciertas situaciones, y en las familias de los niños evaluados se puede observar que los límites son difusos, es decir que dentro de estas familias hay un alto nivel de comunicación y de la preocupación de uno sobre otros, es en cierta forma desmedida, lo cual genera la desaparición de los límites. Precisamente en algunos discursos de las madres señalaron precisamente una preocupación muy alta frente a la enfermedad, no siento equitativo con la preocupación del estado emocional de sus hijos.

Por otra parte esta situación dentro del sistema familiar de límites difusos genera una pérdida de la autonomía en cada uno de sus miembros, lo cual se ve reflejado en los datos obtenidos con los niños, es decir los niños en su mayoría eran más bien dependientes, esta situación también está relacionada con la etapa del desarrollo de los niños, lo cual no lo hemos dejado a un lado, pero aún así en la etapa escolar comienzan a sociabilizar mas con sus pares, lo cual no se da en estos niños, la falta de autonomía también se ve reflejada en la pobreza de los dibujos, lo cual tiene directa relación, ya que al ser niños más bien reprimidos no desarrollan su creatividad y siempre están enmarcados con ciertas reglas implícitas que se establecen dentro de la familia.

Por lo tanto podemos inferir que al no ser autónomos, les cuesta sociabilizar con sus pares, les cuesta adaptarse a otros contextos diferentes de su contexto familiar. En los datos obtenidos de la investigación se ve muy bien reflejada la falta de adaptabilidad de los niños, los cuales eran más bien tímidos, retraídos con sus pares, y en el discurso de las madres por otra parte se observa también reflejada la dificultad que algunos niños han tenido con sus compañeros, presentando mucho de ellos bulling escolar, esta situación da a demostrar que son niños que presentan problemas para reaccionar frente a ciertas situaciones de conflicto activamente, ya que dentro de su contexto familiar son más bien callados los conflictos y no se resuelven activamente, o más bien se niegan los problemas.

En este tipo de familias como lo hemos señalado anteriormente, con características en la interacción específicas, como el aglutinamiento, se observa que existe un mutuo apoyo y al momento en que un miembro de la familia se ve afectado por alguna situación o enfermedad lo cual este es el caso, se ve afectada toda la familia. Por lo tanto como se había mencionado antes se observa en la dinámica familiar de los niños evaluados, una falta de límites y sobreprotección tal, que la familia no es funcional, ya que los padres no les dan las herramientas necesarias a sus

hijos para que se desarrollen integralmente y tampoco están favoreciendo al proceso de sociabilización.

Por otra parte el resultado de la investigación también arrojó que en la dinámica familiar que las familias con niños asmáticos, eran familias más bien rígidas, las cuales les costaba aceptar ciertos cambios, es decir no eran muy flexibles frente a algunos requerimientos de alguna situaciones de la vida, sin embargo esta característica no fue tan remarcada como las anteriores ya descritas.

Finalmente respecto a lo que pudimos inferir con el objetivo de *Identificar como se relaciona la familia de niños asmáticos en cuanto a la resolución de conflictos* se puede señalar que toda familia presenta conflictos, y son sinónimo de enemistad, violencia en muchos casos, y de pérdida. Frente a los conflictos muchas veces se reacciona de diferentes formas, algunas familias enfrentan las situaciones problemáticas y resuelven los conflictos o algunas otras esquivan los problemas.

Los datos de la investigación arrojaron que frente a los conflictos, las familias de niños con la enfermedad de asma crónica negaban la existencia de estos, y señalaban directamente que no había conflictos dentro de sus familias, lo cual fue un discurso reiterativo de las madres.

Por lo tanto podemos observar que hay una falta de resolución de conflictos, ya que al preguntar directamente sobre los problemas familiares reaccionan negándolos o minimizándolos, esto se condice con la teoría que habla al respecto, en donde señalan que las familias que son psicósomáticas tienen una baja resolución de conflictos.

Por lo tanto en los datos extraídos de la investigación es posible apreciar que en la dinámica familiar enfrentan los problemas minimizándolos como anteriormente habíamos dicho y son las madres quienes resuelven los conflictos, ellas tienen el control sobre cómo y cuándo solucionar las situaciones problemáticas, lo cual les da una gran responsabilidad.

Frente a algunos conflictos algunas madres los resuelven conversando y llegando a un acuerdo, pero otras madres entrevistadas señalan que prefieren no referirse a los temas que causan conflictos y que es mejor callar frente a ellos, lo cual se puede analizar en conjunto con el discurso de la mayoría de las madres que señalan el no tener conflictos en sus familias.

Por lo tanto la mayoría de los sistemas familiares no presenta habilidades para expresar, confrontar y negociar diferentes opiniones y desacuerdos, que normalmente se dan en la dinámica familiar, y con estos datos podemos inferir que en esta dimensión las familias de la muestra tienen mayor vulnerabilidad.

Por otra parte al evitarse los conflictos, estas familias no circulan la información, es decir no llega el problema a ser un tema importante a destacar, prefieren callar ante de afrontar. Esta situación nos lleva a concluir que las familias de niños asmáticos presentarían problemas de comunicación, es decir, no hay una comunicación expedita, aún cuando demuestren en el discurso ser familias unidas y tener confianza mutua para hablar de temas relevantes.

Por lo tanto al haber problemas de comunicación, los niños frente a esta dinámica familiar, no saben cómo resolver los conflictos, ni tampoco saben cómo comunicar los problemas que enfrentan en su vida cotidiana, como ejemplo podemos destacar que en los datos obtenidos en las entrevistas se destacó que las madres muchas veces se informan de los conflictos de sus hijos por terceras personas, no por sus hijos directamente.

Bajo esta situación en donde se ocultan los conflictos, en donde hay una represión de parte de toda la familia frente al confrontamiento y expresión de los problemas, los niños canalizan las carencias por medio de su propio cuerpo, enfermándose, ahogándose.

7 CONCLUSIÓN FINAL

A partir de lo planteado en las conclusiones y respondiendo nuestra pregunta inicial de investigación es que podemos decir que las características en la dinámica familiar en niños con la enfermedad de asma crónica, la cual en nuestro enfoque es una enfermedad psicosomática, responden asertivamente a la teoría planteada desde el enfoque sistémico, en donde, las características interaccionales más comunes en la forma de establecer las relaciones familiares son, el aglutinamiento, la sobreprotección, y la falta de resolución de conflictos. Por lo tanto los datos obtenidos a través del Test gráfico de La familia reflejan en si asertivamente las dinámicas familiares descritas anteriormente e inciden en la formación de niños asmáticos, fortaleciendo así este instrumento psicodiagnóstico, que se puede utilizar con mayor frecuencia en la terapia infanto-juvenil.

8 REFERENCIAS

1. Alberro, N. (2001). Cuerpo y psicósomática, Extraído el 19 de Septiembre de 2005 en: www.proyectopsi.com/profesional/profesion.
2. Almonte, C. (2003). Psicopatología Infantil y de la Adolescencia; Santiago: Ed. Mediterráneo.
3. Asti Vera, A. (1973). Metodología de la investigación. Editorial Kapelusz
4. Boris Luban-Plozza. (1995). El enfermo psicósomático en la práctica. España: Editorial Herder.
5. Corman, L. (1961). El test del dibujo de la familia en la práctica médico-pedagógica. Argentina: Editorial Kapelusz.
6. Castro, J. (2003). Médico de la U. de Chile crea índice predictor del asma . Extraído el 31 de Mayo 2010: <http://www.med.uchile.cl/2003/abril/998-medico-de-la-u-de-chile-crea-indice-predictor-del-asma.html>
7. Dejours, C. (2008). Psicósomática. Artículo estriado el 12 de Septiembre de 2011: <http://www.topia.com.ar/articulos/psicosom%C3%A1tica>
8. Delgado, J. y Gutiérrez, J. (1995). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Editorial Síntesis.
9. García, H. (2000). Realidad, símbolos, trastornos psicósomáticos a la luz de Winnicott, En: Revista psicoanalítica Volumen XXII N°1: El cuerpo, presencia o intromisión, Buenos Aires, Argentina. Extraído 19 de Julio 2010
10. González de Rivera, J. (1991). Teoría y práctica de la psicósomática. Monografías de Psiquiatría, Vol. 3. N° 3. 8-14. Extraído el 12 de Septiembre de 2011 en: http://www.psicoter.es/component/option,com_docman/Itemid,73/gid,33/task,doc_details/
11. Hammer, E. (2004). Técnicas Proyectivos gráficos. Argentina: Editorial Paidós.

12. Hernández, R, Fernández. C, Baptista. P. (2003). Metodología de la Investigación. México: Tercera Edición Mc Graw Hill.
13. Jallinsky, S. (2002). Para una arqueología del cuerpo: Los relieves somatopsíquicos, Extraído el 10 de octubre de 2011 en: www.winnicott.net
14. Jiménez, P. (Octubre 2005 y Marzo 2006). XXV Curso Avances en Asma e Inmunología de Pulmón 2005 » Edición Curso Avances en Asma e Inmunología de Pulmón. Extraído 10 de agosto del 2010: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Cursos/asma2005/1/3545>
15. La sobreprotección parental como factor asociado al asma bronquial en niños. 2006. Extraído el 30 de Mayo 2010, de la pagina <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29116104.pdf>
16. Machón, A. y Urbano, E. (2006). Enfermedades Psicosomáticas Infanto-Juveniles. Barcelona. Extraído en Octubre 2010 de: http://www.psicoarea.org/enf_psicosomat_.htm
17. Marcelli, D. (1996). Psicopatología del niño. España: Editorial Masson.
18. Minsal, (2006). Ministerio de Salud. Guía Clínica de Asma Bronquial Moderada y Severa en menores de 15 años. Extraído el 10 agosto del 2010.
19. Onnis, L y Ceberio. M. (2007). Cuando el cuerpo habla. La perspectiva Sistémica en psicopatología. Extraído el día 16 de Julio 2010 de: <http://www.redsistemica.com.ar/onnisi.htm>
20. Papalia, D. (1998). Psicología del Desarrollo. Colombia: Editorial Mc Graw Hill,.
21. Pelorosso, A. (2004). Abordaje del paciente psicopatológico: cabalgando sobre dos caballos. Extraído el 19 de Julio 2010 en: www.winnicott.com.ar
22. Revista chilena de neuro- psiquiatría. En Artículo: Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. Extraída en Octubre de 2010 de:
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2002; 40: 47-55.
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071792272002000100006&script=sci_arttext

23. Rodríguez, G. Gil, J. y García, E. (1996). Metodología de la Investigación Cualitativa. España: Ediciones Aljibe.
24. Soto. R, (2000). Apuntes para el tratamiento de la enfermedad psicosomática desde la terapia familiar sistémica. Revista Electrónica Iberoamericana de Psicología Social, Univ. Complutense de Madrid, España. Extraído el 19 de Julio 2010 en: <http://www.psico.uniovi.es/REIPS/v1n1/articulo3.html>
25. Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica, (2007). Extraído el 7 de Junio 2010 de <http://www.neumologia-pediatria.cl>
26. Spagnuolo. A, (2000). Medicina Psicosomática. Extraído el 20 de Julio 2010 en: psicodoc.copmadrid.org
27. Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica, (2006). Extraído el 31 de Mayo 2010 de: <http://www.neumologia-pediatria.cl>
28. Uribe. M, (2006). Modelos conceptuales en medicina psicosomática.: Revista Colombiana de Psiquiatría, Pontificia Univ. Javeriana. Fac. Medicina, Bogotá, Capturado el 27 de octubre de 2009 en: psicodoc.copmadrid.org
29. Vicuña, C. Pamela et al . Características clínicas de los niños asmáticos hospitalizados en un Servicio de Pediatría. Rev. chil. pediatr., Santiago, v. 78, n. 1, feb. 2007 .Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000100004&lng=es&nrm=iso. accedido en 12 agosto 2010. doi: 10.4067/S0370-41062007000100004.
30. Yorke, J. Shuldham, C. Terapia familiar para el asma crónica en niños, (2005). Extraído el 6 de Junio 2010, de: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD000089>

ANEXOS

ANEXOS 1: ENTREVISTAS

ANEXOS 2: ANTECEDENTES, ANÁLISIS DE TEST Y DIBUJOS.

ANEXOS 3: MATRIZ DE VACIADO DE CATEGORÍAS Y TÓPICO EMERGENTES.

ANEXOS 1: ENTREVISTAS

Pauta entrevista y anamnesis.

PAUTA ANAMNESIS

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Nombre Adulto Responsable:

Antecedentes Familiares.

Composición Familiar:

Nombre	Edad	Relación	Ocupación

Genograma.

Antecedentes del Embarazo.

¿Cómo podrían describir su embarazo?

¿Cómo describiría usted el nacimiento de su hijo?

Antecedentes del Desarrollo.

¿Presentó alguna dificultad en el desarrollo del lenguaje?

¿Recuerda a qué edad comenzó a hablar y a caminar su hijo/a? ¿Tuvo alguna dificultad?

¿Ha presentado dificultades para controlar su esfínter?

¿Actualmente presenta enuresis? _____ Diurna ___
Nocturna ___

¿Actualmente presenta encopresis? _____ Diurna ___
Nocturna ___

¿Cómo tiene el sueño su hijo/a?

¿Ha presentado algún problema en su alimentación?

Antecedentes Mórbidos.

¿Ha presentado algún tipo de enfermedad grave?

¿Cuál? _____ Edad _____
Hospitalización _____ Periodo _____

¿Ha tenido algún accidente? ¿Cuál? _____

Antecedentes Escolares.

Curso	
Repeticiones ¿Qué curso?	
Inasistencias	
Rendimiento académico	
Observaciones	

Descripción del niño.

Aspectos emocionales

Aspectos Sociales

ENTREVISTA

TIPOS DE FAMILIA

Nuclear

Extensa:

- Monoparental
- Madre soltera
- Padres separados

RELACIONES FAMILIARES

¿Cómo podría definir Ud. A su familia?

¿Cómo reacciona la familia con cada crisis asmática que su hijo/a sufre

¿Qué pasa cuando el niño no hace caso? ¿Quien le pone los permisos o quien lo reta cuando no hace lo que debe? ¿Qué pasa cuando el niño no cumple las reglas?

En aquellas situaciones en las que hayan tenido algún problema ¿cómo lo resolvieron?

¿Cuáles son los conflictos o problemas que se manifiestan a menudo al interior de la familia? , ¿Cómo los solucionan?

Rígida	
Sobre protectora	
Centrada en los hijos	
Permisiva	
Inestable	
Estable	

ASMA

¿Durante que periodo del año su hijo/a sufre más crisis?

¿Relaciona Ud. Con algo las crisis asmáticas?, ¿ Estas crisis coinciden con algo que sucede en el hogar o en el colegio?

ETAPA ESCOLAR

¿En el colegio, su hijo/a ha presentado crisis asmáticas?

¿Usted cree que la enfermedad del asma afecta en las actividades escolares cotidianas de su hijo/a?

¿Cómo describiría usted la relación que presenta su hijo/a con sus pares?

Explique

¿Cómo describiría la autoestima de su hijo/a? Explique en los siguientes escenarios

- Dimensión física
- Dimensión social
- Dimensión académica
- Dimensión afectiva

PAUTA ANAMNESIS

Nombre: Martin Negrete.

Edad: 8 años

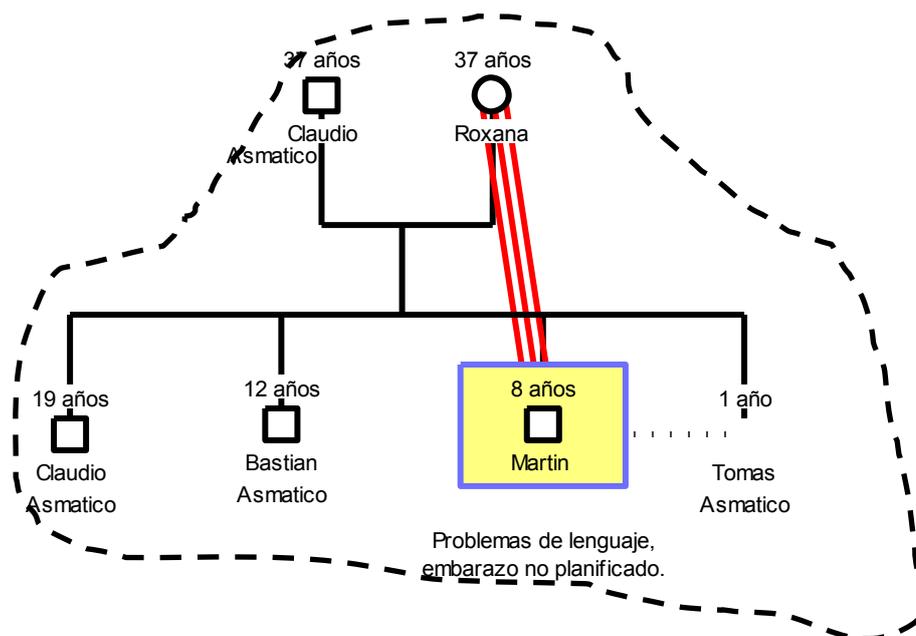
Nombre Adulto Responsable: Roxana Neira.

Antecedentes Familiares.

Composición Familiar:

Nombre	Edad	Relación	Ocupación
Claudio	37	Papa	Trabaja
Roxana	36	Mama	Dueña de casa
Claudio	18	Hermano	Estudiante
Batían	12	Hermano	Estudiante
Martin	8	Evaluated	Estudiante
Tomas	1	Hermano	Estudiante

Genograma.



Antecedentes del Embarazo.

¿Cómo podrían describir su embarazo?

Fue “complicado”, me costó mucho asimilarlo. Fue un embarazo no planificado.
“No era que no lo quería pero no lo podía creer”

¿Cómo describiría ud. el nacimiento de su hijo?

“Le costó arto salir, el papa tuvo que empujarme la guata” padre le ayudo en el parto. “Tomó arto pecho hasta grande, es el más saludable” en comparación con los hermanos. “El papa también es asmático y los hermanos también, menos yo”

Antecedentes del Desarrollo.

¿Presentó alguna dificultad en el desarrollo del lenguaje?

“si, estuvo en escuela de lenguaje, salió de alta. Hay palabras que le cuesta decir, le cuesta pronunciar bebida”

¿Recuerda a qué edad comenzó a hablar y a caminar su hijo/a? ¿Tuvo alguna dificultad?

1 año

¿Ha presentado dificultades para controlar su esfinter?

No.

¿Cómo tiene el sueño su hijo/a?

“A veces, no siempre duerme bien, ronca arto. Cuando era más chico sufrió de insomnio, despertaba a las 2 o 3 de la mañana”

¿Ha presentado algún problema en su alimentación?

Come arto.

Antecedentes Mórbitos.

¿Ha presentado algún tipo de enfermedad grave?

¿Cuál? _____ no _____ Edad _____

Hospitalización _____ no _____ Periodo _____

¿Ha tenido algún accidente? ¿Cuál? Se cayó y se golpeó la cara y el diente se le subió, se lo sacaron, tenía 2 años. Estaba jugando con hermano mas grande. Y en enero de este año estuvo enyesado, jugando se fracturó el brazo (2 meses enyesado).

Antecedentes Escolares.

Curso	3° básico.
Repeticiones ¿Qué curso?	No
Inasistencias	Ha faltado por la lluvia, es hiperactivo y se sale a mojar mucho.
Rendimiento académico	Bueno 58-59
Observaciones	

Descripción del niño.

Aspectos emocionales

Es súper cariñoso, de repente quiere andar mas pegado a mí. “se siente desplazado por su hermano chico. Igual pienso que siente que está abandonado.

Aspectos Sociales

Está llorón del verano, no lo puedo retar”,” me cuesta mucho dominarlo, me cuesta que haga las tareas”

ENTREVISTA

TIPOS DE FAMILIA

Nuclear: x

Extensa:

- Monoparental
- Madre soltera
- Padres separados

RELACIONES FAMILIARES

¿Cómo podría definir Ud. A su familia?

“No sé no somos como tan unidos, igual estamos todos juntos”, “en si mi familia no es mala, de repente falta más unión, ya que muchas veces estamos todos menos el papa, que trabaja todo el día” **PNF1R**

¿Cómo reacciona la familia con cada crisis asmática que su hijo/a sufre

“Bien, es que mi casa parece consultorio”, “todos nos cuidamos” **PFE2R**. Todos lo ayudamos. “Cuando él se enferma no se queda tranquilo, y lo mimamos como es el mas chico, en especial yo” **PFE3R**.

¿Qué pasa cuando el niño no hace caso? ¿Quién le pone los permisos o quien lo reta cuando no hace lo que debe? ¿Qué pasa cuando el niño no cumple las reglas?

“Es que si o si me tiene que hacer caso” **PHC4R**, si se porta mal “lo mando a la isla” **PHC5R** (pieza), sin tele, sin play, y como le gusta...”

La madre pone las reglas, “con él me cuesta arto, me da pena, porque llora y dice “nadie me quiere” y es por el Tomás (hermano menor)... hasta los 5 años él dormía conmigo” **PHC6R**.. Cambio situación con hermano chico.

En aquellas situaciones en las que hayan tenido algún problema ¿cómo lo resolvieron?

“Ahora soy yo la que grito, estoy saturada” **RCF7R**. Quede así después de que Tomás quedo hospitalizado ¿Porqué quedo hospitalizado? Dejó de respirar. He estado más sensible, yo tengo paciencia pero he estado con menos paciencia.

¿Cuáles son los conflictos o problemas que se manifiestan a menudo al interior de la familia? , ¿Cómo los solucionan?

“Cuando tenemos conflictos es cuando la plata no alcanza mucho, eso lleva a todo” **RCF8R**. “Por lo general no me caliento la cabeza”.

Rígida	
Sobre protectora	x
Centrada en los hijos	
Permisiva	x
Inestable	
Estable	

ASMA

¿Durante que periodo del año su hijo/a sufre más crisis?

En septiembre, por la alergia, se obstruye con el polen.

¿Relaciona Ud. Con algo las crisis asmáticas?, ¿ Estas crisis coinciden con algo que sucede en el hogar o en el colegio?

Parece que sí, la profesora me ha dicho que se obstruye. También “cuando empieza a llorar comienza a toser” **PFE9R**

ETAPA ESCOLAR

¿En el colegio, su hijo/a ha presentado crisis asmáticas?

“Si, le estoy enseñando a usar inhalador en el colegio ya que durante el año pasado le vinieron sus patatús”

¿Usted cree que la enfermedad del asma afecta en las actividades escolares cotidianas de su hijo/a?

Yo creo que sí, no lo noto tanto porque Batían es severo, pero si, en Martin me cuesta verlo un poco, puede ser en los ejercicios.

¿Cómo describiría usted la relación que presenta su hijo/a con sus pares? Expliqué

Bueno el año pasado “llegaba todo morado, un compañero más grande le pegaba”
PEE10R no decía nada porque me daba pena que lo echaran.

¿Cómo describiría el autoestima de su hijo/a? Expliqué en los siguientes escenarios

- Dimensión física: El se siente más gordito
- Dimensión social: el es súper light
- Dimensión académica
- Dimensión afectiva

PAUTA ANAMNESIS

Nombre: Albert Pérez Neira

Edad: 8 años

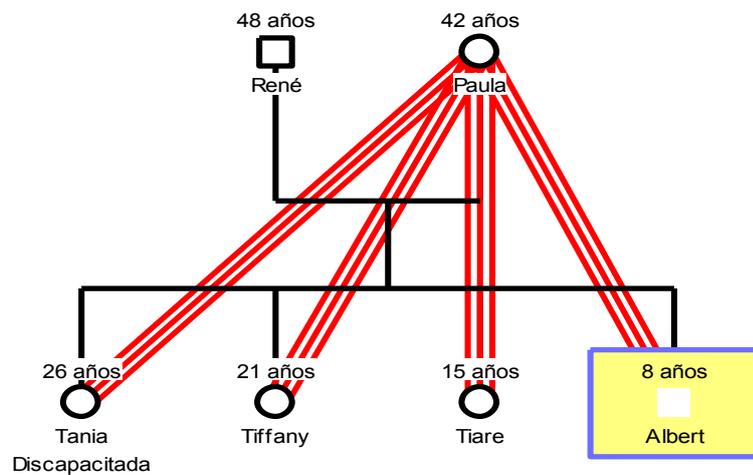
Nombre Adulto Responsable: Paula Neira

Antecedentes Familiares.

Composición Familiar:

Nombre	Edad	Relación	Ocupación
Tania	26 años	Hermana	Sin ocupación (discapacitada)
Tiffany	21 años	Hermana	Estudiante
Tiare	15 años	Hermana	Estudiante
Albert	8 años	Evaluado	Estudiante
René	48 años	Padre	Trabajador independiente
Paula	42 años	Madre	Dueña de casa

Genograma.



Antecedentes del Embarazo.

¿Cómo podrían describir su embarazo?

“Yo quería quedar embarazada”. Señala que tiene un embarazo relativamente bueno, “porque pensaban que tenía diabetes gestacional” porque en el primer embarazo de Tania no fue un embarazo planificado, señala también que tuvo muchas complicaciones. Me hospitalizaron con casi 37 semanas, por presión alta. Fue un parto normal, mi marido entro al parto.

¿Cómo describiría ud. el nacimiento de su hijo?

“Bello”, “hermoso” porque lo esperé, fue lindo súper esperado, y en referencia a su esposo dijo, el entró y recibió a su hijo.

Antecedentes del Desarrollo.

¿Presentó alguna dificultad en el desarrollo del lenguaje?

Ninguno.

¿Recuerda a qué edad comenzó a hablar y a caminar su hijo/a? ¿Tuvo alguna dificultad?

Antes del año, a los 11 meses se paró solito, fue más rápido para andar que las hermanas.

¿Ha presentado dificultades para controlar su esfínter?

Ninguna.

¿Actualmente presenta enuresis? _____ NO _____ Diurna ___ Nocturna _____

¿Actualmente presenta encopresis? _____ NO _____ Diurna ___ Nocturna _____

¿Cómo tiene el sueño su hijo/a?

No tiene ningún problema.

¿Ha presentado algún problema en su alimentación?

Es mañoso para comer. Todos mis hijos, menos yo, hasta el papa es mañoso. Soy una mama media consentidora. Cuando era guagua comió poco tiempo molido, masticaba de chiquitito.

Antecedentes Mórbidos.

¿Ha presentado algún tipo de enfermedad grave?

¿Cuál? no Edad

Hospitalización: le sacaron las amígdalas a los 7 años. Periodo: ambulatoria

Hospitalización: Al año se obstruyó, ahí nos dimos cuenta que era asmático.

Periodo: 3 días

Observaciones: la madre señala que toda la familia es asmática, ella es alérgica actualmente, fue asmática.

Antecedentes Escolares.

Curso	3° básico
Repeticiones ¿Qué curso?	No
Inasistencias	El año pasado por la enfermedad y la operación. Por pocos días inasistencia.
Rendimiento académico	Muy bueno 6.4
Observaciones	

Descripción del niño.

Aspectos emocionales

Es medio enojón, tolera poco que lo molesten. Es un niño emotivo, demuestra lo que siente. Es expresivo.

Aspectos Sociales

En 2° básico tuvo un problema, le pegaban los compañeros. La madre identifica como posible factor el que después de la operación el cambió. En ese periodo estaba más sensible. Y la solución de los padres fue, “para que fortaleciera su autoestima lo metimos a karate. “el es bien mirado por sus compañeras”, es respetuoso.

ENTREVISTA

TIPOS DE FAMILIA

Nuclear: x

Extensa:

- Monoparental
- Madre soltera
- Padres separados

RELACIONES FAMILIARES

¿Cómo podría definir Ud. A su familia?

“tengo una familia maravillosa” **PNF1P**, la misma lola que tiene 21 no ha pololeado nunca. “Siempre he sido una mama comprometida igual que mi marido” **PNF2P**, la asistente social me dijo que una familia como la nuestra no se encuentra en estos barrios, “las niñas no salieron jamás (a la calle) y “todos mis hijos van de acuerdo a su edad”

¿Cómo reacciona la familia con cada crisis asmática que su hijo/a sufre

“Cuidarlo” **PFE3P**, lo traemos al médico y estar pendiente con él.”

¿Qué pasa cuando el niño no hace caso? ¿Quién le pone los permisos o quien lo reta cuando no hace lo que debe? ¿Qué pasa cuando el niño no cumple las reglas?

Lo castigo, no hay tele, no hay play, y con el play tiene los tiempos condicionados, lo bueno que no es bueno para jugar tanto. Señala que ella pone las reglas “Yo y los permisos los da el papa” **PHC4P** “el tiene que participar, como va a ser la madre el ogro” **PHC5P**

En aquellas situaciones en las que hayan tenido algún problema ¿cómo lo resolvieron?

“Se conversan en familia” y los niños siempre están al tanto de lo que pasa, eso si “y no soy mama amiga, mientras vivan en mi casa, eso si tienen su privacidad, no tienen problema entonces cuando reviso las cosas en sus cuartos” **RCF6P**. Si tiene problemas lo dicen”

¿Cuáles son los conflictos o problemas que se manifiestan a menudo al interior de la familia? , ¿Cómo los solucionan?

“no hay casi problemas” **RCF7P**

Rígida	
Sobre protectora	x
Centrada en los hijos	x
Permisiva	
Inestable	
Estable	

ASMA

¿Durante que periodo del año su hijo/a sufre más crisis?

Desde noviembre del año pasado ha estado bien. Antes se enfermaba 4 o 5 veces en el año, en invierno sobretodo, y el brote de alergia en primavera

¿Relaciona Ud. Con algo las crisis asmáticas?, ¿ Estas crisis coinciden con algo que sucede en el hogar o en el colegio?

“No coinciden con nada” **PFE8P**. “Es súper relajado”

ETAPA ESCOLAR

¿En el colegio, su hijo/a ha presentado crisis asmáticas?

No

¿Usted cree que la enfermedad del asma afecta en las actividades escolares cotidianas de su hijo/a?

“En la actividad física si, porque cuando corre tose” **PEE9P**. Igual le afecta.

¿Cómo describiría usted la relación que presenta su hijo/a con sus pares?

Expliqué

“Buena. Pero la semana pasada se agarró a combos. Señala que el compañero lo estaba molestando y el reaccionó.

¿Cómo describiría el autoestima de su hijo/a? Expliqué en los siguientes escenarios

Dimensión física: “se ve bien, dice que tiene un fans club y que las niñas lo siguen” **PEE10P**

Dimensión social: “es sociable tiene amigos en artos cursos” **PEE11P**

Dimensión académica: “ el se ve inteligente, dice que va a ser arquitecto” **PEE12P**

Dimensión afectiva: “connmigo es súper regalón”, “con nosotros con la pura familia” **PEE13P**

PAUTA ANAMNESIS

Nombre: Diego Escobar Saavedra

Edad: 7 años

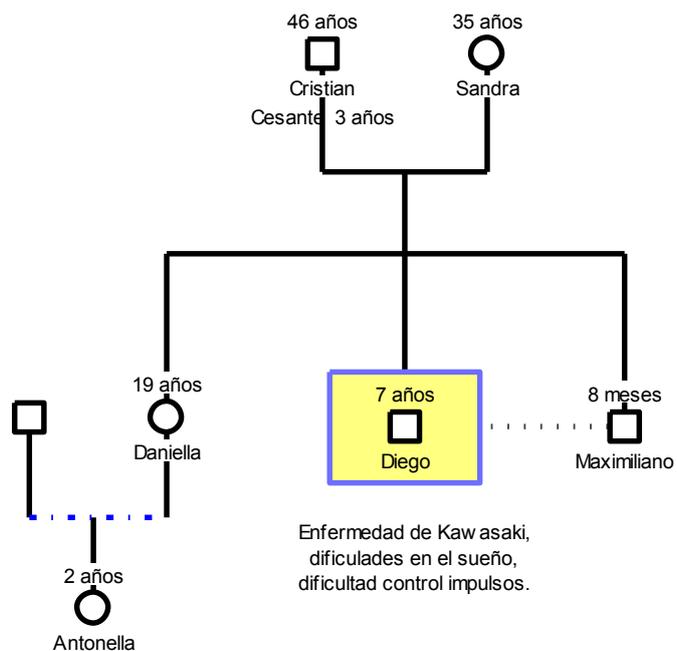
Nombre Adulto Responsable: Sandra Saavedra.

Antecedentes Familiares.

Composición Familiar:

Nombre	Edad	Relación	Ocupación
Cristian	46 años	Papa	Cesante
Sandra	35 años	Mama	Dueña de casa
Daniela	19 años	Hermana	Estudiante
Antonella	2 años	Sobrina	
Maximiliano	8 meses	Hermano	

Genograma.



Antecedentes del Embarazo.

¿Cómo podrían describir su embarazo?

No existen complicaciones en el embarazo, fue todo normal.

¿Cómo describiría ud. el nacimiento de su hijo?

Fue parto normal, “fue algo maravilloso” fue un parto bueno.

Antecedentes del Desarrollo.

¿Presentó alguna dificultad en el desarrollo del lenguaje?

No, no tuvo dificultad alguna, “recuerdo que comenzó a hablar a los 7 meses”

¿Recuerda a qué edad comenzó a hablar y a caminar su hijo/a? ¿Tuvo alguna dificultad?

Comenzó a caminar al año, no tuvo ninguna dificultad.

¿Ha presentado dificultades para controlar su esfínter?

¿Actualmente presenta enuresis? ____si____ Diurna_x__ Nocturna_x__

¿Actualmente presenta encopresis? _____ Diurna__ Nocturna__x

¿Cómo tiene el sueño su hijo/a?

Duerme mal, presenta pesadillas, se despierta en la noche golpeando la pared.

¿Ha presentado algún problema en su alimentación?

No, ninguna.

Antecedentes Mórbitos.

¿Ha presentado algún tipo de enfermedad grave?

¿Cuál? La enfermedad de Kawasaki, afecta al sistema inmunológico. Edad: desde que nació.

Hospitalización por enfermedad Periodo 11 días

¿Ha tenido algún accidente? ¿Cuál? no

Antecedentes Escolares.

Curso	2° básico.
Repeticiones ¿Qué curso?	No
Inasistencias	Solo en invierno
Rendimiento académico	Muy bueno 6.8
Observaciones	

Descripción del niño.

Aspectos emocionales

Es un niño alegre, pero en ocasiones tiene problemas para controlar los impulsos se molesta mucho y golpea la pared y en una ocasión manejó el auto del papa solo porque no le gusto el nacimiento del hermano.

Aspectos Sociales

Es de pocos amigos “es muy individualista” le cuesta tener amigos, pelea mucho por os juguetes.

ENTREVISTA

TIPOS DE FAMILIA

Nuclear: x

Extensa:

- Monoparental
- Madre soltera
- Padres separados

RELACIONES FAMILIARES

¿Cómo podría definir Ud. A su familia?

“Normal, como todas, nunca hay conflictos” **PNF1S**.

¿Cómo reacciona la familia con cada crisis asmática que su hijo/a sufre?

“Con mucha preocupación, ya que las crisis son muy complicadas” **PFE2S**

¿Qué pasa cuando el niño no hace caso? ¿Quién le pone los permisos o quien lo reta cuando no hace lo que debe? ¿Qué pasa cuando el niño no cumple las reglas? Se castiga cuando no hace caso. Señala que ella pone los castigos “yo, pero el papa se los quita.” **PHC3S**

En aquellas situaciones en las que hayan tenido algún problema ¿cómo lo resolvieron?

“Nunca tenemos problemas” **RCF3S**

¿Cuáles son los conflictos o problemas que se manifiestan a menudo al interior de la familia? , ¿Cómo los solucionan?

“No tenemos conflictos” **RCF4S**

Rígida	
Sobre protectora	
Centrada en los hijos	
Permisiva	x
Inestable	x
Estable	

ASMA

¿Durante que periodo del año su hijo/a sufre más crisis?

Durante todo el periodo de invierno.

¿Relaciona Ud. Con algo las crisis asmáticas?, ¿ Estas crisis coinciden con algo que sucede en el hogar o en el colegio?

“No, con nada” **PFE5S**

ETAPA ESCOLAR

¿En el colegio, su hijo/a ha presentado crisis asmáticas?

No.

¿Usted cree que la enfermedad del asma afecta en las actividades escolares cotidianas de su hijo/a?

“Si, no puede hacer educación física y eso lo complica mucho, porque lo molestan con eso.” **PEE6S**

¿Cómo describiría usted la relación que presenta su hijo/a con sus pares?

Expliqué

“Complicada, se pelea mucho con sus compañeros, le cuesta sociabilizar”. **PEE7S**

¿Cómo describiría el autoestima de su hijo/a? Expliqué en los siguientes escenarios

- Dimensión física: Nunca a manifestado nada extraño en relación a como se ve su cuerpo o su físico
- Dimensión social: “le cuesta sociabilizar, no tiene muchos amigos”
PEE8S
- Dimensión académica: No tiene problema tiene un muy buen rendimiento.
- Dimensión afectiva

PAUTA ANAMNESIS

Nombre: Martin Mejías

Edad: 9 años

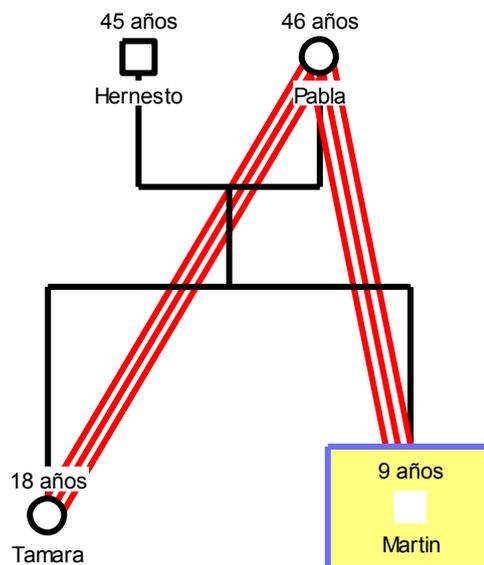
Nombre Adulto Responsable: Pabla Reyes

Antecedentes Familiares.

Composición Familiar:

Nombre	Edad	Relación	Ocupación
Tamara	18 años	Hermana	Estudiante
Martin	9 años	evaluado	Estudiante
Hernesto	45 años	Papa	Trabaja en fabrica
Pabla	46 años	Mama	Dueña de casa

Genograma.



Antecedentes del Embarazo.

¿Cómo podrían describir su embarazo?

Fue bueno, pero tuve diabetes gestacional y tuve dieta estricta.

¿Cómo describiría ud. el nacimiento de su hijo?

Fue cesárea, señala que Martin estuvo en posición podálica (sentado), y por esa razón tuvo cesárea. Fue buena la relación con su hijo luego de que naciera.

Antecedentes del Desarrollo.

¿Presentó alguna dificultad en el desarrollo del lenguaje?

No.

¿Recuerda a qué edad comenzó a hablar y a caminar su hijo/a? ¿Tuvo alguna dificultad?

1 año 4 meses empezó a caminar.

¿Ha presentado dificultades para controlar su esfínter?

No.

¿Actualmente presenta enuresis? _____ Diurna ___ Nocturna ___

¿Actualmente presenta encopresis? _____ Diurna ___ Nocturna ___

¿Cómo tiene el sueño su hijo/a?

Bueno, no tiene problema.

¿Ha presentado algún problema en su alimentación?

“Es mañoso para comer y yo no lo obligo”

Antecedentes M3rbidos.

¿A presentado alg3n tipo de enfermedad grave?

¿Cu3l? ___no_____ Edad___

Hospitalizaci3n Por bronconeumon3a y tambi3n por vrs(virus)

Periodo 7meses

Ha tenido alg3n accidente? ¿Cu3l?_____

Antecedentes Escolares.

Curso	4° b3sico
Repeticiones ¿Qu3 curso?	No
Inasistencias	No
Rendimiento acad3mico	Muy bueno 6.3
Observaciones	

Descripci3n del ni3o.

Aspectos emocionales

Es cari3oso

Aspectos Sociales

“no es peleador, es s3per tranquilo, y es conversador en la sala.

ENTREVISTA

TIPOS DE FAMILIA

Nuclear: x

Extensa:

- Monoparental
- Madre soltera
- Padres separados

RELACIONES FAMILIARES

¿Cómo podría definir Ud. A su familia?

“No tengo problemas con mis hijos, dentro de lo normal” **PNF1PR**. Nos llevamos bien pero las cosas como familia... opiniones, pensamientos, después todo se calma, “generalmente no hay discusiones” **PNF2PR**..

¿Cómo reacciona la familia con cada crisis asmática que su hijo/a sufre?

“Martin no hace crisis, porque lo cuido arto, hasta ahora” **PFE3PR**.

¿Qué pasa cuando el niño no hace caso? ¿Quién le pone los permisos o quien lo reta cuando no hace lo que debe? ¿Qué pasa cuando el niño no cumple las reglas? Señala que ella pone las reglas. “Generalmente lo reto y lo hace inmediatamente. Le hablo y cuando no obedece le grito” **PHC4PR**

En aquellas situaciones en las que hayan tenido algún problema ¿cómo lo resolvieron?

“Guardando silencio, para que todo termina ahí. Es preferible callarse a seguir discutiendo” **RCF5PR**

¿Cuáles son los conflictos o problemas que se manifiestan a menudo al interior de la familia? , ¿Cómo los solucionan?

Frente a esta pregunta señala que le afecta el déficit atencional de su hija, no se puede conseguir medicamentos, se angustia y llora en la entrevista. El conflicto es con el esposo porque él le dice que “lo deje hasta ahí y mi hija también” pero ella señala que hace esfuerzos sin que ella lo sepa.

Rígida	
Sobre protectora	x
Centrada en los hijos	x
Permisiva	
Inestable	
Estable	

ASMA

¿Durante que periodo del año su hijo/a sufre más crisis?

Este la época de octubre y noviembre, en esta época tiene más resfriados que durante el año.

¿Relaciona Ud. Con algo las crisis asmáticas?, ¿ Estas crisis coinciden con algo que sucede en el hogar o en el colegio?

La madre recuerda una vez en que la profesora le dijo que en un acto que “cuando él iba a cantar a los 4º medios, después el salió obstruido”. **PFE6PR**

ETAPA ESCOLAR

¿En el colegio, su hijo/a ha presentado crisis asmáticas?

No. Porque señala que cuando el nota que está un poco resfriado le dan medicamentos para prevenir. Como el niño hace deportes señala que para que no le den crisis “le damos el puf antes de que salga a hacer deporte” **PFE7PR**. Señala que le da libertad a los hijos porque “a mí me privaban de muchas cosas” **PHC8PR**

¿Usted cree que la enfermedad del asma afecta en las actividades escolares cotidianas de su hijo/a?

No.

¿Cómo describiría usted la relación que presenta su hijo/a con sus pares? Expliqué “Buena, no es peleador” **PEE9PR**.

¿Cómo describiría la autoestima de su hijo/a? Expliqué en los siguientes escenarios

- Dimensión física: se encuentra guapo.
- Dimensión social: dice la madre que “está pendiente de los demás y dice que su hijo a dicho “ Yo sé que me miraron”” **PEE10PR**
- Dimensión académica: “El se cree capaz”, señala que su hijo tiene buenas notas.
- Dimensión afectiva

PAUTA ANAMNESIS

Nombre: Valentina Pérez Díaz

Edad: 10 años

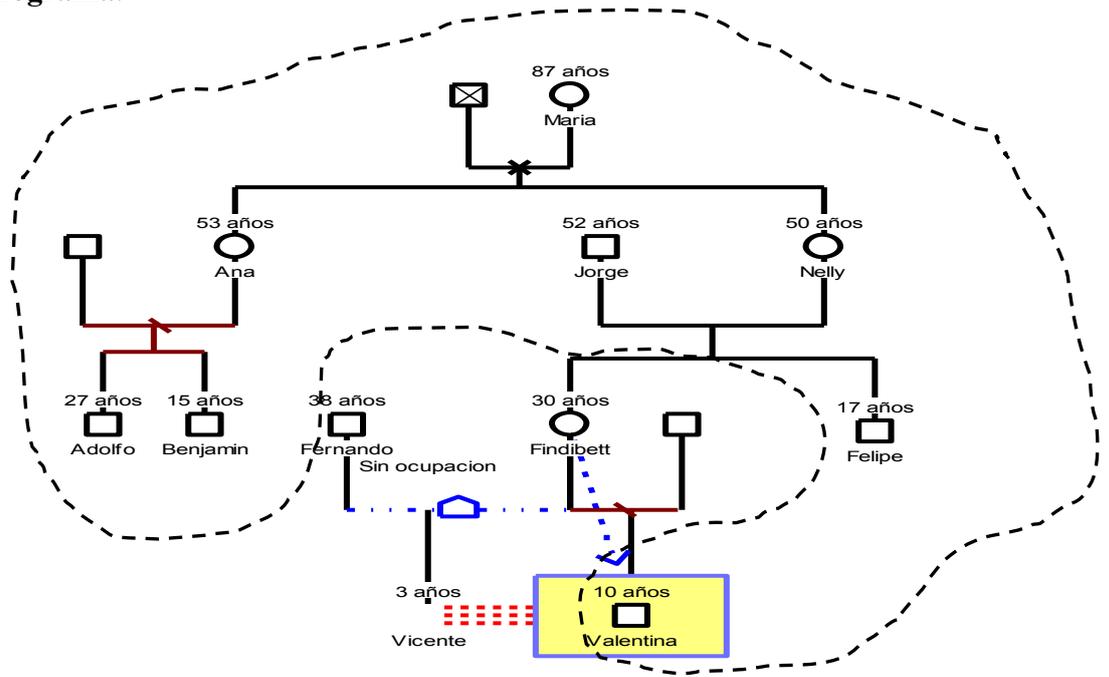
Nombre Adulto Responsable: Nelly Díaz (abuela)

Antecedentes Familiares.

Composición Familiar:

Nombre	Edad	Relación	Ocupación
María	87 años	Bisabuela	Dueña de casa
Nelly	50 años	Abuela	Dueña de casa
Jorge	52 años	Abuelo	Cerrajero
Felipe	17 años	Tío	Estudiante
Ana	53 años	Tía abuela	
Adolfo	27 años	Tío	Sin ocupación
Benjamín	15 años	Tío	Estudiante

Genograma.



Antecedentes del Embarazo.

¿Cómo podrían describir su embarazo?

Mi hija fumó todo el embarazo. Tuvo un embarazo bueno y sano

¿Cómo describiría ud. el nacimiento de su hijo?

Llegó altiro a la casa de nosotros y siguió trabajando. Señala que tuvo a su hija y a la semana siguiente siguió trabajando. En cuanto a la niña señala que fue “sanita” y muy regalona.

Antecedentes del Desarrollo.

¿Presentó alguna dificultad en el desarrollo del lenguaje?

Señala que le cuesta mucho leer y no se concentra, vive pendiente del niño de al lado y no termina de escribir las frases. Comenzó a hablar al año.

¿Recuerda a qué edad comenzó a hablar y a caminar su hijo/a? ¿Tuvo alguna dificultad?

Comenzó a caminar al año señala que fue “sana”

¿Ha presentado dificultades para controlar su esfínter?

No.

¿Actualmente presenta enuresis? _____ Diurna ___ Nocturna ___

¿Actualmente presenta encopresis? _____ Diurna ___ Nocturna ___

¿Cómo tiene el sueño su hijo/a?

Es buena para dormir. Ahora que no está mi marido ella duerme conmigo. Señala que la niña a las 2am se levanta a verla para dormir con ellos. Señala que “no se quiere alejar de nosotros” y es muy regalona también del abuelo.

¿Ha presentado algún problema en su alimentación?

“Ella come, come, come”, “es muy buena para comer”

Antecedentes Mórbitos.

¿Ha presentado algún tipo de enfermedad grave?

¿Cuál? Epilepsia, hace 2 años 1/2 (en tratamiento actual) Edad _____

Hospitalización _____ Periodo _____

¿Ha tenido algún accidente? ¿Cuál? 4 accidentes, fueron todas fracturas en educación física, señala la abuela que fue porque es muy inquieta, comenzó hace 2 años atrás

Antecedentes Escolares.

Curso	5° básico
Repeticiones ¿Qué curso?	No. Pero los abuelos querían que repitiera un año por su lenta lectura
Inasistencias	En invierno, una semana o 1 mes.
Rendimiento académico	Bueno. Promedio 6.2
Observaciones	

Descripción del niño.

Aspectos emocionales

Ella es cariñosa, es envidiosa con su hermano de 3 años. Señala que “ella me quiere para ella nomas”. Es buena. Tiene un rencor con el hermano porque la mama vive con él. (La madre vive cerca en otra casa con su pareja y su hijo de 3 años, la madre tiene 30 años es vendedora y su pareja no tiene ocupación. A los 2 meses de vida valentina comenzó a vivir con la abuela que señala es su mama, por lo que señalan la madre se preocupa por lo material)

Aspectos Sociales

Es súper sociable, donde esta, encuentra amigos. Es muy buena para eso, comparte.

ENTREVISTA

TIPOS DE FAMILIA

Nuclear

Extensa: x

- Monoparental
- Madre soltera
- Padres separados

RELACIONES FAMILIARES

¿Cómo podría definir Ud. A su familia?

“Nosotros somos uno” **PNF1N**. En relación a ella señala, “yo vivo de mi marido de lo que hace”. Señala también, “somos bien unidos y siempre estamos todos juntos” **PNF2N**, “en la casa de mi hija no es así, no hay unión”

¿Cómo reacciona la familia con cada crisis asmática que su hijo/a sufre

“Todos se preocupan, mi mama sobre todo (bisabuela)” **PFE3N**, “mi mama la adora porque la valentina tiene muy buenos sentimientos”. Y señala que “si la crisis es muy fuerte, nos ponemos a llorar” **PFE4N**

¿Qué pasa cuando el niño no hace caso? ¿Quién le pone los permisos o quien lo reta cuando no hace lo que debe? ¿Qué pasa cuando el niño no cumple las reglas?

“Yo la castigo, yo soy la dura” **PHC5N**. Señala que “derrepente mi hija quiere... (poner reglas) pero le dice “pero la niña vive conmigo” **PHC6N**. Pero señala que ella siempre esta pendiente de ella, y señala que “también la castiga cuando es mucho” **N7**

En aquellas situaciones en las que hayan tenido algún problema ¿cómo lo resolvieron?

“yo soy la que tiene que resolver todo, soy la que toma la iniciativa” **RCF8N**, también sala que aún sus hijos dependen de ella.

¿Cuáles son los conflictos o problemas que se manifiestan a menudo al interior de la familia? , ¿Cómo los solucionan?

Señala que “alguna vez quiero que no dependan de mi” **RCF9N**, esto lo dice en relación a las cosas cotidianas. Señala que tiene “mucha responsabilidad y me dan muchas veces mareos, vómitos y es por lo mismo” **RCF10N**

Rígida	
Sobre protectora	x
Centrada en los hijos	x
Permisiva	x
Inestable	
Estable	

ASMA

¿Durante que periodo del año su hijo/a sufre más crisis?

“En invierno, generalmente cuando se resfría comienza con tos y tiene 3 a 4 crisis en el año”.

¿Relaciona Ud. Con algo las crisis asmáticas?, ¿ Estas crisis coinciden con algo que sucede en el hogar o en el colegio?

“No, con nada” **PFE11N**

ETAPA ESCOLAR

¿En el colegio, su hijo/a ha presentado crisis asmáticas?

“No, y cuando ha tenido crisis no va al colegio tiene licencia” **PEE12N**

¿Usted cree que la enfermedad del asma afecta en las actividades escolares cotidianas de su hijo/a?

“Si, no puede correr y tiene problema con las materias después, retrocede, porque es floja para conseguirse los cuadernos” **PEE13N**. Señala que ahora está con licencia por 8 meses, por la fractura en el brazo.

¿Cómo describiría usted la relación que presenta su hijo/a con sus pares? Expliqué

“Buena, pero el año pasado tuvo bulling” **PEE14N**. Señala que a la niña la echaron del colegio y que también molestaba a otros niños. “A veces no quiere ir al colegio, a veces se lleva bien y otras más o menos” **PEE15N** 4.

¿Cómo describiría el autoestima de su hijo/a? Expliqué en los siguientes escenarios

- Dimensión física: “ella se pinta, se arregla, se encuentra bien, se quiere mucho derrepente”
- Dimensión social: “Está pendiente siempre de todos” **PEE16N**, señala la abuela que valentina dice “me tinca que esa niña de atrás está diciendo algo malo de mi”
- Dimensión académica: “Se cree todo el cuento”
- Dimensión afectiva

PAUTA ANAMNESIS

Nombre: Steffano Miripil

Edad: 6 años

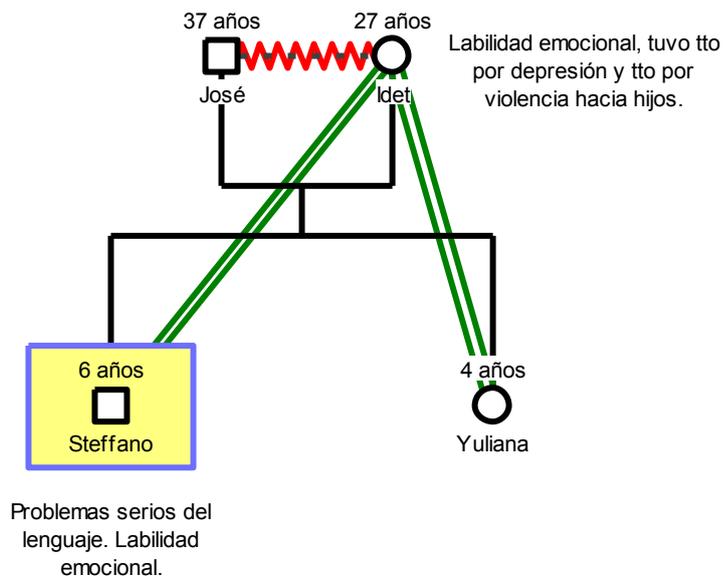
Nombre Adulto Responsable: Idet Rivas

Antecedentes Familiares.

Composición Familiar:

Nombre	Edad	Relación	Ocupación
José	37 años	Papa	Maestro constructor
Idet	27 años	Mama	Dueña de casa
Steffano	6 años	Evaluated	Estudiante
Yuliana	4 años	Hermana	

Genograma.



Antecedentes del Embarazo.

¿Cómo podrían describir su embarazo?

Tuvo una pérdida antes de quedar embarazada de Steffano. Señala que se sintió “pésimo”, le venían contracciones y sangramiento. Nació a las 35 semanas y tuvo reposo absoluto en el embarazo.

¿Cómo describiría ud. el nacimiento de su hijo?

Bien. Luego señala que a los 3 meses tuvo una hernia entre las piernas, y lo operaron al mes después, “pasaba enfermo, con bronquitis. Amigdalitis”. “No tomó pecho, a los 9 meses agarró la pechuga tanto insistirle”

Antecedentes del Desarrollo.

¿Presentó alguna dificultad en el desarrollo del lenguaje?

Si, desde que lo operaron de las amígdalas, señala la madre que habla diferente. “antes hablaba más claro, siempre ha tenido esa dificultad, la profesora le dice que lo lleve al médico. Comienza a hablar a los 11 meses.

¿Recuerda a qué edad comenzó a hablar y a caminar su hijo/a? ¿Tuvo alguna dificultad?

A los 11 meses comienza a caminar.

¿Ha presentado dificultades para controlar su esfínter?

No.

¿Actualmente presenta enuresis? _____ Diurna ___ Nocturna ___

¿Actualmente presenta encopresis? _____ Diurna ___ Nocturna ___

¿Cómo tiene el sueño su hijo/a?

Son locos para dormir (habla por sus dos hijos). Señala que duerme bien toda la noche.

¿Ha presentado algún problema en su alimentación?

“come de todo”. “Come lo justo y necesario desde el año pasado, está preocupado por el peso”

Antecedentes Mórbidos.

¿Ha presentado algún tipo de enfermedad grave?

¿Cuál? adenoides Edad 1 año 3 meses

Hospitalización amigdalitis Periodo 2
días

¿Ha tenido algún accidente? ¿Cuál? Se calló en unos escombros, se enterró un alambre en la boca, tuvo 10 puntos tenía 4 años

Antecedentes Escolares.

Curso	1° básico
Repeticiones ¿Qué curso?	No
Inasistencias	No
Rendimiento académico	Regular, es el primer año en el colegio.
Observaciones	

Descripción del niño.

Aspectos emocionales

Es cariñoso, amoroso, cuando uno le encuentra su lado positivo, todo lo consigue con él. Cuando no y uno le dice algo malo, llora, es muy sensible, eso lo sacó a mí, a mi todo me afecta, el es igual de sentimental.

Aspectos Sociales

Se lleva bien con sus compañeros. Es tranquilo en la sala. Le afecta no poder hablar señala que le dice “mama los niños no me entienden”.

ENTREVISTA

TIPOS DE FAMILIA

Nuclear: x

Extensa:

- Monoparental
- Madre soltera
- Padres separados

RELACIONES FAMILIARES

¿Cómo podría definir Ud. A su familia?

“Como una familia normal” **PNF1I**, “que no le gusta andar en casas, de carrete, no fumo, no tomo, “derrepente discuto con mi marido” **PNF2I**

¿Cómo reacciona la familia con cada crisis asmática que su hijo/a sufre

“Fue y es choquéante todavía, y hago todo lo que me dicen que haga en el Roberto del rio” **PFE3I**. Supe cómo reaccionar con Steffano, señala la madre que: “siempre quise ser enfermera, no fue tan riesgoso para mi, sé bastante sobre la enfermedad” **PFE4I**

¿Qué pasa cuando el niño no hace caso? ¿Quién le pone los permisos o quien lo reta cuando no hace lo que debe? ¿Qué pasa cuando el niño no cumple las reglas?

“Antes era muy gritona, le pegaba mucho, cosa que ya no hago” **PHC5I**. “yo creo que soy así, porque así me enseñaron”. Señala que tuvo depresión post-parto desde que tuvo a su hija pequeña. El no la ayudaba en nada y señala que “mi marido le pegaba al Steffano” **PHC6I**. El esposo la demanda por violencia intrafamiliar hacia los niños, “tuve atención psicológica y psiquiátrica y aprendí a que eso estaba mal” **PHC7I**, señala que estuvo 2 años en tratamiento. “Me encuentro mucho mejor, ya no le pego como antes” **PHC8I**

“Ahora le voy quitando lo que más le gusta, la tele y el play station” **PHC9I**

En aquellas situaciones en las que hayan tenido algún problema ¿cómo lo resolvieron?

¿Cuáles son los conflictos o problemas que se manifiestan a menudo al interior de la familia? , ¿Cómo los solucionan?

“Dicen que soy muy gritona, que no sirvo y yo encuentro que tienen razón, a mi no me afecta mucho eso” **RCF10I**. Señala que otro conflicto es que “tenemos poca comunicación” **RCF11I**

Rígida	
Sobre protectora	x
Centrada en los hijos	
Permisiva	x
Inestable	x
Estable	

ASMA

¿Durante que periodo del año su hijo/a sufre más crisis?

En Invierno. Este año no ha tenido crisis. El año pasado como 3-4 crisis.

¿Relaciona Ud. Con algo las crisis asmáticas?, ¿ Estas crisis coinciden con algo que sucede en el hogar o en el colegio?

No.

ETAPA ESCOLAR

¿En el colegio, su hijo/a ha presentado crisis asmáticas?

No, nunca.

¿Usted cree que la enfermedad del asma afecta en las actividades escolares cotidianas de su hijo/a?

En educación física sí.

¿Cómo describiría usted la relación que presenta su hijo/a con sus pares? Expliqué “No sé muy bien, la profesora me dice que se lleva bien.” **PEE12I**

¿Cómo describiría la autoestima de su hijo/a? Expliqué en los siguientes escenarios

- Dimensión física: Señala la madre que su hijo dice “yo soy un niño guapo, inteligente y cuando anda mañoso dice soy un niño feo, triste. Cuando yo ando de mal genio el anda así” **PEE13I**
- Dimensión social: Señala la madre que dice que “Yo puedo”, en relación a la relación que tiene con los demás niños. Se aísla y lo aíslan en el colegio porque los niños no le entienden lo que habla.
- Dimensión académica
- Dimensión afectiva

PAUTA ANAMNESIS

Nombre: Martina Ruz

Edad: 6 años

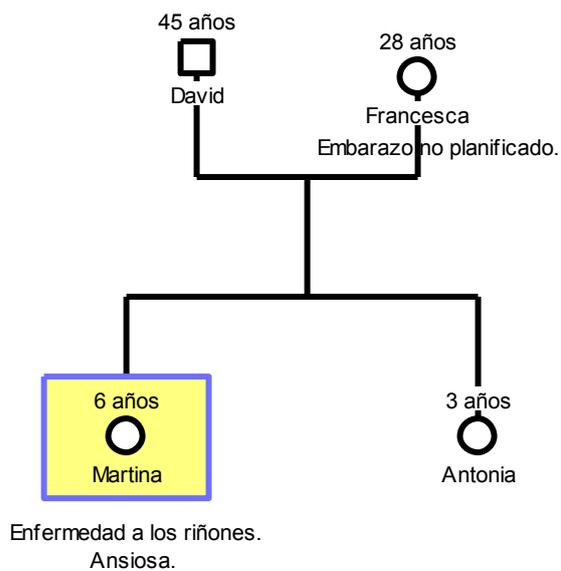
Nombre Adulto Responsable: Francesca Williamson

Antecedentes Familiares.

Composición Familiar:

Nombre	Edad	Relación	Ocupación
Martina	6 años	Evaluada	Estudiante
Antonia	3 años	Hermana	Jardín
David	45 años	Papa	Paramédico
Francesca	28 años	Mama	Paramédico

Genograma.



Antecedentes del Embarazo.

¿Cómo podrían describir su embarazo?

Bueno, señala que ella se fue de su casa y a la semana después se entero que estaba embarazada. “Yo creo que no era el momento”, señala después que “No disfruté el embarazo”

¿Cómo describiría ud. el nacimiento de su hijo?

“Bueno”. Amamantó hasta los 7 meses.

Antecedentes del Desarrollo.

¿Presentó alguna dificultad en el desarrollo del lenguaje?

No. Comenzó a hablar al año.

¿Recuerda a qué edad comenzó a hablar y a caminar su hijo/a? ¿Tuvo alguna dificultad?

Comenzó a caminar al año y medio. No presento ninguna dificultad.

¿Ha presentado dificultades para controlar su esfínter?

“Se aguanta y ha tenido varias infecciones urinarias”

¿Actualmente presenta enuresis? _____ Diurna ___ Nocturna ___

¿Actualmente presenta encopresis? _____ Diurna ___ Nocturna ___

¿Cómo tiene el sueño su hijo/a?

“Me cuesta mucho para que se quede dormida en la noche, se duerme como a las 12:30”. Dice que le da miedo la oscuridad, señala la niña que fue desde que el primo le metió miedo con una película y desde los 4 años que le teme a la oscuridad”.

ENTREVISTA

TIPOS DE FAMILIA

Nuclear: x

Extensa:

- Monoparental
- Madre soltera
- Padres separados

RELACIONES FAMILIARES

¿Cómo podría definir Ud. A su familia?

“Buena, nos preocupamos uno del otro y que estemos lo mejormente posible y que también no nos falte nada” **PNF1F**

¿Cómo reacciona la familia con cada crisis asmática que su hijo/a sufre?

“La ayudamos, y como somos paramédicos sabemos que hacer, somos más de medicamentos” **PFE2F**

¿Qué pasa cuando el niño no hace caso? ¿Quién le pone los permisos o quien lo reta cuando no hace lo que debe? ¿Qué pasa cuando el niño no cumple las reglas?

“Pesco el escobillón, porque la mano me duele, para asustarla”. **PHC3F** Señala que el problema que tiene con ella es que “es floja para hacer las cosas” **PEE4F**.

“Las reglas son compartidas al igual que los permisos” **PHC5F** dice que es porque con el marido tienen turnos y cuando ella está el trabaja y viceversa.

Señalan que “se castiga se quita el cable, el computador y el salir afuera, eso si no la castigo mucho” **PHC6F**

En aquellas situaciones en las que hayan tenido algún problema ¿cómo lo resolvieron?

“Se habla con el papa y tratar de que escuche, si no entiende se vuelve a hablar y se corta” **RCF7F**

¿Cuáles son los conflictos o problemas que se manifiestan a menudo al interior de la familia? , ¿Cómo los solucionan?

“Con ellas son la comida, la bebida, la mayonesa, siempre quiere más comida”

RCF8F

Rígida	x
Sobre protectora	x
Centrada en los hijos	
Permisiva	
Inestable	
Estable	

ASMA

¿Durante que periodo del año su hijo/a sufre más crisis?

En el verano y en invierno, tiene 3 o 4 crisis en el año.

¿Relaciona Ud. Con algo las crisis asmáticas?, ¿ Estas crisis coinciden con algo que sucede en el hogar o en el colegio?

No.

ETAPA ESCOLAR

¿En el colegio, su hijo/a ha presentado crisis asmáticas?

No.

¿Usted cree que la enfermedad del asma afecta en las actividades escolares cotidianas de su hijo/a?

“En el ejercicio si y cuando falta al colegio la perjudica, cuando están aprendiendo a leer y esas cosas” **PEE9F**

¿Cómo describiría usted la relación que presenta su hijo/a con sus pares? Expliqué

“Tiene una buena relación con los compañeros hasta ahora, pero le cuesta un poco adaptarse” **PEE10F**

¿Cómo describiría el autoestima de su hijo/a? Expliqué en los siguientes escenarios

- Dimensión física: Se encuentra bien físicamente. La madre se preocupa mucho sobre la alimentación de sus hijas, se preocupa que sea una alimentación saludable
- Dimensión social: Bien
- Dimensión académica: “Se ve bien, dice ella “me fue bien me saque un 7”, es autoexigente
- Dimensión afectiva: “Es como esquivada, no le gusta mucho que se le acerquen” **PEE11F**

PAUTA ANAMNESIS

Nombre: Vania Troncoso

Edad: 9 años

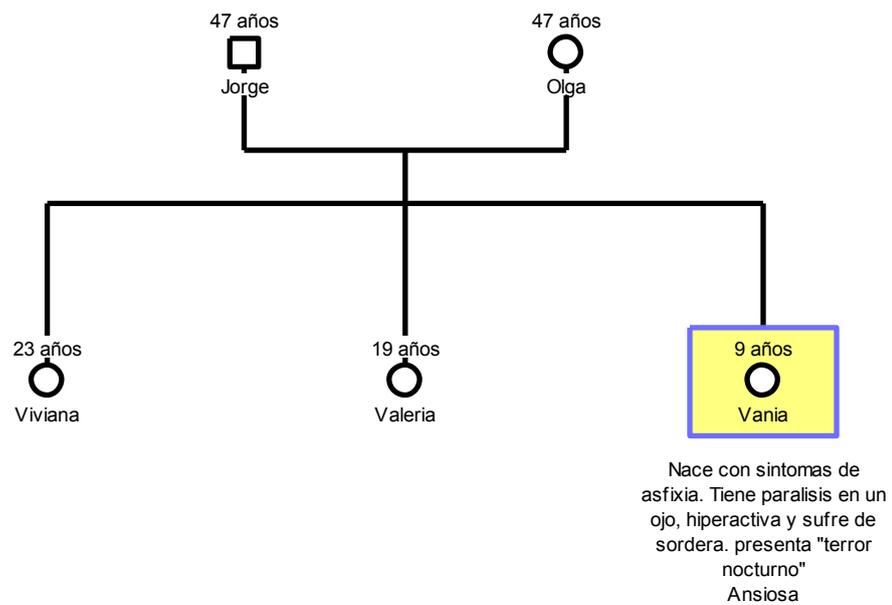
Nombre Adulto Responsable: Olga Madariaga

Antecedentes Familiares.

Composición Familiar:

Nombre	Edad	Relación	Ocupación
Viviana	23 años	Hermana	Sin ocupación
Valeria	19 años	Hermana	Estudiante
Jorge	47 años	Papa	Trabaja

Genograma.



Antecedentes del Embarazo.

¿Cómo podrían describir su embarazo?

Tuvo un mal embarazo, tuvo síntomas de pérdida. Nace con síntomas de asfixia sufre parálisis.

¿Cómo describiría ud. el nacimiento de su hijo?

Estuve en la UTI 15 días, nació con asfixia, y la niña tiene paralizado el lado izquierdo.

Antecedentes del Desarrollo.

¿Presentó alguna dificultad en el desarrollo del lenguaje?

Si le cuesta mucho pronunciar las palabras.

¿Recuerda a qué edad comenzó a hablar y a caminar su hijo/a? ¿Tuvo alguna dificultad?

Comenzó a hablar a los 11 meses, le costó un poco. Tuvo un retraso por el problema de su musculatura en el lado izquierdo. La niña es sorda por eso se observa en la familia un distanciamiento, la madre no da cuenta de muchos detalles de la niña.

¿Ha presentado dificultades para controlar su esfínter?

La madre le sacó el pañal después de los 3 años.

¿Actualmente presenta enuresis? _____ Diurna ___ Nocturna ___

¿Actualmente presenta encopresis? _____ Diurna ___ Nocturna ___

¿Cómo tiene el sueño su hijo/a?

Tiene problemas para dormir, señala la madre que tiene “terror nocturno” diagnosticado por el neurólogo, esta con tratamiento, toma metilfenidato.

¿Ha presentado algún problema en su alimentación?

Señala que la niña es ansiosa, Asociado al metilfenidato.

Antecedentes Mórbidos.

¿Ha presentado algún tipo de enfermedad grave?

¿Cuál? no Edad

Hospitalización Si Periodo 2 días

¿Ha tenido algún accidente? ¿Cuál? Ninguno

Antecedentes Escolares.

Curso	4° básico
Repeticiones ¿Qué curso?	No
Inasistencias	Solo cuando está enferma
Rendimiento académico	
Observaciones	

Descripción del niño.

Aspectos emocionales

“Normal”

Aspectos Sociales

“Es solidaria y amistosa”

ENTREVISTA

TIPOS DE FAMILIA

Nuclear: x

Extensa:

- Monoparental
- Madre soltera
- Padres separados

RELACIONES FAMILIARES

¿Cómo podría definir Ud. A su familia?

“Somos una familia muy unida que se apoyan en todo” **PNF10**

¿Cómo reacciona la familia con cada crisis asmática que su hijo/a sufre?

Hay preocupación en torno a ella” **PFE20**

¿Qué pasa cuando el niño no hace caso? ¿Quién le pone los permisos o quien lo reta cuando no hace lo que debe? ¿Qué pasa cuando el niño no cumple las reglas?

Señala la madre que “Yo pongo las reglas y los castigos en la casa” **PHC30**

En aquellas situaciones en las que hayan tenido algún problema ¿cómo lo resolvieron?

Señala que “No, no tenemos problemas familiares y si hay se solucionan en familia” **RCF40**

¿Cuáles son los conflictos o problemas que se manifiestan a menudo al interior de la familia? , ¿Cómo los solucionan?

No.

Rígida	x
Sobre protectora	
Centrada en los hijos	
Permisiva	
Inestable	x
Estable	

ASMA

¿Durante que periodo del año su hijo/a sufre más crisis?

En invierno.

¿Relaciona Ud. Con algo las crisis asmáticas?, ¿ Estas crisis coinciden con algo que sucede en el hogar o en el colegio?

“No con nada”. **PFE50**

ETAPA ESCOLAR

¿En el colegio, su hijo/a ha presentado crisis asmáticas?

No nunca.

¿Usted cree que la enfermedad del asma afecta en las actividades escolares cotidianas de su hijo/a?

No.

¿Cómo describiría usted la relación que presenta su hijo/a con sus pares? Expliqué

“Tiene una buena relación con sus compañeros, sin problemas” **PEE60**

¿Cómo describiría el autoestima de su hijo/a? Expliqué en los siguientes escenarios

- Dimensión física: “Buena siempre se siente linda” **PEE7O**
- Dimensión social: “Amiga de sus amigas, nada más”. La madre señala que le robaba las muñecas a sus amigas, y la madre también señaló que ella no le compraba muñecas a su hija.
- Dimensión académica: “Normal”
- Dimensión afectiva: “Bien”

+

ANEXOS 2: ANÁLISIS TEST GRÁFICOS

Nombre: Albert Pérez.

Edad: 8 años.

Antecedentes relevantes:

Albert vive actualmente con sus padres (Paula de 42 años y René de 48 años), y sus hermanas (Tania de 26 años, Tiffany de 21 años y Tiare de 15 años).

En su estado gestacional sufrió alteraciones, diabetes gestacional, la madre estuvo hospitalizada hasta las 37 semanas. El parto fue normal, nació sin complicaciones.

La adquisición de las habilidades motoras fue alrededor de los once meses y controló esfínter diurno y nocturno después de los dos años sin complicación alguna.

La madre lo describe como un niño emotivo que no le cuesta expresar sus sentimientos, y no presenta dificultades para socializar en la actualidad, participa en actividades de karate, lo que le permite socializar y acrecentar su autoestima.

En la familia existen antecedentes de alergias y asma (las 3 hermanas y el padre).

Análisis Gráfico

Aspectos formales

Secuencia: De izquierda a derecha, y las figuras se comienzan dibujando por la cabeza, tronco, accesorios y para terminar las extremidades.

Presión del lápiz: Trazo fuerte.

Simetría: Trazos simétricos que se repiten en un personaje o de un personaje a otro, pero estereotipados.

Trazo: Líneas recogidas o entre cortadas.

Lugar del Grafico en el papel: Esta orientado al sector superior y con predominancia al lado izquierdo de la hoja, además no existe línea de base.

Borrado: Si borra. Principalmente en el aérea de la cabeza y los pies.

Detalles: cinturones, bolsillos y zapatillas.

Sombreado: Si, en el área de las extremidades inferiores.

Análisis de Estructuras Formales

Racional: Dibujo esquematizado y estereotipado, todos en la misma posición y con las mismas características de detalles.

Análisis de Contenido

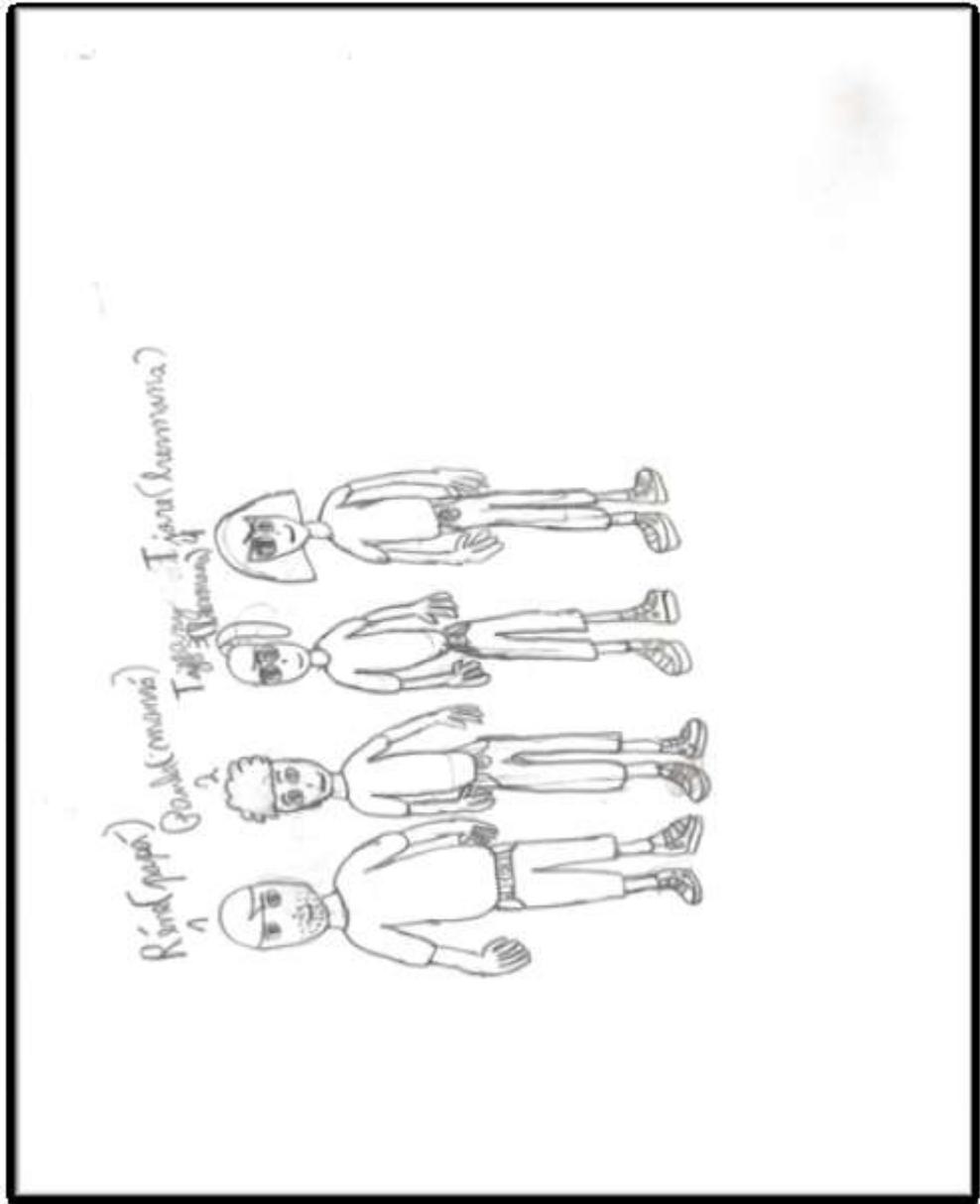
Valorización: Destaca como personaje significativo dentro de la familia al padre, dándole importancia y admiración. Albert añade valorización a personajes que no aparecen en el dibujo, omitiéndose a él mismo y dando una valorización de que el más feliz es él, porque recibe todos los cuidados y cariños de los papas, además refiere que los más buenos, son los papas porque lo aman y lo cuidan cuando está enfermo. Añade la primera figura que dibuja es al papá, se encuentra al mismo nivel o tamaño que los otros miembros de la familia.

Desvalorización: Desvaloriza su propia figura al igual que la figura de la hermana mayor ausentándolas y negándolas en el relato. Señala que el menos bueno es la hermana Tiare, ya que lo molesta mucho y se porta mal. Y el menos feliz, ninguno, todos son felices.

Relación a distancia: La estructura familiar está constituida por seis personas (Mamá, Papá y dos hermanos, no se percibe mucha relación entre los personajes, se encuentran todos en la misma posición y mirando hacia el frente; el niño dibuja cuatro personas, de los cuales se puede observar que se encuentran todos

dibujados con la mismas características, solo haciendo diferenciación del sexo de los personajes tres y cuatro. Además omite figuras como a su hermana mayor, lo que nos da cuenta de una minimización de la conflictiva familiar que existe en torno a la condición física de la hermana. En cuanto a la composición de la figura en estas se encuentra características, rectangulares, circulares y ovaladas, todos presentan manos y brazo bien definidos, al igual que el resto de las partes del cuerpo.

Albert P



Interrogatorio

¿Dónde están? , y ¿Qué hacen allí?

R: No están en ningún lugar, no hacen nada.

“Nómbrame a todas las personas, empezando por la primera que dibujaste”

R: 1. Papa, 2. Mama, 3. Hermana (21 años), 4. Hermana (14 años)

“¿Cuál es el más bueno de todos, en esta familia?”

R: la mama y el papa, “me cuidan y me protegen”

“¿Cuál es el menos bueno de todos?”

R: la Hermana (Tiare) “me molesta, se porta mal”

“¿Cuál es el más feliz?”

R: el mismo, porque las hermanas no se ven nunca y los papas siempre están preocupados de otras cosas.

“¿Cuál es el menos feliz?”

R: ninguno

“¿Y tú, en esta familia, a quien prefieres?”

R: prefiere a todos, no puede escoger a uno en particular

Nombre: Valentina Pérez

Edad: 9 años

Antecedentes relevantes:

Actualmente Valentina vive con su bisabuela (María de 87 años), con su abuela (Nelly de 50 años), abuelo (Jorge de 52 años), su tío (Felipe de 17 años) y su tía abuela (Ana de 53 años). La abuela señala que durante el embarazo no existieron inconvenientes, fue un parto normal sin complicación alguna.

En cuanto a la adquisición del habla, esta se da alrededor de los dos años, actualmente presenta problemas de lenguaje, por lo cual asiste a un programa especial en el colegio que la ayuda con esta situación. En cuanto al caminar se realizó sin dificultad alguna al año de edad, en relación del control de esfínter, no existieron mayores problemas con esto.

Es importante señalar que es la abuela y el abuelo materno quien asume los cuidados de la niña, ya que la madre actualmente tiene una nueva familia. La madre tiene un hijo de 3 años y Valentina presenta dificultades para aceptarlo.

La abuela describe a la niña como cariñosa, amable e inquieta, que no le cuesta generar vínculos con otras personas y niños, solo señala que la ve envidiosa con su hermanastro de tres años.

Análisis Gráfico

Aspectos formales

Secuencia: Izquierda a derecha, y las figuras se comienzan dibujando por la cabeza, tronco, accesorios y para terminar las extremidades.

Presión del lápiz: Trazo fuerte

Simetría: Poco simétricos, son estereotipados.

Tamaño: Pequeño.

Lugar grafico del dibujo en el papel: Borde inferior, con tendencia al lado derecho de la hoja.

Borrado: No borra

Detalles: Casa con chimenea, niña saltando la cuerda y parrilla de asado.

Sombreado: Sin sombreado

Análisis de Estructuras Formales

Racional: Solo personas haciendo la misma acción y sonriendo, dibujos esquematizados y estereotipados y poco sensitivos.

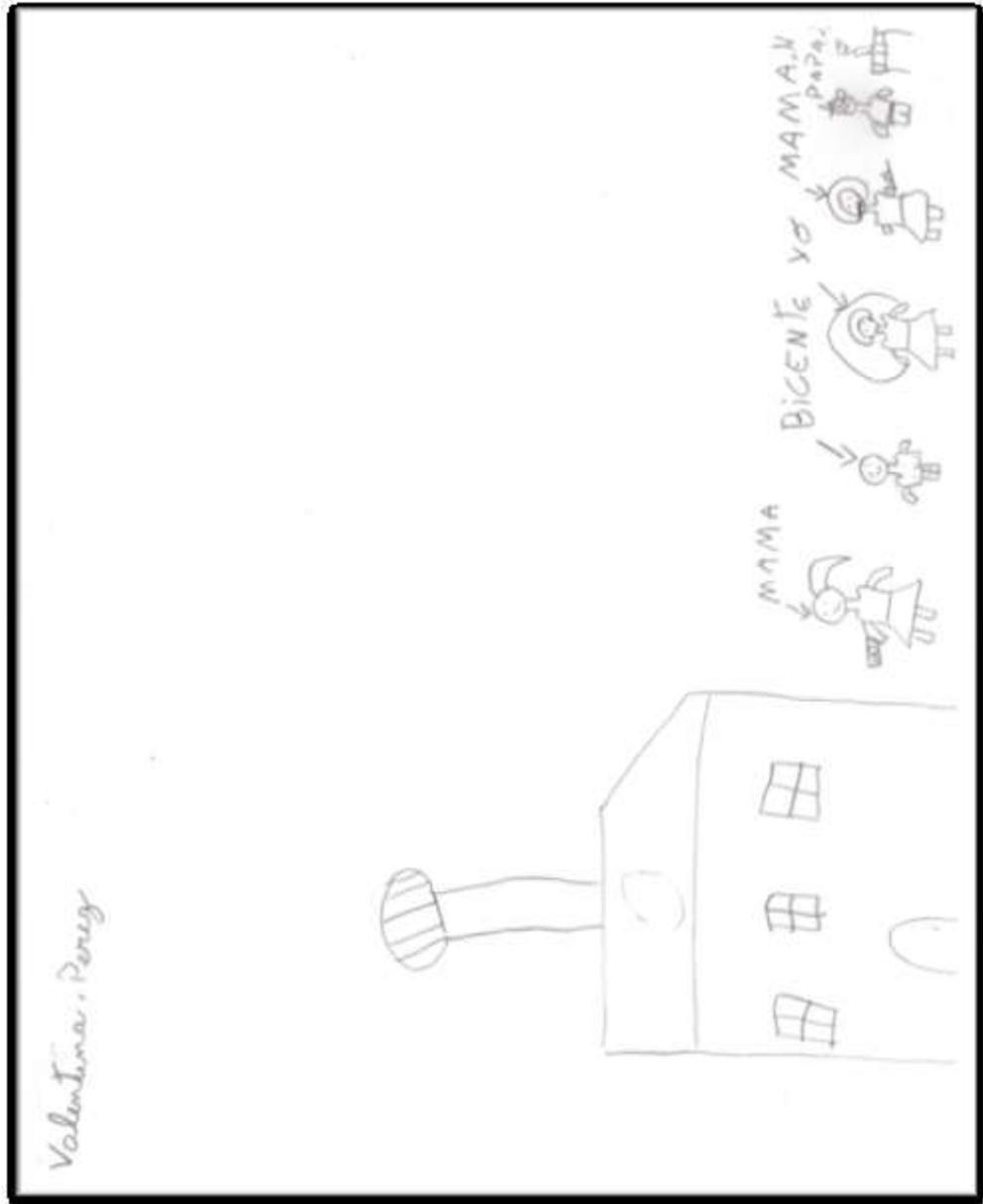
Análisis de contenido.

Valorización: La primera figura dibujada es la de la madre, también tiene mayor tamaño que el resto de los personajes. Y en el interrogatorio señala que el más feliz y el más bueno es el papa Jorge (abuelo), ya que es el que la consiente en todo.

Desvalorización: El personaje que dibuja en último lugar es la del abuelo, también es el personaje que dibuja de menor tamaño. El menos feliz, la mama Nelly porque no le gusta cocinar, y el menos bueno, Vicente el hermano menor, siempre anda molestando a todo el mundo.

Relación a distancia: La estructura familiar está compuesta por cinco personas (Bisabuela, Abuelos y Tíos). En la actualidad la niña presenta un grupo familiar extenso más de lo que se expresa en los antecedentes, en donde dibuja figuras humanas completas, realizando acciones separadas y definidas. Incluyendo además personajes que no se encuentran en su vivir cotidiano.

Valentina P.



Interrogatorio

¿Dónde están? , y ¿Qué hacen allí?

R: “en la casa, me falta la parrilla”, “es domingo de asado, y están todos felices, lo están pasando bien”.

“Nómbreme a todas las personas, empezando por la primera que dibujaste”

- R: 1. Mama, Fifi de 30 años (mamá) está llevando pollo a las brasas,
2. Vicente, mi hermano chico, 3 años, “no hace nada como siempre”, jugando solo.
 3. Valentina, 10 años, saltando la cuerda.
 4. Mama Nelly, lleva vasos con bebida.
 5. Mi papa Jorge “mi abuelo”, 52 años, está saliendo humito de las brasas, está calentando el fuego.

“¿Cuál es el más bueno de todos, en esta familia?”

Mi papá Jorge, porque me consiente en todo.

“¿Cuál es el menos bueno de todos?”

El Vicente, siempre me anda molestando, me dice fea, me desordena la pieza, se pone a ver tele en mi pieza, me come la colación.

“¿Cuál es el más feliz?”

Yo y mi mamá Nelly. Mi mami Fifi, siempre anda feliz, menos cuando pelea con el innombrable, la pareja la zandungea, me cae mal.

“¿Cuál es el menos feliz?”

Mi mamá Nelly porque le carga cocinar.

“¿Y tú, en esta familia, a quien prefieres?”

A mi mamá Nelly y a mi mamá Fifi porque es buena conmigo.

Nombre: Stefano Miripil

Edad: 6 años

Antecedentes relevantes:

Actualmente Stefano vive con sus padres (Idet de 27 años y José de 37 años) y su hermana (Juliana de 4 años). La madre refiere que fue un embarazo deseado y esperado, ya que tuvo una pérdida anteriormente al embarazo de Stefano, comenta que estuvo con reposo absoluto por algunas complicaciones durante el embarazo.

La madre refiere que no tuvo complicaciones en su desarrollo, habló y caminó a los 11 meses y no tiene dificultades en relación al control de esfínter.

La madre comenta que Stefano es un niño muy cariñoso no le cuesta establecer relaciones sociales, siempre demuestra sus sentimientos y deseos.

No se observan dificultades de alguna enfermedad grave.

Análisis Gráfico

Aspectos formales

Secuencia: De izquierda a derecha en sentido progresivo.

Presión del lápiz: Trazo fuerte

Simetría: No hay simetría, son estereotipados.

Trazo: Fuerte

Tamaño: Normal

Lugar gráfico del dibujo en el papel: Borde inferior, con tendencia al lado izquierdo de la hoja.

Borrado: No borra

Detalles: Sol y Nubes

Sombreado: Sin sombreado

Análisis de Estructuras Formales

Racional: Solo personas haciendo la misma acción y sonriendo, dibujos esquematizados y estereotipados y poco sensitivos.

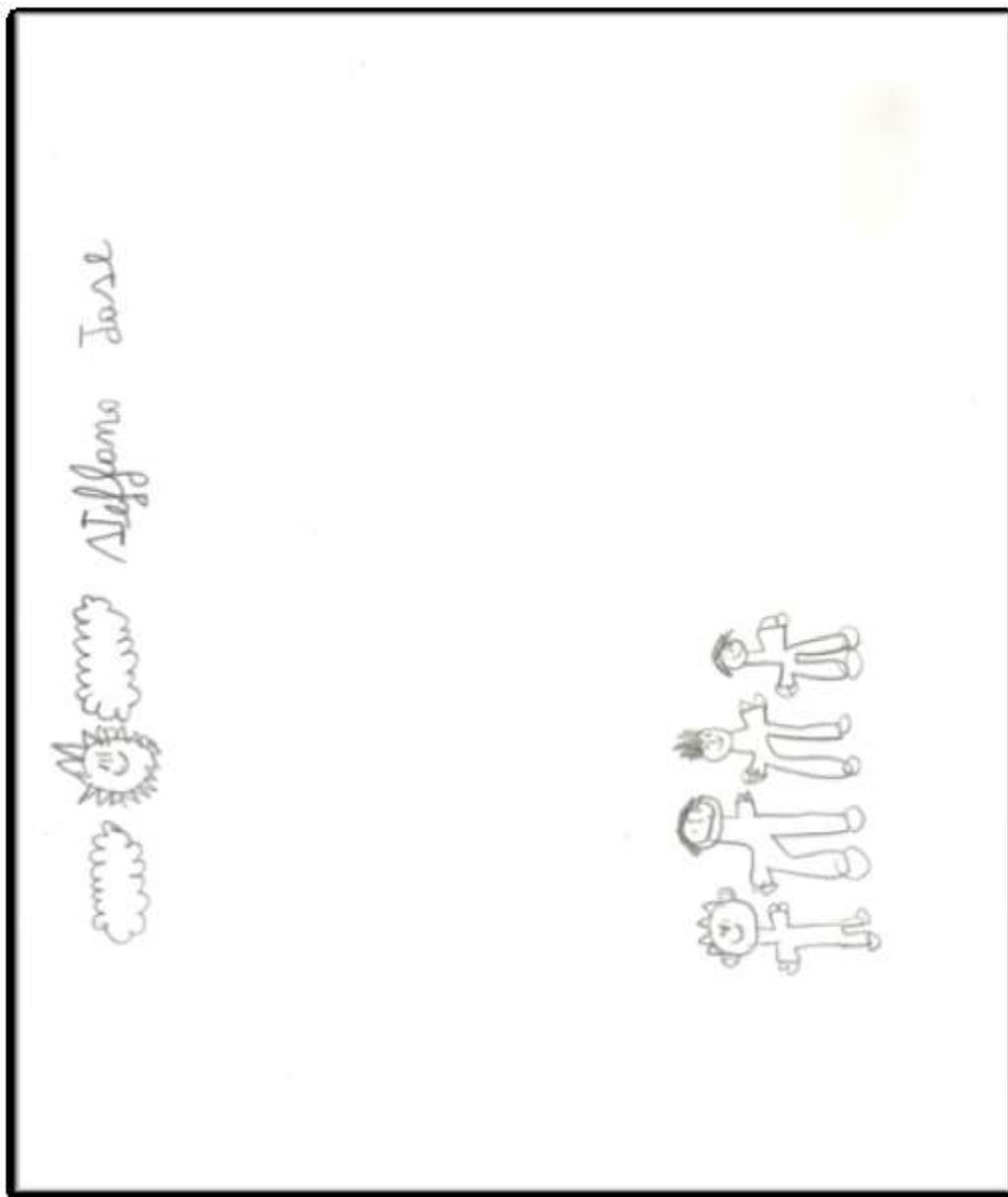
Análisis de contenido

Valorización: El primer personaje dibujado es él mismo, y le sigue el padre. Señala que el más feliz y el más bueno es la mama, ya que ella es quien lo consciente cuando el papa no está.

Desvalorización: El menos feliz, la mama Nelly porque no le gusta cocinar, y el menos bueno, Vicente el hermano menor, siempre anda molestando a todo el mundo y Steffano lo dibuja en último lugar.

Relación a distancia: La relación familiar está compuesta por cuatro personas (Papa, Mama y Hermano), en el dibujo demuestra su familia, no manifestando alguna problemática en particular, los dibuja y detalla situaciones de la cotidianidad familiar de Stefano.

Steffano M.



Interrogatorio

¿Dónde están? , y ¿Qué hacen allí?

R: Mi papá trabaja, mi mamá cocina y mi hermana ve tele.

“Nómbreme a todas las personas, empezando por la primera que dibujaste”

R: 1. Yo, 7 años.

2. Mamá Idet.

3. Papá.

4. Hermana juega a las muñecas.

“¿Cuál es el más bueno de todos, en esta familia?”

R: Mi mamá porque me deja ver tele, me deja estudiar, me deja pintar.

“¿Cuál es el menos bueno de todos?”

R: Mi papá y mi mamá, el papá es malo, solo me quiere a mí.

“¿Cuál es el más feliz?”

R: La mamá porque si.

“¿Cuál es el menos feliz?”

R: El papá porque si.

“¿Y tú, en esta familia, a quien prefieres?”

R: No sé.

Nombre: Martina Ruz

Edad: 7 años

Antecedentes relevantes:

Actualmente Martina vive con su Mamá y Papá (Marcela de 28 años y David de 45 años), y su hermano (Antonio de 3 años). La madre señala que no sabía del embarazo, hasta pasado dos semanas, la madre refiere que por esta razón y las complicaciones familiares no le permitieron disfrutar su embarazo como debe de ser. La madre refiere que en conclusión el embarazo fue bueno al igual que el parto, refiere que no existieron muchas complicaciones que resulto todo como debía de ser.

En relación a su desarrollo, la madre refiere que Martina camino al año tres meses y no existieron complicaciones, al igual que el lenguaje. En cuanto al control de esfínter, tiene complicaciones durante la noche.

La madre define a Martina como una niña inteligente y cariñosa, que no le cuesta socializar con compañeras de colegio o con cualquier otra persona.

No se observan dificultades de alguna enfermedad grave.

Análisis Gráfico

Aspectos formales

Secuencia: De izquierda a derecha en sentido ascendente.

Presión del lápiz: Trazo fuerte

Simetría: Simétricos, pero estereotipados

Trazo: Fuerte

Tamaño: Normal

Lugar grafico del dibujo en el papel: Borde inferior, con tendencia al lado izquierdo de la hoja.

Borrado: No borra

Detalles: Sol, niña en la piscina jugando con agua.

Sombreado: En los ojos, y en la cabellera

Análisis de Estructuras Formales

Racional: Solo personas haciendo la misma acción y sonriendo, dibujos esquematizados y estereotipados y poco sensitivos.

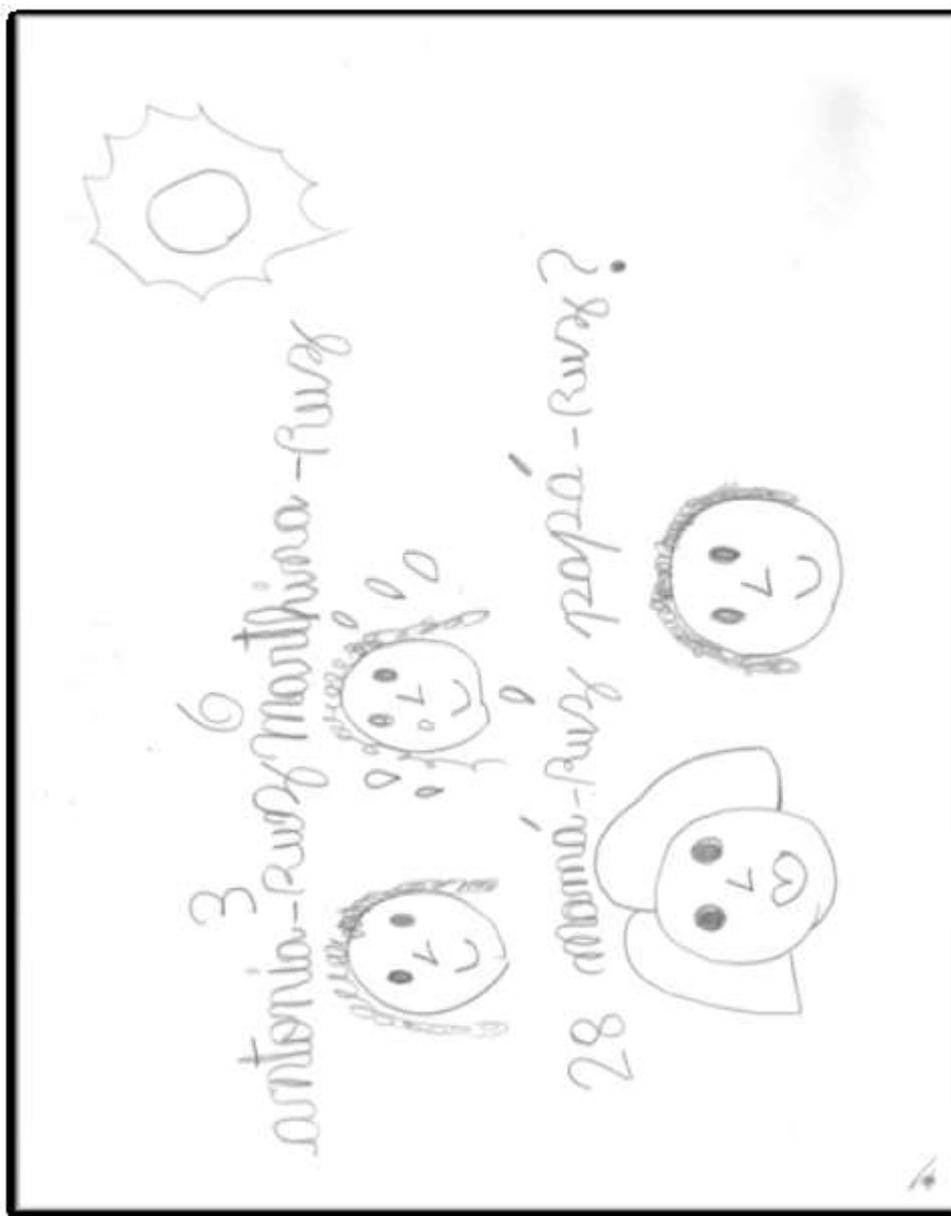
Análisis de contenido

Valorización: El personaje que dibuja primero fue la madre. Señala que el más feliz es ella porque siempre esta sonriendo y el más bueno es la mama ya que siempre la lleva de paseo a todas partes.

Desvalorización: El ultimo personaje dibujado es ella, el menos feliz, la hermana porque es pequeña y llora siempre, y el menos bueno, Antonia también porque siempre le pega a todo el mundo.

Relación a distancia: La estructura familiar está representada por cuatro personajes (Mama, Papa, hermanos). Martina dibuja figuras humanas incompletas separadas y poco definidas. En cuanto a la relación familiar esta es adecuada y estrecha, se ven vínculos familiares.

Martina R.



Interrogatorio

¿Dónde están? , y ¿Qué hacen allí?

R: Están reuniéndose en familia, están comiendo y están hablando de que les pasa y que sueñan. Están diciendo chistes. Están disfrutando del aire fresco, están en el parque, en el parque más bonito de aquí. ¿Cómo lo están pasando? Súper bien.

“Nómbrame a todas las personas, empezando por la primera que dibujaste”

R: 1. Mamá Francesca, 28 años, es paramédico.

2. Papá David.

3. Antonia, Hermana, 3 años. Está jugando conmigo, nos paliamos igual por los juguetes.

4. Martina, 6 años. Como siempre jugando. También hay una piscina, están bañándose en la piscina. Los papás están metiendo los pies en el agua disfrutándola mientras toman una bebida.

“¿Cuál es el más bueno de todos, en esta familia?”

R: Mamá Francesca, me lleva a pasear, me lleva a todas partes.

“¿Cuál es el menos bueno de todos?”

R: Antoni, porque me pega siempre, porque yo quiero una cosa ella me lo quita y yo se lo quito.

“¿Cuál es el más feliz?”

R: Antonia porque siempre anda sonriendo.

“¿Cuál es el menos feliz?”

R: Antonia, porque siempre la pasa mal, ella no juega con nadie.

“¿Y tú, en esta familia, a quien prefieres?”

R: A mi papá, porque tiene camioneta y me puede llevar a todos lados y se preocupa por mis cosas, es mi mejor papá.

Nombre: Diego Escobar

Edad: 8 años.

Antecedentes relevantes:

Diego actualmente vive con sus padres (Cristian de 46 años y Sandra de 35 años), sus hermanos (Daniela de 19 años y Maximiliano de 8 meses) y su sobrina (Antonella de 2 años). La madre señala que fue un embarazo planificado, no existieron complicaciones durante el embarazo y que el nacimiento fue normal. A los pocos meses de nacido se le detecta la enfermedad de Kawasaki, por lo cual estuvo hospitalizado 11 días en evaluación del diagnóstico de esta enfermedad.

La madre señala que el desarrollo del lenguaje fue normal y anticipado, ya que recuerda que comenzó a hablar a los 7 meses. Camino al año de edad, y actualmente presenta enuresis y encopresis diurna y nocturna. En cuanto al sueño, la madre refiere que presenta constantemente pesadillas, que lo hace reaccionar de manera agresiva golpeando puertas y paredes.

La madre describe a Diego como un niño que no puede controlar sus impulsos, y que le cuesta mucho socializar, ya que siempre se pelea con niños con los que intenta jugar o generar algún otro tipo de relación.

En la familia existen antecedentes de asma y alergias en actual tratamiento.

Análisis Gráficos:

Aspectos formales

Secuencia: Izquierda a derecha, y las figuras se comienzan dibujando por la cabeza, tronco y para terminar las extremidades.

Presión del lápiz: Trazo fuerte.

Simetría: Trazos simétricos que se repiten en un personaje o de un personaje a otro, estereotipados.

Trazo: Líneas amplias, recogidas o entre cortadas.

Lugar del Grafico en el papel: Esta orientado al sector inferior y con predominancia al lado derecho de la hoja.

Borrado: No borra.

Detalles: Pajarito, Gatito y Sol.

Sombreado: Cabellera de los personajes.

Análisis de Estructuras Formales

Racional: Reproducciones estereotipadas; personajes aislados y detalles precisos.

Análisis de Contenidos

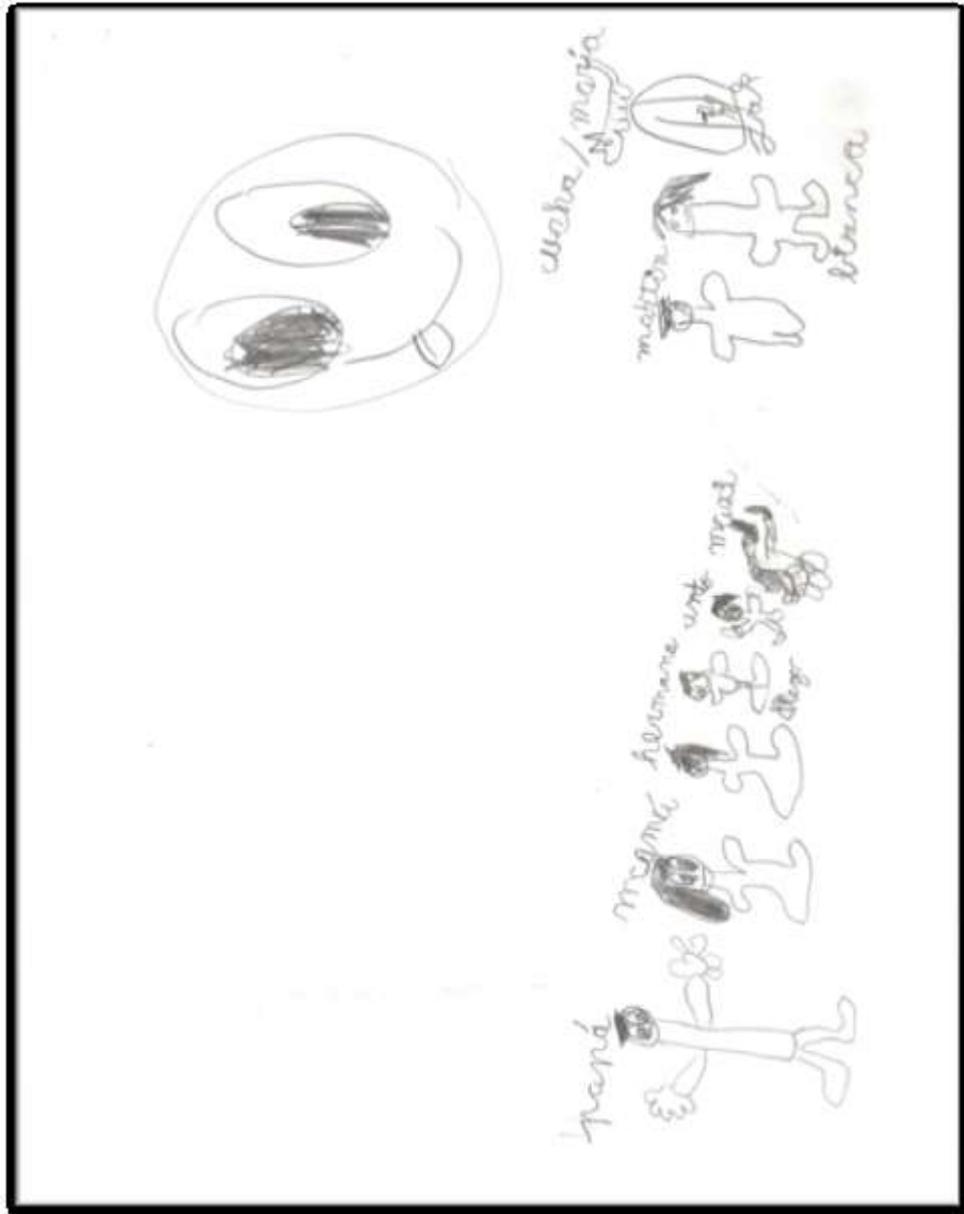
Valorización: El primer personaje que dibujó es el papá. Señala que el más bueno y el más feliz es él mismo, porque todo o que hace esta bien, los papas lo felicitan por todo lo que hace (Como por ejemplo manejar un auto).

Desvalorización: El último personaje dibujado es su hermano menor. Señala que el menos bueno y el menos feliz es el hermano Maximiliano, porque es el más pequeño y no puede hacer cosas de niño grande.

Relación a distancia: La estructura familiar está constituida por seis personas (Mamá, Papá, dos hermanos y sobrina), no se percibe mucha relación entre los personajes, todos miran hacia el frente, sin mostrar algún detalle que se pueda deducir como un relación estrecha. Se observa diferenciación del sexo de los personajes.

En cuanto a la composición de las figuras, estas se observan como amorfas, sin determinación clara de donde comienza cada parte del cuerpo de los personajes. Además añada detalles animales, y elementos con características humanas.

Diego E.



Interrogatorio

¿Dónde están? , y ¿Qué hacen allí?

R: Están paseando por el parque, la familia es muy feliz.

“Nómbreme a todas las personas, empezando por la primera que dibujaste”

R: 1. Papá.

6. Hermano

2. Mamá.

7. otro hermano.

3. Hermana.

8. otro hermano.

4. Diego.

9. Gatito.

5. Antonia.

10. Pajarito Jack.

“¿Cuál es el más bueno de todos, en esta familia?”

R: Diego.

“¿Cuál es el menos bueno de todos?”

R: Maxi.

“¿Cuál es el más feliz?”

R: Antonella.

“¿Cuál es el menos feliz?”

R: Nadie.

“¿Y tú, en esta familia, a quien prefieres?”

R: Prefiero a mi mamá.

Nombre: Martin Negrete

Edad: 8 años.

Antecedentes relevantes:

Martin actualmente vive con sus padres (Roxana de 36 años y Claudio de 37 años), y sus hermanos (Claudio de 18 años, Batían de 12 años y Tomas de 1 año). La madre hace referencia de que no fue un embarazo planificado y que le costó asumir que estaba embarazada. “No era que no lo quisiera, pero no lo podía creer”. En relación al parto tuvo complicaciones en el nacimiento, le costó nacer, pero luego de eso no hubieron inconvenientes con el niño.

En relación al lenguaje, se dio de manera lenta por lo cual tuvo que asistir a escuela de lenguaje hasta primero básico. En relación al caminar este se dio de manera adecuada al año de edad, no presento problemas con el control de esfínter. En cuanto al sueño a madre señala que ha presentado insomnio y pesadillas durante la noche.

La madre refiere que el niño es muy cariñoso, y dependiente de ella, en cuanto al ámbito social la madre indica que es sociable y de muchos amigos en el colegio actual, ya que en el anterior había sufrido de bullying.

Actualmente en la familia existen problemas de asma en tratamiento.

Análisis Gráficos

Aspectos formales

Secuencia: Izquierda a derecha, y las figuras se comienzan dibujando por la cabeza, tronco y para terminar las extremidades.

Presión del lápiz: Trazo fuerte.

Simetría: Trazos simétricos que se repiten en un personaje o de un personaje a otro, estereotipados.

Trazo: Líneas recogidas o entre cortadas.

Lugar del Grafico en el papel: Esta orientado al sector inferior y con predominancia al lado derecho de la hoja.

Borrado: No borra.

Detalles: Pelota

Sombreado: cabellera de las personas.

Análisis de Estructuras Formales

Racional: Reproducciones estereotipadas; personajes aislados y detalles precisos.

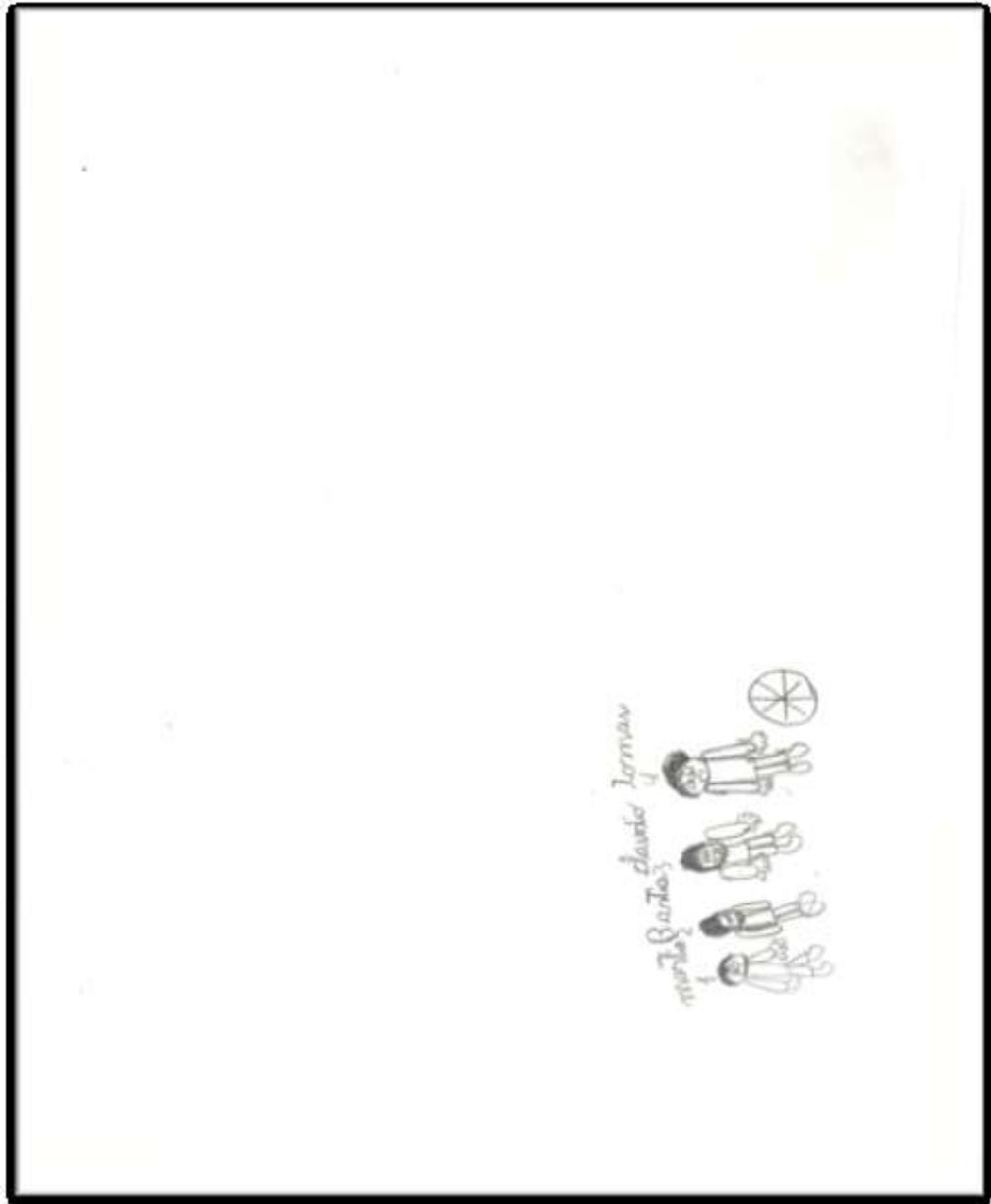
Análisis de Contenidos

Valorización: Señala que el mas bueno y el más feliz es él, porque es quien hace reír a la familia cuando esta triste.

Desvalorización: Señala que el menos bueno, es Bastián porque siempre está enojado por todo y el menos feliz es el hermano Tomas, porque llora cuando tiene hambre o necesita algo.

Relación a distancia: La estructura familiar está constituida por siete personas (Mamá, Papá, cinco hermanos), se percibe mucha relación familiar estrecha, que se encuentran jugando a la pelota, lo que genera la unión familiar para el niño. No se observa diferenciación del sexo de los personajes.

Martin N.



Interrogatorio

¿Dónde están? , y ¿Qué hacen allí?

R: La familia está jugando a la pelota.

“Nómbreme a todas las personas, empezando por la primera que dibujaste”

R: 1. Martin, 7 años.

2. Batían, 12 años, Hermano.

3. Claudio, 18 años, Hermano.

4. Tomás, Hermano.

“¿Cuál es el más bueno de todos, en esta familia?”

R: El Batían, lo ayudan a hacer las tareas.

“¿Cuál es el menos bueno de todos?”

R: El Batían porque no lo dejan hacer cosas.

“¿Cuál es el más feliz?”

R: Tomas, porque siempre lo hacen reír.

“¿Cuál es el menos feliz?”

R: Solo cuando llora el Tomas.

“¿Y tú, en esta familia, a quien prefieres?”

R: No da respuesta.

Nombre: Martin Mejías.

Edad: 9 años.

Antecedentes relevantes:

Martin actualmente vive con sus padres (Ernesto de 45 años y Pabla de 46 años), y su hermana (Tamara de 18 años). La madre señala que durante el embarazo sufre de diabetes gestacional.

En relación al lenguaje, se dio de manera normal. En relación al caminar este se dio de manera adecuada al año cuatro meses de edad, no presento problemas con el control de esfínter al igual que para dormir.

La madre refiere que el niño es muy cariñoso, además que es muy tranquilo y no le gusta pelear con los niños, es sociable y se adecua bien con los otros niños.

Actualmente en la familia existen problemas de asma en tratamiento.

Análisis Gráficos

Aspectos formales

Secuencia: Izquierda a derecha, y las figuras se comienzan dibujando por la cabeza, tronco, extremidades y para terminar el perro.

Presión del lápiz: Trazo fuerte, en boca y pies.

Simetría: Trazos simétricos que se repiten en un personaje o de un personaje a otro, estereotipados.

Trazo: Líneas recogidas o entre cortadas.

Lugar del Grafico en el papel: Esta orientado al sector izquierdo y con predominancia al centro de la hoja.

Borrado: Si borra, cabeza de la persona uno y la parte superior de la persona dos, y en las manos de la persona cuatro un libro.

Detalles: Perro

Sombreado: Zapatos de la persona dos, tres y cuatro, además de la Boca de la persona uno.

Análisis de Estructuras Formales

Racional: Reproducciones estereotipadas; personajes aislados y detalles precisos.

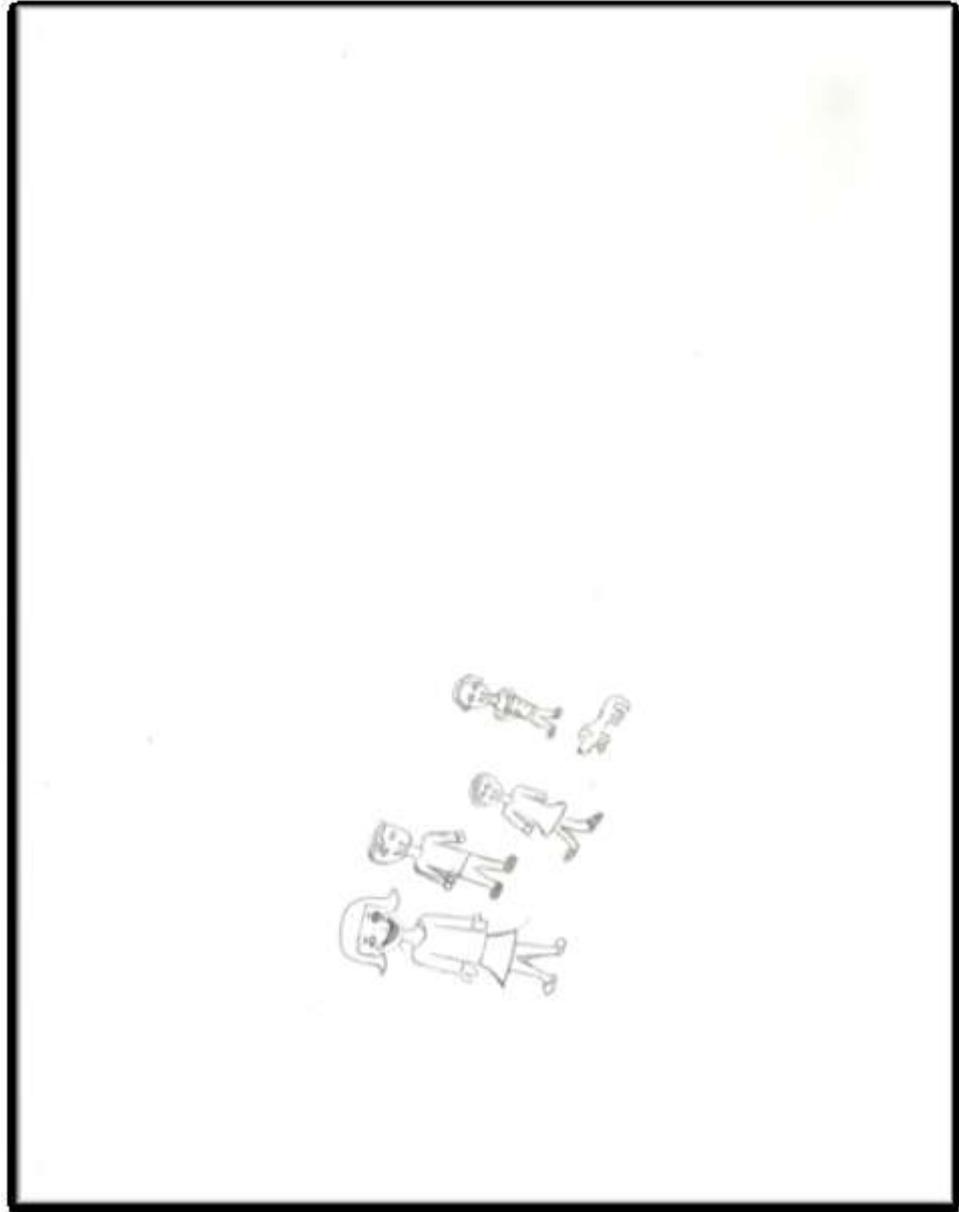
Análisis de Contenidos:

Valorización: El mas bueno y el más feliz Pedro porque nos deja dinero para las cosas de la casa y para la colación.

Desvalorización: No desvaloriza a nadie del contexto familiar.

Relación a distancia: La estructura familiar está constituida por cuatro personas (Mamá, Papá, Hermano), se percibe mucha relación familiar estrecha, que se encuentran jugando a la pelota, lo que genera la unión familiar para el niño. No se observa diferenciación del sexo de los personajes.

Martin M.



Interrogatorio

¿Dónde están? , y ¿Qué hacen allí?

R: En la playa, pasando el verano.

“Nómbrame a todas las personas, empezando por la primera que dibujaste”

R: 1. Mamá Alejandra, 65 años.

2. Papá, Pedro, 69 años.

3. Niña, Constanza, 14 años.

4. Hermano, Pepe, 16 años.

5. Cachorrito, es macho, se llama Ernesto.

“¿Cuál es el más bueno de todos, en esta familia?”

R: El Pedro es más bueno, porque trabaja siempre y trae plata a la casa.

“¿Cuál es el menos bueno de todos?”

R: Ninguno.

“¿Cuál es el más feliz?”

R: Pepe es el más feliz, porque siempre dibuja y también tiene computador.

“¿Cuál es el menos feliz?”

R: Ninguno.

“¿Y tú, en esta familia, a quien prefieres?”

R: No da respuesta.

Nombre: Vania Troncoso

Edad: 9 años.

Antecedentes relevantes:

Vania vive actualmente con sus padres (Jorge de 47 años y Olga de 47 años), y sus hermanos (Viviana de 23 años, y Valeria de 19 años).

En su estado gestacional sufrió alteraciones, la madre tuvo síntomas de pérdida, durante todo el embarazo, nace a las 37 semanas con síntomas de asfixias y una parálisis cerebral del lado izquierdo de su cuerpo, el cual perjudicó el desarrollo normal de sus habilidades motoras.

La adquisición de las habilidades motoras fue alrededor de los dos años, camino a los dos años y control esfínter diurno y nocturno después de los cuatro años sin complicación alguna. Además padece de terrores nocturnos, que fue diagnosticado por un neurólogo.

La madre lo describe como una niña poco emotiva que no le cuesta expresar sus sentimientos, y no presenta dificultades para socializar en la actualidad, ya que tiene poca audición, por lo cual tiene conflictos con sus compañeros.

En la familia solo existen antecedentes de alergias y asma.

Análisis Gráficos

Aspectos formales

Secuencia: Izquierda a derecha, y las figuras se comienzan dibujando por la cabeza, tronco, y para terminar las extremidades.

Presión del lápiz: Trazo fuerte.

Simetría: Trazos simétricos que se repiten en un personaje o de un personaje a otro, pero estereotipados.

Trazo: Líneas amplias, recogidas o entre cortadas.

Lugar del Grafico en el papel: Esta orientado al sector inferior y con predominancia al lado izquierdo de la hoja.

Borrado: no borra.

Detalles: Perro

Sombreado: Cabellera de los personajes.

Análisis de Estructuras Formales

Racional: Dibujo esquematizado y estereotipado, todos en la misma posición y con las mismas características.

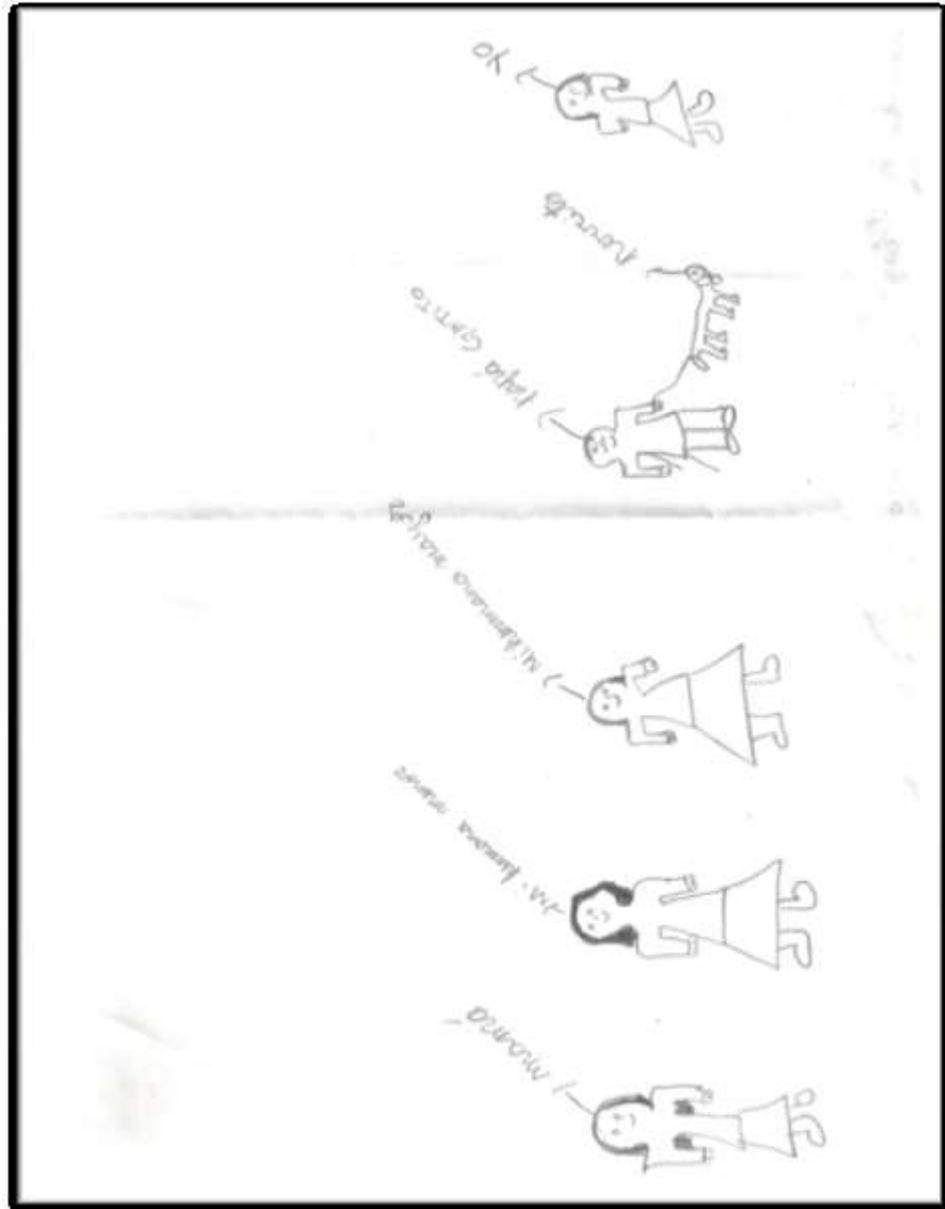
Análisis de Contenidos

Valorización: comenta que el más feliz es ella, siempre esta soñando e imaginando cosas lindas. Además refiere que le más bueno, son los papas porque le dan amor y cariño.

Desvalorización: No desvaloriza ninguna figura.

Relación a distancia: La estructura familiar está constituida por Cuatro personas (Mamá, Papá y hermanos), no se percibe mucha relación entre los personajes, se encuentran todos en la misma posición y mirando hacia el frente; el niño dibuja cuatro personajes, de los cuales se puede observar que se encuentran todos dibujados con la mismas características, solo haciendo diferenciación del sexo de los personajes . En cuanto a la composición de la figura en estas se encuentra características, rectangulares, circulares y ovaladas, todos presentas manos y brazo bien definidos, al igual que el resto de las partes del cuerpo.

Vania T.



Interrogatorio

¿Dónde están? , y ¿Qué hacen allí?

R: La familia salió de la casa a pasear al perro.

“Nómbreme a todas las personas, empezando por la primera que dibujaste”

R: 1. Nicolás, 12 años.

2. Verónica, Hermana, 29 años.

3. Manuel, Papá, 53 años.

4. Elizabeth, Mamá, 49 años

5. Perro, Ron, 1 año.

“¿Cuál es el más bueno de todos, en esta familia?”

R: El papá, porque nos defiende, nos da regalos y es entretenido.

“¿Cuál es el menos bueno de todos?”

R: Ninguno.

“¿Cuál es el más feliz?”

R: Yo, porque soy el mas fantasioso.

“¿Cuál es el menos feliz?”

R: El papá porque está cansado del trabajo.

“¿Y tú, en esta familia, a quien prefieres?”

ANEXOS 3: MATRIZ DE VACIADO DE CATEGORÍAS Y TÓPICO EMERGENTES.

CATEGORÍA 1: Percepción en cuanto a la noción de familia.

Tópico 1: “No tenemos problemas”

Citas textuales que construyeron el tópico.

“Normal, como todas, nunca hay conflictos” PNF1S.

“generalmente no hay discusiones” PNF2PR.

“derrepente discuto con mi marido” PNF2I

“No tengo problemas con mis hijos, dentro de lo normal” PNF1PR

“Como una familia normal” PNF1I

Tópico 2: “Somos unidos”

Citas textuales que construyeron el tópico.

“Nosotros somos uno” PNF1N

“somos bien unidos y siempre estamos todos juntos” PNF2N

“Somos una familia muy unida que se apoyan en todo” PNF1O

“Siempre he sido una mama comprometida igual que mi marido” PNF2P

“tengo una familia maravillosa” PNF1P

“Buena, nos preocupamos uno del otro y que estemos lo mejormente posible y que también no nos falte nada” PNF1F

Tópico 3: “Nos somos tan unidos”

Citas textuales que construyeron el tópico.

“No sé no somos como tan unidos, igual estamos todos juntos”, “en si mi familia no es mala, de repente falta más unión, ya que muchas veces estamos todos menos el papa, que trabaja todo el día” PNF1R

CATEGORÍA 2: Percepción de hábitos de crianza.

Tópico 1: “Yo pongo las reglas”

Citas textuales que construyeron el tópico.

La madre pone las reglas, “con él me cuesta arto, me da pena, porque llora y dice “nadie me quiere” y es por el Tomás (hermano menor)... hasta los 5 años él dormía conmigo” PHC6R.

“Yo la castigo, yo soy la dura” PHC5N

Señala que ella pone los castigos “yo, pero el papa se los quita.” PHC3S

“Yo pongo las reglas y los castigos en la casa” PHC3O.

Tópico 2: “Le pegamos o gritamos”

Citas textuales que construyeron el tópico.

“Antes era muy gritona, le pegaba mucho, cosa que ya no hago” PHC5I

“mi marido le pegaba” PHC6I

“Pesco el escobillón, porque la mano me duele, para asustarla”.PHC3F

“tuve atención psicológica y psiquiátrica y aprendí a que eso estaba mal (golpes)” PHC7I

“Me encuentro mucho mejor, ya no le pego como antes” PHC8I

“Generalmente lo reto y lo hace inmediatamente. Le hablo y cuando no obedece le grito” PHC4PR.

Tópico 3: “La reglas son compartidas”

Citas textuales que construyeron el tópico.

“Las reglas son compartidas al igual que los permisos” PHC5F

“Yo y los permisos los da el papa” PHC4P.

“el tiene que participar, como va a ser la madre el ogro” PHC5P

“derrepente mi hija quiere... (poner reglas) pero le dice la abuela “pero la niña vive conmigo” PHC6N

“también la castiga cuando es mucho” PHC7N

Tópico 4: “Le quito cosas”

Citas textuales que construyeron el tópico.

“Es que si o si me tiene que hacer caso” PHC4R

“lo mando a la isla” PHC5R

“a mí me privaban de muchas cosas” PHC8PR

“Ahora le voy quitando lo que más le gusta, la tele y el play station” PHC9I

“se castiga se quita el cable, el computador y el salir afuera, eso si no la castigo mucho” PHC6F

CATEGORÍA 3: Percepción de la dinámica familiar en torno a la enfermedad.

Tópico 1: “Lo cuidamos”

Citas textuales que construyeron el tópico.

“Bien, es que mi casa parece consultorio” “todos nos cuidamos” PFE2R.
Todos lo ayudamos. “Cuando él se enferma no se queda tranquilo, y lo mimamos como es el más chico, en especial yo” PFE3R.

“Cuidarlo” PFE3P

“Martin no hace crisis, porque lo cuido arto, hasta ahora” PFE3PR.
“cuando empieza a llorar comienza a toser” PFE9R

“La ayudamos, y como somos paramédicos sabemos que hacer, somos más de medicamentos” PFE2F

“siempre quise ser enfermera, no fue tan riesgoso para mi, sé bastante sobre la enfermedad” PFE4I

“Fue y es choquéante todavía, y hago todo lo que me dicen que haga en el Roberto del rio” PFE3I

Tópico 2: “No la asociamos con nada”

Citas textuales que construyeron el tópico.

“No coinciden con nada” PFE8P

“No, con nada” PFE5S

“No, con nada” PFE11N

“No con nada”. PFE5O

Tópico 3: “Nos preocupamos mucho”

Citas textuales que construyeron el tópico.

“Con mucha preocupación, ya que las crisis son muy complicadas”

PFE2S

“cuando él iba a cantar a los 4º medios, después el salió obstruido”.

PFE6PR

“le damos el puf antes de que salga a hacer deporte” **PFE7PR.**

“Todos se preocupan, mi mama sobre todo (bisabuela)” **PFE3N**

*Hay preocupación en torno a ella”***PFE2O**

Tópico 4: “Lloramos”

Citas textuales que construyeron el tópico.

“si la crisis es muy fuerte, nos ponemos a llorar” **PFE4N**

CATEGORÍA 4: Resolución de conflictos en la dinámica familiar.

Tópico 1: “No tenemos problemas”

Citas textuales que construyeron el tópico.

“no hay casi problemas” RCF7P

“Nunca tenemos problemas” RCF3S

“No tenemos conflictos” RCF4S

*“No, no tenemos problemas familiares y si hay se solucionan en familia”
RCF4O*

Tópico 2: “Cuando hay un problema grito”

Citas textuales que construyeron el tópico.

“Ahora soy yo la que grito, estoy saturada” RCF7R

*“Dicen que soy muy gritona, que no sirvo y yo encuentro que tienen razón,
a mi no me afecta mucho eso” RCF10I*

Tópico 3: “Los problemas se conversan o se callan”

Citas textuales que construyeron el tópico.

“Se conversan en familia” y los niños siempre están al tanto de lo que pasa, eso sí “y no soy mama amiga, mientras vivan en mi casa, eso sí tienen su privacidad, no tienen problema entonces cuando reviso las cosas en sus cuartos” RCF6P

“Se habla con el papa y tratar de que escuche, si no entiende se vuelve a hablar y se corta” RCF7F

“Guardando silencio, para que todo termina ahí. Es preferible callarse a seguir discutiendo” RCF5PR

“tenemos poca comunicación” RCF11I

Tópico 4: “Los problemas los resuelvo yo”

Citas textuales que construyeron el tópico.

*“yo soy la que tiene que resolver todo, soy la que toma la iniciativa”
RCF8N*

“alguna vez quiero que no dependan de mi” RCF9N

“mucha responsabilidad y me dan muchas veces mareos, vómitos y es por lo mismo” RCF10N

Tópico 5: “Los problemas más comunes son”

Citas textuales que construyeron el tópico.

“Con ellas son la comida, la bebida, la mayonesa, siempre quiere más comida” RCF8F

“Cuando tenemos conflictos es cuando la plata no alcanza mucho, eso lleva a todo” RCF8R

CATEGORÍA 5: Percepción del niño(a) en la etapa escolar. (PEE)

Tópico 1: “Le afecta en educación física”

Citas textuales que construyeron el tópico.

“En la actividad física sí, porque cuando corre tose” PEE9P

“Si, no puede hacer educación física y eso lo complica mucho, porque lo molestan con eso.” PEE6S

“Si, no puede correr y tiene problema con las materias después, retrocede, porque es floja para conseguirse los cuadernos” PEE13N

“En el ejercicio si y cuando falta al colegio la perjudica, cuando están aprendiendo a leer y esas cosas” PEE9F

“No, y cuando ha tenido crisis no va al colegio tiene licencia” PEE12N

Tópico 2: “Se lleva bien con sus compañeros”

Citas textuales que construyeron el tópico.

“es sociable tiene amigos en artos cursos” PEE11P

“Buena, no es peleador” PEE9PR.

“Tiene una buena relación con sus compañeros, sin problemas” PEE6O

“No sé muy bien, la profesora me dice que se lleva bien.” PEE12I

Tópico 3: “Le cuesta sociabilizar con sus compañeros”

Citas textuales que construyeron el tópico.

“llegaba todo morado, un compañero más grande le pegaba” PEE10R

“Complicada, se pelea mucho con sus compañeros, le cuesta sociabilizar”. PEE7S

“le cuesta sociabilizar, no tiene muchos amigos” PEE8S

“Buena, pero el año pasado tuvo bulling” PEE14N

“A veces no quiere ir al colegio, a veces se lleva bien y otras más o menos” PEE15N

“Tiene una buena relación con los compañeros hasta ahora, pero le cuesta un poco adaptarse” PEE10F

“Es como esquiva, no le gusta mucho que se le acerquen” PEE11F

Tópico 4: “Está pendiente de lo que dicen los demás niños”

Citas textuales que construyeron el tópico.

“está pendiente de los demás y dice que su hijo a dicho “Yo sé que me miraron”” PEE10PR

“Está pendiente siempre de todos” PEE16N

Tópico 5: “Se siente bien consigo mismo(a)”

Citas textuales que construyeron el tópico.

“yo soy un niño guapo, inteligente y cuando anda mañoso dice soy un niño feo, triste. Cuando yo ando de mal genio el anda así” PEE13I

“Buena siempre se siente linda” PEE7O

*“se ve bien, dice que tiene un fans club y que las niñas lo siguen”
PEE10P*

“el se ve inteligente, dice que va a ser arquitecto” PEE12P