

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE JUEGO FILIAL PARA EL
TRATAMIENTO DEL ASMA PEDIÁTRICA A TRAVÉS DE LA
REPARACIÓN PATERNO-INFANTIL**

Proyecto de Investigación

Karla Isabella Haro Fiallo

Psicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Psicóloga Clínica

Quito, 19 de mayo de 2017

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE JUEGO FILIAL PARA EL TRATAMIENTO
DEL ASMA PEDIÁTRICA A TRAVÉS DE LA REPARACIÓN PATERNO-
INFANTIL**

Karla Isabella Haro Fiallo

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Gabriela Romo, MSc.

Firma del profesor

Quito, 19 de mayo de 2017

DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Karla Isabella Haro Fiallo

Código: 00111896

Cédula de Identidad: 1715906135

Lugar y fecha: Quito, 19 de mayo de 2017

RESUMEN

Antecedentes: Se han encontrado diversos factores psicológicos y familiares asociados al asma pediátrica. Entre estos se encuentran la crítica y estrés parental, trastornos emocionales, disfuncionalidad familiar y una pobre interacción entre padres e hijos. Se han propuesto diversas modalidades de terapia familiar para reparar la relación paterna infantil y así mejorar los síntomas del asma en niños. Por ende, el presente estudio pretende investigar la efectividad de 10 sesiones de terapia de juego filial (TDJF), propuesta por Bernard y Louise Guerny, en la reducción de los síntomas del asma, al tiempo que se mejora la relación paterno-infantil. **Metodología:** Se reclutaron 27 familias de niños entre 5 a 10 años con asma de hospitales públicos en la ciudad de Quito, Ecuador. Las familias fueron asignadas aleatoriamente a dos grupos: el primer grupo (N= 15) recibió 10 sesiones de terapia filial de 30 minutos durante 5 semanas, mientras que el otro grupo permaneció en una condición de lista de espera. Las evaluaciones principales que se aplicaron fueron el Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF), el Porter Parental Acceptance Scale (PPAS), el Control del Asma en Niños (CAN) y el Child Behavior Checklist (CBCL), además de una medida de Óxido Nítrico Exhalado (eNO). Estas evaluaciones se llevaron a cabo antes de la intervención y una vez finalizada la intervención. **Resultados:** En base a la revisión literaria, se esperaba una disminución en los síntomas del asma, una mejora en la relación paterno-infantil, una disminución de la crítica parental y menos problemas externalizantes en el grupo que recibió TDJF. **Conclusiones:** La terapia de juego filial resultó efectiva en la reducción de los síntomas del asma y la reparación de la relación paterno-infantil, comparado con una condición de lista de espera. Estos resultados resaltan la importancia de la necesidad de apoyo familiar y bienestar en la familia durante el curso de enfermedades crónicas como el asma.

Palabras clave: asma, asma en la infancia, enfermedades crónicas en la infancia, asma y familia, asma e implicaciones psicológicas, asma e implicaciones en la infancia, terapia de juego, terapia de juego centrada en el niño, terapia filial.

ABSTRACT

Background: Various psychological and family factors have been associated with pediatric asthma. These include parental criticism and stress, emotional disturbances, family dysfunction and poor parent-child interaction. Numerous modalities of family therapy have been proposed to repair the paternal infant relationship and thus improve the symptoms of asthma in children. Therefore, the present study aims to investigate the effectiveness of 10 sessions of filial play therapy (FPT), proposed by Bernard and Louise Guerney, in reducing the symptoms of asthma, while improving the paternal-infant relationship. **Methodology:** 27 families of children between 5 and 10 years with asthma were recruited from public hospitals in the city of Quito, Ecuador. Families were randomly assigned to two groups: the first group (N = 15) received 10 sessions of 30 minute filial therapy for 5 weeks, while the other group remained in a waiting list condition. The principal outcome measures were the Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF), the Porter Parental Acceptance Scale (PPAS), the Child Asthma Control (CAN) and the Child Behavior Checklist (CBCL) and a measurement of Exhaled Nitric Oxide (eNO). These evaluations were carried out before the intervention and after the intervention. **Results:** Based on the literature review, it was expected to found a decrease in asthma symptoms, an improvement in the paternal-infant relationship, a decrease in parental criticism and fewer external problems in the TDJF group. **Conclusions:** FPT was effective in reducing asthma symptoms and repairing the paternal-infant relationship, compared to a waiting list control condition. These results highlight the importance of the need for family support and family well-being during the course of chronic diseases such as asthma.

Key Words: Asthma, childhood asthma, chronic childhood illnesses, asthma and family, asthma and psychological implications, asthma and childhood implications, play therapy, child-centered play therapy, filial therapy.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	7
INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA.....	9
Antecedentes	10
El problema.....	14
Pregunta(s) de investigación.....	15
Resumen.....	16
REVISIÓN DE LITERATURA	16
Revisión de la literatura	16
Formato de la revisión de la literatura	16
METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	42
Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada.....	42
Herramientas de Investigación Utilizadas	45
Participantes	49
Reclutamiento de participantes	49
RESULTADOS	52
Discusión	54
Limitaciones del estudio	57
Recomendaciones para futuros estudios	58
REFERENCIAS	60
ANEXO A: ANUNCIO PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES	65
ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	66
ANEXO C: Herramientas para levantamiento de información.....	69

INTRODUCCIÓN

En años recientes ha incrementado la prevalencia y severidad del asma y alergias en edades tempranas, especialmente en niños de edades entre los cinco y los siete años (Asher, Montefort, Björkstén, Lai, Strachan, Weiland y Williams, 2006). El asma tiene mayor prevalencia en la población infantil que en la población adulta y es una de las mayores causas de discapacidad infantil (Bacharier et al., 2008; Akinbami & Schoendorf, 2002). El asma en niños puede definirse como un ataque repetido en las vías respiratorias y síntomas intermitentes de mayor capacidad de respuesta de estas vías por factores desencadenantes como el ejercicio, exposición a alérgenos e infecciones virales (Bacharier et al., 2008). En áreas rurales del Ecuador, esta enfermedad ha aumentado de 2,1 por ciento en el año 2003 a 10,1 por ciento en el año 2005 (Rodríguez, 2005). En este periodo de edad son temas de preocupación en países en desarrollo debido a las implicaciones significativas que surgen a nivel de salud pública.

La susceptibilidad al asma en la infancia puede aumentar por condiciones presentes en edades tempranas (Gdalevich, Mimouni & Mimouni, 2001). Svanes y sus colegas (2010) han encontrado diversos factores del entorno social en el que vive un niño durante su infancia que influyen en el desarrollo de esta enfermedad. Uno de estos factores son las influencias familiares debido a que es una enfermedad crónica que implica una gran carga para los niños y sus familias. No obstante, la severidad del asma puede disminuirse cuando hay un funcionamiento familiar y educación apropiada de la enfermedad (Akinbami & Schoendorf, 2002).

En estudios mencionados a continuación, se ha encontrado que hay diversos factores psicológicos de los padres que afectan el desarrollo y prevalencia del asma en la infancia como el estrés crónico de los padres, la sobreprotección, el rechazo parental y la interacción negativa entre padres e hijos. Asimismo, se ha encontrado que la crítica de los padres hacia sus hijos, la presencia de conflicto familiar y la existencia de pobres habilidades de resolución de problemas influyen en la severidad de la sintomatología del asma y la mortalidad en niños (McQuaid, Kopel, Klein & Fritz, 2003).

Por ejemplo, se ha encontrado que el estrés parental empeora los síntomas del asma en niños. Sin embargo, cuando existe un manejo apropiado del estrés parental se pueden contrarrestar los síntomas, dando resultados beneficiosos (Marin, Chen, Munch & Miller, 2009). También, se ha encontrado que el rechazo y la crítica parental se relacionan con mayores ingresos hospitalarios por asma y más índices de mortalidad (Fiese, Winter, Anbar, Howell & Poltrock, 2008) El riesgo de padecer esta enfermedad aumenta en familias donde hay patrones de interacción negativa entre padres e hijos. Además, la percepción de los padres hacia el asma cambia por la gran cantidad de energía invertida. Los padres deben mantener condiciones apropiadas de vida para el niño, lo que lleva a un incremento en su estrés y su resentimiento parental. Mantener condiciones apropiadas implica una limpieza rigurosa del hogar, cumplir prescripciones médicas, intentar que los niños eviten toda clase de alérgenos y recordar a los niños sobre tomar sus medicaciones (Fiese et al., 2008).

Debido a las repercusiones personales y familiares que pueden traer las enfermedades crónicas en la infancia, se han realizado determinados estudios que han trabajado junto con los niños y sus familias en intervenciones para reducir los síntomas y dificultades que

acarrear estas enfermedades. Una terapia infantil que ha resultado beneficiosa es la terapia de juego. Murphy y Landreth (2002) encontraron que 12 sesiones de 30 minutos de terapia de juego intensiva mejoran la adaptación a la diabetes en niños de 7 a 11 años. Otras terapias, como la terapia de juego filial en la que se involucra tanto al niño como a sus padres han dado resultados positivos para el manejo adecuado de enfermedades crónicas. Tew, Landreth, Joiner y Solt (2002) encontraron que los padres que reciben terapia de juego filial aceptan más a sus hijos y su enfermedad y han logrado reducir el nivel de estrés provocado por la enfermedad.

La terapia de juego filial fue desarrollada en los años 1960 por Bernard y Louise Guerney con el fin de proporcionar entrenamiento a padres en terapias de juego centrada en los niños y así reducir comportamientos problemáticos, mejorar la relación e interacción entre padres e hijos, mejorar la competencia y confianza y mejorar habilidades parentales. Además, el asma es una enfermedad crónica que afecta a una gran cantidad de niños en Ecuador (Rodriguez, 2005), afectando su desarrollo y su vínculo familiar en varios ámbitos (McQuaid et al., 2003). El aprendizaje de la terapia de juego filial y el entendimiento del asma podría evidenciar cambios significativos en el desarrollo de los niños y, por consecuencia, mejoras médicas y psicológicas en la población infantil. En el presente trabajo, se investigará respecto a esta relación.

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

El asma en la infancia es una enfermedad infantil crónica que afecta al niño y su entorno familiar. El asma tiene repercusiones para los niños en áreas académicas y personales. Se ha encontrado que niños con asma reportan mayor cansancio, mayor irritabilidad, malestar

emocional, menor rendimiento escolar, absentismo escolar y evitación de actividades que requieren esfuerzo físico (Bacharier et al., 2008). Asimismo, factores del entorno familiar como la sobreprotección, el rechazo y la crítica parental influyen en gran proporción al mantenimiento, severidad del asma y mortalidad por asma en la infancia (Fiese et al., 2008).

Por otro lado, se han obtenido resultados favorables en el desarrollo y disminución de severidad y mortalidad por asma cuando se realizan intervenciones familiares (Berbesí, García, Segura, Posada, Saldarriaga, Escobar, 2013). Asimismo, intervenciones que se han realizado con terapia de juego filial e individual han dado resultados beneficiosos para la aceptación parental, reducción de síntomas y estrés parental para el tratamiento de enfermedades crónicas en la infancia (Tew et al., 2002). Por consiguiente, el presente estudio pretende investigar el efecto que tiene la terapia de juego filial en la reducción de síntomas de asma en niños de cinco a siete años a través de la reparación de la relación paterna infantil y reducción del estrés parental.

Antecedentes

La historia de los factores psicológicos y familiares del asma: una breve reseña

Hasta el siglo pasado se tomaban en cuenta solamente factores fisiológicos y médicos en el desarrollo del asma. Los factores psicológicos no eran tomados en cuenta. A partir del inicio siglo XXI, se empezó a dar mayor énfasis a factores ambientales que influyen en esta enfermedad. Algunos de estos factores son: el estilo de vida, los hábitos alimenticios, el nivel socioeconómico, la variación del clima, la conciencia de la enfermedad, el manejo de síntomas, entre otros (Asher et al., 2006). Asimismo, desde inicios del siglo XXI se toma en cuenta las correlaciones altas entre el asma y aspectos psicológicos y psiquiátricos (Lehrer,

2002). Uno de los aspectos psicológicos que se relaciona con la severidad del asma es el estrés. Se ha encontrado que pacientes con mayor tensión emocional y vergüenza presentan mayor broncoconstricción (Lehrer, Feldman, Giardino, Song & Schmaling, 2002). Nuevas investigaciones proponen que el asma puede ser parte del proceso del sistema inmune. Por lo tanto, se plantea que el estrés activa el sistema inmune y la inflamación, lo que a su vez puede incrementar el asma, tanto en niños como en adultos (Lehrer et al., 2002; Bacharier et al., 2008).

Niños con altos niveles de ansiedad tienden a presentar asma (Lehrer et al., 2002). La presencia de asma y ansiedad empeora el funcionamiento emocional y físico, lo que conlleva a una mayor utilización de servicios médicos. Uno de los trastornos de ansiedad más relacionados con el asma es el trastorno de pánico, donde 1 de cada 10 pacientes con asma tiene desorden de pánico. Es decir, el asma es tres veces más común en personas con desorden de pánico en comparación con personas con otros trastornos y personas sanas (Lehrer et al., 2002).

Adicionalmente, se ha encontrado una correlación alta entre el asma y la depresión severa en niños (Lehrer et al., 2002). Los síntomas de desesperanza derivados de la depresión pueden crear una condición para una respuesta pasiva al estrés, lo que produce activación vagal. Igualmente, los efectos del asma pueden contribuir a la depresión, especialmente por la percepción de cansancio, discapacidad y auto percepción de estar enfermo (Lehrer et al., 2002). Los niños con asma experimentan más emociones negativas y no las expresan en comparación a niños sanos.

La muerte por asma en niños está relacionada con síntomas depresivos y disfunción familiar (Lehrer et al., 2002). La mala conducta de auto-gestión es común entre familias disfuncionales. Una menor adherencia a la medicación se relaciona con mayor disfunción familiar, especialmente con la falta de expresión afectiva. La crítica parental es otro aspecto que afecta la poca adherencia al medicamento. Se ha encontrado que cuando los niños y adolescentes con asma son retirados de sus hogares y llevados al hospital, sus síntomas de asma mejoran (Lehrer et al., 2002). El estrés crónico de los padres es otro elemento importante que influye en pronóstico de los síntomas asmáticos en niños, empeorándolos (Bacharier et al., 2008; Marin et al., 2009). También se ha encontrado que la presencia de conflicto familiar, sobreprotección, rechazo y pobres habilidades de resolución de problemas afectan la severidad del asma (McQuaid, Kopel, Klein & Fritz, 2003; Fiese et al., 2008).

Un diagnóstico apropiado del asma se puede realizar a partir de los cinco años de edad debido a la información pediátrica limitada que existe sobre la enfermedad en niños más pequeños (Bacharier et al., 2008). En consecuencia, el grupo de estudio con el que se trabajará para la presente investigación es con niños desde cinco hasta siete años de edad que presenten síntomas asmáticos y sus padres. Es necesario que todos los participantes tengan interés en probar la terapia de juego filial.

La historia de la terapia de juego filial: una breve reseña

El primer intento de entrenar a padres como agentes terapéuticos data a inicios del siglo XX cuando Freud (1959) incorporó al padre de un niño de cinco años con fobia en el tratamiento y enseñó al padre la manera de responder al juego del niño. Freud logró ver que el padre fue el factor más influyente en los cambios observados en el niño (Costas & Landreth,

1999). Otros autores como Baruch (1949) y Jacobs (1949) promovieron sesiones de juego en casa para trabajar en la relación efectiva entre padres e hijos (Costas & Landreth, 1999). Por otro lado, en 1957 Fuchs, hijo de Carl Rogers, empleó sesiones de juego estructuradas con su hija para sobrellevar reacciones emocionales relacionadas con un problema de entrenamiento para ir al baño sola. Durante esta intervención Fuchs vio que no sólo la niña tuvo avances, sino que él también tuvo cambios personales (Costas & Landreth, 1999).

A inicios de los años 1960, Bernard Guerney utilizó por primera vez el término *terapia filial* para describir una intervención que ayudó a mejorar la relación con su hijo. Guerney argumenta que esta terapia fue concebida por la frustración que sentía hacia los modelos tradicionales para tratar los problemas emocionales y conductuales de niños y niñas (Guerney, 2003). Guerney se dio cuenta que los errores de crianza cometidos por los padres se debían a sus conocimientos limitados acerca de lo que implica la paternidad (Costas & Landreth, 1999; Guerney, 2003). Asimismo, Guerney estaba muy consciente de la falta de apoyo de los padres para la terapia. Por consiguiente, desarrolló la idea de capacitar a los padres para jugar terapéuticamente con sus hijos, relacionándose de manera positiva, apropiada y logrando ser sensibles hacia la emocionalidad del niño. Al mismo tiempo, los padres fortalecen sus habilidades parentales existentes (Guerney, 2003; Costas & Landreth, 1999).

En un inicio la terapia filial fue desarrollada como una alternativa terapéutica para niños que experimentaban dificultades emocionales y conductuales. Landreth (1991) extendió la terapia filial a padres y niños sin dificultades ya que argumenta que todos pueden beneficiarse de esta terapia y aprender maneras más efectivas de relacionarse (Costas &

Landreth, 1999). Esta terapia ha sido utilizada con distintas poblaciones, para tratar distintos trastornos mentales y problemas psicosociales (Costas & Landreth, 1999).

El problema

Como se observó anteriormente, a lo largo de la historia y desarrollo del asma, se ha prestado mayor atención a aspectos fisiológicos, biológicos y médicos del asma. El interés hacia el ámbito psicológico en el asma es reciente y se ha demostrado bastante útil. Existen estudios limitados acerca de las influencias familiares del asma. Estos estudios se centran en factores psicológicos y perfiles familiares que influyen en el desarrollo y severidad de síntomas asmáticos (Lehrer et al., 2002; Rodríguez-Orozco, Kanán, Vázquez, León, Barbosa & Tejeda, 2008). Sin embargo, hay pocos estudios que investigan las terapias o intervenciones psicológicas efectivas para reducir los síntomas del asma. Adicionalmente, pocos estudios se han centrado en el trabajo con familias y se han limitado al uso de la terapia sistémica familiar (Barbesí et al., 2013). Dichos estudios no han sido replicados (Lehrer et al., 2002).

En Ecuador existe un índice alto de asma y mortalidad en la población infantil. No obstante, la mayoría de los estudios que se han hecho sobre el asma en Ecuador se basan en índices de prevalencia y factores socioeconómicos y demográficos (Rodríguez, 2005). Hay muy pocos estudios que investigan los factores psicológicos y familiares del asma en Ecuador. Las investigaciones que existen se reducen a explicar los aspectos psicológicos del asma y no en intervenciones efectivas para reducir los síntomas (Rivera, 2005). En Ecuador no se han realizado estudios que apliquen la terapia de juego filial en la reducción de síntomas asmáticos. Al igual que en otros países Latinoamericanos, la intervención que se ha

investigado es la Terapia Sistémica Familiar (Rivera, 2005). La terapia de juego filial es un tipo de terapia que no es conocida por la mayoría de profesionales de la salud mental en el Ecuador.

Pregunta(s) de investigación

¿Cómo y hasta qué punto la Terapia de Juego Filial disminuye los síntomas del asma pediátrica en niños de cinco a siete años por medio de la reparación de la relación paterno/materno-infantil?

El significado del estudio

El presente estudio es el primero de su tipo en Ecuador y utiliza la terapia de juego filial para disminuir síntomas del asma. Dos estudios anteriores en Ecuador han trabajado con la Terapia Sistémica Familiar para tratar los aspectos psicológicos y familiares del asma (Sánchez, 2007; Rivera; 2005). Como se mencionó previamente, la terapia de juego filial no es conocida en Ecuador por gran parte de los profesionales de la Salud mental. Además, es común que en Ecuador y Latinoamérica exista recelo a la psicología y por esta razón hay más estudios médicos, sin tomar en cuenta los factores psicológicos. Este estudio es útil para médicos y profesionales de la salud mental que deseen disminuir la sintomatología del asma a partir de factores parentales que pueden afectar la severidad de esta enfermedad y que deseen aprender un tipo de terapia de juego distinta a las terapias convencionales. La terapia de juego filial puede ser útil en varios aspectos, sobre todo en países que aún adoptan un tipo de crianza tradicional.

Resumen

El presente estudio investigará el efecto de 10 sesiones de terapia filial, propuesta por Bernard y Louise Guerney, familia cuyos hijos o hijas han sido diagnosticados con asma en la ciudad de Quito, Ecuador. Esta investigación es relevante porque puede ayudar a las familias de niños asmáticos a reducir los síntomas de esta enfermedad y mejorar la relación paterno-infantil. A continuación se encuentra la Revisión de la Literatura donde se explicará más acerca de del asma y sus implicaciones en la infancia, la terapias efectivas en el tratamiento del asma y la terapia de juego filial. Luego se encontrará la explicación de la metodología del estudio, los resultados, las conclusiones y discusión.

REVISIÓN DE LITERATURA**Revisión de la literatura**

La información de la presente revisión de la literatura provino de revistas indexadas, libros populares, disertaciones doctorales, entre otros. Para acceder a la información pertinente se utilizaron buscadores académicos como por ejemplo el buscador académico de Google, Springer, JSTOR, entre otros. A continuación se buscó la información mediante palabras clave como asma, asma en la infancia, enfermedades crónicas en la infancia, asma y familia, asma e implicaciones psicológicas, asma e implicaciones en la infancia, terapia de juego, terapia de juego centrada en el niño, terapia filial.

Formato de la revisión de la literatura

Para la revisión de la literatura se abordará la información a través de tres temas principales: el asma como enfermedad crónica, terapias psicológicas en el tratamiento del

asma en niños y sus familias y la terapia de juego. Cada tema se dividirá en subtemas que profundizarán cada uno de los argumentos.

El Asma como enfermedad crónica.

De acuerdo con Masoli, Fabian, Holt y Beasley (2004), el asma es una de las enfermedades crónicas más comunes en el mundo. Se estima que aproximadamente 300 millones de personas sufren de esta enfermedad, siendo los niños los más afectados. En años recientes ha aumentado su prevalencia debido a la sensibilización atópica, al acogimiento de estilos de vida occidentales y la urbanización de las comunidades (Masoli et al., 2004). Debido al incremento de zonas urbanizadas alrededor del mundo, se estima que para el año 2025 habrá un incremento de 100 millones de personas con asma (Masoli et al., 2004). A pesar de que el número de personas es elevado, muchas personas no tienen acceso a medicamentos ni a cuidados médicos. El número de años de vida ajustados por discapacidad por asma se estima que llega a 15 millones por año y en la niñez produce más de 3 millones de años de vida ajustados por discapacidad (García & Praena, 2013). Asimismo, se calcula que 1 de cada 250 muertes alrededor del mundo se deben a esta enfermedad (Masoli et al., 2004).

La Iniciativa Global para el Asma (GINA) define al asma como:

“Inflamación crónica de las vías aéreas en la que desempeñan un papel destacado determinadas células y mediadores. Este proceso se asocia a la presencia de hiperrespuesta bronquial que produce episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, particularmente durante la noche o la madrugada. Estos episodios se asocian generalmente con un mayor o menor grado de obstrucción al flujo

aéreo que revierte de forma espontánea o con tratamiento” (citado en Núñez y García-Cosío, 2006, p. 4088).

El asma es una enfermedad que se puede presentar en cualquier etapa de la vida. Los síntomas característicos de la enfermedad son sibilancias, disnea, opresión torácica y tos de curso intermitente que predomina en la noche o en la madrugada y pueden desencadenarse por diferentes estímulos como infecciones, el tabaco, ejercicio, cambios climáticos, antecedentes familiares, entre otros (Núñez y García-Cosío, 2006). El asma afecta a niños más que a adultos, por lo que la mayoría de los síntomas se presentan en los primeros años de vida (Núñez y García-Cosío, 2006). De acuerdo con Núñez y García-Cosío (2006), las infecciones y la atopia son los factores más influyentes para el desarrollo de esta enfermedad en la niñez. En el caso de los adultos, el asma puede presentarse por la sensibilización ocupacional, por el desarrollo de una atopia adulta o por infecciones.

De acuerdo a Salas, Fernandez y Almeida (2009), el asma se clasifica en cuatro categorías en relación a su gravedad: asma intermitente, asma leve persistente, asma moderada persistente y asma grave persistente. El asma intermitente se caracteriza por la presentación de síntomas menos de una vez por semana, exacerbaciones breves y síntomas nocturnos que se presentan menos de 2 veces al mes. El asma leve persistente se caracteriza por la presencia de síntomas más de una vez por semana pero menos de una vez al día. Las exacerbaciones afectan la calidad del sueño y las actividades diarias y se presentan síntomas nocturnos más de dos veces al mes. El asma moderada persistente se caracteriza por la ocurrencia de los síntomas al menos una vez al día. Las exacerbaciones afectan la calidad del

sueño y las actividades diarias y se presentan síntomas nocturnos más de una vez a la semana. Finalmente, el asma grave persistente se caracteriza por síntomas diarios, exacerbaciones y síntomas nocturnos frecuentes y limitación de actividades físicas.

Existen varios factores de riesgo para el asma entre los que se encuentran factores de genéticos, factores ambientales y factores desencadenantes (Núñez y García-Cosío, 2006). En relación a los factores genéticos del asma, se ha encontrado que el riesgo de padecer la enfermedad entre familiares de primer grado varía entre 2.5% a 6 %. La concordancia del asma entre gemelos monocigóticos es de alrededor de 60%, mientras que en gemelos dicigóticos es de 25%. Otro factor genético importante es la atopía, que se define como la “predisposición genética para producir cantidades anormales de inmunoglobulina E (IgE) en respuesta a determinados alérgenos” (Núñez y Garcia-Cosío, 2006, p. 4089). Entre los factores ambientales que más favorecen la aparición del asma se encuentran los alérgenos y la exposición al tabaco. El riesgo de padecer la enfermedad aumenta en un 37% si la madre de un infante fuma durante los primeros seis años de vida del niño. Otros factores ambientales importantes son el tipo de alimentación, la obesidad, factores neonatales, la contaminación e higiene. Por otra parte, entre los factores desencadenantes más influyentes en la exacerbación del asma se encuentran factores directos como las infecciones respiratorias virales, los irritantes inespecíficos y los cambios ambientales y factores indirectos como el ejercicio, expresiones extremos de emoción, alimentos, fármacos y otros (Núñez y Garcia-Cosío, 2006).

El asma y sus implicaciones en la infancia.

De acuerdo con García y Praena (2013), el asma es la enfermedad crónica con mayor incidencia y mayor morbilidad en la infancia. Esta enfermedad supone un gran coste para la

salud pública ya que disminuye la calidad de vida de los niños y sus familias, produce gran discapacidad y causa grandes costes sociales y sanitarios (García & Praena, 2013). Por ejemplo, en un estudio descriptivo transversal realizado por Pinchak, Matelzonas, Da Rosa, Boix, Rodríguez y Gutiérrez (2013) en la ciudad de Montevideo con 195 niños asmáticos entre 7 y 15 años se encontró que la calidad de vida global se veía afectada en 28.7% de los casos. Específicamente, se encontró que 11% de niños con asma controlada y 48% de niños con asma no controlada presentaban limitaciones en sus actividades. Asimismo, se encontró que 9,8% de los pacientes con asma controlada y 65% de los pacientes con asma no controlada presentaban algún tipo de afección emocional.

García y Praena (2013) estiman que un niño con asma pierde entre 15 a 20 días por año debido a la limitación de actividades que produce la enfermedad. Además, se calcula que los niños pierden entre cinco y diez días de clases al año. Por ejemplo, en un estudio realizado por Parada, Casanova, Del Arco, Peinado y Castellano (2013) en la Clínica de Especialidades Médica de Bayamo con 51 niños asmáticos de cinco a 12 años de edad cuya finalidad era determinar la influencia del asma en el absentismo escolar, se encontró que de 32 niños que realizaron un tratamiento de intercrisis para el asma, 21,8% no asistieron a clase. No obstante, el ausentismo escolar fue de 100% en el caso de 19 niños que no realizaron el tratamiento (Parada et al., 2013). Adicionalmente, se calcula que los niños con asma se requieren dos veces más a la atención médica primaria, van el doble de veces a servicios de urgencias e ingresan 3,5 veces más al hospital comparado con niños sin la enfermedad (García & Praena, 2013).

Otros autores argumentan que el asma puede aparecer luego de un episodio fuerte de estrés psicosocial en un 12 % de casos (De Ajuriaguerra, 1973). De acuerdo con Ajuriaguerra (1973), el primer episodio asmático se desencadena por mecanismos alérgicos, sin embargo los episodios subsecuentes pueden presentarse como reacciones condicionadas que están relacionadas con problemas emocionales. Determinados autores definen al niño asmático como un infante ansioso, falto de confianza, con alta tensión y dependiente de sus padres (Ajuriaguerra, 1973). Además, se ha encontrado que esta enfermedad puede causar dificultades en la socialización de los niños, reducción del rendimiento académico, restricción de actividades deportivas y problemas psicológicos como ansiedad, depresión y trastornos del comportamiento (García & Praena, 2013; Henry, Gonzáles, Gracia, Morera, Morales & Martinez, 1992; Beneitez, Molina & Camps, 2005).

En un estudio realizado con 82 niños con asma de 8 a 15 años, cuya hipótesis era comprobar si los niños asmáticos presentan mayor riesgo de presentar trastornos emocionales comparado con un grupo control y si estos producen mayor discapacidad en los niños se encontró que el trastorno más frecuente con asma es la ansiedad, especialmente el trastorno de ansiedad generalizada. Además, se encontraron diversos casos (5%) que presentaban trastornos disruptivos del comportamiento (Vila, Nollet-Clemencon, de Blic, Mouren-Simeoni & Scheinmann, 2000). Varios estudios corroboran estos hallazgos y confirman que los trastornos de ansiedad son los más comunes en niños con asma (Goodwin, Jacobi & Thefeld, 2003; Katon, Richardson, Lozano, McCauley, 2004). Los hallazgos en torno a la depresión en niños asmáticos son inconsistentes (Vila et al, 2000).

Fabré y colegas (2005) comentan que la ansiedad y el miedo paralizan y transmiten inseguridad, angustia y desamparo a los niños que sufren de asma. Además, estos sentimientos empeoran los síntomas. Alvarado y Giraldo (2011) argumentan que la depresión en los niños asmáticos puede generar sentimientos de fracaso, desesperanza, ira, pérdida de la autoestima y miedo a ser una carga adicional para su entorno familiar. Los niños con asma pueden adquirir conductas no saludables y no aceptar su condición de enfermedad, evitando cumplir las normas de cuidado y tratamiento para ser aceptados e integrados por sus compañeros. Adicionalmente, se ha encontrado que hay una relación positiva entre el asma y los problemas de conducta, donde los niños con un inicio más temprano son los más afectados (Alvarado & Giraldo, 2013). Generalmente, las pautas educativas de los padres, la sobreprotección y la restricción a la actividad física pueden generar tensión y frustración en los niños, lo que puede llevar a conductas problemáticas en las relaciones sociales y comportamientos agresivos (Beneitez et al., 2005).

Asma e implicaciones familiares.

El asma y las variables socio familiares se influyen mutuamente (Henry, et al., 1992). De acuerdo con Henry y colegas (1992), los aspectos familiares en el desarrollo psicológico y la adaptación del paciente asmático son factores importantes a considerar. El asma produce un impacto en la familia ya que implica el gasto de recursos que llevan a una reactividad familiar y mecanismos de adaptación que amenazan el equilibrio familiar. Esto a su vez influye en el curso de la enfermedad (Henry et al., 1992). En el caso de los infantes, se ha encontrado que el asma puede complicarse cuando hay factores emocionales presentes y más aún cuando hay conflictos en la familia (Henry et al., 1992). Se ha demostrado que las familias de niños con

enfermedades crónicas presentan déficit en su cohesión y adaptabilidad (Praena, 2008). En la interacción padre-hijo pueden presentarse dificultades familiares y las habilidades para resolver problemas pueden verse reducidas (Praena, 2008).

En un estudio realizado por Barbesí, García, Segura y Posada (2013) con familias de 50 niños asmáticos, se encontró una mayor disfuncionalidad familiar en los niños con asma no controlada (77,3%) comparado con las familias de niños con asma controlada (27,6%). Los autores concluyen que la disfunción familiar es una variable que afecta a las familias de niños asmáticos debido a que el asma implica un deterioro emocional para los padres. Asimismo, Barbesí y colegas citan un estudio en el que se ha encontrado que, en diversas ocasiones, los padres de niños asmáticos ignoran el entorno de la enfermedad, sienten frustración y tienen síntomas depresivos. Adicionalmente, Barbesí y colegas (2013) comentan que el desarrollo del asma y la persistencia de sibilancias pueden estar relacionadas con los problemas familiares, un ambiente conflictivo, dificultades de los padres y un entorno estresante.

Beneitez y colegas (2005) reportan que el asma en la niñez produce un gran impacto en los padres y cuidadores del niño, de tal manera que la enfermedad puede convertirse en el centro de la vida familiar y puede causar cambios en el comportamiento y la vida personal de cada miembro. De acuerdo con Beneitez y colegas (2005), generalmente las conductas de sobreprotección se observan con mayor frecuencia en familias de niños asmáticos ya que los padres intentan mantener los síntomas bajo control. Esto afecta la autonomía del niño y disminuye las habilidades para relacionarse socialmente. Por lo tanto, se incrementa la dependencia a la familia.

Se ha encontrado que los padres de los niños asmáticos presentan mayor estrés y dificultad para manejar los problemas de conducta y problemas emocionales de los niños, lo cual lleva a una exacerbación de los síntomas del asma. Adicionalmente, Beneitez y colegas (2005) argumentan que los niños con asma con padres socialmente aislados presentan más síntomas de asma, mayores limitaciones en sus actividades, un pobre manejo de la sintomatología y acuden con mayor frecuencia a servicios de urgencia. Estos niños comúnmente son más dependientes de los padres y crean una atmósfera de inseguridad y de dependencia que detonan estos síntomas (Beneitez et al., 2005). Por lo tanto, en este ambiente familiar no se expresa el resentimiento familiar, lo que produce conductas desadaptativas y autodestructivas. En consecuencia, el niño usa el asma para mantener a la familia dependiente de él y a su vez un conflicto familiar puede detonar un ataque de asma en el infante.

De acuerdo con Kaugars, Klinnert y Bender (2004), el funcionamiento del cuidador, las interacciones entre el cuidador y los niños y el funcionamiento de los niños influyen en el asma. Específicamente se ha encontrado una relación bidireccional entre el funcionamiento psicológico de los padres y la contribución severa y manejo pobre del asma pediátrica (Kaugars et al., 2004). El tener un hijo con asma puede resultar un desafío para las familias y por lo tanto puede incrementarse el estrés psicológico y el funcionamiento psicológico de los padres. Mientras más pobre es el funcionamiento psicológico de los padres, hay peores resultados del asma en los niños (Kaugars et al., 2004).

Kaugars y colegas (2004) reportan estudios en los que se ha encontrado que al menos la mitad de las madres de niños con asma viviendo en el centro de la ciudad reportan niveles significativos de depresión. Las madres con mayores niveles de depresión tienden a llevar a

los niños 40% más veces a servicios de emergencia, en comparación a madres con síntomas depresivos leves. Adicionalmente, los cuidadores que reportan mayores problemas de salud mental son 1.78% más propensos a hospitalizar a sus hijos. Además, los hijos de padres que reportan peor salud mental tienden a presentar más síntomas de asma. Por otra parte, las respuestas a niveles altos de estrés afectan el funcionamiento psicológico de los padres, lo que a su vez afecta los problemas respiratorios en los niños (Kaugars et al., 2004).

Kaugars y colegas (2004) citan varios estudios donde se ha encontrado dificultades en la interacción y el clima afectivo negativo que tienen madres e hijos con asma. También se ha encontrado que una mayor proporción de niños con asma en edad preescolar presentan patrones de apego inseguro en comparación a niños sin asma. De manera similar, entre los infantes en edad escolar y los adolescentes con asma, las relaciones entre padres e hijos influyen en el deterioro del estado funcional de los síntomas depresivos en los niños. Otro factor familiar importante en el desarrollo del asma son los niveles altos de conflicto familiar. Se ha encontrado que los niños con asma que experimentan mayor conflicto familiar relacionado con mayor expresión de ira, agresión y conflicto experimentan un mayor número de hospitalizaciones a lo largo de la vida.

Otro aspecto familiar que afecta el desarrollo y severidad del asma es la crítica negativa parental. En diversos estudios citados por Kaugars y colegas (2004) se ha encontrado que los padres de niños con asma tienen actitudes y comentarios más críticos en comparación a padres de niños saludables. De igual manera, se ha encontrado que la crítica parental está más asociada con mayor incumplimiento médico. Asimismo, los estudios han demostrado que cuando los adolescentes son separados de sus padres tienen mejor respuesta al tratamiento

(Kaugars et al., 2004). En relación a la adherencia al tratamiento, se ha encontrado que el conflicto familiar y el malestar producen peor adherencia al tratamiento (Kaugars et al., 2004). Asimismo, en familias donde no se demuestra afecto y donde las expectativas y consecuencias del comportamiento de los niños no están claras, se nota una menor adherencia al medicamento. Kaugars y colegas (2004) argumentan que los problemas de comunicación intrafamiliar, organización, responsabilidad y manejo del cuidado del niño son factores que influyen en la adherencia al tratamiento.

Autores como De Ajuriaguerra (1973) han establecido una serie de características de los padres de los niños con asma. De Ajuriaguerra (1973) argumenta que las madres de niños asmáticos suelen rechazar a sus hijos, mientras que los padres son dominados por la mujer o tiene una actitud sobreprotectora. Por otro lado, se han encontrado que las madres de niños asmáticos pueden ser ansiosas, rechazadoras, agresivas o sobreprotectoras que esconden un rechazo profundo debajo de su sobreprotección (De Ajuriaguerra, 1973). El tipo de madre que más se encuentra en niños asmáticos es la madre ansiosa y vulnerable, que se preocupa por su competencia, vive a la defensiva, protege a todos a su alrededor, es sensible a las exigencias y requiere apoyo constante de los demás y tiende a sentirse culpable e incluso irritable. Cuando un niño con asma convive con una madre así, es común que esté dominado por inseguridad, ansiedad y dependencia de la madre con temor de ser separado de ella (De Ajuriaguerra, 1973).

Terapias psicológicas efectivas en el tratamiento del asma en niños y sus familias.

La aplicación de terapias psicológicas en el tratamiento del asma se justifica por dos razones importantes. La primera es la evidencia que se ha encontrado en la relación que tienen

los factores psicológicos en el broncoespasmo presente en el asma y la segunda se basa en la efectividad que tienen las terapias psicológicas en el tratamiento del asma (Lask, 1991).

Cualquier modalidad de terapia psicológica que se aplique al paciente con asma debe enfocarse en la reducción de la ansiedad y la tensión. Además, debe proveer habilidades de afrontamiento para el asma. No obstante, se debe considerar que todo tratamiento psicológico debe estar acompañado por un tratamiento médico complementario (Lask, 1991).

Los tratamientos conductuales tales como las técnicas de relajamiento y desensibilización sistemática son técnicas efectivas en el tratamiento del asma, sobre todo cuando la ansiedad es el factor desencadenante (Lask, 1991). Otros enfoques terapéuticos como la psicoterapia y sus distintas modalidades han demostrado ser efectivas en el tratamiento del asma, especialmente cuando hay factores emocionales que contribuyen a la enfermedad. Las modalidades terapéuticas que se han estudiado son la terapia psicodinámica, la terapia cognitiva, la hipnosis y la terapia familiar. De acuerdo con Lask (1991), la terapia psicodinámica muestra cierta efectividad en el tratamiento del asma, sin embargo no se han hecho muchos estudios al respecto. Por otro lado, la terapia cognitiva ha sido muy efectiva en la experiencia clínica (Lask, 1991). Por su parte, la hipnosis ha demostrado que incrementa o reduce la resistencia pulmonar de acuerdo a las sugerencias que se realicen al paciente. Por último, la terapia familiar ha demostrado ser muy efectiva en diversos estudios, ya que esta modalidad trabaja con toda la familia y se enfoca en los aspectos disfuncionales de las relaciones familiares que pueden estar manteniendo o exacerbando los síntomas del asma (Lask, 1991).

McQuaid y Nassau (1999) en una revisión de estudios empíricos del tratamiento psicológico en la reducción de síntomas físicos del asma en niños y adolescentes se enfocaron en tres modalidades de tratamiento y su efectividad: entrenamiento en relajación, retroalimentación biológica y terapia familiar. En los estudios enfocados en el entrenamiento en relajación, McQuaid y Nassau (1999) citan estudios como los de Alexander (1972) y Alexander et al., (1972) en donde se investigaron la eficacia de la relajación muscular progresiva en la mejora en medidas de función pulmonar como el flujo máximo (PEFR) en niños con asma severa. Los resultados de estos estudios demostraron aumentos moderados e el flujo máximo en el grupo experimental comparado con la línea de base o con el grupo control (McQuaid & Nassau, 1999). Otros estudios más recientes (Vazquez & Buceta, 1993) citados por McQuaid y Nassau (1991), encontraron que una combinación de entrenamiento en relajación y autogestión del asma redujeron la duración de los ataques asmáticos en la mayoría de niños en los que disparadores emocionales eran la causa principal del asma.

En relación a los estudios de retroalimentación biológica, McQuaid y Nassau (1991) citan diversas investigaciones como las de David, Saunders, Creer y Chai (1973) donde se encontró que niños que recibieron tratamientos de relajación muscular progresiva a través de retroalimentación biológica asistida demostraron mayor incremento en el flujo máximo comparado con un grupo que solo recibió relajación muscular asistida. Otro estudio como el de Scherr, Crawford, Sergent y Scherr (1975), investigó la eficacia de la retroalimentación biológica asistida en un entrenamiento de relajación en niños en un campamento (McQuaid y Nassau, 1991). Los resultados del estudio demostraron que los niños que recibieron la intervención asistieron en menos ocasiones a la enfermería y menos exacerbaciones asmáticas

en comparación con un grupo control que no recibió ningún tratamiento. Otros estudios más recientes como los de Kotses, Glaus, Bricel, Edwards y Crawford (1978); Kotses, Glaus, Crawford, Edwards y Scherr (1976) y Kotses et al., (1991) investigaron la eficacia de la retroalimentación biológica electromiográfica para reducir la tensión muscular facial y tratar la función pulmonar en niños con asma (McQuaid & Nassau, 1991). En estos estudios se encontró que los niños que recibieron el tratamiento tenían mayor flujo máximo, mejor función pulmonar y reducción en la tensión muscular frontal.

McQuaid y Nassau (1991) revisan dos estudios de terapia familiar en el tratamiento del asma (Lask & Matthew, 1979; Gustaffson, Kjellman, & Cederblad, 1985) donde se encuentran cambios moderados en la función pulmonar. Específicamente, Laks y Matthew (1979) encuentran incrementos significativos en el volumen de gas torácico y menor sibilancia diurna al finalizar el tratamiento. Por su parte, Gustaffson y colegas (1985) hallan diferencias significativas en la evaluación pediátrica general, especialmente en la reducción del uso de medicamentos y menor deterioro funcional (McQuaid y Nassau, 1991).

En otro estudio más reciente con 46 participantes reclutados de una clínica pediátrica de pecho se encontró que la terapia familiar resulta efectiva en la disminución de la inflamación de las vías respiratorias, a través de una medida de los niveles de óxido de nitrógeno exhalado (eNO) (Ng, Li, Lou, Tso, Wan & Chan, 2008). Además, se encontró un aumento en el ajuste del paciente al asma y una mejor percepción del manejo del asma en los padres. Estas mejorías se mantuvieron a largo plazo (Ng et al., 2008).

La terapia de juego.

La Asociación de Terapia de juego define esta terapia como “el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal donde un terapeuta de juego entrenado usa los poderes terapéuticos de los juegos para ayudar a los clientes a prevenir o solucionar dificultades psicosociales y alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos” (Charmichael, 2006, p. 2). La terapia de juego nace de la necesidad de proveer una intervención efectiva a niños con problemas de comportamiento (Charmichael, 2006). Las terapias tradicionales requieren que los clientes verbalicen sus problemas, sin embargo, debido al nivel del desarrollo del lenguaje de los niños, las terapias verbales tienen una aplicación limitada con este grupo de edad. No obstante, se conoce que los niños conceptualizan sus mundos en los que viven en un nivel mucho más alto del que le permite expresar su desarrollo verbal (Charmichael, 2006). Por lo tanto, la terapia de juego está basada en la premisa de que el juego es el medio de expresión natural de los niños (Axline, 1974). A través de esta terapia los niños pueden demostrar y reproducir sus sentimientos y problemas, como sucedería en una terapia tradicional (Axline, 1974).

La terapia de juego está diseñada para proporcionar al niño una serie de habilidades y experiencias para ayudarlo a solucionar sus problemas de comportamiento o de regulación o para superar traumas (Charmichael, 2006). Los juguetes son utilizados como el medio de comunicación, que remplazan las palabras cuando el niño cuenta su historia y expresa sus emociones. Además, se incluyen otras formas de expresión como el arte, la música, el teatro, el movimiento, la poesía y los cuentos (Charmichael, 2006). La terapia de juego puede ser directiva, donde el terapeuta asume la responsabilidad de guiar e interpretar el juego del niño; o no directiva, donde la responsabilidad y dirección del juego están direccionados por el

infante (Axline, 1974). Para el presente trabajo se utilizará un método de terapia de juego no directivo, que se describirá a continuación.

Terapia de juego centrada en el niño.

La terapia de juego centrada en el niño, como su nombre lo dice, es una terapia que se centra en los niños (Sweeney & Landreth, 2003). Esta modalidad de terapia cuenta con un terapeuta entrenado que juega el rol de mediador y compañero que explora junto al niño un viaje de autodescubrimiento. El terapeuta no se enfoca en el diagnóstico, ni en los síntomas, ni problemas o técnicas normativas. Por lo tanto, esta terapia no implica un proceso de reparación sino que es un proceso de transformación (Sweeney & Landreth, 2003). De acuerdo con Landreth y Sweeney (1997), la terapia de juego centrada en el niño es “(...) una filosofía básica de la capacidad humana del niño para esforzarse en alcanzar el crecimiento y madurez, como una actitud en la que se cree de manera profunda y perdurable en la capacidad del niño para auto dirigirse constructivamente” (citado en Sweeney & Landreth, 2003, p. 45). Este modelo terapéutico se basa en la terapia centrada en la persona desarrollada por Carl Rogers y fue adaptada por Virginia Axline en el año de 1947.

La terapia de juego centrada en el niño se basa en la premisa de que el individuo puede desarrollarse y sanar cuando existe un ambiente de crecimiento, que no cuenta con preconcepciones ni constricciones. Por consiguiente, un ambiente adecuado puede proporcionar el desarrollo de capacidades personales e interpersonales (Sweeney & Landreth, 2003). Esta modalidad de terapia implica un viaje de autodescubrimiento y autoexploración que el terapeuta lleva a cabo con el niño. Landreth (2002) establece una definición clara de la terapia centrada en el niño:

(...) una relación interpersonal dinámica entre un niño (...) y un terapeuta entrenado (...) que proporciona materiales de juego seleccionados y facilita el desarrollo de una relación segura para el niño (...) a fin de que se exprese y explore a sí mismo (...) mediante el juego, el medio de comunicación natural del niño, a fin de que tenga un crecimiento y desarrollo óptimos (Sweeney & Landreth, 2003, p.47).

La relación terapéutica, el desarrollo y mantenimiento de la misma, es muy importante en la terapia de juego centrada en el niño. El terapeuta y el niño se centran en la persona, en el presente, en los sentimientos, en el entendimiento, aceptación, dirección del menor y sabiduría del niño en lugar de enfocarse en los problemas, pasado, pensamientos, conductas, explicaciones, correcciones, instrucciones o conocimientos del terapeuta (Sweeney & Landreth, 2003).

La terapia de juego centrada en el niño busca alcanzar una serie de objetivos terapéuticos que se relacionan con el esfuerzo propio del niño para alcanzar la autorrealización. Principalmente, se debe proveer al niño una experiencia de crecimiento en compañía de un adulto que sustente y comprenda al menor con el fin de que él pueda descubrir sus propias fortalezas (Sweeney & Landreth, 2003). Por lo tanto, se busca facilitar los esfuerzos del niño para que logre enfrentar de una manera apropiada sus problemas. Para lograr esta finalidad, los objetivos terapéuticos implican ayudar al niño a desarrollar un mejor autoconcepto, a tener mayor responsabilidad personal, a dirigir su vida, a aceptarse, a volverse más independiente, a tomar sus decisiones de manera determinada, a tener una sensación de control, a aprender procesos de afrontamiento, a poder autoevaluarse y confiar más en sí mismo (Sweeney & Landreth, 2003).

Para alcanzar estos objetivos es importante que el terapeuta proporcione un ambiente de aceptación y comprensión incondicional (Sweeney & Landreth, 2003). El terapeuta debe responder sensiblemente a la emocionalidad del menor, aceptando y reflejando las emociones y sentimientos para que el niño pueda reconocer su valor propio. Durante el proceso terapéutico el terapeuta evita hacer preguntas ya que estas pueden hacer que los niños entren a la cognición en lugar de enfocarse en las emociones. Asimismo, el terapeuta no realiza evaluaciones del niño. Por lo tanto, no se elogia al niño sino que se lo alienta. El terapeuta permite que el niño lleve la dirección de la terapia y evita interferir en el juego (Sweeney & Landreth, 2003).

Un elemento esencial en la terapia de juego centrada en el niño es el establecimiento de límites terapéuticos (Sweeney & Landreth, 2003). Es importante poner límites dentro de la terapia ya que los niños se sienten más seguros y aceptados en un ambiente en el que se proporcionan límites claros. No obstante, los límites deben establecerse solo cuando son necesarios. Los límites en la terapia de juego deben definir la estructura de la relación, proporcionar seguridad y realidad. Asimismo, los límites permiten que el terapeuta establezca una actitud positiva y de aceptación, dan paso a que el niño pueda expresar sus sentimientos sin temor y sin ocasionar daño, ofrecen estabilidad y consistencia, mejoran la responsabilidad y autocontrol, protegen al niño y al recinto de juegos y aseguran que se cumplan estándares legales, éticos y profesionales (Sweeney & Landreth, 2003). Los límites deben establecerse tomando en cuenta los sentimientos, deseos y necesidades del menor al mismo tiempo que se proporciona aceptación y reflexión y se reconocen las emociones e intenciones del niño

(Sweeney & Landreth, 2003). Los límites deben ser claros, específicos, absolutos y deben ser cumplidos.

Otro aspecto fundamental de la terapia de juego centrada en el niño son los juguetes. Los juguetes deben facilitar la exploración de sentimientos, necesidades y experiencias (Sweeney & Landreth, 2003). Juguetes mecánicos, complejos, muy estructurados o que requieren la asistencia de un adulto no facilitan los elementos antes mencionados. Los juguetes deben ayudar al niño a expresar sus sentimientos, su creatividad, deben ser interesantes, deben promover la exploración y expresión, proveer un juego proyectivo y de fantasía, deben permitir al niño comunicarse de forma no verbal, deben poder aplicarse sin reglas y deben ser resistentes y sanitarios (Charmichael, 2006). Los juguetes también deben impulsar la toma de decisiones y deben permitir al niño crear. De acuerdo con Charmichael (2006), entre los juguetes se podrían incluir cajas, goma, tijeras para niños, animales, figuras de personas, crayones, telas, títeres, herramientas, legos, papel para dibujar, ropa, disfraces, cajas de arena, limpia pipas, piedras, gemas, figuras de fantasía, aviones, larga vistas, libros, muñecas, varitas mágicas, figuras de monstruos, cartas, peluches, pelotas, armas, pinturas, espadas, teléfonos, implementos de arte, equipo de doctor, utensilios de cocina, instrumentos musicales, rompecabezas, bloques, biberones, dinosaurios, linternas, dinero de juguete, soldados, carros, casa de muñecas, plastilina, máscaras, entre otros.

El terapeuta en la terapia de juego centrada en el niño cumple un serie de roles importantes. En primer lugar, es importante recordar el que terapeuta es un “mediador, promotor y compañero explorador” (Sweeney & Landreth, 2003, p. 50) y una figura de autoridad que resuelve problemas, ni rescata, ni interpreta, interroga o explica el juego del

niño (Sweeney & Landreth, 2003). El terapeuta es una persona que se interesa genuinamente en el menor y forma una relación afectuosa y cálida. También acepta incondicionalmente al niño, crea un entorno de seguridad y permisividad para que el niño pueda explorar y expresarse (Sweeney & Landreth, 2003). El terapeuta es sensible a los sentimientos del niño en todo momento y los refleja para que niño pueda comprenderlos. Adicionalmente, el terapeuta confía en la capacidad del niño, le permite guiar el proceso de la terapia, establece límites necesarios y acepta su progreso natural (Sweeney & Landreth, 2003).

La terapia de juego centrada en el niño tiene diversas aplicaciones clínicas. Debido a que no se enfoca en el diagnóstico ni en la inadaptación del menor, es terapia tiene una aplicación muy amplia (Sweeney & Landreth, 2003). Por consiguiente, es adecuada para trabajar con niños de distintos estratos socioeconómicos y diferentes étnicas. Asimismo, se ha demostrado que tiene una aplicación muy eficaz a corto plazo (Sweeney & Landreth, 2003). Varios estudios citados por Sweeney y Landreth (2003) confirman que esta modalidad de terapia es efectiva en el tratamiento de mutismo selectivo, en las dificultades de aprendizaje, en la reducción de problemas conductuales en niños con deterioros auditivos, en el progreso significativo de niños con tricotilomanía, en el duelo, en el tratamiento de violencia doméstica, abuso sexual, entre otros. Esta terapia mejora el autoconcepto de los niños, reduce problemas conductuales, ayuda en la adaptación emocional y aumenta los buenos comportamientos (Sweeney & Landreth, 2003).

Terapia de juego filial.

La terapia de juego filial se desarrolló en los años 1960s por Bernard y Louise Guerney (Glazer, 2010). En esta terapia son los padres quienes aplican fundamentos de

terapia centrada en el niño a sus hijos menores de 12 años (Guerney, 2003). Esta modalidad de terapia nace a partir de cinco razones fundamentales. La primera es que los problemas de los niños generalmente están relacionados a la falta de conocimientos y habilidades parentales (Glazer, 2010) y no a la patología de los padres (Guerney, 2003). La segunda razón, es que el juego terapéutico con los niños puede ayudar a los padres y a los niños a relacionarse de maneras más apropiadas y positivas, porque a través del juego el niño puede comunicar sus pensamientos, sentimientos y necesidades que generalmente no expresa en situaciones reales (Guerney, 2003). El proceso resulta terapéutico para ambas partes. La tercera, se elimina la resistencia de los padres a terapia. A través de la terapia filial los padres pueden percibir la importancia de su presencia en la ayuda terapéutica (Guerney, 2003). La cuarta es que el potencial para el cambio es mayor cuando es mediado por un padre en lugar del terapeuta ya que la relación entre padres e hijos es una de las relaciones más significativas en la vida del niño. Por último, hay evidencia de la efectividad de usar sesiones de juego con los padres en modelos de terapia de juego centrada en el niño. La terapia de juego mejora el nivel de desempeño de los padres a través de la capacitación y supervisión. La terapia de juego centrada en el niño ha demostrado ser muy efectiva (Glazer, 2010). Los padres aprenden a aceptar más a sus hijos, les permiten ser más directivos en sus vidas y se vuelven más empáticos con los menores (Glazer, 2010).

La terapia filial es considerada genuinamente como una modalidad de terapia familiar (Guerney, 2003). Las metas de la terapia filial son “reducir los comportamientos problemáticos en los niños, mejorar la relación entre padres e hijos, optimizar la adaptación del niño y aumentar la competencia y confianza del menor y mejorar las habilidades de

crianza de los hijos” (Guerney, 2003, p. 63). Para lograr estos objetivos es muy importante que se incluya a los padres como agentes de cambio en el proceso terapéutico. Los padres llevan a cabo sesiones de juego terapéuticas centradas en el niño y que puedan aplicar las habilidades y principios adquiridos a situaciones de la vida real. Los padres deben tener las mismas habilidades que un terapeuta centrado en el niño: empatía, seguimiento, estructuración y límites (Guerney, 2003).

Los padres reciben supervisión y preparación por parte de terapeutas entrenados. La preparación puede ser dictada en grupos de 5 a 6 personas o individualmente (Guerney, 2003). Uno de los fines de la terapia es que los padres puedan aplicar sesiones de juego en casa junto a sus hijos, sin embargo antes de proceder a este fin es importante que los padres lleven a cabo sesiones supervisadas. En general, se solicita a los padres que jueguen durante 30 minutos a la semana con sus hijos menores de seis años o 45 minutos con hijos mayores. Se recomienda que mientras un niño recibe la terapia, los padres también jueguen con sus otros hijos con el fin de que el niño que recibe la terapia no se sienta como el problema, no se preste menor atención a los hermanos y no se transmita patología a otro niño cuando se observan mejoras en un miembro de la familia. (Guerney, 2003). La terapia filial está recomendada para aplicarse en niños entre 3 a 12 años de edad y padres que tengan el tiempo disponible para realizar la terapia. En esta terapia puede participar niños con problemas auditivos o verbales, y niños con deterioros físicos y mentales. Sin embargo, no recomiendo la aplicación de la terapia a niños con comportamientos autistas extremos o esquizofrenia (Guerney, 2003). La teoría en la que se basa la terapia de juego filial y la misma que se enseña

a los padres es la teoría centrada en el niño de Virginia Axline (Guerney, 2003), descrita anteriormente.

Para preparar a los padres en la terapia de juego filial se enseñan habilidades necesarias a través de demostraciones y observaciones (Guerney, 2003). Cada vez que un padre se aproxima a la conducta deseada por el terapeuta se lo refuerza y elogia. Asimismo, los padres realizan sesiones de juego de práctica con el terapeuta, donde hacen un juego de roles en los que el padre puede ser el niño o el terapeuta. Usualmente, los errores no se registran pero se modela y se sugieren comentarios para mejorar la habilidad deseada. En todo momento, el énfasis está en el potencial de éxito de los padres (Guerney, 2003). Antes de la aplicación de la terapia filial, se sugiere que se realice una fase de inducción, sobre todo cuando la aplicación tiene fines clínicos (Guerney, 2003). Por lo tanto, en un inicio es importante realizar una evaluación del niño, valorar si es que se puede aplicar la terapia de juego centrada en el niño para el caso, y si los padres podrán participar en el proceso de cambio. Es esencial que en la fase de inducción, el terapeuta se reúna con los padres primero, y recabe datos sobre el historial y los problemas que presenta el niño. Adicionalmente, el terapeuta debe llevar a cabo una sesión de observación de la familia y una reunión de inducción final para realizar las recomendaciones pertinentes.

La terapia filial está compuesta por cinco etapas (Guerney, 2003). La primera etapa es la preparación en habilidades de terapia de juego; la segunda es la observación de esfuerzos iniciales de los padres y la práctica de habilidades; la tercera son sesiones en casa; la cuarta, es la transferencia y generalización y la quinta etapa es la evaluación y seguimiento. En la primera fase se introduce a los padres los fundamentos y bases teóricas de las terapias de

juego filial y centrado en el niño. En esta fase los terapeutas llevan a cabo sesiones de juego con los niños para demostrar a los padres como se hacen las sesiones y se acompaña el proceso con videos y observaciones de sesiones con otros niños. Adicionalmente, se enseñan habilidades terapéuticas a padres. En la segunda fase, el terapeuta debe observar las habilidades aprendidas de los padres para responder a sus hijos como por ejemplo empatía, establecimiento de límites, reflejos y estructuras (Guerney, 2003).

En la fase de observación, el padre juega dos veces con el niño. En esta etapa el terapeuta proporciona retroalimentación, elogios, motivación y reforzamiento de prácticas. La tercera fase, las sesiones en casa, se inicia una vez que los padres hayan adquirido las habilidades necesarias de terapia de juego. En un principio las sesiones se realizan durante 15 minutos y conforme avanza el proceso se llegan a realizar sesiones de 30 o 45 minutos. Antes de iniciar las sesiones en casa, los terapeuta revisan con los padres que el lugar sea apropiado y no tengan impedimentos ni interrupciones. Es importante que las sesiones en casa se les asignen un tiempo específico, de tal manera que los niños sepan que en ese momento pueden aprender a regular sus emociones y así evitar expresiones inapropiadas en otros momentos. Los padres llevan un informe de las sesiones y se evalúan los comentarios con los terapeutas en la siguiente reunión. En la cuarta etapa, se impulsa a los padres generalizar los principios y habilidades aprendidos durante la sesión a otros ámbitos de la vida del niño. La última fase implica planear cómo retirar paulatinamente las sesiones de juego. En todo momento se debe informar al niño cuando finalizarán las sesiones de juego (Guerney, 2003). La terapia filial usualmente tiene una duración de 20 a 24 semanas cuando se realiza en grupo y cuando se ofrece de forma individual puede tener una duración de 10 a 12 semanas (Guerney, 2003).

La terapia de juego filial es una modalidad de terapia que puede ser aplicada a diversos tipos de familia y situaciones clínicas. Por ejemplo, se ha demostrado que la terapia filial es efectiva en el tratamiento de la tartamudez, en el trastorno psicótico límite, en retrasos del desarrollo y niveles bajos de autismo (Guerney, 2003). Asimismo, ha habido hallazgos significativos en familias con hijos con trastornos del aprendizaje y trastornos por déficit de atención (Guerney, 2003). También se han encontrado resultados positivos en hogares sustitutos, en niños adoptados, hijos de padres divorciados, en padres encarcelados, en madres solteras, en abuso sexual con los padres no agresores y en pacientes crónicamente enfermos (Guerney, 2003). Este último se indagará en mayor profundidad en la siguiente sección.

La efectividad de la terapia filial en familias con niños crónicamente enfermos.

Basado en el aumento de diagnósticos de enfermedades crónicas en la infancia y los pocos estudios que se han realizado para ayudar a las familias a afrontar los problemas psicosociales que traen estas enfermedades, Tew (1997) investigó los efectos de la terapia filial en familias de niños crónicamente enfermos. Para este estudio Tew (1997) planteó que los padres que recibirían 10 sesiones de 30 minutos de terapia filial presentarían menos puntajes en la escala de Índice de estrés parental (PSI) comparado con un grupo control. Asimismo, las familias que recibirían terapia filial tendrían un mayor puntaje en la Escala de Aceptación Parental de Porter (PPAS) comparado con el grupo control. Finalmente, habría un puntaje menor total en la Lista de Verificación Conductual (CBCL) en los niños que recibirían terapia filial comparada con un grupo control. En este estudio se incluyeron niños con distintas enfermedades crónicas como artritis, parálisis cerebral, fallo renal, paladar

hendido, enfermedades del corazón congénitas, fibrosis quística, diabetes mellitus, hemofilia, distrofia muscular, asma severa, anemia falciforme, espina bífida y convulsiones. Los resultados del estudio demostraron que los padres en el grupo experimental redujeron significativamente su estrés parental, aumentaron significativamente su actitud de aceptación hacia sus hijos y reportaron una reducción significativa de problemas conductuales con sus hijos (Tew, 1997). Por lo tanto, este estudio demuestra que la terapia filial es una intervención efectiva para fortalecer y mejorar la relación entre padres e hijos crónicamente enfermos.

En otro estudio realizado por Glazer, Zimmerman y Landreth (1992) se investigó la efectividad de la terapia filial en grupo como una intervención con familias de niños crónicamente enfermos. En este estudio se esperaba que a partir de una intervención de 10 sesiones de terapia de juego filial la ansiedad parental y la ansiedad de los niños se redujeran y que hubiera una mejor relación y aceptación entre padres e hijos. En esta investigación se utilizó un diseño pre-prueba post-prueba, y se llevó a cabo con seis padres voluntarios cuyos hijos asistieron a un hospital infantil metropolitano. Para medir el estrés parental se utilizó el Inventario de Rasgos de Estados de ansiedad (STAI), para medir la ansiedad de los niños se usó la Escala Infantil de Ansiedad (CAS) y para medir la aceptación parental se utilizó la Escala de Aceptación Parental de Porter (PPAS). De los siete niños que participaron en el estudio, uno tenía distrofia muscular, dos niños estaban diagnosticados con parálisis cerebral, dos tenían asma, uno tenía alergias y el último tenía disfagia. En este estudio no se encontraron diferencias significativas en la ansiedad de los padres ni de los niños al finalizar la intervención de terapia filial. Asimismo, no se encontraron diferencias en la aceptación parental. No obstante, los padres reportaron una mejoría en la relación con sus hijos. Por lo

tanto, se concluye que la terapia filial produce un impacto positivo en los padres de hijos crónicamente enfermos (Glazer et al., 1992).

En otro estudio se determinó la efectividad de la terapia filial como un método de intervención para familias con niños crónicamente enfermos en tres aspectos: en el incremento de la aceptación parental, en la reducción del estrés parental y en la reducción de problemas emocionales y conductuales de los niños crónicamente enfermos (Tew, Landreth, Joiner & Solt, 2002). Este estudio se llevó a cabo con 23 participantes que fueron divididos en dos grupos: un grupo experimental y un grupo control. Estos participantes recibieron 10 sesiones de terapia filial. Para medir la aceptación parental se utilizó el PPAS, para medir el estrés parental se utilizó el PSI y para medir las conductas y emociones de los niños se utilizó el CBCL. Los resultados de este estudio demuestran que los padres en el grupo experimental mostraron puntajes más altos en la aceptación hacia sus hijos, comparado con el grupo control. Los padres en el grupo experimental mostraron niveles más bajos de ansiedad que los padres en el grupo control. Finalmente, se encontró que la terapia filial ayudó a reducir las conductas problemáticas, ansiedad y depresión en los niños crónicamente enfermos.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada

Para el presente trabajo de investigación se utilizó un diseño pre-prueba post-prueba con un grupo control. Este tipo de diseño es utilizado principalmente con el propósito de comparar grupos y/o medir cambios derivados de intervenciones experimentales (Dimitrov & Rumrill, 2003). En este tipo de investigación las condiciones son iguales tanto para el grupo

control como para el grupo experimental, con la única diferencia de que el grupo experimental se expone al tratamiento y el grupo control (Dimitrov & Rumrill, 2003).

Este tipo de diseño es un enfoque cuantitativo, que de acuerdo con Hernandez, Fernandez y Baptista (2010) “es secuencial y probatorio” (p. 4). Para este enfoque de investigación es necesario un problema de estudio delimitado y concreto, una revisión de la literatura detallada a partir de la que se derivan una o diversas hipótesis y se pone a prueba dichas hipótesis mediante un diseño de investigación apropiado (Hernandez et al., 2010). Las hipótesis deben ser planteadas antes de la recolección y análisis de datos. La recolección de datos se basa en la medición de variables pertinentes para el estudio a través de procedimientos estandarizados. Los datos que se obtiene son numéricos y se analizan mediante métodos estadísticos (Hernandez et al., 2010). En las investigaciones cuantitativas es significativo buscar un control máximo sobre las variables para que los resultados no se vean contagiados por variables de confusión (Hernandez et al., 2010). Los estudios cuantitativos deben ser lo más objetivos posibles y deben seguir un patrón predecible y estructurado. Los resultados obtenidos deben ser generalizables y replicables (Hernandez et al., 2010).

Las ventajas de utilizar este diseño de investigación son que al tener un fase de pre-prueba antes de la intervención psicológica, se pueden obtener datos iniciales del grupo experimental y el grupo control y partir de los datos obtenidos en la fase de post-prueba se puede determinar si es que la intervención produjo cambios significativos en el grupo experimental comparado con el grupo control. Por lo tanto, a partir de este diseño de investigación será posible contestar la pregunta principal del estudio y determinar si las

variables relacionadas con la relación paterna infantil como la aceptación parental, el estrés parental y los síntomas del asma varían antes y después de una intervención psicológica de 10 sesiones de 30 minutos de terapia filial.

Para este estudio se consideraron varias variables: la variable independiente fue la intervención psicológica de 10 sesiones de terapia filial y las variables dependientes fueron el estrés parental, la percepción parental, aceptación parental y los síntomas del asma. El estrés parental se entiende como un tipo de estrés que experimentan los padres e incluye determinadas características del niño, del padre y reacciones parentales a situaciones que están relacionadas con el rol parental (Tew, 1997). La aceptación parental es la habilidad de los padres para reconocer y aprobar a sus hijos sin condiciones. Existen cuatro elementos esenciales en la aceptación parental: el padre acepta la unicidad del niño, el reconocimiento del padre hacia su hijo como un ser autónomo, el amor incondicional de un padre hacia su hijo y la consideración del padre hacia su hijo como una persona con sentimientos y la posibilidad de expresión de dichos sentimientos (Tew, 1997).

Para este estudio se contará con un grupo de niños con asma severa persistente quienes recibirán, adicionalmente de un tratamiento médico supervisado, una intervención de terapia filial de 30 minutos durante 10 semanas (Grupo experimental) y otro grupo de niños con asma moderada persistente quienes recibirán un tratamiento médico supervisado, sin embargo, no recibirán tratamiento psicológico (Grupo control). Se considerarán los siguientes criterios para establecer si un niño tiene asma severa persistente: síntomas diarios, exacerbaciones frecuentes, síntomas nocturnos frecuentes, limitación de actividades física y una función

pulmonar menor a 60% de volumen máximo de aire espirado en el primer segundo (FEV1) y flujo espiratorio máximo (FEM) (Hernández et al., 2009).

Herramientas de Investigación Utilizadas

Para el propósito de este estudio, se aplicaron tres cuestionarios antes y después de una intervención de terapia filial de 10 sesiones con el fin de comprobar si es que la terapia filial fue efectiva para aumentar el control de los síntomas del asma a través del mejoramiento de la relación paterno-infantil. Los cuestionarios utilizados fueron la versión española del Parenting Stress Index-Short Form, el Porter Parental Acceptance Scale (PPAS), el Control del Asma en Niños (CAN) y la versión española del Child Behavior Checklist (CBCL) a una muestra de padres de familia reclutadas en la ciudad de Quito, Ecuador (ADJUNTAR ANEXOS). Las características de cada cuestionario serán descritas a continuación.

Relación paterno-infantil.

Parenting Stress Index-Short Form.

Debido a que el estrés parental es un factor que afecta los síntomas del asma y la relación paterno-infantil; y la reducción del estrés y el aumento del involucramiento de los padres son factores esenciales a considerar cuando se trabaja en familias con niños asmáticos, se incluyó en este estudio la versión española del Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF) que mide el estrés en la relación paterno-infantil, originalmente desarrollado por Abidin (1995) y traducido al español mediante el método de traducción y retrotraducción por Herrero, Brito, López, Pérez y Martínez (2010).

Este cuestionario consta de 36 ítems que mide tres subescalas de 12 ítems cada una: Malestar parental, Interacción Disfuncional Paterno-infantil y Niño Difícil. Los padres

utilizan una escala tipo Likert de cinco puntos que indica hasta qué grado concuerdan con cada enunciado (Haskett, Ahern, Ward & Allaire, 2006) La subescala de Malestar Parental indica el nivel de malestar resultante de factores personales del adulto como por ejemplo depresión o conflictos maritales y de restricciones diarias ocasionadas por las demandas del cuidado de los niños. La subescala de Interacción Disfuncional Paterno-infantil indica la insatisfacción parental en las interacciones con los hijos y el grado en el que los padres perciben a sus hijos como inaceptables. Por último, la subescala de Niño Difícil mide la percepción de los padres de las capacidades autor regulatorias del niño (Haskett et al., 2006).

En la versión original del PSI-SF de Abidin (1995) tiene una consistencia interna de 0,87 en la subescala de Malestar Paterno, 0,80 en la subescala de Interacción Disfuncional Paterno-infantil y 0,85 en la subescala de Niño Difícil (Herrero et al., 2010). En la versión española se encontraron dos factores: Estrés Derivado del Cuidado del Niño y Malestar Personal, con una consistencia interna de 0,90 y 0,87 respectivamente (Herrero et al., 2010).

Porter Parental Acceptance Scale (PPAS).

La escala de Porter Parental Acceptance Scale (PPAS) se incluyó en el presente estudio ya que permite evaluar los cambios en la relación paterno-infantil. Esta escala fue desarrollada originalmente por Porter (1954) con el propósito de medir la aceptación de los padres hacia sus hijos en cuestión del comportamiento y los sentimientos que los padres expresan hacia, con o acerca de sus hijos (Tew et al., 2002). Esta escala consiste de cuarenta ítems en un formato tipo Likert, que varían entre baja y alta aceptación. El PPAS tiene cuatro subescalas: a) respeto por sentimientos de los niños y el derecho de los niños a expresar estos sentimientos, b) apreciamiento de la unicidad del niño, c) reconocimiento de la necesidad de

autonomía e independencia del niño y d) amor incondicional por el niño. Esta escala tiene una correlación de confiabilidad de .80 (Tew et al., 2002). La validez del instrumento se realizó mediante el acuerdo de tres a cinco jueces en la habilidad de la prueba para medir la aceptación parental (Tew et al., 2002). La consistencia interna se determinó por medio de un análisis de los ítems y se encontró que 39 de los 40 ítems discriminaron entre madres y padres que puntuaron alto y bajo en la escala (Tew et al., 2002). Debido a que no existe una versión en español de dicho cuestionario, se proseguirá a traducir el cuestionario al español mediante el método de traducción (inglés-español) y retrotraducción (español-inglés) y se solicitará la lectura de dicho cuestionario a tres expertos en el tema de evaluación y diagnóstico o de psicología infantil de la Universidad San Francisco de Quito.

Child Behavior Checklist (CBCL).

El CBCL es un instrumento que debe ser completado por los padres. Este instrumento fue desarrollado originalmente por Achenbach. A través de este instrumento se obtienen los reportes parental de los las competencias y los problemas de los niños. El CBCL tiene 118 ítems de tipo Likert de tres puntos que evalúan problemas internalizantes y externalizantes. La escala contiene ocho subescalas: depresión/ansiedad, problemas sociales, problemas de pensamiento, quejas somáticas, aislamiento, problemas atencionales, agresividad y delincuencia (Tew, 1992).

Las escalas originales del CBCL fueron desarrolladas mediante estudios de análisis factorial y se basaron en los reportes de padres 4,455 niños referidos por motivos clínicos. La normalización de esta escala se realizó con 2,368 niños sanos. La versión en español fue normada con 611 niños de la ciudad de México. La versión mexicana del CBCL tiene una

consistencia interna de 0,97. En los problemas internalizantes tiene una consistencia interna de 0,94 y de 0,90 en los problemas externalizantes (Albores, Lara, Esperón, Cárdenas, Pérez & Villamnueva, 2007). La confiabilidad del test fue de 0,84 y mostró una validez apropiada (Albores et al., 2007).

Asma.

Control del asma en niños (CAN).

En el presente estudio se incluyó la escala de Control del Asma en Niños (CAN) con el propósito de evaluar la severidad y presentación de los síntomas del asma en los niños. Esta escala consiste de nueve ítems que evalúan diversos aspectos del asma en las últimas cuatro semanas (Garcinuño et al., 2011). Esta escala está diseñada para ser contestada por padres de pacientes asmáticos entre 2 a 14 años. Cada ítem de la escala consta de cinco respuestas tipo Likert. Las respuestas se codifican de forma numérica y se califica sobre 36 puntos, donde 36 es el peor control del asma y 0 es el mejor grado de control (Garcinuño et al., 2011). El mejor punto de corte en el CAN para indicar un mal control de asma es un puntaje ≥ 8 . Esta escala fue validada con 149 niños y sus cuidadores. Se encontró una sensibilidad y especificidad de 78,1% y 60,90% respectivamente (Garcinuño et al., 2011).

Óxido Nítrico Exhalado (eNO).

El eNO es un marcador de la inflamación de las vías áreas. Un nivel más alto de eNO se puede observar en el asma no controlada (Ng et al., 2008). Para medir el eNO se puede utilizar una medida de respuesta rápida quimio luminiscente como en el estudio de Ng y colegas (2008). Se sugiere utilizar un analizador Sievers 280i NOA con una sensibilidad de 1 a 200 ppb, una resolución de 1ppb y una exactitud de ± 1 ppb (Ng et al., 2008).

Participantes

De acuerdo con Cohen (1992) para obtener un tamaño del efecto fuerte es necesario que el estudio cuente al menos con 26 participantes. Los padres serán seleccionados para participar en este estudio basado en los siguientes criterios: a) deben tener un hijo o hija con asma severa persistente, b) los niños tienen que tener un tratamiento médico supervisado, c) los niños deben tener entre cinco a diez años, d) los padres deben ser capaces de leer, escribir y hablar en idioma español. En el caso del grupo experimental, también se considerarán los siguientes criterios: a) deben ser capaces de asistir a 10 sesiones de entrenamiento en terapia filial y b) deben acceder a participar en sesiones de 30 minutos de juego con sus hijos en casa.

Reclutamiento de participantes

Para reclutar las familias participantes, se realizará un convenio con pediatras y neumólogos de cinco centros médicos públicos en la ciudad de Quito, Ecuador con el fin de que coloquen fuera de sus consultorios un anuncio sobre el estudio (Ver anexo A) y que además comenten con sus pacientes sin ningún compromiso el estudio que se está realizando y los beneficios que este le traería a las familias y sobre todo al niño o niña con asma. Los médicos realizarán una lista de las familias que se muestran interesadas y se contactarán con la autora. Una vez que las familias participantes se contacten con la autora, se revisará cuáles familias cumplen con los criterios de inclusión mencionados previamente. A las personas que decidan participar se les entregará todos los materiales necesarios para la intervención y un kit de juguetes adicional que será destinado para el uso durante las sesiones de juego en casa.

Para el presente estudio se reclutaron 27 familias, quienes aceptaron voluntariamente participar en el estudio. Quince familias de las veintisiete familias fueron aleatoriamente

colocadas en el grupo experimental, mientras que doce familias fueron colocadas en el grupo control. Al finalizar la investigación, se ofreció a las familias en el grupo control un entrenamiento en Terapia Filial.

Procedimiento de recolección y Análisis de Datos

Una vez que las familias hayan acordado en participar, se proseguirá a la lectura y firma del consentimiento informado. Luego, se dividirá aleatoriamente mediante el programa de Excel de Microsoft Office a las familias participantes en dos grupos: grupo experimental y grupo control. Primero, a los dos grupos se les aplicará los cuatro cuestionarios PPAS, PSI-SF, CBCL y CAN. Luego se tomarán las medidas de eNO a los niños en el Hospital de los Valles. Asimismo, a las familias en el grupo experimental se les entrenará en terapia filial, siguiendo el modelo de entrenamiento de 10 sesiones de Terapia Filial de Landreth (1991), mientras que al grupo control se les mantendrá en una condición de lista de espera, y al finalizar el estudio, se les ofrecerá un entrenamiento en terapia filial. El entrenamiento se realizará en la sala de terapia grupal de las instalaciones de los Sistemas Médicos de la Universidad San Francisco. Para que el entrenamiento sea más efectivo se dividirá a las 15 familias del grupo experimental en tres grupos de cinco personas de acuerdo con la disponibilidad de tiempo y horarios que más se ajusten a cada familia. Los entrenamientos serán supervisados por un profesor de terapia de juego de la Universidad San Francisco de Quito. Cada familia deberá realizar un video de una de las sesiones de juego con el fin de dar retroalimentación y apoyo. Al finalizar la intervención, que tendrá una duración de cinco semanas aproximadamente, tanto el grupo control como el grupo experimental recibirán nuevamente los cuestionarios con la finalidad de comparar los resultados antes de la

intervención y los resultados post-intervención y se tomarán las medidas del eNO nuevamente. Finalmente, se agradecerá a las familias por su participación en el estudio.

Debido a que el estudio es cuantitativo, se llevará a cabo un análisis estadístico adecuado para obtener la significancia apropiada entre las diferencias del grupo experimental y el grupo control, así como también las medidas pre-prueba y post-prueba de los dos grupos. Para este propósito, el análisis estadístico más apropiado es un análisis de la covariancia (ANCOVA) para las medidas de relación paternos infantil donde las medidas post-prueba serán la variables dependientes y las medidas pre-prueba serán las covarianza, como lo sugiere Tew y colegas (2002). Adicionalmente, se realizarán un ANOVA de medidas repetidas para medir las diferencias en las medidas del eNO en la pre-prueba y post-prueba.

Consideraciones éticas

En la presente investigación se respetarán todas las consideraciones éticas pertinentes en un estudio con individuos. Todas las familias que participarán firmarán un consentimiento informado antes del inicio del estudio. En el consentimiento informado se detallarán todos los objetivos del estudio y se aclarará que su participación en la investigación es totalmente voluntaria, por lo tanto, no existirán repercusiones laborales o personales negativas para las personas que no quieran participar en el estudio o deseen retirarse en cualquier momento. Para asegurar el anonimato de las personas, se les asignará un código que será utilizado en todas las evaluaciones pertinentes. Únicamente, el investigador principal tendrá acceso a estos códigos. Cada evaluación realizada será guardada en un sobre con su respectivo código dentro de un cajón con seguridad, y se eliminarán una vez terminado el estudio. El entrenamiento en

terapia filial es una intervención amigable con el usuario, por lo tanto, no se espera que se produzca ningún efecto contrario. Las únicas limitaciones que pueden existir son el cansancio y/o la falta de tiempo. Para cada uno de los casos se darán descansos apropiados y un refrigerio para las familias participantes y se asignarán horarios flexibles para la conveniencia de la familia. Las familias podrán expresar sus opiniones, dudas, descontentos, entre otros y recibirán apoyo y retroalimentación en todo momento.

RESULTADOS

Asma

En base a la revisión literaria que se llevó a cabo para el presente trabajo, se esperaba que los resultados de la investigación evidencien una disminución en la presentación de síntomas del asma en el CAN como tos en ausencia de resfriados en la mañana y en la noche, ausencia de pitidos o silbidos durante el día y la noche, respiración por la nariz, visitas a urgencias o ingresos al hospital por crisis asmáticas mediante 10 sesiones de terapia filial comparado con el grupo control. Adicionalmente, se esperaba que encontrar efectos significativos ($p < 0.05$) en el nivel de eNO y en el ajuste del paciente a la puntuación del asma el grupo experimental, mientras que los resultados para el grupo control no representarían un resultado significativo ($p > 0.05$). Por lo tanto, habría una disminución significativa del nivel eNO en el grupo experimental de terapia filial comparado con el grupo control (Ng et al., 2008).

Relación Paterno-infantil

En relación a la relación parental, se esperaba que los padres en el grupo experimental de terapia filial puntuaran significativamente más alto ($p < 0.05$) en el puntaje total del PPAS

comparado con el grupo control. Especialmente, se puntuaría más alto en las subescala de Respeto por los sentimientos del niño y el derecho a expresar sus sentimientos y en la subescala de reconocimiento de la necesidad de autonomía e independencia del niño (Tew et al., 2002). Asimismo, los resultados demostrarían que los padres en el grupo control de terapia filial tuvieron un puntaje menor significativo ($p < 0.05$) en el puntaje total del PSI comparado con los padres en el grupo control (Tew et al., 2002). Específicamente, existiría una disminución en el puntaje en la subescala de interacción Disfuncional Paterno-infantil. Por consiguiente, se esperaría una mejoría en la relación paterno- infantil en el grupo experimental de terapia filial (Tew, 1997) y ningún efecto en el grupo control.

En relación a las relaciones familiares entre padres e hijos, se esperaría que las familias en el grupo experimental de terapia familiar presentaran menor disfuncionalidad ya que la terapia filial está direccionada a mejorar la relación paterno infantil y las interacciones entre ellos (Guernsey, 2003). Adicionalmente, se esperaría que disminuya la crítica parental en el grupo experimental de terapia filial al momento en el que aumenta la aceptación de padres hacia sus hijos.

Implicaciones en el menor

En el CBCL los niños en el grupo experimental de terapia puntuarían significativamente más bajo ($p < 0.05$) que el grupo control en el puntaje total del CBCL. Además, se esperaría que los niños en el grupo experimental de terapia filial puntúen más bajo en la subescala de depresión y ansiedad en comparación a los niños en el grupo control. En consecuencia, los niños en el grupo experimental de terapia familiar tendrían menor riesgo de presentar dificultades emocionales debido al asma.

Adicionalmente, al disminuir los síntomas del asma en los niños, los niños en el grupo experimental de terapia filial perderían menos días escolares al año, reduciendo su ausencia a uno o dos días de ausencia comparado con los cinco a diez días que se pierden comúnmente debido al asma (García y Praena, 2013). También se esperaría que los niños en el grupo experimental de terapia filial requieran de menos hospitalizaciones e ingresos a servicios de urgencia, comparado con el grupo control (García y Praena, 2013). Asimismo, se esperaría que los niños en el grupo experimental de terapia familiar presenten menor dificultad para socializar con sus pares y menor restricción de actividades (García y Praena, 2013).

Discusión

Al finalizar este estudio fue posible responder a la pregunta de investigación principal que se formuló al inicio del presente trabajo: ¿Cómo y hasta qué punto la Terapia de Juego Filial disminuye los síntomas del asma pediátrica en niños de cinco a diez años por medio de la reparación de la relación paterno/materno-infantil? En primer lugar, en base a los resultados esperados en el presente estudio se puede argumentar que a través de la terapia de juego filial es posible la disminución de la presencia de síntomas de asma en los niños. Especialmente, se puede apreciar que los síntomas que más presentarían cambios serían la tos, los silbidos y la respiración. En estudios que se han realizado con terapia familiar se han encontrado resultados similares, donde hay un mejor ajuste del paciente al asma y una mejor percepción del manejo de la enfermedad en los padres de los menores con asma (Ng et al., 2008). A pesar de que la terapia de juego filial no es exactamente igual a la terapia familiar, entra dentro de esta modalidad (Guerney, 2003). Por lo tanto, al presentar un mejor ajuste al asma tanto en los padres como en los hijos, su bienestar mejoran y la relación con el otro se vuelve manejable

ya que la intervención familiar permite que todos en la familia puedan manejar y vivir tranquilamente con la enfermedad (Ng et al., 2008). Además, a través de la intervención de 10 sesiones de terapia filial disminuirían los ingresos al hospital o a servicios de emergencia por crisis asmáticas. De esta manera, se demuestra que la terapia de juego filial es efectiva en la reducción de los síntomas del asma pediátrica en niños de cinco a siete años.

En segundo lugar, en base a la segunda parte de la pregunta de investigación de la presente investigación relacionada con la reparación de la relación paterno/materno-infantil se puede apreciar que a través de la terapia de juego filial la relación entre padres e hijos mejora sustancialmente. Especialmente, en base a los resultados esperados, se pueden observar una mejoría en la comunicación entre padres e hijos, sobretodo en el ámbito emocional y una mejoría en la sensación de control, autonomía e independencia en el niño. La terapia filial enfatiza el entrenamiento de los padres para reconocer e incentivar la expresión de emociones en los niños, por lo tanto es esta la razón por la que la terapia filial es exitosa en mejorar la aceptación parental (Tew, 1997). Adicionalmente, se puede observar que a través de la terapia de juego filial la disfunción en la relación entre los padres y menores mejora notablemente y el estrés parental disminuye. En base a la revisión de la literatura, se demuestra que los padres de niños con asma presentan un alto nivel de estrés parental que interfiere con la relación con sus hijos. Este estrés se presenta por las responsabilidades adicionales que implica criar un hijo con una condición crónica (Tew, 1997). Por consiguiente, a través de la terapia filial, el nivel de estrés parental disminuye y la relación se vuelve más manejable entre padres e hijos. Esta mejoría puede observarse debido a que la dentro de las metas de la terapia de juego filial se encuentra reducir comportamientos problemáticos, mejorar la relación entre padres e hijos

y las habilidades de crianza e incrementar la competencia y confianza del menor (Guerney, 2003). Resultados similares se han observado en otras investigaciones con niños crónicamente enfermos, en los que se incluyen niños con asma, donde los padres reducen significativamente su estrés, aumenta su aceptación hacia los hijos (Tew, 1997), mejora la relación entre padres e hijos (Glazer et al., 1992) y disminuye su ansiedad (Tew et al., 2002).

Finalmente, se puede apreciar que a través de la reparación de la relación paterno/materno-infantil los síntomas del asma disminuyen ya que al reparar la relación y la autopercepción del niño mediante la terapia de juego filial los problemas internalizantes y externalizantes y las competencias del niño mejoran, especialmente los que están relacionados con depresión y ansiedad; dos factores específicos que han sido considerados como factores psicológicos desencadenantes en presentación y perseverancia de los síntomas del asma en menores (Goodwin, Jacobi & Thefeld, 2003; Katon, Richardson, Lozano, McCauley, 2004). De igual manera, los padres reportan tener mayor control de los niños porque mediante la terapia de juego filial los padres escuchan y responden a los sentimientos de los niños, por lo tanto los niños sienten menos frustración y sienten menor manipulación en la relación paterna hacia ellos (Tew, 1997).

Los resultados esperados de este estudio apoyan el uso de la terapia de juego filial con niños que presentan síntomas asmáticos severos y sus familias. A través del presente estudio se esperaría que las familias participantes aprendan las técnicas básicas de la terapia filial y puedan aplicar estas técnicas no sólo para los fines de esta investigación, sino que tengan la posibilidad de aplicar las técnicas en otros ámbitos familiares y durante la interacción con sus hijos. Esta investigación tiene una repercusión positiva tanto en los niños con asma como en

sus familias. Los padres aprenden varias técnicas de interacción y comunicación con sus hijos, por lo tanto experimentan la terapia como una experiencia positiva y además presentan niveles menores en el estrés parental, mayor aceptación hacia sus hijos y se reducen los comportamientos problemáticos de los niños y hay una reducción en su ansiedad y depresión. A partir de la terapia filial los padres comparten más tiempo con sus hijos y los niños se sienten valorados y queridos. Los resultados de este estudio son muy importantes ya que resaltan la importancia de un rol sano y apoyo adecuado de la familia hacia los niños con asma. A partir de la reducción de estrés parental y la mejoría en la relación y los síntomas asmáticos de los niños hay menores pérdidas económicas para la familia. Además, se incrementa la asistencia escolar en los niños y sus interacciones sociales pueden mejorar significativamente.

Limitaciones del estudio

Al finalizar el estudio, se encontraron ciertas limitaciones que podrían sesgar los resultados del trabajo. En primer lugar, el cuestionario Porter Parental Acceptance Scale (PPAS) es un instrumento que fue desarrollado en el idioma inglés y no existe una versión en español del mismo. Por lo tanto, no existe medidas de validez y confiabilidad adaptadas para países de habla hispana. Si bien se utilizaría un método de traducción-retrotraducción para los propósitos del presente estudio, las preguntas de la escala pueden perder su estandarización. En segundo lugar, puede existir una reacción desfavorable por parte de los niños hacia el instrumento utilizado para medir los niveles de eNO. Asimismo, puede ser que este instrumento no sea el más apropiado para medir los niveles de asma en los niños o que no se cuente con los instrumentos apropiados en el país. En tercer lugar, puede ser que la edad de

los participantes no sea la más apropiada para determinar síntomas severos de asma, ya que los síntomas empeoran con la edad. Por lo tanto, las edades en las que los participantes resultarían más beneficiados, en base a los resultados del estudio, serían los niños de mayor edad. En cuarto lugar, la información encontrada en otros estudios es limitada y no se cuenta con investigaciones recientes. Puede ser que con los avances tecnológicos que existen actualmente en el ámbito médico, los síntomas del asma puedan estar mejor controlados y no afectar en mayor medida a las familias. Finalmente, el tamaño de la muestra es limitado, por consiguiente los resultados pueden no representar una población general. En consecuencia, el estudio se vería limitado en la generalización de los resultados.

Recomendaciones para futuros estudios

Al terminar la investigación, es posible percibir que la terapia de juego filial es efectiva para reducir los síntomas del asma y mejorar la relación entre padres e hijos. No obstante, para futuras investigaciones sería interesante comparar la efectividad de dos terapias familiares en el manejo de los síntomas del asma y el mejoramiento de la relación paterno-infantil. Las dos terapias que se recomendaría comparar serían un método de terapia familiar tradicional con la terapia de juego filial. Asimismo, sería relevante comparar la efectividad de la terapia filial en otras enfermedades crónicas en la infancia, y comparar para cuál de ellas resulta más efectiva esta modalidad de terapia. Adicionalmente, sería interesante realizar una investigación en el que se compare la relación de la madre versus la relación del padre en la afección de los síntomas del asma y cuál de los dos padres ejerce mayor beneficio en la mejoría de los síntomas asmáticos de los niños luego de una intervención de terapia filial. Finalmente, se recomienda comparar la aplicación de la investigación en distintos estratos

socioeconómicos y observar la diferencia entre estos a la hora de evaluar los síntomas del asma tras una intervención de terapia filial.

REFERENCIAS

- Albores-Gallo, L., Lara-Muñoz, C., Esperón-Vargas, C., Cárdenas Zetina, J. A., Pérez Soriano, A.M., & Villanueva Colin, G. (2007). Validez y fiabilidad del CBCL/6-18. Incluye las escalas del DSM. *Actas Esp Psiquiatr*, 35(6), 393-399.
- Akinbami, L. J., & Schoendorf, K. C. (2002). Trends in childhood asthma: prevalence, health care utilization, and mortality. *Pediatrics*, 110(2), 315-322.
- Alvarado Díaz, L. M., & Giraldo Sánchez, S. C. (2011). *Vivencias de los niños entre 12 y 16 años que sufren asma frente a su rol estudiantil* (Bachelor's thesis).
- Asher, M. I., Montefort, S., Björkstén, B., Lai, C. K., Strachan, D. P., Weiland, S. K., & Williams, H. (2006). ISAAC Phase Three Study Group: Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet*, 368(9537), 733-743.
- Axline, V. M. (1974). *Play Therapy*. New York: Ballantine Books.
- Bacharier, L. B., Boner, A., Carlsen, K. H., Eigenmann, P. A., Frischer, T., Götz, M., ... & Platts-Mills, T. (2008). Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a Practall consensus report. *Allergy*, 63(1), 5-34.
- Beneitez Maestre, A. M., Molina Ruiz, W., & Camps Rubiol, T. (2005). Aspectos psicológicos del asma infantil. *Revista Pediatra de Atención Primaria*, 7, 137-149.
- Berbesí Fernández, D. Y., García Jaramillo, M. M., Segura Cardona, Á. M., & Posada Saldarriaga, R. (2013). Assessment of family dynamics in families with children diagnosed with asthma. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(1), 63-71.
- Berbesí Fernández, D. Y., García Jaramillo, M., Segura Cardona, Á., Posada Saldarriaga, R., & Serna Escobar, P. (2013). Efectividad de un programa de terapia de familia en niños asmáticos con familias disfuncionales. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 6(3), 138-143.
- Charmichael, K. (2006). *Play Therapy: An introduction*. New Jersey: Merrill Prentice Hall.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-156.
- Costas, M., & Landreth, G. (1999). Filial therapy with nonoffending parents of children who have been sexually abused. *International Journal of Play Therapy*, 8(1), 1-160.
- De Ajuriaguerra, I. (1973). *Manual de Psiquiatría Infantil*. España: Toray-Masson.

- Dimitrov, D. M., & Rumrill Jr, P. D. (2003). Pretest-posttest designs and measurement of change. *Work, 20*(2), 159-165.
- Fabré Ortiz, D., Caraballo Pupo, M., Gonzales Soto, S., Cabezas Gutiérrez, M. J., Arjona Rodríguez, R., Coutin Marie, G., Aguilar Fabré, L., & Rodríguez Valdés, R. (2005). Factores psicológicos que contribuyen al asma en niños y adolescentes asmáticos y sus padres. *Revista Alergia México, 54*(4), 161-170.
- Fiese, B., Winter, M., Anbar, R., Howell, K., & Poltrock, S. (2008). Family Climate of Routine Asthma Care: Associating Perceived Burden and Mother-Child Interaction Patterns to Child Well-being. *Family Process, 47*(1), 63-79.
- García Merino, A., & Praena Crespo, M. (2013). El impacto del asma en la infancia y la adolescencia. *AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2013, 257-265*.
- Garcinuño, A. C., Urueña, I. C., Vázquez, C. D., Gandarillas, I. M., de rodas, P. M. C., Merino, Á. G., & Aurrecochea, B. D. (2011). Control del asma en niños: validez del cuestionario CAN y su relación con la función pulmonar y el óxido nítrico exhalado. *Bol Pediatr, 51*, 39-46.
- Gdalevich, M., Mimouni, D., & Mimouni, M. (2001). Breast-feeding and the risk of bronchial asthma in childhood: a systematic review with meta-analysis of prospective studies. *The Journal of Pediatrics, 139*(2), 261-266.
- Glazer, H. R. (2010). Filial therapy for grieving preschool children. En *Schaefer, CE Play Therapy for Preschool Children*. Washington DC: American Psychological Association, 89-106.
- Glazer-Waldman, H. R., Zimmerman, J. E., Landreth, G. L., & Norton, D. (1992). Filial therapy: An intervention for parents of children with chronic illness. *International Journal of Play Therapy, 1*(1), 31-42.
- Goodwin, R. D., Jacobi, F., & Thefeld, W. (2003). Mental disorders and asthma in the community. *Archives of General Psychiatry, 60*(11), 1125-1130.
- Guerney, L. (2003). Terapia de juego filial. En Schaefer, C. (2003). *Fundamentos de Terapia de Juego, 59-84*. México D.F: Editorial el Manual Moderno.
- Haskett, M. E., Ahern, L. S., Ward, C. S., & Allaire, J. C. (2006). Factor structure and validity of the parenting stress index-short form. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35*(2), 302-312.
- Henry Benitez, M., Gonzales Martín., I. J., Gracia Marco, R., Morera Fumero, A.,

- Morales García C. R., & Martínez Riera, A. (1992). Asma y entorno sociofamiliar. *C. Med. Psicosom.*, (23), 50-54.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: McGrawHill.
- Katon, W. J., Richardson, L., Lozano, P., & McCauley, E. (2004). The relationship of asthma and anxiety disorders. *Psychosomatic Medicine*, 66(3), 349-355.
- Kaugars, A. S., Klinnert, M. D., & Bender, B. G. (2004). Family influences on pediatric asthma. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(7), 475-491.
- Lehrer, P., Feldman, J., Giardino, N., Song, H. S., & Schmaling, K. (2002). Psychological aspects of asthma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 691-711.
- Lask, B. (1991). Psychological treatments of asthma. *Clinical & Experimental Allergy*, 21(5), 625-626.
- McQuaid, E. L., & Nassau, J. H. (1999). Empirically supported treatments of disease-related symptoms in pediatric psychology: asthma, diabetes, and cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 24(4), 305-328.
- McQuaid, E. L., Kopel, S. J., Klein, R. B., & Fritz, G. K. (2003). Medication adherence in pediatric asthma: reasoning, responsibility, and behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(5), 323-333.
- Marin, T. J., Chen, E., Munch, J. A., & Miller, G. E. (2009). Double-exposure to acute stress and chronic family stress is associated with immune changes in children with asthma. *Psychosomatic Medicine*, 71(4), 378-384.
- Masoli, M., Fabian, D., Holt, S., & Beasley, R. (2004). The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. *Allergy*, 59(5), 469-478.
- Murphy Jones, E., & Landreth, G. (2002). The efficacy of intensive individual play therapy for chronically ill children. *International Journal of Play Therapy*, 11(1), 117-140.
- Ng, S. M., Li, A. M., Lou, V. W., Tso, I. F., Wan, P. Y., & Chan, D. F. (2008). Incorporating Family Therapy into Asthma Group Intervention: A Randomized Waitlist-Controlled Trial. *Family Process*, 47(1), 115-130.
- Núñez Sánchez, B., & García-Cosío Piqueras, B. (2006). Actualización en asma. *Medicine*, 9(63), 4088-4096.

- Parada Escalona, M. E., Casanova Rey, E., Del Arco Pérez, A. O., Peinado Suárez, M., & Castellano Gómez, I. (2014). Influencia del asma bronquial en el ausentismo escolar en niños de 5-12 años atendidos en la clínica de especialidades médicas de Bayamo. *MULTIMED Revista Médica Granma*, 18(1), 17-32.
- Pinchak, M. C., Matelzonas, T., Da Rosa, M. J., Boix, A. I., Rodríguez, M., & Gutiérrez, S. (2013). Calidad de vida del niño asmático y su cuidador en centros públicos y privados de Montevideo (2009 a 2010). *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 84(1), 10-17.
- Praena Crespo, M. (2008). Valorar la funcionalidad familiar puede mejorar el enfoque terapéutico del asma pediátrica. *Atención primaria*, 40(11), 546-548.
- Rivera, R. S. (2005). Aspectos psicológicos en el asma infantil. *Universidad Verdad*, 35, 191-212.
- Rodríguez, A. (2005). Prevalencia de Asma y niveles de urbanización en comunidades en transición del norte de Ecuador. *Análisis económico. Revista Virtual de Investigación Económica*. Disponible en: <http://www.analysiseconomico.info/index.php/opinion2/256-prevalencia-deasma-y-niveles-de-urbanizacion-en-comunidades-en-transicion-del-norte-deecuador>.
- Rodríguez-Orozco, A. R., Kanán Cedeño, G., Vázquez Romero, M. E., León Gutiérrez, A., Barbosa Sánchez, C. E., & Tejeda Cárdenas, R. G. (2008). Perfil organizativo-funcional de la familia nuclear psicósomática con un hijo asmático. *Salud Mental*, 31(1), 63-68.
- Salas Hernández, J., Fernández Vega, M., & Almeida Arvizu, V. M. (2009). Clasificación del asma. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 68, 143-148.
- Svanes, C., Sunyer, J., Plana, E., Dharmage, S., Heinrich, J., Jarvis, D., ... & Wjst, M. (2010). Early life origins of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*, 65(1), 14-20.
- Sweeney, D. S & Landreth, G. L. (2003). Terapia de centrada en el niño. En Shaefer, C. (2003). *Fundamentos de terapia de juego*, 45-57. México D.F: Editorial el Manual Moderno.
- Tew, K. L. (1997). *The efficacy of filial therapy with families with chronically ill children*. (Tesis Doctoral). University of North Texas, Denton Texas.
- Tew, K., Landreth, G. L., Joiner, K. D., & Solt, M. D. (2002). Filial therapy with

parents of chronically ill children. *International Journal of Play Therapy*, 11(1), 79-100.

Vila, G., Nollet-Clemencon, C., De Blic, J., Mouren-Simeoni, M. C., & Scheinmann, P. (2000). Prevalence of DSM IV anxiety and affective disorders in a pediatric population of asthmatic children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 58(3), 223-231.0.

ANEXO A: ANUNCIO PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES

Se buscan familias con hijos/as entre cinco a diez años con un diagnóstico de asma severa persistente que deseen participar en estudio psicológico con el fin de reducir los comportamientos problemáticos en los niños, mejorar la relación y crianza con sus hijos, mejorar la adaptación del niño y aumentar la competencia y confianza del menor.

Los participantes recibirán un kit de juguetes, manuales de terapia de juego y un refrigerio.

Requisitos:

- *Tener un hijo o hija entre cinco a diez con un diagnóstico de asma severa persistente que reciba un tratamiento médico supervisado
- *Tener disponibilidad de tiempo para acudir a sesiones de 30 minutos de duración de terapia de juego al menos dos veces a la semana

Para más información contactar al:

0997829994

karla.haro@estud.usfq.edu.ec

ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Efectividad de la Terapia de Juego Filial para el Tratamiento del Asma Pediátrica a través de la Reparación Paterno-infantil

Organización del investigador: Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal: Karla Isabella Haro Fiallo

Datos de localización del investigador principal: 022889110, 0997829994,
karla.haro@estud.usfq.edu.ec

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción (*Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación*)

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en un investigación sobre la efectividad de la terapia de juego filial en la reducción de los síntomas del asma por medio de la reparación de la relación entre padres e hijos porque a) tienen un hijo o hija con asma severa persistente, b) sus hijos reciben un tratamiento médico supervisado y c) sus niños tienen entre cinco a diez años.

Propósito del estudio (incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)

El propósito de este estudio es descubrir si diez sesiones de terapia de juego filial pueden mejorar los síntomas del asma en niños de cinco a diez años de la ciudad de Quito. Se espera que a través de la terapia de juego, los padres y niños mejoren su relación con el fin de que los síntomas del asma en el niño mejoren y los padres puedan sobrellevar de mejor manera la enfermedad de sus hijos. Para el estudio, se estima reclutar 27 familias en donde un hijo o hija presente síntomas de asma severa persistente. Los participantes serán reclutados de centros médicos públicos con la ayuda de pediatras y neumólogos.

Descripción de los procedimientos (breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)

Este estudio incluye una medición del asma y cuatro cuestionarios dirigidos a los padres que se completarán antes y después de la intervención. Las familias participantes serán divididas en dos grupos. El primer grupo recibirá una intervención de 10 sesiones de 30 minutos de terapia de juego filial que se llevarán a cabo en un periodo de cinco semanas una vez que se haya aprobado su consentimiento y el otro grupo entrará a una condición de lista de espera, en la que se aplicará la intervención una vez que se recolecten los datos finales. Cada familia deberá grabar una sesión de terapia de juego con el fin de recibir retroalimentación y apoyo en sus progresos e intervenciones.

Riesgos y beneficios (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

Existe el riesgo de que se sienta cansado o estresado por interrumpir actividades diarias por la intervención. Sin embargo, se considerarán horarios flexibles que se acomoden de la mejor manera a los participantes para que pueda resultar una experiencia amigable. Asimismo habrá un periodo de descanso donde los participantes recibirán un pequeño refrigerio. Las familias participantes podrán expresar sus opiniones, dudas, descontentos y recibirán apoyo y retroalimentación en todo momento. Los participantes de este estudio recibirán una breve explicación de la investigación por parte de la investigadora principal y se expondrán los objetivos que tiene la terapia de juego filial. Los participantes recibirán todo el material apropiado para la investigación y podrán quedarse con los materiales otorgados para realizar la intervención de terapia de juego filial. Las conclusiones de este estudio serán de utilidad para varias familias con hijos o hijas que presenten asma y se resaltarán la importancia del apoyo familiar durante una enfermedad crónica. Adicionalmente, habrá menos gastos por enfermedad por la reducción de síntomas y menor ausentismo escolar a través de una intervención psicológica.

Confidencialidad de los datos

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y los asistentes de la investigación tendrán acceso.
- 2A) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio (*si aplica*) ó
- 2B) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo (*si aplica*)
- 3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0997829994 que pertenece a Karla Isabella Haro Fiallo, o envíe un correo electrónico a Karla.haro@stud.usfq.edu.ec

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec



Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

ANEXO C: Herramientas para levantamiento de información

Parenting Stress Index-Short Form

Este cuestionario contiene 36 preguntas. Lee con detenimiento cada una de ellas centrando la atención sobre tu hijo y lo que te preocupa de él y de tu vida. Por favor, rodea con un círculo la respuesta que mejor represente tu opinión.

1. A menudo tengo la sensación de que no puedo manejar bien las cosas.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

2.

Estoy entregando mucho de mi vida para cubrir las necesidades que siempre esperé para mi hijo.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

3.

Me siento atrapado con las responsabilidades como padre/madre.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

4.

Desde que tuve a mi hijo no he hecho cosas nuevas y diferentes.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

5.

Desde que tengo a mi hijo siento que casi nunca puedo hacer las cosas que me gustaría hacer.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

6.

No estoy contento/a con las últimas compras de ropa que he hecho para mi.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

7.

Hay bastantes cosas que me preocupan acerca de mi vida.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

8. Tener a mi hijo ha causado más problemas de los que esperaba en mi relación con mi pareja.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

9. Me siento solo/a y sin amigos.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

10. Cuando voy a una fiesta normalmente creo que no voy a disfrutar.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

11. No estoy tan interesado en la gente como solía estar acostumbrado/a.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

12. No disfruto con las cosas como acostumbraba.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

13. Mi hijo rara vez hace cosas por mí que me hagan sentirme bien.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

14. La mayoría de las veces siento que mi hijo me quiere y desea estar cerca de mí.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

15. Mi hijo me sonríe mucho menos de lo que yo esperaba.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

16. Cuando hago cosas por mi hijo tengo la sensación de que mis esfuerzos no son muy apreciados.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

17. Cuando mi hijo juega no se ríe a menudo.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

18. Mi hijo no aprende tan rápido como la mayoría de los niños.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

19. Mi hijo parece que no sonríe mucho como la mayoría de los niños.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

20. Mi hijo no es capaz de hacer tantas cosas como yo esperaba.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

21. Se necesita mucho tiempo y trabajar duro para que mi hijo se acostumbre a cosas nuevas.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

22. *Para responder a esta cuestión elige una de las 5 frases que se presentan a continuación y que mejor refleje tu sentimiento como padre/madre.*

Siento que soy:

1. muy buen padre/madre.
 2. superior a la media.
 3. en la media.
 4. cometo muchos errores siendo padre/madre.
 5. no soy muy buen padre/madre.
23. Esperaba estar mucho más cercano/a y tener unos sentimientos más tiernos de los que tengo hacia mi hijo, y esto me duele.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

24. Muchas veces mi hijo hace cosas que me preocupan porque no son buenas.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

25. Mi hijo tiene rabietas y grita más a menudo que la mayoría de los niños.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

26. La mayoría de las veces despierta de mal humor

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

27. Siento que mi hijo tiene un humor muy cambiante y se altera fácilmente.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

28. Mi hijo hace cosas que me molestan mucho.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

29. Mi hijo reacciona bruscamente cuando sucede algo que no le gusta.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

30. Mi hijo se altera fácilmente con las cosas más pequeñas.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

31. El horario de comidas y de sueño es más difícil y duro de establecer de lo que yo pensaba.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

32. *Elige una de las 5 frases rodeándola con un círculo.*

Me he dado cuenta que con mi hijo conseguir hacer algunas cosas o parar de hacer otras es respecto a lo que yo esperaba:

1. mucho más duro.
2. algo más duro.
3. tan duro como esperaba.
4. algo más fácil.
5. mucho más fácil.

33. *De las 5 posibilidades de respuesta elige la que mejor se adapte a lo que tú crees, rodeándola con un círculo.*

Piensa con cuidado y cuenta el número de cosas que te molestan de tu hijo.

Por ejemplo: que se entretenga con todo, que no escuche, la hiperactividad, los gritos, las interrupciones, su resistencia y oposición, los lloriqueos, etc.

1. 1-3
2. 4-5
3. 6-7
4. 8-9
5. 10+

34. Hay algunas cosas que hace mi hijo que realmente me preocupan bastante.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

35. Tener a mi hijo ha dado lugar a más problemas de los que yo esperaba.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

36. Mi hijo me plantea más demandas que la mayoría de los chicos.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	-----------------	---------------	--------------------------

Porter Parental Acceptance Scale

PORTER PARENTAL ACCEPTANCE SCALE

We are seeking information about parent-child relationships. You can help us filling out the following questionnaire frankly and carefully. Sincere and honest answers are requested so that valid data may be obtained.

The questionnaire does not call for any mark of identification your answers along with all others will be absolutely anonymous. Furthermore, all of the responses will be treated confidentially and will be used only for purposes of scientific research.

It is essential that all questions be answered. If you do not closely describes your feelings or actions.

GENERAL INFORMATION

1. Sex: Male _____ Female _____
2. Year of Birth _____
3. Year of Marriage _____
4. Living with spouse at present time Yes _____ No _____
5. Married more than once Yes _____ No _____
6. If married more than once, was previous marriage ended because of
 _____ death _____ divorce _____ other (please state) _____
7. Draw a circle around the number of years of schooling you have completed.
 12345678 1234 1234 1234
 Graduate school High school College Post graduate
8. Religious Affiliation:
 _____ Protestant _____ Jewish _____ None
 _____ Catholic _____ Other _____
9. Was your childhood and adolescence, for the most part, spent in:
 _____ open country or village under 1,000 _____ a town of 1,000 to 4,999
 _____ a city of 5,000 to 9,999 _____ a city of 10,000 to 49,999
 _____ a city of 50,000 to 99,999 _____ a city of 100,000 to 249,999
 _____ a city of 250,000 or over
10. Presently family income (annual)
 _____ under \$15,000 _____ \$15,000 to \$24,999
 _____ \$25,000 to \$34,999 _____ \$35,000 to \$49,999
 _____ \$50,000 to \$74,999 _____ \$75,000 to \$99,999
 _____ \$100,000 or more
11. Husband's occupation (Be specific such as computer specialist, CPA, salesperson, teacher, auto mechanic, lawyer, etc.)

12. Wife's occupation (Be specific as illustrated above)

13. Ages of children (to nearest birthday)
 Ages of boys _____; _____; _____; _____;
 Ages of girls _____; _____; _____; _____;

While responding to the following questions' please think of only one child. If you have a child in the age of six to ten years, choose that one. If you have more than one children that age range, choose the one nearest to ten. If your children are all younger than six years, choose the one nearest six. Place a circle around the age (in question 13 above) of the one which you will be thinking of while answering the questions about your child. Be sure and refer only to this child while answering the questions.

14. Is this child your: (circle one)
 Biological child Step child Adopted child

INFORMATION ABOUT YOUR CHILD

Many parents say that their feeling of affection toward or for their child varies with his/her behavior and with circumstances. Please read each item carefully and place a check in the column which most nearly describes the degree of feeling of affection which you have for your child in that situation.

Check One Column For Each Item Below	Degree of Feeling of Affection				
	Much more than usual	A little more than usual	The same	A little less than usual	Much less than usual
1. When my child is obedient.					
2. When my child is with me.					
3. When my child misbehaves in front of special guests.					
4. When my child expresses unsolicited affection. You've the nicest mommy/daddy in the whole world.					
5. When my child is away from me.					
6. When my child shows off in public.					
7. When my child behaves according to my highest expectations.					
8. When my child expresses angry and hateful things to me.					
9. When my child does things I have hoped my child would not do.					
10. When we are doing things together.					

Listed below are several statements describing things which children do and say. Following each statement are five responses which suggest ways of feeling or courses of action.

Read each statement carefully and then place a circle around the number in front of the one response which most nearly describes the feeling you usually have or the course of action you most generally take when your child says or does these things.

It is possible that you may find a few statements which describe a type of behavior which you have not yet experienced with your child. In such cases, mark the response which most nearly describes how you think you would feel or what you think you would do.

11. When my child is shouting and dancing with excitement at a time when I want peace and quiet, I:
 - a. feel annoyed.
 - b. want to know more about what excites my child.
 - c. feel like punishing my child.
 - d. feel that I will be glad when my child is past this stage.
 - e. feel like telling my child to stop.

 12. When my child misbehaves while others in the group are behaving well, I:
 - a. see to it that my child behaves as the others.
 - b. tell my child it is important to behave well when in a group.
 - c. let my child alone if the others are not disturbed by the behavior.
 - d. ask my child to suggest an alternate behavior
 - e. help my child find an alternate behavior to enjoy while not disturbing the group.

 13. When my child is unable to do something which I think is important for him/her, I:
 - a. want to help my child find success in other things.
 - b. feel disappointed in my child.
 - c. wish my child could do it.
-

- d. realized that my child can not do everything.
 - e. want to know more about the things my child can do.
14. When my child seems to be more fond of someone else (teacher, friend, relative) than me, I:
- a. realized that my child is growing up.
 - b. am pleased to see my child's interests widening to other people.
 - c. feel resentful.
 - d. feel that my child doesn't appreciate what I have done for him/her.
 - e. wish my child liked me more.
15. When my child is faced with two or more choices and has to choose only one, I:
- a. tell my child which choice to make and why.
 - b. think it through with my child.
 - c. point out the advantages and disadvantages of each, but let my child decide.
 - d. tell my child that I am sure he/she can make a wise choice and help my child foresee the consequences.
 - e. make the decision for my child.
16. When my child makes decisions without consulting me, I:
- a. punish my child for not consulting me.
 - b. encourage my child to make many of his/her own decisions.
 - c. allow my child to make many of his/her own decision.
 - d. suggest that we talk it over before he/she makes the decision
 - e. tell my child he/she must consult me first before making a decision.
17. When my child kicks, hit, or knocks his/her things about, I:
- a. feel like telling my child to stop.
 - b. feel like punishing him/her.
 - c. am pleased that my child feels free to express himself/herself.
 - d. feel that I will be glad when my child is past this stage.
 - e. feel annoyed.
18. When my child is not interested in some of the usual activities of his/her age group, I:
- a. realize that each child is different.
 - b. wish my child were interested in the same activities.
 - c. feel disappointed in my child.
 - d. want to help my child find ways to make the most of his/her interests.
 - e. want to know more about the activities in which my child is interested.
19. When my child acts silly and giggly, I:
- a. tell my child I know how he/she feels.
 - b. pay no attention to him/her.
 - c. tell my child he/she shouldn't act that way.
 - d. make my child quit.
 - e. tell my child it is all right to feel that way, but help him/her find other ways of expression.
20. When my child prefers to do things with his/her friends rather than with the family, I:
- a. encourage my child to do things with his/her friends.
 - b. accept this as part of his/her growing up.
 - c. plan special activities so that my child will want to be with the family.
 - d. try to minimize his/her associations friends.
 - e. make my child stay with the family.
21. When my child disagrees with me about something which I think is important, I:
- a. feel like punishing him/her.
 - b. am pleased that my child feels free to express his/her thoughts and feelings.
-

- c. feel like persuading my child that my way is best.
 - d. realize my child has ideas of his/her own.
 - e. feel annoyed.
22. When my child misbehaves while others in his/her group are behaving well, I:
- a. realize that my child does not always behave as others in his/her group.
 - b. feel embarrassed.
 - c. want to help my child find the best ways to express his/her feelings.
 - d. wish my child would behave like the others.
 - e. want to know more about his/her feelings.
23. When my child is shouting and dancing with excitement at a time when I want peace and quiet, I:
- a. give my child something quiet to do.
 - b. tell my child that I wish he/she would stop.
 - c. make my child be quiet.
 - d. let my child tell me about what is so exciting.
 - e. send my child somewhere else.
24. When my child seems to be more fond of someone else (teacher, friend, relative) than me, I:
- a. try to minimize my child's association with that person.
 - b. let my child have such associations when I think he/she is ready for them.
 - c. do some special things for my child to remind him/her of how nice I am.
 - d. point out the weaknesses and faults of the other person(s).
 - e. encourage my child to create and maintain such associations.
25. When my child says angry and hateful things about me to my face, I:
- a. feel annoyed.
 - b. feel that I will be glad when my child is past this stage.
 - c. am pleased that my child feels free to express himself/herself.
 - d. feel like punishing my child.
 - e. feel like telling my child not to talk that way to me.
26. When my child shows a deep interest in something I don't think is important, I:
- a. realize my child has interests of his/her own.
 - b. want to help my child find ways to make the most of this interest.
 - c. feel disappointed in my child.
 - d. want to know more about my child's interests.
 - e. wish my child were more interested in the things I think are important for him/her.
27. When my child is unable to do some things as well as others in his/her group, I:
- a. tell my child he/she must try to do as well as the others.
 - b. encourage him/her to keep trying.
 - c. tell my child that no one can do everything well.
 - d. call attention to the things he/she does well.
 - e. help my child make the most of the activities which he/she can do well.
28. When my child wants to do something which I am sure will lead to disappointment for him/her, I:
- a. occasionally let my child carry such an activity to its conclusion.
 - b. don't let my child do it.
 - c. advise my child not to do it.
 - d. help my child with it in order to ease the disappointment.
 - e. point out what is likely to happen.
29. When my child acts silly and giggly, I:
- a. feel that I will be glad when he/she is past this stage.
 - b. am pleased that my child feels free to express himself/herself.
-

- c. feel like punishing my child.
 - d. feel like telling him/her to stop.
 - e. feel annoyed.
30. When my child is faced with two or more choices and has to choose only one, I:
- a. feel that I should tell my child which choice to make and why.
 - b. feel that I should point out the advantages and disadvantages of each.
 - c. hope that I have prepared him/her to choose wisely.
 - d. want to encourage my child to make his/her own choices.
 - e. want to make the decision for my child.
31. When my child unable to do something which I think is important for him/her, I:
- a. tell my child he/she must do better.
 - b. help my child make the most of the things which he/she can do.
 - c. ask my child to tell me more about the things which he/she can do.
 - d. tell my child that no one can do everything.
 - e. encourage him/her to keep trying.
32. When my child disagrees with me about something which I think is important, I:
- a. tell my child he/she should not disagree with me.
 - b. make my child quit.
 - c. listen to my child's side of the issue and change my mind if that seems reasonable.
 - d. tell my child maybe we can do it his/her way another time.
 - e. explain that I am doing what is best for him/her.
33. When my child is unable to do some things as well as others in his/her group, I:
- a. realize that my child can't do as well as others in everything.
 - b. wish that my child could do as well.
 - c. feel embarrassed.
 - d. want to help my child find success in the things he/she can do well.
 - e. want to know more about the things my child can do well.
34. When my child makes decisions without consulting me, I:
- a. hope that I have prepared my child adequately to make his/her decisions.
 - b. wish that my child would consult me.
 - c. feel disturbed.
 - d. want to restrict his/her freedom.
 - e. am pleased to see that as my child grows, I am needed less.
35. When my child says angry and hateful things about me to my face, I:
- a. tell my child it is all right to feel that way, but help him/her find other ways to express himself/herself.
 - b. tell my child I know how he/she feels.
 - c. pay no attention to him/her.
 - d. tell my child he/she shouldn't say such things to me.
 - e. make my child quit.
36. When my child kicks, hits, and knocks his/her things about, I:
- a. make my child quit.
 - b. tell my child it's alright to feel that way, but help him/her find other ways of expressing himself/herself.
 - c. tell my child he/she shouldn't do such things.
 - d. tell my child I know how he/she feels.
 - e. pay no attention to him/her.
37. When my child prefers to do things with friends rather than with the family, I:

- a. wish my child would spend more time with us.
 - b. feel resentful.
 - c. am pleased to see my child's interests widening to other people.
 - d. feel my child doesn't appreciate us.
 - e. realize that he/she is growing up.
38. When my child wants to do something which I am sure will lead to disappointment, I:
- a. hope that I have prepared him/her to meet disappointment.
 - b. wish that my child did not have to experience unpleasant events.
 - c. want to keep my child from doing it.
 - d. realize that occasionally such an experience will be good for him/her.
 - e. want to postpone these experiences.
39. When my child is not interested in some of the usual activities of his/her age group, I:
- a. help my child realize that it's important to be interested in the same things as others in the group.
 - b. call attention to the activities in which he/she is interested.
 - c. tell my child it is all right not to be interested in the same things as others in his/her group.
 - d. see to it that my child does the same things as others in his/her group.
 - e. help my child find ways of making the most of his/her interests.
40. When my child shows a deep interest in something I don't think is important, I:
- a. let my child go ahead this interest.
 - b. ask my child go tell more about this interest.
 - c. help my child find ways to make the most of this interest.
 - d. do everything I can do discourage my child's interest in it.
 - e. try to interest him/her in more worthwhile things.

Control del Asma en Niños (CAN)

Cuestionario CAN

Hora de inicio :
Hora Minutos

Cuestionario Control Asma en Niños [Versión tutores]

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarle a describir en general el asma del niño/a en las 4 últimas semanas y cómo ésta influye en cómo se encuentra y en lo que puede hacer. Para cumplimentarlo, marque con una X la casilla que mejor describa su respuesta.

1. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tosido durante el día **en ausencia de resfriados/constipados**?
 - Más de una vez al día
 - Una vez al día
 - De 3 a 6 veces por semana
 - Una o 2 veces por semana
 - Nunca
2. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tosido durante la noche **en ausencia de resfriados/constipados**?
 - Más de una vez durante cada noche
 - Una vez durante cada noche
 - De 3 a 6 veces por semana
 - Una o 2 veces por semana
 - Nunca
3. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido pitidos o silbidos durante el día?
 - Más de una vez al día
 - Una vez al día
 - De 3 a 6 veces por semana
 - Una o 2 veces por semana
 - Nunca
4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido pitidos o silbidos durante la noche?
 - Más de una vez durante cada noche
 - Una vez durante cada noche
 - De 3 a 6 veces por semana
 - Una o 2 veces por semana
 - Nunca

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia le ha costado respirar (no por la nariz) durante el día?
- Más de una vez al día
 - Una vez al día
 - De 3 a 6 veces por semana
 - Una o 2 veces por semana
 - Nunca
6. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia le ha costado respirar (no por la nariz) durante la noche?
- Más de una vez durante cada noche
 - Una vez durante cada noche
 - De 3 a 6 veces por semana
 - Una o 2 veces por semana
 - Nunca
7. Cuando el niño hace ejercicio (juega, corre) o ríe a carcajadas ¿tiene tos o pitos/silbidos?
- Siempre
 - Casi Siempre
 - A veces
 - Casi nunca
 - Nunca
8. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuántas veces ha tenido que ir a **visitas de urgencias no programadas** debido al asma?
- Más de 3 veces
 - 3
 - 2
 - 1
 - Ninguna
9. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuántas veces han **ingresado en el hospital (asistencia médica en el hospital de más de 12 horas a causa de una crisis asmática)** al niño debido al asma?
- Más de 3 veces
 - 3
 - 2
 - 1
 - Ninguna

Hora de finalización :
Hora Minutos

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Child Behavior Checklist (CBCL)

ASEBA *Por favor utilice letra de imprenta/moide* **CUESTIONARIO SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS(NIÑAS) DE 6-18 AÑOS** NÚMERO ID# _____

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A): Nombre _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____		TRABAJO USUAL DE LOS PADRES, inclusive si ahora no está trabajando. (Por favor especifique — por ejemplo: Mecánico, jardinero, maestro(a), ama de casa, albañil, policía, hace changas/trabajos informales, jornalero, vendedor(a) ambulante, profesional.) PADRE 1 (o Padre): _____	
SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	EDAD _____	RAZA _____	
FECHA DE HOY Día _____ Mes _____ Año _____	FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		PADRE 2 (o Madre): _____
GRADO ESCOLAR _____ No va a la escuela: <input type="checkbox"/>	Por favor complete este cuestionario con su opinión sobre el comportamiento de su hijo(a). Hágalo aunque usted piensa que otras personas no están de acuerdo con su opinión. Siéntase en la libertad de escribir comentarios adicionales al final de cada frase y en el espacio que se provee en la página 2.		ESTE CUESTIONARIO FUE CONTESTADO POR: <input type="checkbox"/> Padre 1 o Padre (Nombre y apellido) _____ <input type="checkbox"/> Padre 2 o Madre (Nombre y apellido) _____ <input type="checkbox"/> Otra persona (Nombre y relación con el/la niño(a)) _____

I. ¿Cuáles son las actividades deportivas en las que más le gusta participar a su hijo(a)? Por ejemplo: natación, fútbol/balompíe, patinaje, bicicleta, baloncesto, karate, balonmano, pescar, etc.

<input type="checkbox"/> Ninguno a. _____ b. _____ c. _____	En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿cuánto tiempo le dedica a cada uno de estos deportes?	En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿cómo es él/ella en estos deportes?
	Menos que los demás Igual que los demás Más que los demás No lo sé	Peor que los demás Igual que los demás Mejor que los demás No lo sé
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

II. ¿Cuáles son las actividades, los juegos o los pasatiempos favoritos de su hijo(a) además de los deportes? Por ejemplo: video juegos, cartas, juegos de armar, jugar con muñecos(as), leer, tocar música, cantar, etc. (No incluya escuchar radio o ver televisión).

<input type="checkbox"/> Ninguno a. _____ b. _____ c. _____	En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿cuánto tiempo le dedica a cada una de estas actividades?	En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿cómo es él/ella en estas actividades?
	Menos que los demás Igual que los demás Más que los demás No lo sé	Peor que los demás Igual que los demás Mejor que los demás No lo sé
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

III. ¿Cuáles son las organizaciones, los equipos, los clubes o los grupos a los que pertenece su hijo(a)?

<input type="checkbox"/> Ninguno a. _____ b. _____ c. _____	En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿qué tan activo(a) es en cada uno de los grupos?
	Menos que los demás Igual que los demás Más que los demás No lo sé
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

IV. ¿Qué trabajos o tareas hace su hijo(a)? Por ejemplo: cuidar de otros niños, hacer la cama, trabajar en una tienda, hacer mandados, lavar los platos, etc. (Incluya tareas o trabajos pagados y no pagados).

<input type="checkbox"/> Ninguno a. _____ b. _____ c. _____	En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿cómo lleva a cabo estas tareas?
	Peor que los demás Igual que los demás Mejor que los demás No lo sé
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Asegúrese que contestó todas las preguntas.

Por favor utilizar letra de imprenta/molde. Asegúrese que contestó todas las preguntas.

V. 1. ¿Cuántos amigos o amigas íntimos(as) tiene su hijo(a)? (No incluya a sus hermanos o hermanas.)
 Ninguno 1 2 ó 3 4 o más

2. Sin contar las horas en que está en la escuela, ¿cuántas veces a la semana participa su hijo(a) en actividades con sus amigos(as)? Menos de 1 1 ó 2 3 o más

VI. En comparación con otros niños o niñas de la misma edad, ¿cómo . . .

	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	
a. se lleva con sus hermanos y hermanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No tiene hermanos o hermanas
b. se lleva con otros niños y niñas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. se comporta con su papá y mamá?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. juega solo(a) y hace sus tareas solo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. 1. Desempeño escolar. Si su hijo(a) no está en la escuela, por favor escriba la razón. _____

Marque una respuesta para cada materia.	Fue reprobado	Por debajo del promedio	Promedio	Más alto que el promedio
a. Lectura, Español o Literatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras materias, como por ejemplo, idiomas, cursos de computadoras, comercio, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Historia o Estudios Sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Aritmética o Matemáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ciencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Está su hijo(a) en una clase o escuela especial o recibe servicios especiales?
 No Sí - ¿En qué tipo de clase o escuela especial está? (Especifique):

3. ¿Ha repetido algún año? No Sí - ¿Qué año o años y por qué?

4. ¿Ha tenido su hijo(a) algún problema académico u otros problemas en la escuela? No Sí - por favor describa:

¿Cuándo empezaron estos problemas? _____

¿Han terminado estos problemas? No Sí - ¿Cuándo terminaron?

¿Padece su hijo(a) de alguna enfermedad, discapacidad física o mental? No Sí - por favor describa el problema:

¿Qué es lo que más le preocupa acerca de su hijo(a)?

¿Qué es lo mejor que ve en su hijo(a)? Por favor describa:

Asegúrese que contestó todas las preguntas.

Por favor escriba en letra de imprenta/molde. Asegúrese que contestó todas las preguntas.

A continuación hay una lista de frases que describen a los(las) niños(as) y jóvenes. Para cada frase que describa cómo es su hijo(a) **ahora o durante los últimos seis meses**, haga un círculo en el número **2** si la frase describe a su hijo(a) **muy cierto o cierto con frecuencia**. Haga un círculo en el número **1** si la frase describe a su hijo(a) **en cierta manera, algunas veces**. Haga un círculo en el **0** si la frase describe a su hijo(a) **no es cierto (que sepa usted)**. Por favor conteste todas las frases de la mejor manera posible inclusive si algunas de ellas parecen no describir a su hijo(a).

0 = No es cierto (que sepa usted)			1 = En cierta manera, algunas veces			2 = Muy cierto o cierto con frecuencia		
0	1	2	1. Actúa como si fuera mucho menor que su edad	0	1	2	31. Tiene miedo de que pueda pensar o hacer algo malo	
0	1	2	2. Toma bebidas alcohólicas sin permiso de los padres (describa): _____	0	1	2	32. Siente que tiene que ser perfecto(a)	
0	1	2	3. Discute mucho	0	1	2	33. Siente o se queja de que nadie lo/la quiere	
0	1	2	4. Deja sin terminar lo que él/ella empieza	0	1	2	34. Siente que los demás lo/la quieren perjudicar	
0	1	2	5. Disfruta de muy pocas cosas	0	1	2	35. Se siente inferior o cree que no vale nada	
0	1	2	6. Hace sus necesidades en la ropa o en lugares inadecuados	0	1	2	36. Se lastima accidentalmente con mucha frecuencia, propenso(a) a accidentes	
0	1	2	7. Es engreído(a), presumido(a)	0	1	2	37. Se mete mucho en peleas	
0	1	2	8. No puede concentrarse o prestar atención por mucho tiempo	0	1	2	38. Los demás se burlan de él/ella a menudo	
0	1	2	9. Obsesiones, que quiere decir que no puede sacarse de la mente ciertos pensamientos (describa): _____	0	1	2	39. Se junta con niños(as)/jóvenes que se meten en problemas	
0	1	2	10. No puede quedarse quieto(a); es inquieto(a) o hiperactivo(a)	0	1	2	40. Oye sonidos o voces que no existen (describa): _____	
0	1	2	11. Es demasiado dependiente o apegado(a) a los adultos	0	1	2	41. Impulsivo(a); actúa sin pensar	
0	1	2	12. Se queja de que se siente solo(a)	0	1	2	42. Prefiere estar solo(a) que con otras personas	
0	1	2	13. Está confundido(a) o parece como si estuviera en las nubes	0	1	2	43. Dice mentiras o hace trampas	
0	1	2	14. Lloro mucho	0	1	2	44. Se come/muerde las uñas	
0	1	2	15. Es cruel con los animales	0	1	2	45. Nervioso(a), tenso(a)	
0	1	2	16. Es cruel, abusador(a), y malo(a) con los demás	0	1	2	46. Movimientos involuntarios o tics (describa): _____	
0	1	2	17. Sueña despierto(a), se pierde en sus propios pensamientos	0	1	2	47. Pesadillas	
0	1	2	18. Se hace daño a sí mismo(a) deliberadamente o ha intentado suicidarse	0	1	2	48. No le cae bien a otros niños(as)/jóvenes	
0	1	2	19. Exige mucha atención	0	1	2	49. Padece de estreñimiento	
0	1	2	20. Destruye sus propias cosas	0	1	2	50. Demasiado ansioso(a) o miedoso(a)	
0	1	2	21. Destruye las pertenencias de sus familiares o de otras personas	0	1	2	51. Se siente mareado(a)	
0	1	2	22. Desobedece en casa	0	1	2	52. Se siente demasiado culpable	
0	1	2	23. Desobedece en la escuela	0	1	2	53. Come demasiado	
0	1	2	24. No come bien	0	1	2	54. Se siente demasiado cansado(a) sin razón para estarlo	
0	1	2	25. No se lleva bien con otros niños(as)/jóvenes	0	1	2	55. Tiene sobrepeso	
0	1	2	26. No parece sentirse culpable después de portarse mal	0	1	2	56. Problemas físicos sin causa médica conocida :	
0	1	2	27. Se pone celoso(a) fácilmente	0	1	2	a. Dolores o molestias (sin que sean del estómago o dolores de cabeza)	
0	1	2	28. No respeta/rompe las reglas en casa, en la escuela, o en otro lugar	0	1	2	b. Dolores de cabeza	
0	1	2	29. Tiene miedo de ciertas situaciones, animales o lugares (no incluya la escuela) (describa): _____	0	1	2	c. Náuseas, ganas de vomitar	
0	1	2	30. Le da miedo ir a la escuela	0	1	2	d. Problemas con los ojos (no incluya si se corrigió con gafas/lentes/espeuelos) (describa): _____	
				0	1	2	e. Salpullido o irritación en la piel	
				0	1	2	f. Dolores de estómago	
				0	1	2	g. Vómitos	
				0	1	2	h. Otros (describa): _____	

Por favor escriba en letra de imprenta/molde. Asegúrese que contestó todas las preguntas.

0 = No es cierto (que sepa usted)	1 = En cierta manera, algunas veces	2 = Muy cierto o cierto con frecuencia
0 1 2	57. Alaca/agrede físicamente a otras personas	0 1 2 84. Comportamiento raro (describa): _____
0 1 2	58. Mete el dedo en la nariz, se araña la piel u otras partes del cuerpo (describa): _____	0 1 2 85. Ideas raras (describa): _____
0 1 2	59. Se toca/juega con sus partes sexuales en público	0 1 2 86. Obstinado(a), malhumorado(a), irritable
0 1 2	60. Se toca/juega demasiado con sus partes sexuales	0 1 2 87. Súbitos cambios de humor o sentimientos
0 1 2	61. Tiene bajo rendimiento en la escuela	0 1 2 88. Queda contrariado(a), pone mala cara con frecuencia
0 1 2	62. Mala coordinación o torpeza	0 1 2 89. Desconfiado(a), receloso(a)
0 1 2	63. Prefiere estar con niños(as) mayores que él/ella	0 1 2 90. Dice groserías, usa lenguaje obsceno
0 1 2	64. Prefiere estar con niños(as) menores que él/ella	0 1 2 91. Habla de querer matarse
0 1 2	65. Se rehusa a hablar	0 1 2 92. Habla o camina cuando está dormido(a) (describa): _____
0 1 2	66. Repite ciertas acciones una y otra vez; compulsiones (describa): _____	0 1 2 93. Habla demasiado
0 1 2	67. Se fuga de la casa	0 1 2 94. Se burla mucho de los demás
0 1 2	68. Grita mucho	0 1 2 95. Le dan rabietas o tiene mal genio
0 1 2	69. Reservado(a); se calla todo	0 1 2 96. Parece pensar demasiado sobre temas sexuales
0 1 2	70. Ve cosas que no existen (describa): _____	0 1 2 97. Amenaza a otros
0 1 2	71. Se cohibe y se avergüenza con facilidad	0 1 2 98. Se chupa el dedo
0 1 2	72. Prende fuegos/inicia incendios	0 1 2 99. Fuma, masca o inhala tabaco
0 1 2	73. Problemas sexuales (describa): _____	0 1 2 100. No duerme bien (describa): _____
0 1 2	74. Le gusta llamar la atención o hacerse el/la payaso(a), gracioso(a)	0 1 2 101. Falta a la escuela sin motivo
0 1 2	75. Demasiado tímido(a)	0 1 2 102. Poco activo(a), lento(a), o le falta energía
0 1 2	76. Duerme menos que la mayoría de los/las niños(as)/jóvenes	0 1 2 103. Infeliz, triste, o deprimido(a)
0 1 2	77. Duerme más que la mayoría de los/las niños(as)/jóvenes durante el día y/o la noche (describa): _____	0 1 2 104. Más ruidoso(a) de lo común
0 1 2	78. No presta atención o se distrae fácilmente	0 1 2 105. Usa drogas sin motivo médico (no incluya alcohol o tabaco) (describa): _____
0 1 2	79. Problemas con el habla (describa): _____	0 1 2 106. Comete actos de vandalismo, como romper ventanas u otras cosas
0 1 2	80. Se queda con la mirada fija, mirando al vacío	0 1 2 107. Se orina en la ropa durante el día
0 1 2	81. Roba en casa	0 1 2 108. Se orina en la cama
0 1 2	82. Roba fuera de casa	0 1 2 109. Se queja mucho
0 1 2	83. Almacena demasiadas cosas que no necesita (describa): _____	0 1 2 110. Desea ser del sexo opuesto
		0 1 2 111. Se aísla, no se relaciona con los demás
		0 1 2 112. Se preocupa mucho
		113. Por favor anote cualquier otro problema que su niño(a) tenga y que no está incluido en esta lista:
		0 1 2 _____
		0 1 2 _____
		0 1 2 _____

POR FAVOR ASEGÚRESE QUE CONTESTÓ TODAS LAS PREGUNTAS

SUBRAYE LAS PREGUNTA(S) QUE LE PREOCUPE(N)