

2 ej^o

Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Filosofía y Letras
de Pedagogía



FACULTAD DE FILOSOFIA
EDUCACION DEL NIÑO ASMATICO
ESCUELA DE PEDAGOGIA
COORDINACION

D. B. M. G.

T E S I N A

Para obtener el Título de
LICENCIADO EN PEDAGOGIA

P r e s e n t a

ANA LUISA MARIA GUADALUPE CORTES RODRIGUEZ



Director Lic. **Carlos Paniche Lara**
SECRETARIA DEL
ASUNTOS ESCOLARES

FEB. 3 1986

México, D. F.

1985



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

EDUCACION DEL NIÑO ASMATICO

INDICE

Introducción	3
Capítulo I	8
Concepto	
Tratamiento	
Manejo del Paciente Asmático	
Aspecto Pedagógico	
Aspecto Médico	
Historia	
Capítulo II	49
Importancia del Factor Psicológico	
Capítulo III	64
Repercusión de la Enfermedad en el Paciente, La Familia y el Medio Ambiente	
Conclusiones	91
Bibliografía	94
Citas	100

I N T R O D U C C I O N

INTRODUCCION

En su continuo afán por lograr una vida armónica, el ser humano, a través de las épocas, ha buscado el equilibrio entre los aspectos biológico, psicológico y social de su persona, así como el de su comunidad.

Cuando no ha llegado a obtenerlo, ha sido como consecuencia de una serie de factores que obstaculizan o impiden alcanzar el equilibrio psíquico y/o corporal, teniendo consecuencias inesperadas que al repetirse pueden ser la causa de un paulatino deterioro en las funciones que hasta ese momento el sujeto llevaba a cabo, mientras que en otras, provoca un rápido desenlace en su persona.

El asma bronquial es un ejemplo de lo anterior. Este padecimiento puede presentarse desde las primeras semanas de vida extrauterina, durante la adolescencia o ya entrada la madurez, por medio de un padecimiento angustioso que rompe la homeostasis del individuo como de su familia temporal o permanentemente.

Cuando la enfermedad se ha dejado avanzar permitiendo que sus manifestaciones clínicas se tornen severas, rebeldes y recurrentes, las consecuencias se observan en la forma en que la estructura psicológica del paciente y de su grupo familiar se afecta, debido a que normalmente carecen de una información que les permita actuar acertadamente cuando se presenta el paroxismo, así como en la vida cotidiana.

Es de vital importancia que tanto el paciente como su familia conscienticen la necesidad de aprender a manejar su situación a fin de evitar errores que en un momento dado pudieran ser irremediables.

Cuando el paciente es un niño, es más que aconsejable, imperativo que sus progenitores sean informados sobre la enfermedad y sus implicaciones.

El niño asmático es un ser que se encuentra en período de desarrollo, razón por la cual no debe olvidarse que cuando los accesos asmáticos se prolongan, y cuando, tanto él como sus familiares son incapaces de manejar esta situación, su psiquismo termina por sufrir alteraciones que redundan en la dinámica familiar, escolar, social y económica.

Por lo anterior se hace imprescindible la colaboración y ayuda de un equipo interdisciplinario que a través de sus distintas especialidades procedan a conjugar sus esfuerzos para lograr erradicar y prevenir problemas a través de un manejo integral del paciente y de las personas que viven con él.

El médico con sus conocimientos y experiencia, realiza un diagnóstico diferencial que le permite ayudar al paciente a dominar sus síntomas asmáticos a través de un tratamiento pertinente que incluye medicamentos, modificación relativa o radical de sus hábitos cotidianos, así como la eliminación o disminución de estados tensionales.

El psicólogo, se avoca a tratar la problemática emocio-

nal que en ocasiones rebasa los límites de la esfera psíquica expresándose con manifestaciones somáticas o alteraciones funcionales que requieren atención especial para el niño ya sea en forma individual o grupal, y cuando sea conveniente y necesario, una terapia psicológica para los padres y familiares.

El pedagogo en su papel de educador, desarrolla programas especializados basados en las necesidades que el paciente, como su familia y personas que se relacionan con él tienen, para que conozcan el proceso y desarrollo de la enfermedad, así como que aprendan a actuar adecuadamente durante -- las etapas de crisis en el inter, a fin de evitar problemas de conducta que redunden en el desarrollo integral del niño y de su familia.

OBJETIVOS GENERALES

- A) Conocer la dinámica psicofisiológica del asma bronquial.
- B) Comprender la actitud de los familiares del niño asmático.
- C) Valorar la actitud del niño frente a la enfermedad.
- D) Valorar la influencia del comportamiento de los familiares en la evolución de la enfermedad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- A) Educación, aprendizaje y desarrollo de los medios para controlar la conducta del niño asmático, de los familiares y personas que le rodean (abuelos, padres, hermanos, tíos, primos, maestros, condiscípulos, etc.) en el momento y -- fuera del acceso asmático.

B) Enseñar que las instrucciones que el médico proporciona - para el tratamiento del niño asmático sean respetadas y - ejecutadas tal como fueron prescritas.

Capítulo I

Concepto

Tratamiento

Manejo del Paciente Asmático

Aspecto Pedagógico

Aspecto Médico

CAPITULO I
C O N C E P T O

El ser humano es una entidad bio-psico-social que para encontrarse en armonía consigo mismo y con los demás, debe satisfacer sus necesidades, como el comer, el dormir, el relacionarse con otras personas, etc.

En ocasiones, el sujeto no puede hacerlo adecuadamente debido a circunstancias que de una u otra manera alteran el equilibrio psíquico y/o corporal dando margen a situaciones inesperadas, que al repetirse pueden ser la causa de un paulatino deterioro en las funciones que el individuo realiza, o en algunos casos, provocar un rápido desenlace en su persona.

Un ejemplo palpable de lo anteriormente mencionado es el padecimiento del asma bronquial, enfermedad que puede revelar su presencia desde las primeras semanas de vida extrauterina, durante la adolescencia o ya entrada la madurez, a través de un padecimiento angustioso que rompe la homeostasis tanto de la persona que lo padece como de sus familiares de manera temporal o permanente.

Cuando las manifestaciones clínicas de esta enfermedad se tornan rebeldes, severas y recurrentes, afectan profundamente la estructura psicológica del paciente y de su grupo familiar que normalmente carecen de una información que les permita actuar acertadamente al momento de presentarse el paroxismo, así como en la vida cotidiana.

Siendo el asma bronquial un padecimiento de etiología múltiple, encontramos a su vez una amplia gama de conceptos que van desde los más sencillos hasta los más complicados.

Boyle la define como un trastorno que se manifiesta por paroxismos de dificultad en la respiración.

Mientras que Walzer (1), la menciona como una enfermedad atópica (padecimiento con tendencia hereditaria), que se manifiesta en ataques recurrentes de disnea paroxística particularmente pronunciada en la fase espiratoria.

Cortés (2) la considera como un síndrome caracterizado por disnea aguda, paroxística, estertorosa, precedida y/o acompañada de tos, seca al principio y posteriormente con secreción bronquial, que en ocasiones es transparente, abundante espumosa, otras espesa y/o purulenta. Febril o apirético, con duración de horas o semanas.

En la mayoría de las ocasiones puede considerarse como manifestación de hipersensibilidad, esté o no basado en el mecanismo de la alergia. El factor psicológico tiene con frecuencia una extraordinaria importancia en el desencadenamiento de los paroxismos.

En el XI Congreso Mundial de Asmología, INTERASMA MEXICO 84 (3), organizado por la Asociación Internacional de Asmología, evento científico celebrado en la Ciudad de México, en el mes de Octubre de 1984, al cual asistieron especialistas de la mayor parte del mundo, tanto ponentes como participantes sugirieron utilizar el término de Hiperreactividad

Bronquial como más apropiado para referirse al síndrome de - Asma Bronquial, debido a que las manifestaciones que presenta el enfermo se producen por una hiperreactividad de los -- bronquios, en el momento en que el organismo percibe los a-- gentes ofensores que desencadenan la contractura de los mús-- culos lisos, edema de la mucosa, además de un incremento de la secreción de las glándulas.

El diámetro bronquial es regulado sobretodo por el tono de los músculos lisos, factor que juega un papel muy impor-- tante en estas situaciones patológicas.

DEFINICIONES

Según los diversos enfoques que se le han dado, se ha - realizado una gran variedad de ellas. A continuación se men-- cionan las que han tenido mayor significación en la medicina:

A) Walker (4) cree que puede ser de dos tipos:

Sensible que corresponde a las formas típicas

No sensible o atípicas que prefiere designar como -- bronquitis asmáticas.

B) Rackemann (5) ofrece una clasificación puramente clí-- nica:

Asma Polínica

Asma por Polvos

Asma Alimenticia

Asma Bacteriana

Asma Refleja

C) Pero la que hasta la fecha sigue vigente por ser la más didáctica, es la sugerida por Cooke (6):

Asma Alérgica
Asma No Alérgica

ASMA ALERGICA

Desencadenada por la reacción antígeno - anticuerpo, cu yos factores tóxicos son producidos a través de un mecanismo similar o idéntico a la anafilaxia. Necesita bases hereditarias o puede ser adquirida sin aparente predisposición definida.

Para que la reacción alérgica se manifieste son necesarios tres factores:

- A) El antígeno
- B) El anticuerpo
- C) El órgano de choque

A) ANTIGENO

Designado con el símbolo Ag, es un cuerpo extraño que difiere química y genéticamente de los constituyentes propios del organismo e induce a la formación de un anticuerpo específico.

Hay numerosos tipos, pero se pueden mencionar entre los más importantes:

1. INHALANTES

Conocidos también como neumoalergenos. Penetran al organismo por inhalación, como el polen y los polvos atmosféri-

cos produciendo predominantemente manifestaciones alérgicas de tipo respiratorio como rinitis alérgica, fiebre de heno y asma.

Cortés menciona las características de la flora alergógena en nuestro País, la que comprende arbustos, árboles, sa cates, hongos.

Dentro de esta clasificación también se consideran la fracción alergénica de los vapores, humos, olores de objetos, cosméticos, productos industriales, y los que desprenden secreciones y productos de animales domésticos o de los ganados vacuno, caballar, caprino, etc.

2. INGESTANTES O TROFOALERGENOS

Son las sustancias alimenticias que se introducen por vía digestiva, sean de origen animal como la leche, la crema, el huevo y los mariscos, o de origen vegetal como las legumbres, los cereales, las frutas, las especias, el té, el café, el chocolate.

3. FARMACOALERGENOS

Los medicamentos como drogas, sueros biológicos heterólogos, penicilina, insulina, con manifestaciones clínicas va riadas que afectan el aparato digestivo, circulatorio, siste ma nervioso y piel.

4. EPAFOALERGENOS

Substancias de origen vegetal o animal que entran al or

ganismo a través de la piel como los cosméticos, plantas silvestres, barnices, etc.

5. DE ORIGEN PARASITARIO O MICROBIANO

En relación con la existencia de estados infecciosos o parasitarios en los niños.

B) ANTICUERPOS

Cuya nomenclatura es Ac, son moléculas de gamaglobulina que aparecen como respuesta al estímulo de un antígeno, son las inmunoglobulinas o Ig; entre las que se conocen más se encuentran:

La IgG, que está en relación con las infecciones grampositivas virales.

La IgM, con algunas producidas por gramnegativas, con el factor reumatoide y algunos anticuerpos de grupos sanguíneos.

Las IgE que intervienen en los fenómenos alérgicos, son conocidas como reagentes.

C) ORGANOS DE CHOQUE

Son los sitios en donde se objetivizan las reacciones alérgicas, los más frecuentes son la piel y las mucosas.

En las mucosas como catarros, asma, trastornos gastrointestinales, hinchazones en las articulaciones, conjuntivitis, etc.

En la piel se puede manifestar como urticaria, hinchazo

nes, eczema, comezón, etc.

En el caso del asma bronquial, el órgano de choque es - la red vascular que se encuentra en la mucosa del árbol bronquial, los musculillos lisos de reisseisen y un incremento - en la secreción de sus glándulas; según el predominio de los elementos de la reacción habrá diversas manifestaciones.

A veces se acompaña de síntomas en mucosa nasal, que en ocasiones están presentes antes, durante o después del ataque.

ASMA NO ALERGICA

Contiene todas aquellas otras manifestaciones con las - mismas características del asma y en las cuales no se demuesta la presencia de factores alérgicos.

Existen factores inespecíficos dependientes de condiciones patológicas concurrentes como trastornos digestivos, nutricionales, etc., que pueden coexistir en determinados lapsos en el paciente.

A este grupo pertenecen:

- Los factores climatológicos
- El ejercicio físico
- Las infecciones en vías respiratorias
- Irritantes, contaminantes
- Factores psicógenos

TIPOS DE REACCION

- A) Inmediata
- B) No inmediata

A) Inmediata

La reacción inmediata es aquella en donde la respuesta se presenta en cuestión de minutos, durando un promedio de una hora y media a dos. Es vista por los médicos y pacientes como algo cuya causa es respuesta a alergen^os identificados a través de pruebas sencillas o a los estímulos no específicos como irritantes, ejercicio, frío, hiperventilación, etc.

B) No inmediata

Puede ser subdividida en tres:

La primera empieza después de hora y media, terminando cinco horas después.

La segunda, comunmente conocida como acción retardada, comienza después de tres o cuatro horas, su punto culminante se presenta de cinco a ocho horas, extinguiéndose a las veinticuatro horas.

La última se da en promedio, a las dieciseis horas de haber realizado el test o de haber tenido contacto con el alergen^o ofensor, en el transcurso de las primeras horas de la mañana.

La reacción asmática con alguna frecuencia es seguida por un período de hiperactividad bronquial consecuencia de estímulos específicos y no específicos, estableciéndose un círculo vicioso que viene a ser el responsable del asma crónica.

H E R E N C I A

Esta enfermedad se presenta en niños de cero días a diecisiete años con una frecuencia de 11% en nuestra población.

En ocasiones se puede heredar o generar la característica a desarrollar asma bronquial, cuya frecuencia generalmente es, cuando:

	%
AMBOS PADRES SEAN ALERGICOS	75
UNO DE LOS PADRES ES ALERGICO	50
NINGUNO DE LOS PADRES LO ES, PERO UN FAMILIAR CERCAÑO SI LO ES	10 -- 15
HISTORIA FAMILIAR NEGATIVA PERO CON FACTORES AMBIENTALES DESENCA DENANTES	38

Se han realizado investigaciones en gemelos, cuyo resultado ha comprobado la importancia tanto de los factores ambientales como de los hereditarios.

Cuando se tienen 2 hermanos gemelos idénticos ambos no enferman de asma, aunque la probabilidad de que uno de los 2 llegue a presentarla es un poco mayor,

IMPORTANCIA SOCIO-ECONOMICA

De acuerdo a los estudios estadísticos realizados en la población mexicana, en relación con el padecimiento asmático, se observaron los siguientes resultados:

De cero a cinco años, la enfermedad se presenta en un 3.3% de la población, viéndose afectado casi el doble de niños en relación a las niñas.

Entre los cinco y los nueve años se nota un incremento del 5%, además de la reducción hasta llegar a igualarse el porcentaje de varoncitos en relación a las mujercitas.

En el 75% al 90% de los casos, la enfermedad se manifiesta antes de los 40 años. Se ha observado que en la edad adulta, la proporción se invierte, encontrándose que la padecen dos mujeres por cada hombre.

Finalmente, de los 60 años en adelante, existe un predominio del sexo masculino.

Especialistas del Instituto de Investigaciones Biomédicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, estiman que para el año 2000, 50% de la población infantil mexicana, padecerá asma bronquial, debido a la contaminación ambiental, que día a día se intensifica.

Agregaron los investigadores universitarios, que si un niño habita toda su vida en la ciudad, tiene más riesgo de contraer enfermedades respiratorias alérgicas respecto a un infante de zona rural.

También hacen notar que actualmente 10% de los niños presentan síntomas de asma en diversos grados, padecimiento que repercute en:

- A) Bajo rendimiento escolar
- B) Ausentismo escolar
- C) Economía familiar
- D) Economía gubernamental

A) BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR

Como consecuencia de la enfermedad, el rendimiento escolar del niño se merma, impidiendo que continúe manteniendo su ritmo de trabajo, debido a que los accesos se presentan cuando el paciente menos lo espera.

La repercusión que los medicamentos tienen sobre la capacidad intelectual juega un papel muy importante, sobretodo la administración de antihistamínicos, los cuales producen somnolencia, fatiga, cambios de estado de ánimo, disminución de su disposición al aprendizaje, memoria y retención.

Si a esto se agrega, la ignorancia del maestro o de las personas encargadas de su cuidado, sobre la enfermedad y el manejo apropiado del menor, las consecuencias no se dejarán esperar, creándose un círculo vicioso en donde se manejan altos niveles de miedo, angustia y agresividad o en algunos casos, la deserción escolar.

B) AUSENTISMO ESCOLAR

Se observa sobretodo en los cambios de estación, en la época de polinización de las plantas y los árboles que funcionan como estímulos ofensores ante el paciente, un alto índice de ausentismo se deja entrever debido a que la sintomatología se agudiza y los paroxismos se presentan con mayor frecuencia.

C) ECONOMIA FAMILIAR

Al presentarse los primeros síntomas o ataques asmáticos, comienza también, una serie de circunstancias que van a modificar la estabilidad de la familia.

La economía doméstica se ve trastornada porque ahora no sólo se tienen que pagar los honorarios de las consultas médicas, los análisis de laboratorio, las pruebas alérgicas, sino que además, se debe seguir un tratamiento específico que en la mayoría de las veces es prolongado.

D) ECONOMIA GUBERNAMENTAL

Aunque el gobierno tiene dispuesta una cantidad para ser utilizada en el área de los servicios médicos, ésta se encuentra muy lejos de ser capaz de satisfacer las necesidades y de cubrir los gastos públicos.

Las diversas instituciones como el IMSS, el ISSSTE, el INP, el Hospital de Petróleos Mexicanos, entre otras, cuentan con sus propios servicios de alergia, en donde el paciente acude a consultas y recibe el tratamiento que necesita.

La economía se afecta enormemente con las pérdidas que sufren como consecuencia de tratamientos intermitentes, tratamientos abandonados, así como por la falta de conocimiento en el manejo de los alérgenos, tanto por parte del personal hospitalario como del paciente.

MANEJO DEL PACIENTE ASMÁTICO

TRATAMIENTO

MANEJO DEL PACIENTE ASMÁTICO

Siendo el causante de este padecimiento un ofensor que desencadenara, mantuviera, o prolongara las manifestaciones en un ser biológico con características de hipersensibilidad, los objetivos principales para lograr la mejoría en los síntomas y la curación del enfermo deben estar enfocados a:

1. Enseñar al paciente para que evite o disminuya el contacto con el ofensor.
2. Conocer el estado orgánico y funcional del paciente para enseñarle técnicas que le ayuden a mejorarlo.
3. Proporcionar medicamentos que prevengan los ataques y que mejoren las molestias del enfermo.
4. Administrar vacunas que hiposensibilicen al paciente.

Para lo anterior debe realizarse un estudio meticuloso de cada enfermo, basado fundamentalmente en la integración - de una cuidadosa historia clínica, ésta consiste en:

- A) Interrogatorio meticuloso
- B) Exploración física
- C) Análisis de laboratorio
- D) Pruebas alergológicas
- E) Interpretación de los datos obtenidos

A) INTERROGATORIO METICULOSO

En los enfermos con asma bronquial el interrogatorio me

ticuloso es muy importante ya que además de permitir el conocer las características de la enfermedad, se obtienen orientaciones en relación con los posibles alérgenos o los agentes desencadenantes de los accesos de asma y con ello posteriormente tener datos para dar instrucciones al paciente de cómo eliminarlos o disminuirlos.

El interrogatorio permite conocer en detalle el entorno en que vive el paciente, las características de su zona habitacional, las de la casa y la de los cuartos en que pasa la mayor parte del tiempo, saber si hay tapetes, cortinas, humedad, paredes con hongos, reservorios de polvo, si duerme solo o con otras personas, de qué material es su almohada, su colchón, etc.

B) EXPLORACION FISICA COMPLETA

Servirá para valorar el estado orgánico y funcional del consultante.

C) ANALISIS DE LABORATORIO

Los que se realizan con más frecuencia, se seleccionan, enfocados fundamentalmente a la integración del perfil inmunológico y son los siguientes:

1. Biometría Hemática
2. Sedimentación Globular
3. Electroforesis de Proteínas
4. Dosificación de Inmunoglobulinas A, G, M y E
5. Dosificación de Complemento en sus fracciones 3 y 4
6. Estudio de Secreción Nasal o Faríngea y/o Conjuntival (Investigando fórmula leucocitaria, gérmenes y células cebadas).

D) PRUEBAS ALERGOLOGICAS

Se utilizan para identificar al alergeno ofensor buscando la reacción antígeno anticuerpo específica. Las técnicas que se realizan con más frecuencia son: inyecciones intradérmicas; de escarificación; de inmunoradioabsorcencia; de transferencia pasiva.

E) INTERPRETACION INTEGRAL DE LOS ESTUDIOS

En términos generales señala u orienta a conocer a los causantes u ofensores del padecimiento que pueden ser:

- 1) Factores Específicos
- 2) Factores No Específicos

1) FACTORES ESPECIFICOS

Son aquellos que desencadenan manifestaciones por un mecanismo inmunológico de reacción antígeno anticuerpo, entre ellos se encuentran, para los enfermos con asma bronquial:

- a) Los ofensores inhalantes como el polvo; la lana; las plumas de aves; pólenes; hongos; los olores fuertes; el tabaco y el epitelio de animales y
- b) Los ofensores ingestantes

2) FACTORES NO ESPECIFICOS

En ellos no interviene un mecanismo inmunológico de reacción antígeno anticuerpo pero también son de gran importancia en el desencadenamiento de los síntomas.

Se encuentran los factores emotivos; los agentes climatológicos; los procesos infecciosos y la contaminación ambiental.

ASPECTO PEDAGOGICO EN EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL PACIENTE ASMATICO

**ASPECTO PEDAGOGICO EN EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL PA
CIENTE ASMATICO**

Su trascendencia es tal que en algunos hospitales y con-
sultorios es considerado como el más importante.

Los objetivos que se pretenden son:

- A. Orientaciones para evitar o disminuir los posibles alerge-
nos.
- B. Evitar o disminuir los desencadenamientos ofensores ines-
pecíficos.
- C. Mejorar el estado físico del organismo.
- D. Orientaciones psicopedagógicas a los enfermos y familia-
res (autocontrol).
- E. Enfatizar la importancia de la colaboración absoluta con
el médico.
- F. Integración de grupos de asma.
- G. Grupos de orientación para las escuelas de manejo de en-
fermos asmáticos.

A. ORIENTACIONES PARA EVITAR O DISMINUIR LOS ALERGENOS

Se mencionan sólo los más frecuentes:

1. POLVO CASERO

El paciente debe permanecer alejado de los sitios en --
que se esté barriendo o levantándolo.

Que en las habitaciones en que permanezca más tiempo es
conveniente que no haya posibles reservorios de polvo como -
tapetes, cortinas, alfombras, o que sea pasada la aspiradora
diariamente por ellos.

2. LANA

Esta substancia actuando como inhalante le es ofensora, por lo tanto se debe utilizar lo menos posible, ropa tanto personal como de cama, confeccionada con este material, en caso de ser indispensable usarla, la prenda debe ser lavada varias veces, de preferencia en la tintorería.

3. PLUMAS DE AVES

Que la almohada, almohadones, edredones, no estén rellenos de plumas, es preferible tener una almohada de hule espuma o de aquella cuyo contenido sea hipoalergénico.

Alejarse de animales plumíferos.

4. OLORES FUERTES

Es de especial importancia evitarlos, en particular el de la gasolina, los barnices, las pinturas, los insecticidas, alimenticios, etc.

5. TABACO

Hasta donde sea posible, que no fume y que no permanezca en aposentos cerrados donde están fumando y esté lo menos posible cerca de personas que fumen mucho.

6. EPITELIO DE ANIMALES

Evitar tener relación con objetos o prendas hechas con pieles de animales, así como con animales caseros y de granja, como el perro, el gato, el caballo, el hamster, etc.

7. ALIMENTOS

Es importante evitar la ingestión de alimentos ofenso--

res, ya que por sí solos o la adición de varios de ellos o con otros alérgicos, puede producir, desencadenar o mantener el padecimiento, entre los alimentos más comunes que son alérgicos ofensores en la República Mexicana, se encuentran la carne de cerdo y sus derivados, el chocolate, el frijol, la almendra, el cacahuete, la nuez, la fresa, la lenteja, el pistache, los helados, las bebidas frías y los alimentos fríos.

B. EVITAR O DISMINUIR LOS DESENCADENANTES OFENSORES NO ESPECIFICOS, ENTRE LOS MAS IMPORTANTES SE ENCUENTRAN:

1. FACTORES EMOTIVOS

La tensión nerviosa, los problemas, contratiempos, disgustos o enojos, son factores importantes en el desencadenamiento de las molestias.

2. AGENTES CLIMATOLOGICOS

La lluvia y los cambios bruscos de temperatura, sobre todo los relacionados con enfriamientos, causan daño, por lo tanto, hay que evitarlos.

3. PROCESOS INFECCIOSOS

Es conveniente que el paciente procure alejarse de personas con procesos gripales, bronquitis, faringitis, amigdalitis, etc.

4. CONTAMINACION AMBIENTAL

Es factor importante, tratar hasta donde sea posible, de que el enfermo no se exponga a ella.

C. MEJORAR EL ESTADO FISICO Y FUNCIONAL DEL PACIENTE

Como ejemplo de medidas que se toman para ello, se encuentran los ejercicios respiratorios, que en su objetivo final es el de enseñar a respirar y fortalecer los músculos respiratorios.

D. ORIENTACIONES PSICOPEDAGOGICAS A LOS ENFERMOS Y FAMILIARES.

Son de importancia extraordinaria, entre las enseñanzas diversas en este aspecto están:

1. Hacer comprender a los familiares y al paciente que el asma bronquial no es una enfermedad mortal de necesidad, que sobre todo en los niños la muerte llega a presentarse solo cuando hay alguna complicación por ser extraordinariamente intenso o prolongado el acceso.

2. También será importante enfatizar que cuando se siguen las instrucciones terapéuticas en un plazo relativamente corto el paciente sanará.

3. Que es factible en la mayoría de las ocasiones, conseguir el autocontrol de los síntomas, básico para ellos es inspirar en el paciente la confianza en sí mismo y esto hay que hacerlo entender sobre todo a los padres.

4. Hacer entender que la sobreprotección o el exceso de mimo, son perjudiciales y que en ocasiones permiten que los

niños dominen y manejen a los padres y hasta se lleguen a -- convertir en reyezuelos y tiranuelos del hogar, consiguiendo y logrando todos sus caprichos.

E. ENFATIZAR LA IMPORTANCIA DE LA COLABORACION ABSOLUTA CON EL MEDICO.

Que no deben practicar la automedicación.

F. SIEMPRE QUE SEA FACTIBLE COLABORAR A LA INTEGRACION DE LOS GRUPOS ASMATICOS.

En México tanto en el Hospital Infantil de México, en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social y en el Instituto Nacional de Pediatría, existen grupos formados por médicos psicólogos, pedagogos, que orientan a los padres de familia y a los niños.

G. TAMBIEN SON DE MENCIONAR LOS CURSOS ESPECIALIZADOS - QUE SE IMPARTEN CON REGULARIDAD A PADRES DE FAMILIA EN RELACION CON EL ASMA INFANTIL. TAMBIEN A ENFERMITOS CON ASMA BRONQUIAL SE DAN PLATICAS Y SE LES PASAN PELICULAS PARA QUE ENTIENDAN MEJOR SU PADECIMIENTO.

H. ES DE SEÑALAR QUE EN OTROS PAISES HAY GRUPOS QUE SE DEDICAN A SUGERIR LA FORMA DE AYUDAR, ENTENDER Y MANEJAR A LOS NIÑOS ASMATICOS DENTRO DE LAS ESCUELAS.

Tal como lo hacen en el Villaggio Alpino Pio XII Di Misurina, al norte de Belluno, Italia.

El Hospital Scottsdale Memorial en Arizona, Estados Unidos ha proporcionado un folleto de información alérgica para el personal de las escuelas públicas de esa localidad y brinda ayuda especializada a los niños que tienen asma que acuden a esas escuelas.

ASPECTO MEDICO EN EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL PACIENTE ASMATICO

ASPECTO MEDICO EN EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL
PACIENTE ASMATICO

Comprende tres aspectos fundamentales:

A) Sintomático

B) Hiposensibilización Específica

C) Medicación Inespecífica

A) SINTOMATICO

A base de medicinas que tienen como objetivo controlar los síntomas.

B) HIPOSENSIBILIZACION ESPECIFICA

Se utilizan vacunas con los alérgenos a los que el paciente resulta sensible, las que son dosificadas inmunológicamente de acuerdo con su hipersensibilidad.

Cuando uno de los alérgenos ofensores es el polvo, es conveniente que para que las vacunas tengan mayor eficacia, que se colecte el polvo de la casa donde vive el enfermo, al igual que de los sitios en donde permanece más tiempo a fin de que se prepare una vacuna con el polvo de su entorno.

C) MEDICACION INESPECIFICA

Se proporcionan al paciente sustancias que inespecíficamente van a crear en su organismo una modificación en su reacción de hipersensibilidad.

ADDENDUM

Para que un tratamiento pueda clasificarse como exitoso, es indispensable la absoluta colaboración del paciente y de su familia, de no haberla, será difícil obtener los resultados que se han planeado.

Las instrucciones que se proporcionan son temporales y serán modificadas de acuerdo con la evolución de los síntomas y la ayuda que preste el interesado.

H I S T O R I A

H I S T O R I A

El asma bronquial es una enfermedad en su concepto biológico actual joven, aún cuando históricamente es antigua.

Así es, como observamos los diferentes enfoques y puntos de vista que sobre el asma bronquial han dejado los maestros en la historia de la Biología y la Medicina, sentando las bases que hasta la fecha han servido para desarrollar una concepción más concreta, más accesible, más entendible de dicha enfermedad.

Rescatar a la humanidad de las garras de las distintas enfermedades ha sido un deber sagrado y obligatorio.

A través de las antiguas civilizaciones, se encuentra una concepción mágica, casi mística en relación a esta "maldición de los dioses".

MEDICINA TRADICIONAL Y HERBOLARIA

El uso común de la herbolaria desde épocas remotas, jugó un papel muy importante ya que las plantas medicinales se utilizaban al igual que en la actualidad, como fuente de ciertas sustancias que poseen efectos terapéuticos por su gran valor en el campo del tratamiento y curación de enfermedades, además de su estratégico valor en el suministro de medicamentos.

La simple observación y experimentación con un poco de inteligencia, ayudó aún a los hombres primitivos a encontrar en la farmacia natural, en la naturaleza, en los bosques y en las praderas, sus remedios y curaciones.

MEDICINA EGIPCIA

La medicina folklórica y las farmacopeas tradicionales surgieron gracias a métodos de ensayo y error.

Gradualmente los hombres primitivos aprendieron a reconocer cuáles plantas eran comestibles y cuáles venenosas.

Los templos de curación de enfermos estaba a cargo de sacerdotes farmacéuticos (sono) quienes prescribían y preparaban los medicamentos.

El primer registro de prescripciones médicas se encontró en las tumbas egipcias, en el se describe el conocimiento de las sustancias, de su efecto definido en órganos, tejidos y secreciones suministrados como purgantes eméticos, diuréticos, diaforéticos, etc.

Han sobrevivido una serie de escritos médicos del antiguo Egipto, el más conocido es el "Papiro Ebers" (7) (3500 - a.c.), descubierto por George Ebers en la ciudad de Luxor en el año de 1873, conservado en la Universidad de Liepzig.

Es una colección de textos originados probablemente en los días de Imhotep durante el viejo imperio.

Según se asienta en los papiros Kahum y Edwin Smith Surgical, el Khellin (8), era utilizado para tratar el asma bronquial,

MEDICINA CHINA

Valioso legado cultural fué creado y desarrollado por la clase trabajadora a lo largo de su lucha contra las enfer

medades.

Durante la guerra de los estados (471 - 221 a.c.) los rudimentarios elementos de la medicina herbolaria empezaron a formar una rama independiente de las ciencias médicas chinas (9).

Al paso del tiempo, se descubrieron las plantas medicinales, y se acumularon cada vez más, nuevos conocimientos sobre su valor terapéutico.

Según documentos históricos, existen más de 270 escritos en diferentes épocas sobre el tema. Entre los más destacado se encuentran:

- A) Materia Médica de Shen Lung, siglos I y II
- B) Herbario Pents' Ao, siglo III
- C) Obra revisada sobre materia médica, la primera farmacopea publicada por autoridades gubernamentales, siglo VII
- D) Compendium Materia Médica Li-Chen, siglo XVI
- E) Plantas ilustradas Wu Chi-Chuh, siglo XIX

Hasta la fecha los médicos descalzos se sirven de la acupuntura y las plantas medicinales para la prevención y el tratamiento de las enfermedades. Ellos cultivan y procesan sus plantas medicinales como en el caso de la Ma-Huang, para extraerle la efedrina con la que ayudan al paciente asmático.

MEDICINA ASIRIA

Entre los legados de esta cultura se encuentra un herbario que contiene más de 250 vegetales con propiedades terapéu-

ticas.

Fue reconstruido por Thompson (10), ayudándose con las tablillas de arcilla escritas con caracteres cuneiformes que descubrió entre los restos de la biblioteca de Asurbanibal.

MEDICINA AZTECA

El Libellus de Medicinalibus Indorum-Herbis, manuscrito azteca de Martín de la Cruz (11), conocido también como Códice Badiano en recuerdo de la traducción al latín realizada -- por Juan Badiano, no solo tenía como misión el enumerar y recolectar recetas y métodos terapéuticos, sino, que fue confeccionado para ser regalado al rey de España Carlos V, a fin de causarle asombro y mover su voluntad en beneficio del Colegio de Santiago de Tlatelolco que estaba viniendo a menos a causa de la epidemia de cocoliztle, en donde falleció el notable Obispo Fray Juan de Zumárraga, encargado en aquel entonces -- del manejo y administración de la mencionada Institución.

El libro lo compuso un indio médico De la Cruz, que no hizo ningún tipo de estudio profesional.

De la Cruz era experto en la materia, sus conocimientos los adquiere por puros procedimientos de su experiencia.

El código se debe clasificar como herbario, es decir, - una colección de imágenes y descripciones de plantas reunidas con fines medicamentosos.

El herbario es un acompañante casi infalible de todas - las medicinas primitivas cuando salen del total empirismo y - empiezan a tener estructura filosófica.

Los libros de plantas deben ser considerados como los libros médicos más antiguos.

Resulta por lo tanto natural que los frailes españoles en el siglo XVI, quisieran escribir un libro de medicina recogiendo las virtudes de las plantas mexicanas y los métodos indígenas para emplearlas.

Esto en ningún momento desvirtua el valor del manuscrito mexicano, sino todo lo contrario, sirve para incorporarlo dándole su lugar dentro del movimiento médico universal.

La medicina indígena utiliza muchas de sus plantas y remedios buscando en ellas no el principio activo farmacológico que ahora conocemos, sino, el contenido mágico que cada elemento pudiera poseer, el que debía actuar en contra o a favor de una determinada idea etiológica y también mágica de la enfermedad.

Con la conquista, este pensamiento mágico se pierde casi totalmente, los frailes médicos y europeos en general, tratan de encauzar estas propiedades terapéuticas por caminos racionalizados.

De aquí, que Hernández y Sahagun, cuyos datos están en relación más estrecha con el contenido del Libellus, eliminan en sus escritos todo aquello que no conviene a su idea racionalizada de proceso curativo.

Martín de la Cruz también está dirigido hacia la eliminación de todo ello, pero no puede suprimirlo totalmente de su texto, de tal forma que en muchos de los casos se transpa-

renta perfectamente la actuación mágica de los elementos empleados en la curación.

MEDICINA GRIEGA

Por medio del Papiro Edwin Smith Surgical, se sabe que las raíces de la Medicina Griega (12), se encuentran en la Medicina Egipcia.

El libro nueve de la Obra de Teofrasto escrito tres siglos antes de Cristo, explica las técnicas que se utilizaban en aquel entonces para curar las enfermedades.

Se considera que con Discórides se llega al sumun de los herbarios del cual han quedado varios ejemplares.

Aunque algo posteriores, se tiene conocimiento del Códice Napolitano, además del Codex Constantinopolitano, u obra personal de Julia Anicia, hija del emperador Flavio Anicio -- Olibrio que es conservado en Viena.

Con el simplicibus, Galeno contribuye al conocimiento del sistema nervioso, no así, al tratar de explicar las funciones de los pulmones y el corazón, por lo que Ramsés, médico árabe, objetara los tratamientos a base de vino mezclado con sangre de buho que Galeno daba a sus pacientes asmáticos averando que eso no servía.

Ya en el año 400 a.c., Hipócrates (13), hace mención sobre un caso de asma como consecuencia de la ingestión de leche.

Paulus Aegimetri (14), vivió en el siglo VII, suponía -

que los humores secos y viscosos eran los responsables de bloquear el paso del aire a los pulmones.

Al igual que Hipócrates, Maimónides (15), se percata -- del trascendente papel que juega la parte afectiva, psíquica y emotiva y biológica para el mejoramiento del paciente. Ya -- que en un ser cuyo espíritu, mente y cuerpo se hayan en armonía, es sano en todos sentidos.

A las enseñanzas de Maimónides siguió una época obscurantista, que no fué sino hasta el siglo XVII, en que Thomas Willis (16) tuvo una concepción alarmante sobre el asma, ya -- que según él "no existía algo más agudo o terrible que un ataque".

Su punto de vista lo basaba en las ideas galénicas a -- las que se añadía un sesgo moderno.

Hacía mención sobre la predisposición a la enfermedad, razón que podía ser causa de:

Un movimiento violento del cuerpo o de la mente, un exceso de frío o un calor intenso, el beber vino, los deleites de la carne o aún a veces, el simple calor del lecho,

La misión del médico es conocer y comprender tanto al -- enfermo como a la enfermedad, y aún cuando el galeno tiene la pena de sufrirla, también tiene la fortuna de comprender a -- ambos profundamente, buscando de esta manera los óptimos medios que permitan la ansiada cura.

Durante treinta años, John Floyer (12), padeció y curó esta enfermedad la que según explicaba, se sufre "una respira

ción densa que hace levantar los hombros y acezar, impidiendo al paciente toser, estornudar, ni hablar con facilidad porque no puede aportar a los pulmones una cantidad de aire suficiente para producir estas acciones".

A través de los estudios realizados, Cloyer y Willis -- subdividieron el asma bronquial en:

- A) Asma Compulsiva o Periódica
- B) Asma Neumónica

Para Floyer, la causa del asma periódica se debía a la rigidez, compresión o constricción de los bronquios, mientras que para Willis se debía a calambres en las fibras móviles de los bronquios.

Ambos consideraban el asma neumónica como una dolencia más continuada, asociada a la obstrucción de los bronquios -- por los humores espesos.

Tanto Willis como Floyer, coincidían en que el aire era producido para enfriar los pulmones.

A mediados del siglo XVIII, Antoine Lavoisier (18), demostró que el gas llamado oxígeno era retirado del aire por la respiración, y que tal gas era esencial para la vida.

En el siglo XIX, Holt (19) dedica cuatro páginas a esta enfermedad en su primer texto de pediatría diciendo ... "es una neurosis vasomotora del tracto respiratorio".

Osler (20) estableció en su libro de medicina "el asma bronquial es una afección neurótica. La afección algunas veces acontece en familias, particularmente con sistema nervio-

so irritable o inestable".

Ya en nuestro siglo, el devenir de los acontecimientos no se hizo esperar, a lo largo de estos últimos ochenta y cinco años, el hombre, a través de su esfuerzo ha logrado, junto con la ciencia y la tecnología avances nunca antes imaginados.

CONCEPTUAL DEL SIGLO XX

Después de una excursión oceanográfica organizada por el príncipe Alberto de Mónaco en el año de 1904, los Profesores Richet y Portier (21), realizaron brillantes trabajos de investigación relacionados con sus conceptos inmunológicos que les permitieron crear una nueva palabra: Anafilaxia, es decir reacción anormal.

Los médicos, especialmente Von Pircket (22), relacionaron las manifestaciones observadas previamente en sus descubrimientos con las que algunos enfermos presentaban, originándose la palabra: Alergia.

Su contemporáneo Samuel Meltzer (23), interesado por los estudios sobre anafilaxia, observa la existencia de una similitud entre el broncoespasmo visto en los conejillos de indias muertos por shock anafiláctico y el broncoespasmo humano visto en un acceso de asma, dando así, origen a la teoría alérgica del asma bronquial.

Los frutos de estos trabajos siguieron su curso cuando en 1918, Francis Rackemann (24) clasifica el asma en extrínseca (alérgica) e intrínseca (infecciosa), clasificación que ha

ta la fecha sigue vigente.

En la segunda década, Frausnitz y Kustner (25), demuestran la presencia de las que ahora se conocen como sustancias reaginas, las que se encuentran en el suero y la piel de individuos con hipersensibilidad inmediata, que parecen ser responsables de la anafilaxia o reacción anormal en el hombre.

En 1923, Coca y Cooke (26), proponen el concepto de atopía, que es un estado de predisposición hereditaria, a la producción de reaginas y a un grupo de enfermedades que incluyen el asma.

La teoría beta adrenérgica de la anomalía atópica -- del asma bronquial acerca de la contraregulación recíproca -- acetil-colina-adrenalina que es una función fisiológica, fue introducida por el profesor Andor Sentivanyi, (27).

El doctor Ishizaka (28), demostró en 1967, la existencia de la inmunoglobulina E, a través de sus estudios, en donde se trataron de separar las reaginas existentes en el suero y la piel de los individuos afectados por hipersensibilidad.

EN LA REPUBLICA MEXICANA

A través de las investigaciones y recopilaciones de los grandes pioneros mexicanos como el Doctor Mario Salazar Mallén, que gracias a la ayuda que le brindó el Profesor Dr. Ignacio Chávez, integró el primer servicio especializado en el Departamento de Alergia en el Hospital General de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de la Ciudad de México,

En el año de 1945, nuestros niños mexicanos, así como sus padres tienen ya un sitio que les permita acogerse y encontrar solución a su problemática, cuando el eminente alergólogo Doctor y Profesor José Luis Cortés Cortés, funda el primer servicio de alergia en el Hospital Infantil de México.

No pasó una década sin que este gran médico se traslade a formar el servicio de alergia en el Hospital Juárez de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Luchando siempre por llegar a los que necesitan atención especializada, en 1967, el Doctor Cortés, funda el servicio de Inmunología y Alergia del Hospital Colonia de los Ferrocarriles Nacionales de México.

Ante el crecimiento de nuestra población, así como el de este padecimiento, paulatinamente se establecen servicios de alergia en varios hospitales y centros del I.M.SS., ISSSTE, S.S.A., La Secretaría de Hacienda y del I.M.P.I., conocida a la fecha como el I.N.P.

La labor continúa extendiéndose a los diferentes puntos del País como en Monterrey, Tampico, Ciudad Juárez, Ciudad Victoria, Ensenada, Tijuana, Mexicali, Tabasco, Mérida, llegando a cubrir gran parte de la zona territorial.

El incremento de médicos especializados se ha multiplicado favorablemente, debido al gran interés despertado por los maestros médicos mexicanos que dieron una alternativa optimista para el estudio, trabajo e investigación de esta área.

SOCIEDADES EN QUE SE REALIZAN ESTUDIOS
SOBRE ASMA

Existen en la actualidad en nuestro País:

La Sociedad Mexicana de Alergia e Inmunología

La Sociedad de Alergia y Ciencias Afines

El Consejo de Alergia e Inmunología Clínica, que de acuerdo con los cánones que dicta la Secretaría de Salud y la Academia Mexicana de Medicina, certifica a los médicos especializados en esta área.

La Sociedad Mexicana de Inmunología,

PUBLICACIONES

Se han editado libros relacionados con la especialidad.

El primero fue "Alergia Clínica"... Principales Características en México, en dos tomos, en el año de 1958 por el Doctor José Luis Cortés Cortés.

Después "La Alergia en la Práctica Clínica" en 1959 por los Doctores Mario Salazar Mallén, Julio Cueva y Fernández Martínez, y "Alergia e Inmunología Clínica" por el Doctor José Luis Cortés Cortés en 1979.

Existe una revista intitulada "Alergia... Revista Iberoamericana de Alergología, que es el órgano oficial de la Sociedad de Alergia e Inmunología Clínica, y de la cual es Director el Doctor Jesús Pérez Martín,

Hasta la fecha, se han publicado, constantemente, en numerosas revistas del País y del extranjero, artículos relacio

nados con las investigaciones y experiencias de médicos mexicanos en los distintos hospitales, departamentos y centros de investigación.

DOCENCIA

En lo relativo a docencia, la Escuela de Medicina de la U.N.A.M., la Escuela de Biología del IPN y algunas Universidades de los estados, imparten todos los años y en forma continua, diversos cursos de postgrado de Inmunología

Tanto en la Ciudad, como en el área de provincia, frecuentemente se realizan conferencias y cursos sobre temas relacionados con el asma bronquial.

LA ALERGIA MEXICANA EN EL CONCIERTO CIENTIFICO INTERNACIONAL

La proyección de México en el mundo no se ha dejado esperar, a través de:

El XI Congreso Mundial de Asma Bronquial, INTERASMA-MEXICO 84.

Y las diversas distinciones extranjeras a alergólogos de nuestro País, entre otras en:

La Asociación Internacional de Alergia e Inmunología -- Clínica.

La Asociación Internacional de Asmología

The American Academy of Allergy and Immunology

The American College of Allergists

The American Association for Clinical Immunology and --
Allergy

La Sociedad Latinoamericana de Alergia

El amor profesado por estos grandes pioneros, tanto a -
su profesión como a su prójimo, ha hecho florecer en nuestro
País, la rama de Alergia y la Inmunología, trazando un camino
que solo los valientes logran construir a través de dedicación
y grandes esfuerzos.

Toca a las generaciones venideras continuar con esta --
gran época de inspiración divina para beneficio de los niños
mexicanos.

CAPITULO II

Importancia del Factor Psicológico

C A P I T U L O I I

IMPORTANCIA DEL FACTOR PSICOLOGICO

El hombre siempre ha mostrado gran interés por el conocimiento de sí mismo, así como el de sus semejantes.

A través de las distintas épocas, han surgido grandes pensadores que se dedican a estudiarlo como ser individual y como ser social.

Esa necesidad de buscar la verdad, como expresó Sócrates (29), en su máxima "conócete a tí mismo", trasciende hasta nuestros días.

El profundizar en el conocimiento de la persona conlleva a observar y comprender las diferentes características físicas, cognoscitivas, volitivas y afectivas del individuo desde sus primeros años y desde diversos enfoques o teorías que se pueden agrupar en cuatro tipos que son:

- A) De conjunto
- B) Integrativas
- C) De la totalidad
- D) De ajuste

A) El enfoque de conjunto, toma en cuenta las actividades o procesos que es capaz de realizar un individuo como son sus hábitos, sus intereses o su capacidad, pero sin avocarse a los aspectos integrativos de la personalidad,

B) Las integrativas, subrayan la importancia de la organización.

C) Las teorías de la totalidad, enfatizan la integración o forma de los aspectos que la integran pasando por alto las partes que la componen.

D) La de ajuste, abarca las características de ajuste del sujeto.

CONCEPTO

Siendo la personalidad un tema que ha sido estudiado -- por las más variadas escuelas, y sabiendo que dada una, según el enfoque o las pautas que siguen tienen una manera de concebirla, se propone el siguiente concepto en el cual la personalidad (30), es una organización única de características que determinan la norma típica o recurrente de un individuo.

Esta se considera única pues, se sabe que ninguna personalidad es igual a otra y que a su vez, está compuesta por muchas características diferentes dentro de una organización -- particular.

La personalidad puede ser estudiada por medio de:

A) Análisis ideográfico: en donde se señala la importancia de los caracteres únicos descartando las comparaciones interindividuales.

B) Análisis nomotético: que reconoce el aspecto único - que se explica como el punto de intersección de un número de variables cuantitativas haciendo intervenir dimensiones que sean comunes a todos los individuos.

TEORIAS

Desde el punto de vista de los investigadores en el área de psicología, se encuentra una gran variedad de teorías sobre el tema, que enuncian los resultados obtenidos en sus trabajos realizados.

La teoría de los tipos de Hipócrates (31), propone la existencia y el predominio de uno de los cuatro humores del cuerpo dando como resultado las distintas características morfológicas de los individuos.

Jung (32) concibe dos tipos de relaciones de las personas con respecto al medio ambiente donde en la primera el movimiento se hace en dirección externa a otras personas, la del extrovertido; y segundo la del introvertido en la que el movimiento se lleva a cabo a partir de otros en dirección al yo.

Hay escuelas contemporáneas (33), que rechazan la idea de la dicotomía, introversión-extroversión de Jung, por considerar que la mayoría de los individuos son caracterizados como ambivertidos, es decir, que en ocasiones mostrarán una conducta introvertida o extrovertida, según las circunstancias en que se desenvuelven.

A lo largo de sus investigaciones Cattell (34), ha encontrado que hay rasgos originales que prometen ser la influencia estructural que forma la base de la personalidad, así como también la existencia de rasgos superficiales que vienen a ser las manifestaciones obvias que se han derivado de las primeras.

Estas se clasifican como rasgos característicos de medio ambiente y rasgos constitucionales.

Los rasgos característicos del medio ambiente se derivan de las circunstancias del medio en que se desenvuelve el individuo.

Los rasgos constitucionales son el reflejo de la influencia de los factores hereditarios.

Alport (35), que comparte en cierta medida las ideas de Cattell, distingue dos tipos de rasgos.

A) Los rasgos comunes que vienen a aparecer en mayor o menor cantidad en todos los hombres y que son conocidos como los hábitos y las actitudes.

B) Los rasgos individuales que se observan en las disposiciones individuales; características de la conducta que no se encuentran en todos los sujetos y que a su vez pueden existir en una sola persona.

En la teoría psicoanalista, Freud (36) conceptualiza a la personalidad por medio de la interacción de tres elementos trascendentales que son el Id, el Ego, el Superego y de los procesos que se van presentando durante las sucesivas etapas del desarrollo psicosexual.

Los Neofreudianos (37) difieren del anterior concepto pues ellos subrayan el papel que la cultura juega en el desarrollo de la personalidad y no como Freud proponía la importancia de los impulsos biológicos o instintos como modelador de este proceso.

Para Fromm (38), la personalidad está constituida por el temperamento y el carácter.

El temperamento es la fundamental materia orgánica con que se nace.

El carácter se forma mediante presiones e influencias sociales en donde se encuentra primero el carácter individual, que surge de la constitución biológica innata del hombre, a las que se suman los elementos que su familia pueda o no aportar para su desarrollo integral, y segundo, el carácter general, en donde la sociedad moldea el carácter social permitiendo al hombre compartirlo con sus congéneres.

Sus ideas se centran en los sentimientos de aislamiento y soledad que se muestran al lograrse la libertad y la independencia de la persona.

Cuando niño, el sujeto no tiene conciencia de ser un ente individual pero gradualmente, lo llega a sentir a medida de que se libera del control paterno.

La mayor parte de los seres humanos logran desarrollar el respeto propio y la confianza en sí mismos por medio de la dinámica entre sus relaciones iniciales y sus progenitores.

También se puede presentar el caso de relaciones deficientes que tengan como consecuencia la falta de estima y confianza de la persona y que a su vez, desemboquen en un cuadro de ansiedad al presentarse la independencia.

El ser humano tiene como fin el orientarse hacia las cosas, esto es, seguir la senda primaria de la asimilación, para ser capaz de proyectarse hacia la gente por medio del pro-

ceso de socialización.

Dentro de estos dos tipos de orientación, se puede observar la dinámica de interacción de las cinco necesidades humanas que son:

A) La trascendencia. Ser mejor a través del aprendizaje y del enriquecimiento de las cosas materiales.

B) La identidad. Conocer el yo verdadero de sí mismo a fin de ser capaz de lograr una identificación con el prójimo.

C) La pertenencia. Buscar el regreso a la naturaleza, - al modo natural de la existencia, evitando los símbolos que - en un momento dado sean artificiales, además de obtener la satisfacción espiritual e intelectual de la realización de las labores y responsabilidades cotidianas, en vez de trabajar sólamente para obtener una remuneración económica.

D) El marco de orientación sobre un modo de vida sano y consistente que permita la creatividad y la concientización - de la persona, así como el saber responder con una vida razonable en un mundo también razonable.

E) La relación de sentirse único consigo mismo y con el prójimo.

Adler (39) en contraste con Freud, y siguiendo una tendencia humanista, propone un panorama optimista en donde el - hombre por medio de un ajuste del proceso vital tiene la posibilidad de mejorar y obtener un progreso en su vida.

Para explicarlo postula siete principios:

- A) De Inferioridad
- B) De Superioridad
- C) De Estilo de Vida
- D) Del Yo Creador
- E) Del Yo Consciente
- F) De Metas Ficticias o Fantasiosas
- G) De Interés Social

A) PRINCIPIO DE INFERIORIDAD

Al venir a este mundo, el individuo trae consigo un sentimiento de insatisfacción e inferioridad que permanecerá con él hasta su muerte.

Al comenzar su existencia, el neonato, apenas presenta interés por el medio que le circunda.

Al ir creciendo, paulatinamente, su sistema perceptivo capta su situación social como ser inferior en relación a los demás. Entonces, es cuando busca la manera de emular la fuerza y la capacidad de los que le circundan.

El tiempo de duración de las mesetas de desarrollo es relativamente corto, ya que se encuentra en relación al alcance momentáneo de satisfacción y éxito, para continuar con el mismo proceso de buscar una mejor y mayor capacidad y poder de su vida.

También, el autor, hace mención de la inferioridad de órgano, que es un recurso al que apela el individuo a fin de evitarse tareas dolorosas o impracticables dentro del marco de referencia que previamente ha concebido.

El órgano inferior tiene como misión el rescatar por --

así decirlo, al sujeto cada vez que la presión vital ha propasado el umbral, ayudando así, a vencerla.

Cuando el individuo se ha propuesto una meta inaccesible, se desencadena un mecanismo que permite encontrar alivio y excusar al mismo tiempo, su inferioridad, alegando la persona encontrarse enferma del órgano débil.

Cada individuo "escoge" su órgano inferior, en el caso del paciente asmático su órgano débil o de choque viene a ser los bronquios.

B) PRINCIPIO DE SUPERIORIDAD

Este y el anterior principio se complementan aunque sean ligeramente distintos.

El deseo de todo ser humano es el llegar a ser superior para retirar de sí mismo el sentimiento de inferioridad que lo embarga y esta situación se debe a que cree que este deseo es una propiedad universal eterna de la personalidad.

No debe concebirse erróneamente como comunmente pudiera creerse buscando el poder sobre los otros, ni sentirse o creer se más dotado que los demás.

Este principio habla sobre la lucha por ser superior -- dentro de uno mismo y no forzosamente en competencia con las demás personas.

Esta lucha por una superación permanente es el móvil de la vida humana, la dinámica que describe la razón que impulsa al hombre a actuar de una manera determinada.

C) PRINCIPIO DE ESTILO DE VIDA

Se avoca a la dirección interior de la conducta autoimpulsadora y autodidacta del individuo tomando en cuenta a las fuerzas del medio ambiente que en un momento dado le sirven de ayuda, de interferencia o para conformar la dirección que el yo interior desee tomar.

El yo interno es la parte más importante del sistema bidireccional, en donde un acontecimiento único puede producir una reacción distinta dentro de cada uno de los yo internos de dos personas.

El rasgo principal se debe a que el yo causa la conducta en su interior, pero siempre en contraposición con el ambiente, en donde tiene la capacidad de poder evitar, atacar, o ser derrotado por esas fuerzas externas.

La derrota puede exigir nuevos caminos, mientras que el ataque directo contra las fuerzas externas tal vez refuerce o en su defecto, debilite la estructura interna.

El hombre posee un grado de libertad que no llega a ser plena, para disponer su vida junto con ésta, existen dos fuerzas que exigen de cada individuo un estilo único de vida.

La herencia que consta de todos los componentes variables inherentes al sistema en el momento del nacimiento.

El ambiente cuya influencia comienza después del nacimiento, aunque hay autores que sostienen que es anterior a él.

Así como existe una consistencia en los sentimientos de inferioridad y superioridad en todo ser humano, lo hay también en el estilo de vida de cada uno.

El estilo de vida prescribe una cualidad interpretativa singular en todas las experiencias a las que pueda enfrentar una persona.

Este proceso comienza a fijarse desde el nacimiento hasta los cinco o seis primeros años, encontrando su fundamento en las capacidades heredadas por el niño, y de acuerdo con la interpretación que dé a esas capacidades, es como será el estilo de vida que durante esos años se le formará para establecerse ya que por lo general no cambia.

Lo que sí se llega a modificar es la forma de expresión que el individuo emplea para obtener sus metas.

El estilo de vida defectuoso surge como consecuencia de los patrones conductuales deficientes formados en los primeros años, dando como consecuencia un listado psicológico, como es el caso del niño mimado y caprichoso, cuya vida carece de un yo verdaderamente superior.

El ceder constantemente a los deseos de un niño, conlleva a privarlo de la invaluable oportunidad de ejercer y desarrollar un sentimiento de superioridad dentro del yo, aún cuando contrariamente, el pequeño siente carecer de valor para sí mismo y para el mundo en que se desenvuelve.

Cuando el individuo no tiene nada que le motive a salir adelante, luchando por lograr alguna meta, debido a que se han eliminado o reducido los obstáculos para que él no tenga necesidad de esforzarse, es imposible que aprenda a superar los que en su futuro se presenten.

Adler difiere de las exigencias egocéntricas de la persona mimada cuyo estilo de vida consiste en tomar de los que le rodean, lo que les hace falta para lograr una falsa superioridad, antes de desarrollar dentro de sí un deseo de lucha por emerger de la inferioridad, para lograr la superioridad, así como sus demandas contra otros, que no cesan en la edad adulta llegando a formarse potencialmente peligrosas.

D) PRINCIPIO DEL YO CREADOR

El hombre es mucho más que el producto del medio ambiente en que se desenvuelve, es un intérprete de la vida en donde el yo creador trasciende del estilo de vida como algo reactivo y mecánico, ya que el yo creador es original e inventivo y creador de una nueva personalidad, un yo.

E) EL PRINCIPIO DEL YO CONSCIENTE

El ser humano es enfocado como un animal atento, consciente y capaz de autoexaminarse para deducir el por qué ha actuado de cierta manera en una determinada situación.

La conciencia es el núcleo de la personalidad, el tipo de cerebro que tienen los humanos permite llevar a cabo a la vez, cierto número de procesos mentales, y lo que no se encuentra en un momento dado en la conciencia puede llegar a estarlo a voluntad del hombre.

La memoria, mecanismo de la mente, al igual que todos y cada uno de los procesos, pueden en ocasiones no funcionar -- con eficacia, causando el olvido, que es la falta de bienestar orgánico apareado a un mal entrenamiento o la falta del mismo

y de las funciones nemotécnicas del cerebro.

De la misma manera, se observa la influencia que ejercen las diferencias individuales, por lo que si las funciones mentales son eficientes, el hombre puede atraer a la conciencia lo que no esté en ella.

Adler no acepta la existencia de un preconsciente ni del inconsciente como Freud, más bien lo cataloga dentro del misticismo, pues piensa que el hombre sabe con plena conciencia planear y dirigir su propia conducta hacia metas conscientemente elegidas.

F) PRINCIPIO DE METAS FICTICIAS O FANTASIOSAS

El pasado juega un papel preponderante en la vida del individuo, porque de él surge el estilo de vida y el yo creador, sólo el futuro determina lo que el hombre llegará a ser.

Este pasado es el encargado de preparar el escenario que permite determinar las acciones que conllevan al futuro.

Las fantasías tienen como objetivo el representar un agregado mayor de las metas futuras, en donde la meta puede ser imaginada cuando consiste en un ideal por el que se lucha, también hay casos en que llega a ser ajena a la realidad cuando el yo creador que lucha es incapaz de alcanzarle debido a que está fuera de sus posibilidades.

La meta fantasiosa, forma triada junto con el estilo de vida y el yo creador que permite al individuo buscar la superioridad. Debido a que estos sentimientos de inferioridad conti-

nuamente lo impulsan y atraen a las metas imaginarias.

Así, el finalismo fantasioso se convierte en una fuerza que opera en la conducta cotidiana, evitando que se vuelva un ideal inalcanzable.

Al basarse en su yo creador, cada ser humano elabora sus propias experiencias imaginadas a través de su capacidad natural y de lo previamente experimentado.

La personalidad siempre tiene conocimiento de su meta fantásica y continuamente está interpretando lo sucedido dentro de la perspectiva que le proporciona la meta ficticia.

G) PRINCIPIO DE INTERES SOCIAL

El interés por otros seres es de carácter universal, como instinto necesita un contacto que lo ponga en acción.

En un principio el individuo no tiene el interés social que al paso del tiempo se va desarrollando.

En sus investigaciones, Adler, supone que el cuidado materno, paterno y familiar, deja huella en el niño, y esa impresión del mundo es algo bueno que ayuda al hombre.

Paralelamente, el niño se aleja del estado animal, va educando su predisposición a otros individuos preocupándose por su bienestar, hasta que se logra su socialización. Esto se logra a través del tiempo y de un esfuerzo continuo.

A partir de los cuatro o cinco años, el infante se identifica con grupos sociales propios y gracias a su sentido de empatía aprende el significado de ser débil y de que otros le

ayuden, así como también, el de ejercer sus incipientes sentimientos de superioridad para llegado el momento, ayudar a - - otros menos afortunados que él.

Este proceso enriquece sus propios sentimientos de superioridad y refuerza el interés social que se le comienza a desarrollar.

Junto con la empatía, la cooperación y la identificación, el pequeño descubre la reciprocidad que prevalece en el mundo, ayuda a otros, de igual manera que él recibe ayuda para lograr la superioridad.

No se alcanza una superioridad plena, porque tan pronto se cumple una meta, otra ya está a la puerta, con lo que persiste una sensación de insuficiencia, sentimiento que se vuelve nexo común entre los seres humanos debido a su carácter -- universal.

Por tal vinculación de insuficiencia, el hombre confía en que una sociedad perfecta lo ayudará a obtener el anhelado sentimiento de superioridad de manera más completa, pues junto con la sociedad, sería elevado, satisfaciendo su íntimo deseo de superioridad.

Al estilo de vida y al yo creador, se auna el interés social que de por vida se infiltra en su conducta,

CAPITULO III

**Repercusión de la Enfermedad en el Paciente,
la Familia y el Medio Ambiente**

C A P I T U L O I I I

REPERCUSION DE LA ENFERMEDAD EN EL PA
CIENTE, LA FAMILIA Y EL MEDIO AMBIENTE

Como anteriormente se ha mencionado, los primeros años de vida son fundamentales para el ser humano, y de estos dependerá en gran parte su futuro, ya que en este período se han sentado las bases de su personalidad a través de los factores hereditarios y del medio ambiente en que se encuentra.

El niño es un ser dotado con un cúmulo de energía, que con la ayuda de un medio favorable es capaz de pasar por las diferentes etapas del desarrollo, a fin de alcanzar un ideal por medio de la utilización máxima de sus capacidades.

A lo largo de este proceso, el infante debe vencer obstáculos y angustias con ayuda de su familia, la que lo animará a crecer, afrontando los conflictos que se le presenten en el seno familiar, en la escuela o en el vecindario.

Cuando un niño no está logrando las metas impuestas para determinadas etapas de su evolución, hay que indagar si las dificultades que se lo están impidiendo son de tipo orgánico, emocional o mixto, pues mientras más temprano se busque una solución, se evitarán situaciones indeseables como que la conducta continúe repitiéndose o se siga dando una respuesta inapropiada a determinados estímulos, haciendo que la situación se agrave.

También se da el caso de que se etiquete a la criatura como problema sin realmente serlo, y ello sucede cuando el chico procede en cualquier forma menos la esperada por sus pa

dres y maestros, por lo que si estos no se encuentran capacitados para comprenderlo y orientarlo, el círculo vicioso va agravándose hasta convertirse en un estado crítico donde la neurosis hace su aparición.

La evolución conceptual de la teoría de la neurosis (40) ha marchado paralelamente a la evolución del psicoanálisis.

Las concepciones de Freud, provocaron gran expectación e incluso ira, durante la época victoriana, haciendo que fueran pocos sus discípulos directos aún cuando los indirectos se cuentan por millares.

El principio etiológico de la neurosis se concreta al trauma sexual, aunque después de la primera guerra mundial, Freud lo encuentra en relación a la agresión y a la compulsión de la repetición.

La identificación de la teoría de la libido significó un camino que permitió comprender cómo operaban los traumas y cómo se formaba la personalidad.

La teoría psicoanalista, de acento cálidamente biológico, trató entre otras cosas, de interpretar la religión, el arte y la cultura en forma fundamentalmente sexual, e incluso el mismo desarrollo orgánico del niño giraba alrededor de dicha evolución.

Adler (41), uno de sus discípulos, tuvo que separarse de ese grupo en 1911, por no aceptar como única la etiología sexual de las neurosis.

La voluntad de poder y el sentimiento de inferioridad, del cual hacemos mención en el capítulo anterior, forman los

polos de su pensamiento, que cristalizó en su psicología individual.

Jung (42), señaló como importante el factor etiológico de las neurosis infantiles los estados de tensión emocional entre los padres, así como el papel de la madre en la formación del hijo, negando también que la libido domine la etiología de la neurosis.

Tuvo el pensamiento que tiempo después y en forma fecunda revalidó Fromm, de que se reprimiesen no sólo los aspectos biológicos y los indeseables, sino también los aspectos positivos de la personalidad.

Rank (43) consideró que la causa fundamental de la neurosis es el trauma del nacimiento y que numerosos hechos de la vida, como el destete, las separaciones de las personas amadas, etc., tienden a repetir la misma experiencia traumatizante, dando lugar a una angustia primitiva, que se refuerza o se desvanece.

De esta concepción se derivó una posición activa, hasta agresiva, del psicoterapeuta, con el fin de estimular la voluntad del enfermo para independizarse y hacer frente a la vida según sus propias posibilidades.

Posteriormente, fué perfilando una orientación que se avocaba a los factores ambientales, más que a los biológicos, en las relaciones interpersonales y en las tensiones emocionales que tales relaciones producían, más que en la dinámica de los instintos.

Se dió más importancia al medio familiar, a la escuela y al trabajo como factores que repercutían en la formación -- del caracter.

Horney (44), consideró que la falta de amor al niño produce frustraciones fundamentales en la vida,

Explicando que ésta, dá lugar a la agresión, que al ser reprimida produce la angustia básica,

Como ésta es insoportable, el hombre levanta defensas - contra ella, que son medios para descargar la agresión y que además son incompatibles entre sí, como el afán de poder, las necesidades neuróticas de amor, la renuncia a la lucha y al - aislamiento.

Sullivan (45) traza el cuadro de la formación de la personalidad como el resultado de afán de satisfacción de las necesidades biológicas del individuo y del anhelo de seguridad, producto del medio cultural en que se encuentra sumergido.

Cuando éste se torna inadecuado, se crean problemas en el desarrollo del ser y llegan a producir imágenes irreales, que constituyen una distorsión paratáxica, es decir un ajuste deficiente.

La terapéutica a seguir será, la dilucidación de ésta - distorsión o desajuste,

Mediante los conceptos anteriores, se observa que de la etiología de fuerte acento biológico y de orden sexual, los - conceptos han evolucionado hasta llegar a considerar que los patrones culturales en que se forma la personalidad del niño

son los responsables de las neurosis infantiles, de los trastornos emocionales y de los problemas de conducta.

Debe aclararse que los factores culturales no rechazan ni pueden hacerlo en forma alguna a los factores sexuales, que frecuentemente son su expresión, ni a otros factores, como el sentimiento de minusvalía física o psíquica, que también son producto y expresión de ellos.

L. Röss (46) encuentra una relación al síndrome de hiperreactividad bronquial, una etiopatología plurifactorial en donde sobresalen:

- + La existencia de factores psicológicos que desencadenan el síndrome o el determinismo de la crisis.
- + Las características de la personalidad del niño asmático.
- + Los trastornos psíquicos de los padres
- + La transformación de las características de las crisis por modificaciones del medio ambiente o por terapéuticas de tipo psicoterápico.

Alexander (47) declara la existencia de un conflicto específico, de una situación de vida que reactiva viejos conflictos y de un factor designado como factor X que sería una vulnerabilidad constitucional del tejido, órgano o sistema específico, haciendo que la enfermedad se manifieste de manera inconsciente al interactuar estos factores, manipulando su mal para lograr un beneficio propio.

Wolpe (48) explica que cuando un niño grita o emite - - otras llamadas respiratorias y no se ve suficientemente reconfortado por la madre, intentará diferentes señales para obtener una mejora de sus cuidados.

La respiración asmática, en estos casos, se revela como el método más efectivo para obtener mayor atención por parte de las personas que le rodean, y de una reducción considerable de su estado de ansiedad.

Haciendo un esquema de los rasgos psíquicos característicos de un individuo obtenemos un perfil psíquico.

Este término fué introducido en 1906 por el psicólogo y psiquiatra ruso Rossolino (49).

Con su método intentó crear un procedimiento de diagnóstico del nivel mental del sujeto en que el resultado no se -- presentase en forma implícita y global como en los sistemas métricos de Binet-Simon, sino que se ofreciese en forma diferenciada, comparativa respecto a una serie de capacidades en - el individuo.

Al estudiar el perfil caracteriológico del niño asmático, el servicio de Salud Pública (50), en San Francisco California, ha escogido los siguientes parámetros:

- A) Inteligencia media superior
- B) Inseguridad, falta de confianza en sí mismo.
- C) Ansiedad
- D) Agresividad reprimida
- E) Excesiva dependencia de los padres
- F) Rasgos paranoides, (Temores infundados de separación)
- G) Rasgos neuróticos, principalmente de conversión.

- H) Rasgos esquizoides
- I) Rasgos obsesivos
- J) Problemas con el esquema corporal, que incluyen cualquier tipo de preocupación somática.

En una muestra de 100 casos entre niños de 5 a 15 años se encontró:

- + Predominio del sexo masculino
- + Predominio del medio urbano sobre el medio rural

Se les administró una batería de test psicométricos para recoger los rasgos previamente citados en donde se seleccionaron:

- + Prueba de Machover (dibujo proyectivo de la figura humana).
- + Prueba de Corman (dibujo proyectivo de la familia)
- + Prueba de Bender (dibujo proyectivo gestáltico visomotor).

Estas pruebas se administraron de manera individual y fueron completadas con entrevistas hechas a algún representante familiar obteniéndose los siguientes resultados:

A) La inteligencia media superior confirmada en toda la muestra aunque en algunos casos puede encontrarse dificultada o disimulada por la fuerte proporción de tensiones emocionales (72%).

B) Los rasgos de agresividad reprimida, expresada contra padres y hermanos generalmente, aparecen en 70% en el Corman y 44% en el Machover.

D) Los rasgos de ansiedad, a su vez oscilan entre 76% del Bender y 70% en el Machover.

E) Los rasgos significativos de una excesiva dependencia se encuentran en el 74% del Corman y 52% del Machover.

F) Los rasgos paranoides se encuentran en el 52% de los Machover.

G) Los rasgos neuróticos fundamentalmente referidos a la conversión, en la cual se incluyen intentos de formar parte del centro de la atención familiar, se reflejan en un 33% de los Corman.

H) Los rasgos esquizoides entre los cuales incluímos las personalidades regresivas con abundantes fijaciones en etapas evolutivas anteriores, oscilan entre el 40% en Machover y 42% en Corman.

I) Rasgos obsesivos aparecen reflejados en el 40% de los Bender,

J) Por último, las alteraciones del esquema corporal, principalmente referida a boca, nariz, cuello y tórax (Obsérvese que todas estas son partes del cuerpo humano relacionadas con la respiración), se encuentran en el 70% de los Machover, lo que indica un claro sentimiento de debilidad corporal, acompañado de una intensa preocupación por ciertas partes del organismo.

Además de los parámetros investigados y que formaban parte de la hipótesis de trabajo, llama la atención la aparición de otros datos en los que se constatan dificultades de aprendizaje, probablemente debido a problemas de lateralidad,

en un 32% de los Bender.

Se encontró también una significativa inseguridad de un 43% en la elección de roles masculino/femenino.

También se observó en una parte considerable de la muestra, 74% del Corman, deficientes relaciones afectivas dentro del núcleo familiar (entre los padres, con los hermanos, padres con hermanos...) que configuran esquemas familiares conflictivos.

Los rasgos más significativos hallados fueron: ansiedad, dependencia, alteraciones del esquema corporal y diferentes relaciones familiares.

Mientras que son menos significativos los correspondientes a los rasgos de tipo neurótico, esquizoides y obsesivos.

Profundizando en el punto de la inseguridad de la elección de roles masculino/femenino; al diferenciar la muestra por sexos, encontramos que la identificación de los varones con la figura paterna se daba sólo en un 55% de todos ellos, mientras que las mujeres se identificaban con la figura materna un 84%.

Lo que confirma que el problema de identificación existe principalmente, en los niños varones en relación con la figura del padre de características poco atractivas para el niño.

Por otro lado, se estudiaron aquellos rasgos que de alguna manera tienen relación con el conflicto dependencia/independencia: ansiedad, rasgos paranoides, agresividad reprimida,

inhibición, regresión, encontrándose que estos se dan con una frecuencia significativa en 32 casos de la muestra, esto es - el 64% del total.

Siendo la mayor incidencia, por edades, a partir de los nueve años, lo que permite confirmar la existencia de esta dependencia de las figuras parentales, por parte de estos niños, incluso en los estadios pre y puberales (Pastor, Deleyto y -- Rey Calero),

En sus aplicaciones del Roschard a niños asmáticos + Alcock (51) encontró:

- A) Elevado grado de sensibilidad en las relaciones humanas.
- B) Disminución de la reactividad.
- C) Inhibición intelectual.
- D) Trastornos en la relación objetal con debilidad de los mecanismos de defensa del yo.

Según Alcock, una personalidad como la anterior puede encontrar alivio en la satisfacción sadomasoquista que ofrecen los trastornos físicos angustiantes.

Rogerson, Rees y Neuhaus (52) encontraron como características particulares en estos pacientes un alto grado de ansiedad aunado a una falta de confianza personal como al medio ambiente, además de un estado tensional elevado y una dependencia paterna bastante marcada.

H. Soule (53) identificó en sus investigaciones niños asmáticos con una agresividad y dinamismo, que generalmente -

buscan acaparar la atención en casa y en la escuela a través de alborotos y terquedades, aunque también sobresalta el hecho de que estos pequeños pueden presentar una conducta varia da según el ambiente familiar y extra familiar que le rodee.

Treuting y Ripley (54): Identificar como factores desen cadenantes del paroxismo a la cólera, que al no poder ser ex- presada genera sentimientos de frustración, ya que cuando a los enfermos se les brinda una mejor oportunidad que le permi ta ventilar sus sentimientos, disminuye la severidad de la -- crisis. También hablan de la carencia de seguridad que tienen los pequeños, así como de una excesiva necesidad de afecto y protección por parte de figuras maternas y dependientes en relación a la figura materna.

Hajos (55) reporta que cuando los asmáticos se ven suje tos a estados de miedo mortal muestran una marcada tendencia a dejar de presentar crisis.

En un estudio realizado con 30 niños asmáticos, median- te entrevistas directas y observaciones sobre su juego, Roger son encontró que

- 19 presentaron CI superior
- 22 tendencias a la conducta agresiva y dominante
- 20 angustia e inseguridad y falta de autoconfianza
- 21 tendencias a demandar de sus padres una atención exa gerada
- 17 solitarios en sus juegos

Los padres de ambos sexos se mostraron ansiosos y sobreprotectores.

Little y Cohen (56) observaron que las madres de los asmáticos coinciden en fijar metas demasiado altas para sus hijos, en relación a su capacidad de ejecución, orillando al niño a un estado angustioso que desemboca en un inminente ataque.

Swanton (57) comenta que los niños asmáticos son inteligentes, nerviosos, sensibles, dominantes y con mucha agresión en estado latente en ellos.

Miller y Baruch (58) piensan que la sobreprotección en estos casos, por parte de la madre es un intento de la misma, por compensar su hostilidad y su rechazo, los que de cualquier manera son percibidos por el niño.

La constelación familiar del asmático llama la atención por el estado de víctima del enfermo y de su entorno.

Así, encontramos familias víctimas del asmático y asmáticos víctimas de su familia, en donde la demanda de dependencia está fuertemente correlacionada con esta victimización.

Algunos pacientes utilizan la enfermedad para movilizar su núcleo familiar, en particular a la madre, creando como consecuencia una relación negativa de madres-abusivas-hijos-sumisos y sobreprotegidos.

Al evocar el fantasma de la pertenencia del cuerpo del niño al de la madre, esta fantasía de extraordinaria potencia

crea una simbiosis corporal, que permite a la madre descargar a nivel del cuerpo del hijo sus angustias, pulsiones y afectos que apenas ella puede contener en su propio cuerpo.

Este fenómeno de confusión explica a menudo que la resolución del síntoma en el niño sea inmediatamente seguida por la aparición de síntomas parecidos en la madre.

Spitz y Soulé (59) suponen que el modo deficiente de comunicación entre madre e hijo tiene un papel determinante, en donde la madre emite señales contradictorias poniendo al niño en una situación de neurosis experimental.

Según Sperling (60), los casos de asma comienzan a los dos o tres años, porque el proceso de independencia en relación con la madre alcanza su punto crucial en esta edad.

El efecto terapéutico aparentemente paradójico de las separaciones niño-familia, como lo postula Peskin en su parentectomía, se explicaría por la anulación de oscilaciones de apego-rechazo, de carácter patógeno.

Es curioso hacer notar la manera en que en ocasiones el asma se repite dentro de una familia en tres generaciones: la abuela, la madre, el hijo.

A pesar de que esto pudiera indicar una predisposición hereditaria, hay que tener en cuenta los fenómenos de identificación entre madre-hijo, en ello hay una especie de contagio psíquico que termina por reproducir en el niño ciertos problemas inhibidos en la madre.

En los estudios realizados a padres de niños asmáticos, Mille y Baruch (61) encontraron:

- + Una madre que rechaza al niño.
- + Un padre dominado por su mujer aceptando las actitudes que le impone.
- + O un padre inmaduro con actitud hiperprotectora hacia su hijo.

Robertson, Trelat y Soulé (62), hablan sobre la existencia de varios tipos de madres de pacientes asmáticos:

- + La madre ansiosa
- + La madre rechazadora
- + La madre agresiva
- + La madre sobreprotectora (que oculta tras su hiperprotección un rechazo profundo).

Block (63) también describe tres tipos de madres:

+ La madre vulnerable y ansiosa preocupada por su propia competencia, con falta de un sentido firme de identidad. Ni cariñosa, ni entregada, que presenta una tendencia proyectiva (también conocida como madre deprived).

+ La madre con elevado nivel de aspiración intelectual, aunque con capacidad de comprensión, presenta rasgos ansiosos.

+ La madre segura de sí misma, competente y productiva, autoritaria, con rasgos de impulsividad y depresión.

De los tres grupos la madre deprived es la más frecuente.

Características de la madre asmatógena:

Es una persona que permanentemente se encuentra preocupada por su propia competencia, viviendo a la defensiva y al

mismo tiempo tratanto de proteger a los demás.

Es sensible a cualquier tipo de exigencias, pero también tiene una gran necesidad de apoyo por parte de los demás.

Tiende a sentirse culpable, aún sin realmente llegar a serlo, situación que la lleva a una constante irritabilidad.

Como resultado de lo anterior, el hijo se encuentra dominado por la inseguridad, la ansiedad y por ende, con un intenso deseo de dependencia para con la madre, reacción que se intensifica al vivir con el temor de ser separado de ella.

Para Berkei (64), la percepción del rechazo materno crea en el niño un gran resentimiento que no se atreve a expresar por miedo a perder en forma definitiva el amor de su madre y que lo lleva a colocarse bajo una dependencia absoluta y regresiva.

Consecuentemente, su vida transcurre en un estado de ambivalencia, con profundos deseos de ser protegido por una parte y con la necesidad de maduración e independencia por otra.

El tipo de ambivalencia provoca la angustia característica de los niños asmáticos.

Al realizar un análisis conjunto tanto de la madre como del niño, se demuestran las cualidades específicas de esta marcada relación por una especie de interdependencia que a su vez permite a la madre agresiva disculparse, a la madre hiperprotectora entregarse al máximo y al niño expresar en forma agresiva sus conflictos a través de una enfermedad, y manifestar su ambivalencia, es decir, una dependencia por los síntomas de la enfermedad e independencia por la dependencia de la madre.

En algunos casos, el niño es rechazado por la madre cuando está sano y muestra deseos de independencia, pero cuando enferma es recompensado con cuidados y atenciones especiales a fin de forzar su estado de dependencia para con ella.

En gemelos idénticos, Lieberman y Litton (65), encuentran diferencias en la evolución del asma que dependen de las distintas actitudes maternas.

En ocasiones la madre pide que se trate sólo a uno de los gemelos, al que ella considera como neurótico, y por el cual se siente dominada.

Aunque Sperling (66) acepta la sensibilidad alérgica como un factor constitucional claro del asma, admite que no puede ser eliminada la participación de un mecanismo psicológico de identificación del niño con la madre asmática.

El asma se presenta como una enfermedad angustiante para las personas que rodean al enfermo, y cuyos efectos pueden ser analizados.

A este problema, Abramson (67), sugiere la parentectomía, basándose en un estudio que realizó, en donde el 40% de los niños afectados por asma crónica que no respondían a un tratamiento convencional, se curaron al ser separados de sus padres.

Aunque también, no cree que la separación física, sea la manera más adecuada de resolver estos problemas.

Sperling (68) admite que cuanto más neurótico es el niño, más capaz será de utilizar las ocasiones que se le presenten para su afirmación en el tratamiento hospitalario, mien-

tras que el niño claramente enfermo, debido a su dependencia específica con la madre continuará aproximándose a ella mediante mecanismos diversos, rituales o simbólicos.

French, Alexander, Monsour, Bostock y Bebei (69) conciben el asma a partir de una fisiología del grito-llanto del recién nacido, grito que junto a su valor de estímulo fisiológico y regulador de la respiración sería un precursor de la comunicación verbal, situándose así, a nivel prelenguaje, en tanto que manifestación de presencia o de llamada.

Son gritos subvocales o gritos inexpresados, reprimidos que alterarían la maduración normal de la dinámica respiratoria.

Bostock (70) explica que el asma sería un modelo congelado del grito infantil y el hecho de que el lactante grite sin lágrimas hasta los tres meses le hace pensar que la analogía se elabora desde los primeros meses.

Algunos autores han comparado la crisis, con esta ausencia de llanto al inicio del desarrollo y de una forma simbólica se dice que el asmático llora a través de los bronquios.

Alexander (71), afirma que el factor psicodinámico esencial en el asma bronquial es representado en el centro de una excesiva y no resuelta dependencia del enfermo a su figura materna.

Por esto se niega que si bien en el asmático un perfil caracteriológico de personalidad es una especificación de conflicto y no una especificación de carácter.

La represión dependiente de la madre es un motivo constante en torno a la cual se pueden desarrollar diversos tipos de relaciones defensivas y diversos tipos de personalidad.

En otras palabras, el sujeto resiste con una postura de pseudodependencia, porque no se arriesga a hallar en la madre gratificaciones que de antemano sabe se le van a negar:

Este comportamiento puede ser:

- + El sentirse rechazado por la madre enferma o poco eficiente.
- + Como reacción a la incapacidad de la madre normal a satisfacer aquellos asuntos excesivos o comportamiento de dependencia del hijo.
- + La madre aviva un pretexto de independencia demasiado precoz.
- + Una inseguridad e hiperprotección materna.

Al rechazo materno, el niño responde con un ataque asmático.

Un niño no puede soportar indefinidamente la privación de algo vital, sin que se cree un resentimiento, como una inevitable consecuencia del rechazo materno, que es un violento sentimiento de agresividad por el temor de las penosas consecuencias físicas y morales que en una situación contraria, es decir normal, pudiera hacer al sentirse comprendido, libre y seguro.

En su continuo estado de miedo y ansiedad, el niño blo-

quea sus impulsos hostiles por el ansia y la angustia de ser rechazado al actuar.

Así, sintiéndose alejado de los demás, crece en él el temor de ser malo y ve en su propia agresividad una prueba de que realmente lo es, consecuentemente se toma doblemente ansioso y miedoso en el mismo temor de que su maldad venga a ser descubierta, se esconde en sus sentimientos negativos, no pudiendo intentar satisfacer su necesidad urgente de afecto, quedando una continua fuente ulterior de agresividad.

Esta agresividad exige un desfogue que la conciencia es incapaz de controlar.

La imposibilidad de un desfogue directo, no excluye una liberación indirecta que puede dirigirse al exterior del sujeto como lo es: la crueldad contra plantas y animales, el ser peleonero con otros niños, el tener impulsos destructivos para consigo mismo o para los que le rodean.

El uso del niño asmático:

Hay patrones característicos de conflicto relacionados con la conducta que envuelven al niño y lo afectan en diversas formas.

Las familias comunmente caen dentro de estos patrones en determinados lapsos de tiempo, pero uno es el que llega a predominar.

Minuchin (72), ha identificado tres patrones conflictivos de evasión en que el niño se desenvuelve:

- ♦ Triangulación
- ♦ Coalición padres-niño
- ♦ Desviación

+ TRIANGULACION

El niño se encuentra en una posición que le impide expresarse sin tomar partido con uno de los progenitores en contra del otro.

+ COALICION PADRE-HIJO

El niño tiende a moverse dentro de una coalición estable con un progenitor en contra del otro.

+ DESVIACION

La supuesta diada se encuentra unida; los padres sumergen su conflicto dentro de una postura de protección o censurando al niño enfermo que es definido como el único problema de la familia.

El marco de análisis de Minuchin, es similar a aquel sugerido por Redlich y Freedman (73), para las causas de las enfermedades psicosomáticas.

Este marco requiere la aclaración de la predisposición de factores biológicos, psicológicos y ambientales como precipitadores de la problemática.

EVENTOS

La importancia homeostática del síntoma y las consecuencias, afectan al paciente en términos de limitaciones relacionados con el crecimiento.

Minuchin también basa su trabajo en los conceptos postulados por el modelo de sistema que explícitamente diferencia el síntoma escogido, el evento que lo precipita y el mantenimiento de ese síntoma en su actual manifestación.

Su orientación explica la causa de las enfermedades psicósomáticas en términos de un sistema familiar, analizando el desarrollo del síntoma y considerando tres factores importantes:

+ El síntoma escogido

El síntoma escogido se relaciona con la historia familiar y su organización.

Frecuentemente otros miembros de la familia tienen problemas psicósomáticos, miedos hipocondríacos y una preocupación excesiva respecto a sus funciones corporales que es común.

Así, el niño con una vulnerabilidad psicológica o crece dentro de un sistema que utiliza su enfermedad como un punto de concentración o como un método de difusión de stress o ambos.

Algunos de los niños afectados de esta manera con una familia que anima, estimula, mantiene y utiliza sus respuestas psicósomáticas, convirtiéndose en un grupo que desarrolla ataques que retan la dirección médica.

La autonomía del niño es reducida por los otros miembros de su familia.

Hay una negación de sí mismo para el beneficio de otros además de, un alto valor de sacrificio de sí mismo, también se observa cómo la lealtad familiar caracteriza el contexto en donde el niño se desarrolla.

Los miembros de la familia muestran un especial interés

por su mutua acomodación sin fricciones, produciéndose un ambiente en donde las diferencias se sumergen.

+ EL EVENTO PRECIPITANTE

Se observa un patrón de homeostasis en la familia con un marcado énfasis en lo que respecta a la lealtad, protección y evasión del conflicto, es un reto en las diferentes etapas de la familia, así como también lo es el desarrollo de sus miembros particularmente, en las crisis de desarrollo normal, en donde los miembros de la familia deben tomar decisiones vitales acerca de los puntos que tratan la estabilidad de la unidad familiar.

Este inevitable desequilibrio es frecuentemente el evento precipitante para el episodio psicossomático.

Todos los miembros de la familia son movilizados para proteger u obligar al miembro cuya angustia o necesidad de un cambio es tratada de acuerdo a los acostumbrados patrones transaccionales.

El niño, sintiendo que el stress le circunda, responde con síntomas que pueden ser utilizados como mecanismo de desviación.

La familia entonces, se une en lo concerniente a la protección y eso recompensa el síntoma.

+ EL MANTENIMIENTO DEL SINTOMA

Una vez que ha hecho su aparición el síntoma psicossomático, se mantiene fijado, enquistado, cambiándose como consecuencia la organización familiar.

Retado por la cronicidad, la impredecibilidad y la forma en que se trata la calidad de la enfermedad, los miembros de la familia responden al incremento del control de protección del niño enfermo, estableciendo una fuerte dependencia con el pediatra.

La concentración en el niño sintomático maximiza su valorización como paciente, con la consecuente utilización de su enfermedad como importante instrumento para las transacciones interpersonales.

Padres, hermanos y parientes se sienten explotados por las demandas del niño y de su enfermedad por lo que a esto responden incrementando su control y protección para con él.

El niño se siente protegido y victimado, por lo que incrementa su estado de dependencia hacia los miembros de la familia.

Si este proceso continúa por un período substancial de tiempo, el niño será interpretado como incompetente en muchas áreas de sus funciones vitales y consecuentemente elevará sus demandas dependientes.

La retroalimentación familiar hacia los síntomas del pequeño se torna un proceso autónomo que mantiene el síntoma.

Después de tratar a numerosas familias con enfermos asmáticos, Minuchin afirma que, cuando la organización familiar cambia, el niño mejora a pasos agigantados.

Muchos factores deben ser considerados en la patogenesis del asma.

Un gran número de científicos coinciden en las numerosas influencias precipitadas sobre el tema.

Al experimentar el niño una angustia respiratoria, inmediatamente presenta a la vez, experiencias de tristeza, ansiedad, irritabilidad y ocasionalmente un miedo de sofocarse y morir.

El niño asmático debe enfrentarse a muchos factores de stress emocional, cosa común en cualquier enfermedad psicossomática.

Hay una incertidumbre perenne acerca de los futuros ataques, admisiones de emergencia a centros hospitalarios, repetición de procedimientos médicos dolorosos, y a la interferencia común que esto causa con respecto a la escuela, a la vida familiar, a su tiempo de tranquilidad y a su orientación vocacional.

El término corto o largo de adaptación del infante se encuentra estrechamente relacionado con la aceptación familiar del desorden.

En relación con este factor la habilidad de los padres para manejar los sentimientos de angustia, impotencia, enojo, autocondena y su habilidad para controlar esa marcada tendencia a la sobreprotección de su hijo ocupa una área de gran importancia para lograr un equilibrio familiar.

Los padres se encuentran frecuentemente con el tener que encarar ataques de miedo al asma por parte del niño, y seguido tienen que pagar por un cuidado médico intensivo, aunque -

también deben poder esperar llevar una vida normal para el beneficio del menor, sin descuidar las necesidades de los otros miembros de la familia.

Muchos padres de niños asmáticos se tornan excesivamente atentos, solícitos e infantiles, aún cuando el niño no presente síntomas de la enfermedad por algún tiempo.

El niño con padres sobreprotectores y miedosos frecuentemente tiende a volverse miedoso; mientras que el niño carece de confianza, es incapaz de relacionarse con su medio.

Aunque esto parece menos frecuente, algunos padres de niños asmáticos se vuelven negligentes, otros enojones, finalmente otros les rechazan abiertamente.

En la mayoría de estas familias es evidente que el rechazo a estas actitudes, es un anticipado ataque directo al niño asmático.

Las personas cercanas al muchachito reclaman el hecho de que éste, parece manipular su ambiente en un esfuerzo por ganar su atención especial o el evadir ciertas rutinas, empezando con silbidos o hiperventilación.

Algunos niños aseguran tener el control absoluto sobre el manejo de sus síntomas.

De todas maneras la mayoría de los pacientes jóvenes que presumen de inducir y controlar a su gusto los ataques, más bien tratan de controlar la ansiedad que sienten por la enfermedad a través de esas aseveraciones.

Algunos ataques son precipitados o agravados con eventos que han ocurrido previamente con alguna consistencia en -

relación temporal con los episodios asmáticos.

Pershkin y Tuft (72) han llamado como asma intratable - al desorden psicosomático que ha sido profundamente complicado por factores emocionales especialmente crónicos, y conflictos familiares no resueltos.

Estos conflictos engendran un stress crónico, que precipita ataques agudos y perpetúa la cronicidad de la enfermedad.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

En base a lo enunciado anteriormente se concluye que:

- 1) El asma bronquial es un síndrome con etiología multifactorial.
- 2) Los factores desencadenantes pueden ser de naturaleza alérgica, infecciosa, física o emocional.
- 3) El tratamiento ideal del niño asmático debe suponer un enfoque integral del problema a través de un equipo interdisciplinario formado por un Pedagogo, un Pediatra, un Alergólogo y un Psicólogo, en donde se estudie al menor, primero como niño y después como asmático.
- 4) Es conveniente y en ocasiones necesaria la orienta-ción tanto a padres como a familiares (abuelos, hermanos, tíos, primos), amistades o personas que tienen frecuentemente contacto con el niño asmático, a fin de que sean capaces de manejar al pequeño durante los paroxismos al igual que en la vida cotidiana.
- 5) El padecer una enfermedad prolongada no justifica la sobreprotección o el rechazo que los padres llegan a manifestar a su hijo asmático cuando saben que la padece.

Por el contrario las diversas eventualidades y facetas del proceso deben convertirse en motivos que conllevan a la educación y maduración no solo del niño sino también de sus padres y familiares.

- 6) El menor que presente este síndrome debe ser orientado a fin de que sea capaz de aceptar su problema incrementando así su autoconfianza, además de evitarle sentimientos de inseguridad que puedan perturbarlo y dejar alguna huella en su personalidad.

7) La misión del pedagogo es el hacer partícipe de esta información al enfermo, a sus familiares y a las personas que de alguna manera tengan contacto con los - pacientes, a través de la organización de cursos, se minarios, talleres, panfletos, audiovisuales, pelícu las; las que pueden ser presentadas en los hogares, hospitales, fábricas, escuelas, televisión, radio, - etc.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. Ajurriaguerra, J. Manual de Psiquiatría Infantil, México, Masson Ed. 1983, 983 pp.
2. Bischof, Ledford. Interpretación de las Teorías de la Personalidad. Trad. Federico Patán López. México, Ed. Trillas, 1980. 690 pp.
3. Blanc, Albert. So you have Asthma! Illinois, U.S.A., Ed. Charles C. Thomas Publisher, 1966. 263 pp.
4. Clarizio, Harvey. Trastornos de la Conducta en el Niño. - Traduc. Agustín Contín. México, Ed. El Manual Moderno, -- 1981, 697 pp.
5. Cortés, José Luis. Alergia Clínica. Principales Características en México, Tomo I y II. México, Ed. Impresiones Modernas, 1958, 1031 pp.
6. Cortés Jose Luis. Alergia e Inmunología en la Clínica. México, Ed. Clínicas de Alergia, 1979. 867 pp.
7. Cortés, José Luis. Interasma-México 84. México, Ed. Clínicas de Alergia, 1984. 137 pp.
8. Cortés, José Luis. Selected Topics. México, Ed. Clínicas de Alergia, 1984. 219 pp.
9. De la Cruz, Martín. Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis. México, D. F. Ed. Instituto Mexicano del Seguro Social, 1964. 394 pp.
10. De la Fuente, R. Psicología Médica, México, Ed. Fondo de Cultura Económica, 1959. 444 pp.

11. Dührssen, Annemarie. Psicoterapia de Niños y Adolescentes. Trad. Armando Suárez. México, Ed. Fondo de Cultura Económica, 1966. 459 pp.
12. Fraizer, Claude. Psychsomatic Aspects of Allergy. New York, U.S.A., Van Nostrand Reinhold Company, 1977. 257 pp.
13. Gervais, Pierre. Atlas Práctico de Ecología Médica Aplicado a la Alergología. España, Ed. Sodegraf, 1977.
14. Haynal, A.-Pasini, W. Manual de Medicina Psicósomática. - Traduc. Aurelio López Sea. Barcelona, España, Ed. Toray-Masson, 1980. 265 pp.
15. Hirschfeld, Herman. La Alergia. Traduc. Víctor A. Martínez de Lopera. Madrid, España, Ed. EDAF, 1982. 188 pp'.
16. Hirschfeld, Herman. Your Allergic Child. New York, Ed. ARD Books, Inc. 1970. 142 pp.
17. Imperato, Carlo. Asma Infantile E Alta Montagna. Belluno, - Italia, Ed. Società Medico Chirurgicala Di Belluno, 1971. - 98 pp.
18. Knight, Allan. Allergy. A Layman's Guide to Sneezing, Wheezing, and itch. Ontario, Canadá, Ed. Burns and Mac Eachern Limited, 1973. 171 pp.
19. Knight, Allan. Asthma and Hay Fever. London, England, Ed. Martin Dunitz Ltd. 1981. 123 pp.
20. Lafn, Pedro. La Relación Médico-Paciente. Historia y Teoría Madrid, España, Ed. Revista de Occidente, 1964. 497 pp.

21. Landes, Jacon. Nociones Prácticas de Epidemiología. México, Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1968. 68 pp.
22. Lane, Donald y Storr, Anthony. Qué hay de Cierto sobre el Asma. Traduc. Jesús María Castaño Ceballos. México, Ed. - Edamex, 1981. 205 pp.
23. Lefert, F. Asthma: A Modern Perspective Pediatrics. N.Y.- U.S.A. Eit Prior Co., 1978. 1800 pp.
24. Mathov, Enrique. Alergia e Inmunología. Buenos Aires, Argentina, Ed. Talleres Darbas, 1970. 363 pp.
25. Millman, Milton. Pardon my Sneeze. San Diego, Calif., U.S.A. Ed. Frye and Smith Ltd., 1952. 217 pp.
26. Monzón, Guadalupe. Asma, su Cura Natural. México, Ed. Mexicanos Unidos, 1982. 75 pp.
27. Moyle, Alan. Cura del Asma y Fiebre de Heno. Traduc. Vicente Bordoy. España, Ed. EDAF, 1982. 105 pp.
28. Murdoch, William. Environment. Standford, USA., Ed. Sina-ver Associates Inc, 1971. 439 pp.
- 29 Mussen, Conger, Kagan. Desarrollo de la Personalidad en el Niño. Traduc. Francisco González, México, Ed. Trillas, -- 1977, 878 pp.
30. Pulay, Erwin. El Hombre Alérgico. Susceptibilidad e Hiper sensibilidad. Trad. Felipe Jiménez de Azúa. Buenos Aires, Argentina, Ed. Losada, 1950. 185 pp.
31. The Asthma and Allergy Foundation of America and Craig T. Norback. The Allergy Encyclopedia. N. York, Ed. New American Library, 1981. 256 pp.

32. Rapp, Doris. Allergies and Your Family. New York, Ed. Sterling Publishing Co. Inc., 1980. 352 pp.
33. Samter, Max, Essays in Medicine. New Jersey, U.S.A., Ed.- Medcom, 1972. 72 pp.
34. Samter, Max. Excerpts from Classics in Allergy. Ohio, USA, Ed. Ross Laboratories, 1969. 117 pp.
35. Solomon, Philip y Patch Vernon D. Manual de Psiquiatría. Traduc. Dr. Armando Soto R. México, Ed. El Manual Moderno, 1972, 416 pp.
36. Swinny, Boen. Conquering Your Allergy. London, Hammond, - Hammond and Company, 1959. 127 pp.
37. Unger, L. and Coleman, H. Stepping Stones in Allergy, -- Ohio, USA, Ann Allerg Co., 1974, 300 pp.
38. Valenzuela, Rogelio. Manual de Pediatría. México, Ed. Interamericana, 1970. 825 pp.
39. Whitaker, James O. Psicología. Traduc. Dr. Luis Augusto - Méndez. México, Interamericana, 1976. 677 pp.
40. Wolf, Sula. Trastornos Psíquicos del Niño, Causas y Tratamientos. Traduc. Manuel Cuesta Rueda, México, Ed. Siglo - XXI, 1970, 269 pp.
41. Young, Patrick. Asthma and Allergies. An Optimistic Future. Washington, D.C., U.S.A., U.S. Department of Health -- and Human Services, 1980, 179 pp.
42. Antropología Filosófica I, Colegio de Pedagogía. U.N.A.M. 1978. México

43. Arch Gen Psychiatry Quarterly. New York USA, Volume 32, - August, 1975.
44. Hexágono de Roche. Roche. Trimestral. México, D. F. No. 1, Año 11. 1985.
45. Los Problemas Familiares y sus Repercusiones en el Niño. Saucedá, Manuel. Revista Médica, IMSS, Bimestral. México, D. F. No. 2 de 1985, Marzo-Abril Vol. 23.
46. Medicina Tradicional. Co. IMEPLAM. Trimestral, México Año 1, No. 1, 1977
47. The Journal of Allergy and Clinical Immunology, Official Publication of American Academy of Allergy and Immunology, Monthly. Vol. 72, No. 5, Part 2
48. The Journal of Asthma Research, The Asthmatic Children -- Foundation Quarterly. New York, U.S.A, Volume 9, December 1971. Number 2.
49. De Toro, Miguel. Pequeño Larousse Ilustrado. París, Ed. - Libraire Larousse, 1964, 1663 pp.
50. Gallo, Angel. Diccionario de Historia y Ciencias Sociales. México, Ed. Quinto Sol, 1984. 237 pp.
51. García Hoz, V. Diccionario de Pedagogía. Tomo I y II. Barcelona, España, Ed. Labor, 1974. 905 pp.
52. Diccionario de Sinónimos, Antónimos e Ideas Afines. Barcelona, España. Ed. Sopena, 1984. 507 pp.
53. Warren, Howard. Diccionario de Psicología. Traduc. E. Imaz, A. Alatorre y L. Alaminos. México, Ed. Fondo de Cultura - Económica, 1984. 383 pp.

C I T A S

1. Coca, A. F., Walzer, y M. Thommen, A.A., Asthma and Hay - Fever in Theory and Practice. Charles C. Thomas. Springfield-Illinois, Baltimore-Maryland, 1931. p. 135
2. Cortés, José Luis. Alergia Clínica. Principales Características en México, Impresiones Modernas Tomo I, México, D.F. 1958, P. 398.
3. XI Congreso Mundial de Asmología, Interasma-México 84, Selected Topics. p. 7
4. Walker, I. C., The Oxford Medicine 2 (Chap. 7): 217, 1927, Oxford University Press.
5. Rackemann, F.M.: A Clinical Clasification of Asthma Based on a Review of 648 Cases, Am. J.M. S.C. 162:802, 1921.
6. Cooke, R. A.: Bronchial Asthma; Tice, F.: Practice of Medicine, Sec. 3, Diseases of The Respiratory System, 1921, W.T. Prior. Co.
7. Medicina Tradicional. Co ImePlan, Trimestral. Año 1, No. 1, 1977. México, P 24.
8. Blanc, Albert.: So you have Asthma! Illinois, U,S,A., Ed Charles C. Thomas Publisher, 1966. P. 17
9. (7), P, 15.
10. (8), P 20.
11. De la Cruz Martín.: Libelus de Medicinalibus Indorum Herbis. México, Ed. Instituto Mexicano del Seguro Social, 1964. P. 301.
12. (8), P 17.

13. (8), P 26.
14. Lane, Donald J. y Storr, Anthony.: Qué hay de Cierto sobre el Asma. México, EDAMEX, 1981. P 30.
15. (142), p 30
16. (14), p 31
17. (14), p 31
18. (14) p31
19. Leffert, F. Asthma.: A Modern Perspective. Pediatrics. N.Y. USA. Nit Prior Co. 1978, p1061
20. (19), p 1061
21. Senter, Max.: Excerpts from Classics in Allergy. Ohio, USA Ed. Ross Laboratories, 1969. p 33
22. (21), p 41
23. (21), p 43
24. (21), p 55
25. (21), p 57
26. (19), 1062
27. Unger, L. and Coleman, H.: Stepping Stones in Allergy. -- Ohio, USA. Ann Allerg. Co., 1974, p 214.
28. (21), p 111

29. Apuntes de la Materia Antropología Filosófica I, Colegio de Pedagogía. U.N.A.M.
30. Whitaker, James O.: Psicología. México Interamericana, 1976 p 449.
31. (30), p 450
32. (30), p453
33. (30), p 455
34. (30), p 455
35. (30), p 455
36. (30), p 479
37. (30), p 479
38. Bischof Ledford S.: Interpretación de las Teorías de la Personalidad. México, Trillas, 1980. p 633.
39. (38), p187-205
40. Solomon Philip y Patch Vernon D.: Manual de Psiquiatría. - México, Ed. El Manual Moderno, 1972. p 126
41. (38), p 187
42. De la Fuente, R.: Psicología Médica, México, Ed. Fondo de Cultura Económica, 1959. p 134
43. (42), 204

44. (42) 205
45. (42) 126
46. Ajurriaguerra, J.: Manual de Psiquiatría Infantil. México, Masson ed. 1983. p737.
47. Abstracto Asma Infantil e Alta Montagna. Società Médico-Cirujano Di Belluno, Italia, 1971, p 16
48. Haynal, A. Pasini, W. Manual de Medicina Psicossomática, Barcelona, España, Ed. Toray-Masson, 1980 p 53
49. García Hoz, V.: Diccionario de Pedagogía. Tomo II. Barcelona, España. Ed. Labor..., 1974, p 712
50. The Journal of Asthma Research. The Asthmatic Children Foundation Quarterly. New York, USA. Volume 9, December 1971., Number 2, p 87
51. (46), 738
52. (46), p 738
53. (46), p,738
54. (42), p 338
55. (42), p 338
56. (42), p 339
57. (42), p 339
58. (52), p 339
59. (48), p 246

60. (48), p 257
61. (46), p 738
62. (46), p 738
63. (46), p 739
64. (46), p 739
65. (46), p 739
66. (46), p 739
67. (46), p 740
68. (46), p 740
69. (46), p 741
70. (46), p 741
71. (47), p 16
72. Minuchin, S., Baker, L., Lieberman, R., Milnam, L., and Tood, T.: A Conceptual Model of Psychosomatic Illness in Children. Arch Gen Psychiatry, Vol. 32, August 1975, p 1038
73. Redlich, F.F., Freedman, D.X.: The Theory and Practice - of Psychiatry in Minuchin, S., and cols.: A Conceptual - Model of Psychosomatic Illness in Children. Arch Gen Psychiatry. August, 1975. p 1031.