

381225

5
24



UNIVERSIDAD ANAHUAC

VINCE IN ERUDO MALUM

UNIVERSIDAD ANAHUAC

Escuela de Psicología

Con Estudios Incorporados a la

Universidad Nacional Autónoma de México

**EL MANEJO DE LA AGRESION EN UN GRUPO
DE NIÑOS ASMATICOS EN COMPARACION
CON UN GRUPO DE NIÑOS SANOS**

T E S I S

Que para obtener el título de:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

Presentan las Alumnas:

Rosa María Bustamante Coggiola

Ana María Castanedo Robles

México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
Capítulo 1	7
Aspectos médicos actuales del asma bronquial	
1.1 Definición	7
1.2 Manifestaciones clínicas	7
1.3 Etiología	10
1.4 Estímulos desencadenantes	12
1.5 Tratamiento y pronóstico	16
Capítulo 2	20
Aspectos psicológicos del asma bronquial infantil	
2.1 El asma como enfermedad psicosomática	20
2.2 Factores psicológicos precipitantes en el asma infantil	22
2.3 Características de personalidad del niño asmático	28
2.4 La madre y la familia del niño asmático	36
2.5 Tratamiento	45
Capítulo 3	50
Asma infantil y agresión	
3.1 Agresión: enfoques teóricos	53
3.2 Asma y agresión	66
3.3 Teoría de la frustración de Rosenzweig y su prueba de frustración	68
Capítulo 4	77
Método	
4.1 Preguntas de investigación	77
4.2 Diseño	78
4.3 Sujetos	78
4.4 Materiales e instrumentos	80
4.5 Procedimiento	84
4.6 Análisis estadístico	87

	Pág.
Capítulo 5	90
Resultados	
Capítulo 6	101
Discusión y conclusiones	
6.1 Discusión y conclusiones	101
6.2 Limitaciones y sugerencias	103
Referencias	106
Apéndice 1	111
Apéndice 2	129

RESUMEN

Los objetivos de la presente investigación fueron conocer en que forma difieren los patrones de agresión de niños sanos y niños asmáticos, de que manera difieren sus respuestas a diversas situaciones susceptibles de provocar agresión y - por último, si existen comportamientos característicos de los niños asmáticos - que estén asociados con factores familiares.

Se trabajó con 4 grupos formados por 20 sujetos cada uno. Los 2 primeros grupos estaban constituidos por niños y niñas asmáticos y sanos, con un nivel escolar de 1º a 5º de primaria. Los otros 2 grupos los conformaban las madres de - los niños que participaron en el estudio.

Los grupos de niños asmáticos y sanos fueron apareados en factores como edad: - de 6 años 11 meses a 10 años 10 meses; escolaridad: de 1º a 5º de primaria; nivel socio-económico: bajo en ambos grupos; familiar: que ambos padres habitaran en la misma casa con el niño.

Se utilizó el Test de Frustración de Rosenzweig (PFT) para medir diversos tipos de reacción y dirección de la agresión en ambos grupos de niños.

Asimismo se diseñó un cuestionario para los niños de los 2 grupos y otro para - las madres de estos niños, con el fin de evaluar algunos aspectos psicológicos, familiares y sociales relacionados con el manejo de la agresión en los 4 grupos estudiados.

Los resultados obtenidos señalan que los niños asmáticos tienden a reprimir su agresión hacia otros niños y optan por responder de manera distinta cuando están enojados. Con una frecuencia significativamente mayor, los puntajes de estos niños indicaron que cuando están disgustados con sus amigos no presentan respuestas agresivas hacia ellos, tales como golpearlos, insultarlos o hacerlos tropezar. Por el contrario, tienden a dar respuestas afectuosas y amables.

También se encontró que las madres de los niños asmáticos tienden a presentar -- una actitud sobreprotectora hacia ellos, por ejemplo en situaciones como salir -- de casa --solamente algunas veces sin ellos-- o no utilizar el regaño para castigarlos.

No se encontraron diferencias significativas entre los niños asmáticos y sanos -- en las diferentes puntuaciones de agresión obtenidas en la prueba de Rosenzweig. Se reportan también las inconsistencias encontradas en el uso de esta prueba, -- que conducen a una evaluación de la efectividad psicométrica de este instrumento.

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

El asma es reconocida como la enfermedad crónica más común en la niñez. Las manifestaciones clínicas características son disnea, tos y broncoespasmo. Los episodios paroxísticos de esta enfermedad se presentan con una frecuencia variable, alternándose generalmente con períodos asintomáticos. Sin embargo, aquellos que la padecen no pueden prever con certeza la aparición de futuros ataques. Más -- aún, los factores precipitantes varían de persona a persona y de una situación a otra.

Gracias a la investigación que se ha llevado a cabo en las últimas 3 décadas, -- hoy en día es ampliamente reconocido el carácter multicausal de este padecimiento, donde los factores psicológicos ocupan un lugar preponderante tanto en el de sarrollo como en la precipitación de los paroxismos asmáticos.

Las estadísticas que se han levantado en países desarrollados demuestran que del 7 al 10% de la población infantil tiene asma y que su primera aparición se da, - en la mitad de los casos, antes de los 10 años de edad (Harrison, 1987).

El asma es una enfermedad que amenaza la vida. A pesar de tener buen pronóstico, las experiencias con esta enfermedad tienen un impacto considerable. Puede afec tar el crecimiento físico y la fuerza del niño, sus logros escolares, su vida fa miliar y social, su bienestar psicológico y sus actividades recreativas.

Por ello, no es raro que aquellas personas con dicho padecimiento respiratorio,

sean descritas como ansiosas, irritables, deprimidas y con temores a la sofocación y a la muerte.

En base a las restricciones y a los temores que esta enfermedad impone, es común encontrar en la literatura el importante papel que juega el conflicto de dependencia madre-hijo, así como el impacto de esta enfermedad en la interacción familiar.

A veces por ignorancia, otras por la severidad del padecimiento o por manejos -- inadecuados, todos los que se ven involucrados, pero principalmente el paciente asmático, tienen que hacer sacrificios de su autonomía "en favor de la enfermedad". Esta alteración de la autonomía provoca enojo, frustración, culpa y miedo, todos estos asociados a la formación de síntomas asmáticos.

Sin embargo, ya que los padres y hermanos han sido prevenidos en cuanto a no molestar o sobreestimar al paciente, entonces la agresividad y el resentimiento son sumergidos para ser actuados en patrones no adaptativos por todos los miembros de la familia, incluido el paciente (Minuchin, 1976).

En general se considera asmatogénico, el comportamiento inaceptado por un objeto central de dependencia, así como una marcada inhibición de impulsos agresivos -- (Meijer, 1981, a).

Dentro de la teoría de la agresión se postula que si se evita en forma sostenida el empleo de la agresión contra el ambiente externo, ésta se internaliza excesivamente. Las consecuencias dañinas de una distribución como ésta de la energía

agresiva, se manifiestan en la esfera somática como una inclinación mayor a desarrollar enfermedades orgánicas y en la esfera emocional como una falta de autocontrol, una autocrítica severa, estados depresivos y tendencias autodestructivas (French y Alexander 1941; A. Freud, 1980).

Esta serie de postulados del papel que desempeña la agresión en el asma infantil es en su mayoría producto de entrevistas clínicas, observaciones aisladas y no sistemáticas. Ahora se le ha empezado a dar importancia a un apoyo objetivo debidamente controlado, que permita establecer la validez de dichos postulados. -- Por ello resulta indispensable utilizar una metodología que cumpla con estos requerimientos.

Todas las restricciones que el asma impone a quien la padece provocan frustraciones que marcan un manejo particular de la agresión. Es bien sabido que las manifestaciones de agresión abierta provocan cambios fisiológicos en el organismo. - Hay quienes sugieren que este tipo de conductas de tono emocional, son evitadas por los asmáticos ante el temor de precipitar un ataque.

A pesar de ser aún escasos los estudios experimentales en el área del asma y la agresión, sus hallazgos concuerdan en señalar en los niños asmáticos una tendencia a la inhibición de la agresión manifiesta y comportamientos hostiles.

En base a la importancia que el asma tiene como una enfermedad crónica de tipo psicossomático en la niñez y del papel que la agresión tiene en este contexto, - este estudio planteó como objetivo investigar sistemáticamente si existen diferencias en el manejo de la agresión entre un grupo de niños asmáticos y un grupo

de niños sanos.

Para este propósito se utilizó el Test de Frustración de Rosenzweig para conocer la reacción y dirección de la agresión en los 2 grupos estudiados. Asimismo, se diseñaron 2 cuestionarios: uno para los niños y otro para sus madres, con el objeto de investigar otros factores personales y familiares relacionados con el manejo de la agresión.

Cabe decir que el enfoque psicológico del asma bronquial está en su fase inicial en cuanto al estudio de la agresión, habiéndose ocupado de otros factores tales como la dependencia, la relación madre - hijo, la autopercepción y la interacción familiar principalmente.

C A P I T U L O 1

ASPECTOS MEDICOS ACTUALES DEL ASMA BRONQUIAL

1.1 Definición

Se define al asma como un trastorno de las vías respiratorias, caracterizado por un aumento en la capacidad de respuesta del árbol traqueobronquial ante un gran número de estímulos externos e internos. Esta reactividad anormal es lo que se denomina triada fisiopatológica del asma: espasmo del músculo liso bronquial, edema microinflamatorio y sobreproducción de moco. El estrechamiento difuso y obstructivo de las vías respiratorias, usualmente conduce a un impedimento temporal de la respiración, básicamente en la espiración. Conforme el aire queda atrapado en los alveolos, hay un decremento en la capacidad vital y un incremento en la resistencia a la expulsión del aire durante la espiración (Harrison 1987; Kretchmer 1980; Krupp 1975; Nelson 1980; -- Pardo 1984).

1.2 Manifestaciones clínicas

El asma se manifiesta clínicamente por episodios paroxísticos de disnea, tos y broncoespasmo con sibilancias. El asma se presenta por episodios, alternándose períodos de exacerbación aguda con períodos asintomáticos. La mayoría de los ataques son de corta duración y pueden ir desde unos minutos hasta algunas horas, después de los cuales el paciente parece recuperarse completamente desde el punto de vista clínico. Sin embargo, puede haber una fase en la que el paciente experimente todos los días cierto grado de -

obstrucción de las vías respiratorias; esta fase puede ser benigna, con o sin episodios alternantes, o mucho más grave, cuando la obstrucción persiste por días o semanas, enfermedad conocida como status asthmaticus (Harrison, 1987).

En la mayoría de los niños los síntomas se inician con alteraciones mínimas como decaimiento o irritabilidad, falta de apetito, palidez, síntomas nasales: comezón en la nariz, estornudos frecuentes, salida de moco claro transparente, que puede tornarse de color verde o amarillento, obstrucción nasal, tos de intensidad variable, flemosa o seca que en ocasiones llega a producir vómitos de predominio nocturno o por la madrugada.

Los ataques repentinos pueden estar precedidos por ataques de tos, que pueden asociarse con prurito en la barba, en la parte anterior del cuello o -pecho. El ataque se puede presentar gradualmente y su resolución se lentifica cuando éste se complica con una infección respiratoria. Un paroxismo asmático severo limita fuertemente la ventilación pulmonar; el ansia de --aire resultante se manifiesta por signos como enrojecimiento de las ventanas nasales, uso de músculos accesorios de la respiración, cianosis y en algunas ocasiones por hipercapnia. Se incrementan las frecuencias respiratoria y cardíaca y el paciente se muestra fatigado e intranquilo. La sudoración es prominente. Puede haber dolor abdominal, particularmente cuando la tos es severa y puede presentarse vómito. El vómito puede estar seguido de cierto alivio a la disnea, pero usualmente es temporal. El esputo en asma aguda puede ser escaso hasta que se presente alguna respuesta al tratamiento, es entonces que se hace más abundante para después perder-

se. Las espirales mucosas que contienen eosinófilos son arrojadas.

El pecho de un asmático es generalmente hiperresonante, con sibilancias y estertores musicales sibilantes, más prominentes en la fase espiratoria. Puede quedar suprimido el sonido de la respiración y ocasionalmente la restricción en el flujo de aire es tan alta, que este sonido es difícilmente audible (Nelson 1980; Pardo 1984).

Mc Nicol y Williams (1973) realizaron un estudio longitudinal en el que describen 4 grados de severidad del asma, que va del asma moderada únicamente con sibilancias, hasta el asma crónica o muy frecuente, en una muestra de 375 niños y niñas desde los 7 a los 14 años de edad. Encontraron que en el grupo de asma más severa había diferencias significativas en decremento de talla y peso, deformidad torácica del tipo tonel o pichón, hiperinflación pulmonar, más alta proporción del volumen residual de la capacidad total pulmonar (RV/TLC) y menor volumen espiratorio forzado (FEV1) de la capacidad vital, debido a una severa obstrucción de las vías respiratorias.

En México no existen aún datos confiables acerca de la incidencia del asma. Por la dificultad de levantar estadísticas representativas de la población en los diversos servicios médicos tanto públicos como privados. Las estadísticas realizadas hace 2 décadas mostraban que el asma afectaba al 0,5% de la población infantil en México (Gómez Orozco, 1966). Sin embargo este porcentaje debe verse elevado en función del aumento de la población y de los niveles de contaminación, así como por la mayor precisión en el diagnóstico de esta enfermedad.

Harrison (1987) refiere que el 5% de los adultos en Estados Unidos y del 7 al 10% de los niños tienen asma. Cerca de la mitad de los casos la desarrolla antes de los 10 años y una tercera parte antes de los 40. La mayoría de los autores coinciden en que existe una proporción de 2 a 1 en hombre-mujer hasta la edad de 30 años.

1.3 Etiología

La visión acerca de la etiología asmática ha ido variando gracias a los hallazgos de las últimas dos décadas. Anteriormente los componentes alérgicos ocupaban un lugar preponderante, pero dichos componentes han ido cediendo terreno a factores tales como infecciones virales, ejercicio y desórdenes emocionales -- (Kretchmer, 1980; Mc Nicol, 1973).

Por lo tanto, ahora el asma bronquial es considerada como una enfermedad de -- etiología múltiple, en cuya fisiopatología intervienen mecanismos inmunológicos, neurológicos, bioquímicos, obstructivos y circulatorios y cuyas manifestaciones clínicas son el resultado de una obstrucción aguda de las vías respiratorias inferiores (Jáquez, 1981).

Para fines epidemiológicos y clínicos el asma se clasifica según los estímulos principales que la incitan o que están asociados con episodios agudos, de la siguiente manera:

Asma alérgica

como rinitis, urticaria, eczema; reacción positiva de roncha y eritema a inyecciones intradérmicas de extractos de antígenos aéreos; respuesta positiva a la provocación en pruebas de inhalación del antígeno específico y niveles elevados de IgE (inmunoglobulina E) en el suero (Harrison, 1987).

El mecanismo alérgico a nivel celular es el siguiente: la IgE que se encuentra sobre la superficie de los mastocitos o células cebadas, producida previamente por un estímulo antigénico a nivel de las células plasmáticas, al entrar en contacto nuevamente con el mismo estímulo produce un incremento del AMPc (adenosinmonofosfato cíclico). Cuando el AMPc y el GMPc (guanosinmonofosfato cíclico) se encuentran en condiciones normales, existe un equilibrio para controlar el tono de la musculatura lisa bronquial; en los casos de asma bronquial se dan alteraciones profundas. El incremento del AMPc libera en la circulación pulmonar, mediadores químicos que incluyen la histamina, sustancia de reacción lenta (SRL), factor quimiotáctico en los eosinófilos, prostaglandinas, bradiquininas, etc. Estos mediadores, al actuar sobre los receptores de membrana del músculo liso, disminuyen los niveles intracelulares del AMPc, provocando constricción de sus fibras. Además incrementan la permeabilidad capilar y provocan edema de la pared bronquial (Jáquez, 1981).

Asma idiosincrásica

Se presenta una historia negativa de alergias familiares o personales, pruebas dermatológicas negativas y niveles séricos normales de IgE. Por esto no puede ser clasificada por mecanismos inmunológicos. En estos pacientes se desarrollan complejos sintomáticos después de contraer alguna enfermedad de las

vías respiratorias superiores. El estado inicial puede ser algo más grave que un resfriado común, pero después de varios días el paciente comienza a desarrollar ataques paroxísticos de broncoespasmo con sibilancias y disnea, que puede durar desde días hasta meses (Harrison, 1987).

1.4 Estímulos desencadenantes

El común denominador de la susceptibilidad asmática, es una hiperirritabilidad no específica del árbol traqueobronquial. Este es el evento patógeno primario de la enfermedad en todos los casos. Conforme el padecimiento se hace más severo, como lo indican el aumento en los síntomas y los requerimientos en la medicación, las vías aéreas se hacen más irritables y responden más a estímulos no específicos. La función pulmonar se hace más inestable y con mayor variación diurna. Los estímulos que incrementan la respuesta de las vías respiratorias e incitan episodios agudos pueden ser agrupados en siete grandes categorías (Harrison, 1987):

Alergenos

Los mecanismos inmunológicos parecen estar relacionados causalmente con el desarrollo del asma en un 25 a 35% de los casos y ser contribuyentes en quizá otra tercera parte. Frecuentemente es estacional, esto se observa más en niños y adultos jóvenes. La no estacional la ocasionan antígenos siempre presentes en el ambiente. La exposición al antígeno típicamente produce una respuesta inmediata y la obstrucción se desarrolla en pocos minutos. De un 30 a 50% de los pacientes tiene una segunda ola de broncoconstricción que se desarrolla de 6 a 10 horas después. Como se mencionó anteriormente, el mecanismo por el cual un antígeno inhalado puede provocar un episodio agudo de asma, pa

rece depender en parte de la interacción antígeno-anticuerpo en la superficie de los mastocitos pulmonares, con la subsecuente generación y liberación de mediadores de hipersensibilidad inmediata.

Estímulos farmacológicos

Las drogas más comunmente asociadas con la inducción de episodios agudos de asma son: aspirina, agentes colorantes como la tartracina, antagonistas beta-adrenérgicos y agentes sulfatados.

Medio ambiente y polución aérea

Están usualmente relacionados con condiciones climáticas que promueven la concentración de contaminantes atmosféricos y antígenos. Estas condiciones tienden a desarrollarse en áreas urbanas de industria pesada y densamente pobladas.

Factores ocupacionales

Se puede producir broncoconstricción en el trabajo por la exposición a: sales metálicas, madera, aserrín, polvos de origen vegetal, agentes farmacéuticos, químicos industriales y plásticos, enzimas biológicas, partículas de animales e insectos, sueros y secreciones.

Infecciones

Investigaciones bien controladas han demostrado que virus respiratorios más

que bacterias, son los principales factores etiológicos. En los niños el agente infeccioso más importante es el virus sincicial y el virus parainfluenza.- En niños más grandes y adultos los virus influenza y rinovirus predominan como patógenos. Se desconoce el mecanismo por el cual el virus induce al asma, pero es probable que la inflamación resultante en la mucosa de las vías produzca una reducción en los umbrales de los receptores vagales subepiteliales.

Ejercicio

El asma inducida por el ejercicio está presente de alguna forma en todo paciente asmático, siendo en otros el disparador que produce los síntomas. Es especialmente problemático en niños y adultos jóvenes por tener un más alto nivel de actividad física. El mecanismo por el que el ejercicio produce exacerbaciones agudas de asma está relacionado con los cambios térmicos que se dan en las vías respiratorias. A mayor ventilación, más frío y seco será el aire inspirado, por lo que la temperatura en las vías cae, dándose una interacción significativa entre la tensión del ejercicio, el clima en que se desarrolla y la magnitud de la obstrucción posterior al ejercicio..

Factores emocionales

Hoy en día existen datos abundantes que demuestran que los factores psicológicos pueden interactuar con el ataque asmático para empeorarlo o bien, aminarlo en el proceso de la enfermedad. Los cambios en el calibre de las vías respiratorias parecen estar mediados por una modificación de la actividad eferente del nervio vago. La variable más frecuentemente estudiada ha sido la -

sugestión y el peso de las evidencias muestra que puede ser una influencia importante en ciertos tipos de asma. Cuando individuos físicamente más susceptibles de responder son sometidos a una sugestión apropiada, pueden incrementar o disminuir los efectos farmacológicos adrenérgicos y colinérgicos en sus vías respiratorias. Se desconoce con exactitud en que medida los factores psicológicos pueden participar en la inducción o continuación de una exacerbación aguda dada, pero probablemente varía de paciente a paciente y en el mismo paciente de un episodio a otro.

Estudios psiquiátricos de niños asmáticos han indicado que el ataque de asma se presenta cercanamente después de una experiencia emocional traumática, más típicamente cuando los padres están distantes de los niños o cuando el niño sufre de pérdida o separación de una persona amada, como un padre o abuelo -- que le fuera muy cercano. La dificultad respiratoria en esos niños puede representar simbólicamente el llanto sofocado del niño para obtener afecto, con tacto y atención paterna. En algunos niños las tensiones emocionales recurrentes o crónicas llegan a jugar un papel dominante en la producción de síntomas. En algunas ocasiones estas tensiones son suficientes para actuar sobre un niño que es somáticamente vulnerable y en el caso específico del asma, debido a su hiperreactividad bronquial. Aún en el niño cuya asma es "totalmente" alérgica, se desarrollan problemas emocionales secundarios. El asma es una condición seria que genera tremenda ansiedad durante el ataque. El niño que ha sufrido episodios asmáticos repetidos les teme, pero gana a la vez mucha atención adicional (Pardo, 1985).

Peshkin y Tuft (1960) han llamado "asma intratable" al desorden psicósomático

que ha sido profundamente complicado por factores emocionales, especialmente cuando son conflictos crónicos sin resolver en la familia. Estos conflictos engendran una tensión crónica que precipita ataques agudos y perpetúan la cronicidad de la enfermedad.

1.5 Tratamiento y pronóstico

El tratamiento básico para el niño con asma consiste en alejar aquellas cosas que en la dieta o el ambiente han mostrado ser productoras de paroxismos, además de adoptar aquellas medidas generales de control alérgico que son aptas para disminuir la probabilidad de que el estado alérgico se vuelva más - activo.

Tratamiento farmacológico

Los medicamentos usados en el tratamiento del asma pueden ser agrupados en 5 grandes grupos (Harrison, 1987):

Estimulantes adrenérgicos: en esta categoría caen las catecolaminas, resorcinol y saligenina. Estos son agentes análogos y producen dilatación de las vías respiratorias por medio de la estimulación de los receptores beta con - la formación resultante del AMP cíclico.

Metilxantinas; contribuyen al movimiento del moco en las vías respiratorias al ser un beta agonista. Se desconoce el mecanismo por el cual tiene una -- acción broncodilatadora.

Glucocorticoides: no actúan como broncodilatadores, su principal efecto está en reducir la inflamación de las vías respiratorias.

Cromonas: su mayor efecto terapéutico se da por la inhibición de la degranulación de los mastocitos, previniendo con ello la liberación de los mediadores químicos de la anafilaxia.

Anticolinérgicos: se sabe que producen broncodilatación en pacientes asmáticos, pero su uso está restringido por sus efectos colaterales.

Los opiáceos, sedantes y tranquilizantes deben ser absolutamente evitados en pacientes con asma aguda por su riesgo de producir depresión en la ventilación alveolar. También se deben evitar los bloqueadores beta-adrenérgicos y agonistas parasimpaticomiméticos, pues causan un marcado deterioro en el funcionamiento pulmonar.

Una vez detectadas las sustancias que provocan la alergia (alergenos) se preparan las vacunas con éstas mismas pero atenuadas. El paciente crea anticuerpos o defensas que le permiten ir tolerando paulatinamente el contacto con los alergenos (Ramírez, 1985).

Régimen dietético

Se recomienda un régimen vegetariano, que debe incluir ajo, verduras verdes, fruta fresca, miel, nueces, semillas y germinados. La dieta debe ser rica en manganeso, como chícharos, frijoles, zarzamora y nueces. La deficiencia cró-

nica de manganeso puede ser un factor contribuyente al asma (Pardo, 1984). --

Medicina física

La mayoría de las personas no utilizan correctamente sus músculos respirato--- rios, lo cual ocasiona una deficiente entrada y salida de aire en su organismo. El paciente asmático debe aprender a respirar en forma adecuada. Los ejerci--- cios respiratorios, físicos y de postura son sugeridos como parte de un trata--- miento integral para pacientes asmáticos. Su función básica será enseñar al - paciente a espirar adecuadamente y en este sentido incrementar su capacidad -- vital.

Hoy en día se recomienda que el niño asmático haga su vida normal y lleve a ca bo las actividades recreativas propias de su edad. El ejercicio debe evitarse únicamente durante la crisis. Los deportes combativos pueden sumarse para ayu--- dar a desarrollar la autoconfianza. Los juegos al aire libre deben ser impul--- sados para promover el desarrollo físico y mental (Pardo, 1984; Ramírez, 1985).

Tratamiento psicológico

En base a un número posible de factores, resulta importante incluir una evalua--- ción psicológica tanto como física, a pesar de que los factores alérgicos pa--- rezcan predominantes. El niño con un padecimiento respiratorio comunmente ex--- perimenta ansiedad, tristeza, irritabilidad y ocasionalmente le teme a la sofo--- cación y a la muerte. Sobre una base a más largo plazo, el niño con asma debe enfrentar muchos factores emocionalmente estresantes, comunes a cualquier en---

fermedad física seria. Existe incertidumbre acerca de futuros ataques, admisiones de emergencia en el hospital, procedimientos médicos repetidos y frecuentemente dolorosos, con la interferencia que además esta condición causa en la escuela, la vida en familia, el tiempo de ocio y el entrenamiento vocacional (Pardo, 1984).

Está indicada la psicoterapia para apoyar el tratamiento médico en la medida en que factores psicológicos con frecuencia precipitan o agravan ataques asmáticos. Este aspecto se tratará más ampliamente en el próximo capítulo.

Pronóstico

Bajo tratamiento adecuado el asma puede ser llevado a un control satisfactorio en la mayoría de los niños afectados. Resultados a largo plazo muestran que 20 años después del primer ataque de asma, el 30% de los pacientes está aliviado por completo de sus síntomas; 19% no presenta síntomas en tanto que evite con éxito los alérgenos que los provocan; 21% no tiene asma pero presenta alguna manifestación alérgica, usualmente la fiebre del heno; 26% aún presenta asma en algún grado; en 11% el asma es considerado como un problema serio de salud; 1% muere a causa del asma (Nelson, 1980).

Se cree por lo general que la aparición de síntomas asmáticos antes de la edad de 2 años y especialmente antes de los 6 meses conlleva a un pronóstico muy pobre (Tabachnik y Levison, 1981).

CAPITULO 2

ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL ASMA INFANTIL

2.1 El asma como enfermedad psicossomática

Hoy en día es ampliamente reconocida la relación que existe entre cuerpo y mente. El término "psicosomático" implica que no se puede afectar a uno de estos elementos sin alterar al otro.

El DSM III (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), reserva una categoría para los factores psicológicos que afectan las condiciones físicas. Esta permite al clínico apuntar que hay factores psicológicos que contribuyen al inicio o a la exacerbación de las condiciones físicas patógenas.

Sin embargo esta categoría no debe confundirse con los desórdenes conversivos. En éstos, los procesos patofisiológicos carecen de una base demostrable por medio de pruebas de laboratorio, por lo que se conceptualizan solamente como constructos psicológicos.

De acuerdo a French y Alexander (1941), el trastorno psicossomático aparece cuando los afectos o las emociones no pueden expresarse normalmente y cuando la energía que permanece encerrada en el organismo de forma crónica produce una disfunción de los órganos.

Más específicamente, Ajuriaguerra (1980) afirma que las enfermedades psicossomá

ticas se caracterizan por una desorganización somática pasajera o permanente, cuyo desarrollo comporta un determinismo de tipo psicológico actual o regresivo que pone en evidencia organizaciones psicobiológicas precoces.

Diversos autores como Knapp (1963), Khan (1977), Ajuriaguerra (1980) y Meijer (1981, b) sostienen que todos los humanos pueden reaccionar con cierto grado de broncoespasmo a una variedad de irritantes físicos y químicos introducidos en el tracto respiratorio. Los asmáticos tienden a responder más vigorosamente ante estos estímulos, lo que se denomina "hipersensibilidad primaria". -- Está demostrado que la actividad respiratoria dependiente de la musculatura lisa bronquial puede ser modificada benéfica o desfavorablemente por varios factores psicógenos, que no tienen potencial alérgico. Estos factores de "hipersensibilidad secundaria" pueden por sí mismos desencadenar los ataques de asma.

La mayoría de los autores que han estudiado al asma desde un punto de vista psicológico, tales como Pinkerton (1967), Voorhorst (1977), Ajuriaguerra (1980), Khampalikit (1983) y Pardo (1984), concuerdan en que los paroxismos asmáticos agudos son una condición seria que generan una tremenda ansiedad durante el ataque.

Mc Nicol (1973) refiere que existen diferencias de opinión en si los trastornos emocionales son un factor etiológico en el asma, o si éstos son una secuela. La principal razón de estas diferencias es la gran variedad en los objetivos y en la metodología de las investigaciones.

Minuchin (1976), Pardo (1984) y López Díaz (1986) para fines de investigación dividen al asma en psicósomática y no psicósomática. La primera comprende -- aquellos casos que desarrollan un asma que no cede al manejo médico adecuado, donde no se encuentran bases orgánicas que puedan entorpecer el manejo pediátrico. Por el contrario, la no psicósomática es aquella que cede al tratamiento médico.

Sin embargo, a pesar de que la predisposición orgánica es una condición necesaria para el subsecuente desarrollo del asma, estos hechos permiten situar -- al asma en el grupo de la medicina psicósomática, sin por ello restarle importancia a los alérgenos.

2.2 Factores psicológicos precipitantes en el asma bronquial

Muchos estudios se han llevado a cabo para tratar de determinar en que medida los factores psicológicos desencadenan o agravan los paroxismos asmáticos. -- Meijer (1981, a) sostiene que las tentativas para diferenciar el asma biológica del asma psicológica no han sido concluyentes. A pesar de que generalmente se acepta que en la etiología asmática hay una combinación de factores biológicos, psicológicos y ambientales, esto no se aplica todavía del todo en la metodología de la investigación. Los alérgenos pueden precipitar un ataque -- asmático pero su influencia se ha sobreestimado. Los datos acerca de factores precipitantes deben ser tratados con mucha precaución.

Long et. al. (1958) hicieron un estudio con niños asmáticos que internaron en una clínica con cuartos libres de alérgenos. Mientras dormían, se esparcie--

ron grandes concentraciones de polvo de sus casas por las habitaciones. Ninguno mostró una reacción alérgica y su respiración permaneció normal. Los autores concluyeron que el polvo no puede ser considerado una causa suficiente en la precipitación del asma.

Otros intentos se han realizado en el campo de las condiciones climáticas, — tal como lo muestra el estudio de Cullen, citado por Meijer (1981, a). Este autor encontró que un clima húmedo y frío no era más propiciador de asma que uno seco y tibio.

La reproducción de ataques asmáticos bajo condiciones de laboratorio ha sido probada por varios autores. Los resultados no han sido definitivos. Se ha sugerido que la falta de éxito experimental se debe a periodos de latencia variable después de los precipitantes emocionales, además de que existen variaciones en cada individuo.

Por otro lado, los intentos para demostrar que el condicionamiento psicológico es un factor principal tampoco han tenido éxito (Meijer, 1981, a). Freedman (1978) señala que se ha pensado que los estímulos que se asocian de manera regular con la presencia de una sustancia alérgica pueden precipitar un ataque en una persona susceptible. Herxheimer citado por Bakwin (1972) encontró que el solo hecho de haber expuesto a los sujetos a los alergenos fué suficiente para que produjeran un episodio asmático, aún cuando el alergeno no estuviera ya presente.

Algunos autores admiten que el asma se desencadena al principio por factores

alérgicos, pero que después de un tiempo se manifiesta como reacciones condicionadas en relación con conflictos de tipo emocional (Ajuriaguerra, 1980).

Knapp (1963) menciona que parece de menos valor debatirse acerca de la existencia de influencias psicológicas en el asma, más que preguntarse cómo estas influencias refuerzan la respuesta asmática y a qué grado. Un modelo simple para resolver esta pregunta sería el condicionamiento clásico. El aprendizaje es una materia compleja y el asma es una respuesta complicada: el modelo -- pavloviano clásico ha probado ser muy simple para ser aplicado a la compleja respuesta del asma. Sin embargo esto no invalida la evidencia clínica del reforzamiento por las experiencias vitales. Purcell (1969) también rechaza el punto de vista de que los ataques pueden ser precipitados por el condicionamiento.

Llegados a este punto, parecería importante preguntarse acerca de valor que estas investigaciones han tenido para el estudio de los factores que inducen el ataque asmático. Dicho valor queda expresado en las siguientes afirmaciones:

Por la experiencia de muchos investigadores, tenemos que una alta intensidad de irritación no es por sí sola suficiente para producir un ataque asmático. En cualquier niño se requiere de más de un tipo de estímulo para precipitar un paroxismo asmático (Bakwin, 1972).

Si los alérgenos juegan un rol en la predisposición del asma, no es por ningún motivo una relación de uno a uno entre los fenómenos alérgicos y los ata-

ques asmáticos, pues sabemos que las emociones pueden modificar en forma susceptible y sensible a los alérgenos (Knapp, 1963).

Un gran número de autores tales como Bakwin (1972), Mc Nicol (1973), Williams (1975), Meijer (1981, b) y Pinkerton (1967), coinciden en señalar como precipitantes psicógenos a factores como: el conflicto dependencia - independencia con una intensa liga madre-hijo, la ansiedad de separación, el enojo y el miedo, los conflictos crónicos no resueltos en la familia, la inhibición de la - agresión y la sumisión.

De estos factores, la dependencia y la ansiedad de separación han sido discutidos ampliamente por el importante papel que poseen en la vida del niño asmático.

Mc Nicol (1973) sostiene que la hipótesis más comunmente aceptada es que central a la interacción madre-hijo hay un conflicto de dependencia, el asma puede ser precipitada o agravada por la ansiedad de separación.

Meijer (1981, a) apunta que las amenazas en el conflicto de dependencia pueden ser resumidas como emanadas del rechazo materno o de la sobreprotección, dependiendo del predominio de complicidad o defensa y de la excesiva necesidad de cercanía materna. El crecimiento y maduración del niño hacia una mayor autonomía influyen en el proceso de separación-individuación, el cual produce ansiedad en la madre, quien necesita la cercanía del hijo. La ansiedad de separación de la madre y la reacción del niño a ella, serán necesariamente factores importantes para encontrar un nuevo balance en la relación madre-hi-

jo. El sacrificio del niño asmático por su autonomía supuestamente provoca -enojo, frustración y culpa, que están frecuentemente asociados con la dinámica de la formación de síntomas asmáticos. Este tipo de trastorno en la relación madre-hijo representa un potencial generador de ansiedad para la formación de síntomas asmáticos en general. Williams (1975), afirma que la amenaza de separación de la madre aparece como una situación estresante específica que estimula el comportamiento regresivo del niño asmático.

Se puede pensar que aquello que amenace la gratificación del niño en su excesiva necesidad de dependencia, va a tener un papel importante. Los impulsos agresivos pueden representar dicha amenaza, particularmente si están dirigidos hacia fuentes potenciales de dependencia gratificante con el peligro de la separación, e incrementan los sentimientos de desamparo. En general, el comportamiento inaceptado por un objeto central de dependencia, así como una marcada inhibición de impulsos agresivos, han sido considerados asmatogénicos. El miedo a la pérdida de amor es central en estas consideraciones (Meijer, -- 1981, a).

Con frecuencia estos afectos conllevan comportamientos respiratorios de tono emocional (llanto y risa). Aquí existen 2 tendencias:

French y Alexander (1941) postulan que el asma ocurre ante la presencia de un impulso reprimido de llorar para tener a la madre. Esta hipótesis doble remarca la importancia del llanto; esto es, por la sensibilización del aparato vocal y el objeto deseado del llanto: el miedo al alejamiento materno.

Por su parte Purcell (1969) postula que el concepto de que el asma representa un llanto reprimido, no tiene un fundamento sólido. De acuerdo a su experiencia el llorar es de hecho percibido por los pacientes como un precipitante -- del asma. Estos niños tratan de inhibir dicha respuesta, así como también -- tratan de inhibir la risa, el toser o cualquier otra actividad que excite al aparato respiratorio.

Kagan (1976) estudió la relación entre ciertas variables psicológicas y alérgicas en el asma infantil. La predicción era que a través de pacientes con igual severidad en la enfermedad se observaría una relación inversa entre los precipitantes emocionales de síntomas y los factores alérgicos. Cuando en el índice de precipitantes emocionales se incluían afectos como preocupación, -- enojo, tristeza y contrariedad y se excluían "comportamientos respiratorios" de tono emocional tales como el llanto y la risa, esta relación no se presentó en niveles estadísticamente significativos. Cuando se incluyó al llanto y la risa en el índice de precipitantes emocionales, la predicción quedó claramente apoyada, es decir, se dió una relación inversa entre los precipitantes emocionales y los factores alérgicos.

Por último, estudiando la atmósfera familiar como un precipitante más, Bakwin (1972) describe los resultados obtenidos en un estudio realizado en el Children's Asthma Research Institute and Hospital (CARIH). Se trabajó con 2 grupos de niños: en el primero de ellos, los niños dejan pronto de tener asma -- después de su llegada al instituto y permanecen libres de síntomas aún sin medicación durante la estancia. El segundo grupo requiere un mantenimiento -- de dosis continuas de esteroides para poder controlar sus síntomas. Las prue

bas realizadas revelaron que el tipo de estimulación que precipita una respuesta asmática difiere en los dos grupos. Los pacientes del primer grupo reportaron que emociones como el enojo, ansiedad y depresión actúan como eventos disparadores más frecuentemente que en el grupo de los dependientes al esteroide. Los padres del grupo que permanecía sin medicación, exhibían comportamientos - hiper-críticos y restrictivos en un grado mayor que los padres de los niños del segundo grupo.

Pinkerton (1967) apoya estos hallazgos, pues afirma que la tendencia del sistema bronquial a constreñirse y a permanecer así en sujetos que tienen predisposición, parece incrementarse pronunciadamente con el aumento de la atmósfera - familiar afectiva negativa, de tal forma que a más reto, amenaza u hostilidad para el niño, más broncoconstricción y menor respuesta presenta a los medicamentos broncodilatadores.

Una nueva etapa dentro de los estudios de los factores psicógenos a los que -- nos hemos venido refiriendo, se está preparando al tomar ahora en cuenta que -- el asma se presenta en un amplio espectro de severidades. Como hemos ya dicho, el asma y sus implicaciones varían de caso a caso de acuerdo a la frecuencia e intensidad de los ataques, tanto como del contexto familiar y del tipo de emociones que afectan al niño asmático.

2.3 Características de personalidad de niño asmático.

Gracias a las recientes investigaciones realizadas en el campo del asma infantil, se sabe que resulta aventurado hablar de un tipo específico de personali-

dad, privativo de este padecimiento. En vez de esto, se prefiere hablar del grado en el cual la personalidad total se ve envuelta en una perturbación psicósomática (Knapp, 1963; Freedman, 1978; Ajuriaguerra, 1980; Meijer, 1981, b).

Sin embargo estas mismas investigaciones han reportado que los niños asmáticos muestran como características comunes rasgos tales como: ansiedad, dependencia, depresión, sumisión, introversión, inhibición de la expresión emocional y menos signos de agresividad abierta. Esto los lleva a aparecer como niños con vidas relativamente reposadas y solitarias. Con frecuencia son etiquetados como especiales, enfermizos y débiles, lo que repercute en una baja autoestima y autoconfianza y en un decremento en su habilidad para enfrentar y solucionar problemas (Mc Nicol, 1973; Williams, 1975; Minuchin, 1976; Meijer, 1981, b; Hilliard, 1982).

Desde el punto de vista psicodinámico, se ha hablado de personalidades respiratorias caracterizadas por rasgos histéricos y paranoides, hostilidad reprimida y un deseo de autocastigo. Asimismo, también se describen ciertas fantasías y preocupaciones relacionadas con agua y ahogamiento, con el nacimiento, con olores, con el llanto y la voz. Se piensa que el punto central en el proceso psicodinámico expresivo del asma es el miedo inconsciente a perder a la madre o su sustituto, por lo que el asma se ha descrito como "el llanto que reclama a la madre". El ataque asmático podría dar lugar a una aguda necesidad de adherirse a la figura materna y esto puede tender a reforzar la dependencia desvalida observada en estos pacientes (Knapp, 1963; Freedman, 1978).

Los hallazgos más relevantes en la investigación de campo sobre las caracte--

rísticas de personalidad del niño asmático, tratan de encontrar una relación entre la severidad del padecimiento (en tanto frecuencia y número de ataques) y diversos grados de psicopatología.

Pinkerton (1967) realizó una de las primeras investigaciones psicológicas que toma en cuenta la severidad del asma en la población estudiada. A través de la medición del grado de constricción bronquial en respuesta al ejercicio, de finió 3 categorías entre los sujetos:

- a. Broncoconstrictores intermitentes: aquellos donde el asma es episódica.
- b. Broncoconstrictores persistentes: casos más afectados, porque siempre -- presentan un cierto grado de broncoconstricción.
- c. Broncoconstrictores persistentes no lábiles: casos severos que permane-- cen broncoconstrañidos y no responden a broncodilatadores.

Encontró que los trastornos conductuales operan en todo el espectro fisiológico, pero que en los casos más severamente afectados esta relación es más acn tuada.

Mc Nicol (1973) en su estudio longitudinal al que hemos hecho referencia en - el primer capítulo, halló que los trastornos conductuales (inmadurez social, comportamiento demandante y ansiedad), eran inusuales en los niños asmáticos. Sólo se presentaron predominantemente en el grupo de asma severa y continua. Estos niños fueron aquellos con la mayor y más severa obstrucción en las vías

respiratorias, hiperinflación pulmonar y manifestaciones alérgicas. Así la - correlación entre los trastornos conductuales y la severidad del asma es significativamente alta.

Los resultados obtenidos por Steinhausen (1983) no apoyan estas conclusiones. Realizó un estudio comparativo con 3 grupos apareados de niños que sufrían de fibrosis cística, asma bronquial y un grupo control de niños sanos. El análisis de correlación múltiple reveló que en los pacientes con fibrosis cística, la severidad de su enfermedad fué el predictor más importante de la psicopatología, seguido solamente por algunas variables familiares. Entre los pacientes asmáticos, prácticamente todas las variables de funcionamiento familiar, los eventos de la vida reciente deseables tanto como indeseables, eran predictores de psicopatología individual. La severidad de la enfermedad no resultaba tan importante. En el grupo control sólo el funcionamiento familiar, pero no los eventos varios de la vida, era el predictor importante de psicopatología.

Sin embargo Steinhausen no llevó a cabo medidas rigurosas de la severidad de la enfermedad en la muestra de niños asmáticos. Es probable que ello haya -- conducido a la aparente contradicción con los estudios de Pinkerton y Mc Nicol.

Por su parte, Block et. al. citados por Bakwin (1972) y por Meijer (1981, a), buscaron en qué medida se relaciona la psicopatología con el número de componentes alérgicos presentes en el asma bronquial. Se debe recordar que no existe una correspondencia de uno a uno entre los componentes alérgicos presentes y el grado de severidad. Dividió su muestra en 2 grupos: uno predominantemen

te fisiológico y otro predominantemente psicológico. Los niños con bajos puntajes alérgicos mostraron más síntomas psicopatológicos que los que tenían altos puntajes alérgicos. Aquellos con bajos puntajes alérgicos se mostraron más pesimistas en cuanto a la posibilidad de satisfacer sus necesidades básicas, exhibieron una mayor inclinación a responder a la frustración con enojo, fueron más conformistas y mostraron una gran preocupación por cuestiones orales y agresivas. También buscaron con más probabilidad ganancias secundarias de su enfermedad. De hecho, la severidad del asma no difirió significativamente entre los dos grupos.

Meijer (1981, b) resume con respecto a las características de personalidad -- del niño asmático, que las más frecuentemente descritas son la falta de compromiso, la negación, la inhibición, la sumisión y dependencia. Sin embargo, éstas no son exclusivas de los niños con asma. La falta de expresión de emociones y sentimientos en la esfera psíquica probablemente conduce a expresiones somáticas, dependiendo de la predisposición física de cada niño en particular. Por lo tanto, al parecer los factores psicológicos centrales que caracterizan al asma infantil son: la dependencia, la falta de confianza en sí mismo tanto en el niño como en la madre, la tendencia a la introversión, a la pasividad, a los sentimientos de desamparo y a varios grados de depresión en el niño y en la madre.

El conocimiento de los trastornos emocionales y de su prevalencia en el niño asmático está aún limitado. Existen diversos puntos de vista acerca de ellos. También existen diferencias de opinión entre si los trastornos emocionales -- son un factor causal o son efecto de los ataques asmáticos. Ello se debe a -

las diferencias en la metodología y en los objetivos de las investigaciones.

Pocos estudios tienen una base epidemiológica. Frecuentemente los niños estudiados son tomados de grupos altamente seleccionados de asmáticos, faltan grupos control y los estados clínicos, fisiológicos y alérgicos de los pacientes son indefinidos. Desde aquí, cualquier comparación resulta difícil.

Autopercepción

Khampalikit (1983) define en el caso del asma infantil a la percepción de la enfermedad, como aquello que se refiere a los pensamientos, creencias y sentimientos del niño asmático y de su madre concernientes al asma del niño. Esta percepción involucra 3 grandes aspectos:

- a. Pensamientos y creencias acerca de la condición general del niño.
- b. Pensamientos y creencias acerca del impacto del asma en el bienestar físico, psicológico y social del niño, tanto como las creencias acerca de este impacto en la educación y el futuro del menor.
- c. Los sentimientos del niño y su madre en el momento en que éste tiene el ataque.

El autor apunta que el desarrollo cognoscitivo y el nivel de abstracción con respecto a la enfermedad, parecen ser factores significativamente relacionados a concepciones distorsionadas en los niños.

Voorhorst (1977) hizo un profundo análisis acerca de las vivencias que tienen los niños asmáticos sobre su enfermedad. Señala que cada niño asmático tiene sentimientos diferentes acerca de su padecimiento y que esto está más determinado por la forma en la que maneja sus habilidades innatas, su ambiente y su educación, más que por las características típicas de la enfermedad. Para un niño resulta muy amenazador y angustiante el no poder manejar su cuerpo en momentos inesperados. Estar enfermo es vivido principalmente como un aislamiento del mundo. Todos somos confrontados con nuestro propio cuerpo como un objeto externo cuando notamos que éste no funciona adecuadamente. La certeza de poder contar con el propio cuerpo es absolutamente necesaria para el desarrollo de la autoconfianza. La falta de seguridad básica afecta las relaciones con iguales, al grado de que a veces los niños restringen su mundo para ser capaces de manejarlo. Para este tipo de niños, el desarrollo de su conciencia corporal puede estar retardado, debido a que frecuentemente son de talla pequeña y tienen una coordinación psicomotora pobre.

Voorhorst ofrece un panorama del desarrollo de la percepción corporal en los pacientes asmáticos:

El bebé sólo es capaz de vivir la enfermedad como algo que perturba su bienestar.

Con el tiempo, el conocimiento de su cuerpo aumenta. Al principio sólo está compuesto de factores aislados: la figura humana aparece como una cabeza con --- piernas a los 3 años de edad. En esta etapa se tiene una concepción limitada de la enfermedad.

En el niño pre-escolar y escolar inicial, las ocupaciones marcadamente sensoriales y actividades motoras son las más importantes. A los 6 años ya es capaz de nombrar e indicar todas las partes de su cuerpo. Parece no estar realmente consciente de su enfermedad y tan sólo se siente fatigado cuando se presenta un ataque. En gran medida lo que "siente" de su enfermedad no está todavía integrado con lo que "sabe" de ella.

Los preadolescentes (9 a 12 años de edad) ya pueden pensar sobre lo desconocido y lejano, pueden imaginarlo y apreciar más o menos lo que es posible. A pesar de que alrededor de los 10 años empiezan a ser capaces de juzgar y expresar el valor y el significado de ciertos sentimientos, su equilibrio emocional es todavía precario. El muchacho se compara constantemente con otros de su misma edad, es muy susceptible a la opinión de los demás acerca de su apariencia física y como resultado de ser juzgados por los otros logran una opinión de su propio cuerpo. En la medida en que todavía siguen existencialmente ligados a sus padres, a veces los ven como los responsables de su enfermedad. Sin embargo una presencia adulta durante un ataque es de gran ayuda.

Poco a poco aparecen en los adolescentes las condiciones para adoptar una actitud adulta hacia el propio cuerpo. Ya saben que nadie tiene que compartir la responsabilidad de su enfermedad y que son ellos mismos quienes deben tomar medidas para controlarla.

Otras áreas de la percepción de sí mismo son el establecimiento de metas y las expectativas que tienen de sí. Williams (1975) y Hilliard (1982) estudiaron estas áreas y obtuvieron resultados similares al utilizar el Tablero de -

Niveles de Aspiración de Rotter. Sus resultados apoyan que los niños asmáticos manifiestan más altas aspiraciones que los normales cuando los padres están cerca, pero aspiran más bajo y en consecuencia muestran una mayor regresión cuando ellos no están presentes. En la fantasía los niños asmáticos --- muestran una mayor necesidad de logro que los normales y perciben que sus ma dres tienen una mayor necesidad de logro para ellos. Una posible explicación para las metas más altas y menos realistas de los niños asmáticos en presencia de sus padres, es que la proximidad de ellos hace sentir al niño más seguro e incluso un poco más confiado de sus habilidades. Cierta grado de negación optimista puede serles útil al vivir con una enfermedad crónica.

2.4 La madre y la familia del niño asmático

Un gran número de autores reconoce la importancia de la madre en la dinámica del asma infantil. Sperling, citado por Ajuriaguerra (1980), refiere que resulta importante el análisis conjunto de la madre y el niño. Dicho análisis demuestra que las cualidades específicas de la relación están marcadas por -- una especie de interdependencia que permite a la madre agresiva disculparse, a la madre sobreprotectora entregarse al máximo y al niño expresar en forma - agresiva sus conflictos a través de una enfermedad, manifestando así su deseo ambivalente de dependencia (por los síntomas de la enfermedad) e independencia (por la necesidad de dependencia de la madre). En algunos casos el niño es rechazado por la madre sólo cuando está sano y es recompensado por estar - enfermo, mediante los cuidados y las atenciones especiales que se le dan en - torno a las crisis.

Esto es, el conflicto del asma aparece como un choque entre 2 tendencias: el alejamiento del paciente de la dependencia hacia su madre; y la otra, una temida tendencia regresiva hacia una actitud infantil y dependiente con respecto a la misma (French y Alexander, 1941).

De aquellos que se han interesado por la diada madre-niño asmático, Meijer — (1976, 1980, 1981, a y b) es quien ha reportado un mayor número de hallazgos en base a estudios bien controlados, que van desde las características de personalidad de la madre, la percepción que ésta tiene de su hijo y los rasgos — distintivos de la interacción madre-hijo.

Dicho autor nos dice que encontró una diferencia importante entre las madres de niños asmáticos y las de niños sanos, en el número de años de educación. — Las madres de los asmáticos tenían menos años de educación que las madres de los no asmáticos. El bienestar de los niños parece corresponder con el nivel de educación de las madres. Las madres con más educación tienden a tener mayores fuentes de satisfacción, esto hace que su estado de ánimo sea más positivo y que también decrezca su dependencia con respecto a sus hijos. Las menos educadas se ocupan excesivamente de sus hijos, frecuentemente de forma — autoritaria y confían menos en ellos. Por ello, hubo una relación estadísticamente significativa entre el bajo estado de ánimo de la madre y el asma de los niños.

También encontró que las madres de niños asmáticos fueron más dependientes de sus propias madres y percibían a sus padres como rechazantes.

Entre otros, Mc Nicol (1973), Williams (1975), Panides (1981), Khampalikit -- (1983) y el mismo Meijer están de acuerdo en que la dependencia es un conflicto central en el asma y afirman que este conflicto es más pronunciado en altos niveles de severidad de la enfermedad. Con base en esto Meijer investigó las necesidades de dependencia de la propia madre del niño asmático, comparándolas con un grupo control de madres de niños sanos. En ambos grupos se llevó a cabo una segunda división, de acuerdo al nivel de dependencia de los niños. Al comparar estos grupos se encontró que la principal diferencia radica en la altamente significativa depresión materna que se presenta en el grupo de niños con bajo nivel de dependencia. En contraste está la ausencia de depresión materna en el grupo de niños con alto nivel de dependencia. Esta última combinación coincide con un alto nivel de bienestar emocional en el niño asmático, quien parece tener más fuertes necesidades de dependencia que los niños no asmáticos. Esto demuestra un mayor trastorno emocional en la relación de dependencia cercana con sus madres.

Asimismo los niños asmáticos con bajo nivel de dependencia fueron descritos por sus madres como más trastornados emocionalmente, que los niños no asmáticos con baja dependencia. Esta percepción contribuye a favorecer la depresión en la madre.

Sin embargo es importante recordar que las fuertes necesidades complementarias de dependencia en las madres y en los niños no son siempre mutuamente satisfactorias. Frecuentemente se convierten en una fuente de fricción e insatisfacción, aún cuando el niño sea más complaciente y dependiente de lo usual.

Khampalikit (1983) encontró que las correlaciones entre la percepción de la madre acerca del asma y la dependencia del niño fueron más débiles que aquellas entre la percepción del niño y su comportamiento dependiente. Esto sugiere que la percepción del niño es más importante que la percepción de su madre para determinar su comportamiento dependiente. Las percepciones de la madre y el niño acerca del asma estuvieron relacionadas en forma moderadamente positiva. Los hallazgos apoyan la suposición de que las creencias y ansiedades de la madre pueden ser transferidas al niño.

La familia del niño asmático

Los conflictos crónicos no resueltos en la familia engendran angustia que precipita ataques agudos y que perpetúa la cronicidad de la enfermedad.

Minuchin (1976) es uno de los principales representantes del estudio en familias, entre las que destacan las psicósomáticas. En relación al padecimiento asmático refiere que un factor muy importante es la forma en que la familia, como sistema, reacciona ante el diagnóstico de asma. Con frecuencia el médico recomienda ciertos regímenes terapéuticos para el paciente y los padres, que afectan la vida familiar. Se debe cuidar que no haya polvo en la casa, evitar ciertas comidas, retirar a las mascotas, iniciar un programa de desensibilización para decrementar la alergia al polen y al moho. Las relaciones con iguales se ven disminuídas, ya que también se recomienda evitar deportes competitivos, incluyendo las clases de educación física de la escuela.

Evidentemente este régimen afecta a la familia por entero. Los efectos más -

significativos los experimentan los padres. La madre puede optar por dejar - las puertas de los cuartos abiertas, para poder escuchar hasta el menor ruido.

Esto da por resultado una pérdida de privacidad y autonomía para todos los miembros de la familia. La tensión y ansiedad que se da esperando el ataque durante la noche, disminuyen la frecuencia y la gratificación sexuales. La madre puede involucrarse tanto que puede llegar a olvidarse de las necesidades de otros miembros de la familia. Se desarrollan conflictos significativos entre los padres y entre el paciente y el padre más distante. El paciente se siente culpable por sentirse responsable de los problemas entre sus padres. Sin embargo, ya que los padres y hermanos han sido prevenidos en cuanto a no molestar o sobreestimar al paciente, entonces la hostilidad y el resentimiento son sumergidos, para ser actuados en patrones no adaptativos de autodefensa encubierta. Las vacaciones familiares y los viajes se vuelven problemas significativos por la posibilidad de un ataque agudo.

Los padres rara vez salen solos por su temor de que el paciente se enferme. Hay un incremento en la rivalidad entre hermanos, ya que tienden a actuar su resentimiento. El rol especial del paciente en la familia depende de sus sintomatías y tiene un tremendo poder para manipular a la familia a través de ellos. Frecuentemente no se le disciplina como debiera, pues los padres tienen miedo de molestarlo.

Bakwin (1972) refiere que es común que una madre reporte que tiene miedo de contrariar a su hijo por temor a que tenga un ataque asmático.

Rees, citado por Mc Nicol (1973), encontró en su estudio comparativo que un número significativamente alto de niños asmáticos tenían una vida familiar insatisfactoria, comparada con el grupo control de niños normales.

En el estudio longitudinal de Mc Nicol (1973) ya citado con anterioridad, se encontró que en el grupo de asma más severa había más quebrantamiento familiar y resentimiento entre los padres, que en las familias de otros niños asmáticos y en el grupo control. Otro de sus hallazgos fué que las familias con grado más severo de asma eran significativamente más grandes que el resto.

Hilliard (1982) reporta que en las familias con enfermedades crónicas, las calificaciones en la escala de expresividad (que mide el grado en que los sentimientos se expresan abierta o indirectamente), eran significativamente menores que en el grupo de familias de niños sanos.

Minuchin (1976) afirma que el sistema familiar del asmático se caracteriza por hostilidad, tensión, frustración y ansiedad. Sin embargo estos sentimientos - deben ser evitados dentro del contexto de la familia, con el fin de proteger - al paciente.

Este mismo autor define 4 formas de funcionamiento familiar relacionadas con los síntomas psicósomáticos severos en el niño:

- a. Amalgamamiento: la familia funciona como un todo no permitiendo la diferenciación individual.

- b. Rigidez: la familia permanece estática, mostrando gran dificultad para tolerar cambios.
- c. Sobreprotección: los miembros de la familia muestran un interés exagerado por el bienestar de los demás.
- d. Evitación de conflicto: la familia invierte mucha energía en estar siem--pre en armonía y tiene tanto temor al conflicto que deja los problemas --sin solución.

Los conflictos sumergidos que amenazan la estabilidad de la pareja, el matrimonio y por tanto el mantenimiento del sistema familiar, permanecen latentes por una total concentración en los síntomas del paciente. En la medida en --que los conflictos de la pareja permanecen sin solución, los síntomas del pa--ciente persisten.

Pardo (1984) llevó a cabo una investigación en el Hospital Infantil de México, con 24 familias divididas en 3 grupos:

Grupo psicossomático:

- a. Familias con hijo(s) cuyo asma no cede al manejo médico adecuado.

Grupos no psicossomáticos:

- b. Familias con hijo(s) cuyo asma ha cedido al tratamiento médico y que no -presenta ningún otro síntoma según criterio tanto de los pediatras como -del paciente.

c. Familias con hijo (s) con problemas de conducta.

Contrariamente a lo postulado por Minuchin en los Estados Unidos, las familias mexicanas, tanto psicossomáticas como no psicossomáticas, presentan niveles similares de amalgamamiento, rigidez y sobreprotección.

Sólo las familias psicossomáticas presentan niveles significativamente elevados de evitación de conflicto.

Esto sugiere que en las familias mexicanas las 3 primeras formas de funcionamiento familiar descritas no son consideradas necesariamente disfuncionales, por lo que la influencia cultural es determinante.

Pardo sostiene que los mecanismos que con mayor frecuencia utilizan las familias estudiadas para evitar el conflicto, son:

- Cambiar, terminar y desviar los temas que pueden originar problemas.
- Culpar a alguien de los problemas familiares.
- Bromear, reirse, distraer o interrumpir ante temas problemáticos.
- Callarse o negarse a participar en las conversaciones en las que se abordan problemas.
- Negar que se tienen problemas o minimizarlos.
- Amenazar con dejar a la familia si se tratan los problemas.

La autora del estudio citado asevera que existe una relación directa entre una estructura familiar determinada y la presentación y exacerbación de las crisis asmáticas.

Pinkerton (1967) también midió la actitud predominante de los padres al inter actuar con la estructura de personalidad del niño. Encontró 3 grandes grupos, a saber:

- a. Predominantemente sobreprotectores: se refiere a la actitud paterna consentidora y suave.
- b. Predominantemente rechazantes: se refiere a la actitud caracterizada por censura, intolerancia hipercrítica y al rechazo franco y abierto.
- c. Ambivalentes: se combinan rasgos positivos de aceptación paterna, con elementos de menosprecio y presión, de tal forma que la atmósfera general pa rece cargada de una inquieta tensión y un reto excesivo para el niño.

A partir de la medición de las actitudes paternas se llevó a cabo una correla ción con las medidas de constricción bronquial, descritas en la sección 2.3 - de este capítulo. Los resultados fueron muy interesantes:

- La actitud parental protectora y positiva tendió a estar asociada con grados más bajos de deterioro fisiológico.
- La actitud parental rechazante tendió a estar asociada con el grupo de peor pronóstico fisiológico (broncoconstrictores persistentes no lábiles).
- Entre estos 2 extremos está el grupo ambivalente que tiende a corresponder - en forma gruesa con el grupo de broncoconstrictores persistentes.

La asociación entre la actitud parental y la severidad del asma quedó confirmada estadísticamente al nivel .01 de confiabilidad.

Estos hallazgos, tanto de la interacción familiar como de las actitudes parentales, han remarcado la importancia de la familia en el contexto del niño asmático.

Los padres deben aprender a apreciar la variedad de factores de la vida cotidiana que pueden afectar. Ellos mismos se sienten muy liberados cuando entienden que no es cuestión de culpa y que es válido pedir ayuda en circunstancias como éstas.

2.5 Tratamiento

Varios enfoques se han propuesto en el tratamiento psicológico del asma infantil, entre los que se destacan:

- Parentectomía.
- Terapia familiar.
- Psicoterapia.
- Terapia cognitivo - conductual.

Parentectomía

Se ha dicho que sacar al niño del ambiente familiar tiende a mejorar la condición asmática. Los alergólogos consideran que es debido a que se alejan de los alérgenos de la casa. Sin embargo, Purcell (1969) encontró que cuando son los padres los que se van, permaneciendo el niño en su casa, el efecto benéfico de la separación es el mismo.

Minuchin (1976) opina que la parentectomía produce sentimientos de impotencia, frustración y desilusión en los padres. La familia se siente como una influencia nociva y peligrosa para el paciente, lo que provoca mayor culpa y frustración por parte del sistema familiar. Este autor propone como alternativa el cambio en la estructura y funcionamiento de la familia, para eliminar los factores que refuercen los síntomas y perpetúen la cronicidad de la enfermedad.

Además, de acuerdo a la opinión de varios investigadores, no parece que la separación física del niño asmático de su medio resuelva los problemas del asma como tal.

Terapia familiar

Minuchin (1976) apunta que el acercamiento tradicional de uno a uno puede fallar con el asmático, pues intensifica el rol central del paciente como el miembro enfermo de la familia, dejando a un lado los roles de padres y hermanos para perpetuar los síntomas. Refiere que la terapia familiar ha sido exitosa para aliviar la intensidad y frecuencia de los ataques agudos de asma. Se dice que los pacientes dependen menos del tratamiento médico y que adquieren cada vez más patrones de vida normal. También hay cambios positivos asociados con el funcionamiento de los hermanos y los padres.

Freedman (1978) opina que el tratamiento de los padres del niño asmático es esencial cuando predominan las dificultades emocionales en el niño. Es importante un examen minucioso de las ansiedades de los padres con respecto a la enfermedad del niño y a sus responsabilidades parentales. Destacar la importan

cia de la intervención precoz y ofrecer instrucciones detalladas ayuda a los padres a actuar diligentemente al advertir los primeros síntomas.

Psicoterapia

Desde este enfoque de tratamiento, Knapp (1963) nos ofrece los puntos más importantes a considerar:

-Es particularmente relevante para el paciente asmático una fuerte relación personal basada en el estilo del terapeuta, ya que la enfermedad hace al paciente particularmente ansioso y dependiente. El terapeuta debe proporcionar seguridad y confianza. Debe mostrar tranquilidad en sus actitudes, aunque no necesariamente debe dar tranquilidad en puntos específicos pues en ocasiones eso sería falso. Debe ser accesible y dar apoyo, ya que a veces la angustia que siente el paciente se ve aliviada si siente que el terapeuta lo va a ayudar.

-Se deben reforzar los esfuerzos del paciente por independizarse, compartir la responsabilidad del manejo de la enfermedad y apoyar su esfuerzo por requerir cada vez menos ayuda médica inmediata.

-La comunicación debe ser fomentada y mantener una genuina y razonable curiosidad acerca del rol de los factores psicológicos en cada caso específico.

El mismo autor afirma que uno de los conceptos más útiles es el de la alianza terapéutica. Una vez que el vínculo está establecido, la relación puede moverse hacia una terapia más interpretativa que busque la comprensión de los significados de la enfermedad.

Bakwin (1972) señala que aunque el tratamiento psiquiátrico no ha sido efectivo en el alivio de los síntomas asmáticos, se puede hacer mucho para la prevención y corrección de los efectos de las actitudes adversas de los padres y del paciente en el desarrollo de su personalidad.

Tratamiento cognitivo-conductual

Desde este enfoque, existen diversas técnicas que se han implementado tanto en campamentos y hospitales como en la consulta externa.

Cree (1976) nos da un panorama de los objetivos que algunas de estas terapias persiguen, a saber:

- a. Enseñar a cada paciente que el asma no debe ser el centro de su vida.
- b. Enseñar a cada niño a automonitorearse y autocontrolarse.
- c. Buscar la disminución y eliminación de cualquier exceso conductual exhibido por el niño, especialmente aquellos que interactúen o intensifiquen su asma.
- d. Tratar de vencer cualquier déficit conductual que manifieste el niño.

Son muchas y muy variadas las conductas que en la condición de asmático pueden ser tratadas bajo este tipo de terapia que van desde el pánico y el fingirse enfermos (con una alta frecuencia de hospitalizaciones), hasta el uso inadecuado de los equipos de respiración de emergencia.

Los investigadores de este ramo han experimentado técnicas tales como:

- Retroalimentación (Khan, 1977; Feldman, 1976).
- Tiempo fuera (Cree, 1970).
- Desensibilización (Knapp, 1963).
- Condicionamiento operante y descondicionamiento (Khan, 1977; Knapp, 1963).
- Economía de fichas, aprendizaje de respuestas alternativas y uso de placebos en el régimen de la medicación (Gardner, 1968).
- Asertividad (Hock, 1978).
- Relajación (Alexander, 1972; Hock, 1978).

El manejo adecuado de estas técnicas ha reportado un índice de efectividad significativo en el manejo y control de conductas específicas. Sin embargo, resulta importante destacar que el uso de la relajación por sí misma o en combinación con algunas de estas técnicas, ofrece los resultados más prometedores.

CAPITULO 3

ASMA INFANTIL Y AGRESION

Ajuriaguerra (1980) sostiene que la agresividad del hombre es algo innegable: somos sus eternos testigos y víctimas. No obstante largo tiempo se pensó que el niño era puro e inocente y se minimizaron sus reacciones agresivas. En la actualidad sabemos que desde muy temprano se manifiesta la agresividad y que podemos analizarla, describirla y seguir su evolución en el tiempo.

Se debe admitir que la agresión aparece ya en las primeras relaciones. Se presenta como una reacción contra el malestar y la incomodidad, producto de causas internas o externas; el niño pequeño es apenas capaz de distinguir lo procedente del exterior y lo que viene de su propio cuerpo. El hecho de soltar algo que haya cogido, de prescindir de una satisfacción en el momento de disfrutarla, de postergar una satisfacción que tiene a su alcance, basta para desencadenar reacciones hipertónicas y manifestaciones de desagrado. Puede rechazar lo que le gusta y abolirlo mediante la gesticulación.

Sin embargo para desarrollarse, el niño necesita sentir algunas frustraciones y la agresión activa comenzará a reprimirse. El amor y el odio a los otros no son entidades contrapuestas, sino que ambas parten de una misma base: el deseo y la insatisfacción. Debe aprender a esperar para encontrar su satisfacción y a dar para recibir. La agresividad es un potencial energético, al suprimirla en exceso su probable consecuencia será la pasividad. Si la insatisfacción es

el único motivo de sus relaciones, su única solución será la permanente agresividad, agresividad constante y nada formativa, compulsiva. La agresividad puede tener por resultado una satisfacción, pero a veces el mecanismo agresión-satisfacción se cierra en sí mismo, sin posibilidad de abrirse con valor formativo.

Algunas de las dificultades halladas al tratar de encontrar una definición, se deben al olvido de la heterogeneidad del comportamiento agresivo: la agresión puede surgir de muchas formas y las generalizaciones acerca de su causa inevitablemente inducen a error. La agresión ha pasado a significar hostilidad, -- ataque y destrucción. Si no es excesiva, es una forma deseable de comportamiento y dirigida apropiadamente se convierte en una ventaja para la fuerza individual y constructiva de la sociedad (Bakwin, 1972; Cozby, 1986).

Muchos autores coinciden en señalar que por influencia del ambiente el niño -- irá dominando su agresividad, que cada vez se manifestará de manera más indirecta y socializada.

El que el niño exprese fácilmente la agresión y las formas e intensidad de la expresión agresiva, dependerá de muchos factores, entre los que figuran: las frustraciones; el ataque o la coerción de parte de otros; cualidades personales como la irritabilidad, la hostilidad contenida y acumulada y la ansiedad que provoca la idea de una conducta agresiva; las experiencias pasadas de reforzamiento de las acciones agresivas, así como la oportunidad de observar e imitar a modelos agresivos. Algunos niños han adquirido fuertes inhibiciones en la expresión de sus impulsos agresivos (Mussen, 1982).

Es visiblemente fútil buscar "la causa" de la agresión, ya que ésta puede tener diversas causas y un episodio cualquiera puede obedecer a muchos factores. Por ejemplo, los estudios con animales han arrojado resultados poco generalizables en el origen del comportamiento agresivo, entre los que se citan: la sobrepoblación, aunque algunos atacan al consorte si se aleja; los cambios hormonales, -- aunque a veces están claramente en un segundo plano; algunos estados del sistema nervioso central, aunque a veces el estímulo eléctrico sólo induce pautas -- agresivas de modo semejante a reflejos; la proximidad de la comida o la falta de ella, aunque esto también puede reducir la agresión; el estado interno del sujeto, como una hembra preñada o no; factores situacionales, como la presencia de una hembra.

La agresión no depende sólo de factores internos ni sólo de externos y aún en los animales la agresión tiene determinantes múltiples. Esto es todavía más probable que suceda con el hombre. En el caso humano los objetos y situaciones -- que precipitan la agresión son mucho más variados que en los animales; en el -- hombre el dolor y la frustración pueden deberse a desatenciones verbales o insultos imaginados, o bien ser enteramente ilusorios.

Algunos teóricos sostienen que los impulsos agresivos son inherentes o instintivos en los humanos, otros opinan que la agresividad es siempre una reacción. -- La cuestión es aún controvertida. Cualquiera que sea su fuente, la agresión es una respuesta común normal o natural a ciertas clases de situaciones como la de la frustración. El desarrollo y la modificación de la conducta agresiva están regulados en gran medida por los padres, ya que son ellos quienes controlan muchas experiencias de satisfacción o de frustración en sus hijos, refuerzan o --

castigan las expresiones precoces de agresión y sirven de modelos a las conductas agresivas (Ajuriaguerra, 1980; Mussen, 1982).

3.1 Enfoques teóricos de la agresión

En esta sección se presenta una revisión de los principales enfoques teóricos del estudio del comportamiento agresivo.

Aunque estos enfoques varían en sus fundamentos teóricos, cada uno de ellos ha aportado valiosa información para una mejor comprensión de la agresión.

3.1.1 Aportaciones del enfoque psicoanalítico

El psicoanálisis ha valorado en forma especial la importancia de la agresividad en el desarrollo. Sigmund Freud (1973), (en 1920 en "Más Allá del Principio del Placer"), introduce el concepto de instinto de muerte. Los instintos de vida y de muerte se inscriben en el cuadro de las tendencias antagónicas, fundamentales en todo ser viviente.

La teoría psicoanalítica ha generado muchos estudios y postulados. Sin embargo, este trabajo se circunscribe a aquellos puntos relevantes, uno de los cuales es el papel de la agresión en el desarrollo del niño.

Laplanche y Pontalis (1979) definen a la agresividad como "la tendencia o conjunto de tendencias que se actualizan en conductas reales o fantasmáticas, dirigidas a dañar a otro, a destruirlo, a contrariarlo, etc. La agresión puede adoptar modalidades distintas de la acción motriz, violenta y destructiva; no hay conducta, tanto negativa como positiva, tanto simbólica como efectivamente realizada que no pueda funcionar como agresión."

Anna Freud, una de las principales representantes de la teoría psicoanalítica infantil, expone con claridad el valor que a la agresión se le concede en el desarrollo del niño.

A. Freud (1980) postula que recientemente ha ido ganando aceptación la opinión de que el instinto agresivo es una apetencia primaria que actúa en el niño desde los comienzos mismos de la vida. Las manifestaciones del instinto agresivo están estrechamente amalgamadas con las manifestaciones sexuales. En la fase oral, aparecen bajo la forma de sadismo oral y encuentran su expresión en el deseo de destruir comiendo el objeto de que el niño gusta, utilizando en este caso como instrumento de la agresión los dientes. En la fase anal la agresión desempeña un papel importante bajo la forma de sadismo anal. Los niños de esta edad son normalmente agresivos, destructivos, tercos y dominantes; en esta fase es especialmente difícil diferenciar unas de otras las manifestaciones del sexo y la agresión, dado que toda actitud del niño hacia las personas u objetos queridos es normalmente desconsiderada, cruel y torturadora. Durante la fase fálica, la agresión aparece bajo las actitudes más agradables de virilidad, postura protectora, temeridad frente al peligro y competitividad. --- Cuando las apetencias agresivas de los niños no se presentan fundidas del modo

normal con las pulsiones sexuales, aparecen como una fuerza destructiva. Cuando se dirigen hacia el ambiente, las fuerzas agresivas están al servicio de la autoconservación y cuando se dirigen hacia adentro amenazan la propia salud somática o psíquica del niño.

Anna Freud sostiene que ciertas escuelas de psicología consideran que la agresión no es más que el producto de influencias del ambiente, esto es, la respuesta del individuo a la frustración de sus primeros deseos emocionales. En contraste con esta opinión, la teoría freudiana de las pulsiones instintivas sostiene que la agresión es una de las 2 pulsiones instintivas fundamentales (sexo y agresión, instintos de vida y muerte), que combinan su fuerza entre sí o actúan enfrentadas y producen de esta forma los fenómenos de la vida. Así pues en este caso se considera que la agresión es una apetencia instintiva innata, que se desarrolla en forma espontánea en respuesta al ambiente, pero que no es producida por influencia de éste.

Esta mezcla es por una parte sumamente beneficiosa y aún necesaria para conservar la vida. Sin ella, los seres humanos no serían capaces de mantenerse frente a un ambiente hostil. Pero la agresión también da origen a perturbaciones, tensiones y conflictos. En los estadios más tempranos del desarrollo, ya el niño ama y odia a las mismas personas, a menudo con igual fuerza. Los niños sufren intensamente a causa de esta ambivalencia de sentimientos. Su odio agresivo culmina en deseos de muerte contra las personas cuya presencia tiene máxima importancia para su bienestar. El niño teme que sus malos deseos puedan provocar la ira de sus progenitores y privarlo de su amor, o bien que sus malos deseos puedan hacerse realidad y dañar a los progenitores que por otra -

parte ama. El niño aprende a temer su propia agresividad, desarrolla angustias y sentimientos de culpa en relación con sus progenitores y espera que estos se venguen con una hostilidad semejante. A medida que el niño madura, sus sentimientos agresivos y actitudes hostiles pierden por lo normal una parte de su -- violencia y urgencia. Después de que se ha desarrollado por completo el sentido de realidad del niño, éste cesa de creer en la potencia de sus malos deseos. De esta manera se vuelve menos ansioso y culpable con respecto a sus sentimientos negativos y por tanto más amistoso y flexible en sus respuestas sociales.

El desarrollo individual adopta un curso que va de una mayor a menor violencia, hostilidad y agresividad y de la ambivalencia de sentimientos a una positividad mayor en las relaciones humanas. Sin embargo, cierto monto de egoísmo, --- agresión, autoafirmación, disponibilidad a odiar, a sentirse ofendido y a lu--- char, sobrevive en forma normal en la niñez y subyace bajo la conducta que los adultos adoptan unos hacia otros y da origen a corrientes enfrentadas de hosti lidad entre los seres humanos. Los niños se influyen mutuamente sobre la base de la superioridad en la fuerza y de la superioridad en los logros. El temor - al otro y la admiración por el otro son factores decisivos para el estableci--- miento de una escala de influencias sociales.

Melanie Klein (1962) acepta la existencia primera de sentimientos de amor y --- odio que luchan en el espíritu del niño. Cuando un niño se siente frustrado -- por el pecho que lo alimenta, lo ataca imaginativamente con la agresividad de - sus fantasmas, ansiosos de morder y despedazar a la madre. Estos fantasmas des tructores equivalen a los deseos de muerte y una de sus particularidades con--- siste en que el niño tiene el convencimiento de que aquello que desea en sus --

fantasmas ocurre realmente. Pero no tardará en elaborar el fantasma para recomponer los fragmentos y repararlos; no obstante, con ello no logra disipar -- del todo su temor de haber destruido al objeto.

Melanie Klein refiere que entre los factores de capital importancia en la dinámica de los procesos psíquicos, destaca la polaridad e interacción de los instintos de vida y de muerte. Supone que ambos instintos tienden a lograr su objetivo en la acción corporal. La acción de los instintos en el cuerpo va acompañada por experiencias psíquicas, estableciéndose una relación emocional entre el objeto que da satisfacción o frustración y las actividades corporales, formandose por relaciones con los objetos (de naturaleza libidinal y destructiva al mismo tiempo) desde el primer momento.

Hartmann, Kris y Loewenstein (1949) se oponen a la concepción clásica según la cual el único objetivo de la agresividad es la destrucción del objeto. Dan especial importancia a la sublimación de la agresividad que promete la transformación de la energía agresiva en energía neutra a disposición del yo; refieren que si la constancia objetal depende de la capacidad del individuo para soportar la frustración, depende igualmente de la sublimación de la agresividad.

Lebovici (1964) citado por Ajuriaguerra (1980), afirma que el comportamiento agresivo no es cosa de un niño considerado aisladamente, entra en la relación comunicativa madre-hijo. Al comportamiento agresivo no hay que estudiarlo tan sólo como una proyección más del niño hacia su madre, sino también abarcando - los resultados de las respuestas maternas a las proyecciones agresivas del niño.

De acuerdo a Anna Freud (1979), la agresión se puede evitar mediante diversos métodos:

1. Represión: la represión de los conatos agresivos y destructivos elimina de la consciencia del niño las intenciones hostiles y los deseos de muerte contra los progenitores amados, sin afectar por lo demás su existencia en el inconsciente.
2. Formación reactiva: para disminuir el peligro de que surjan de la represión, se sobreacentúan en la mente consciente las tendencias positivas y amorosas opuestas. El niño desarrolla tendencias reactivas de excesiva amabilidad, desmedida solicitud y ansiedad relativa a la seguridad, salud, etc. de la persona amada.
3. Desplazamiento: en su intento por mantener sus sentimientos por progenitores y hermanos puramente positivos y libres de agregados agresivos, puede apartar de la familia todas sus tendencias hostiles y dirigir las al mundo exterior. De esta manera se logra una atmósfera pacífica, amorosa y afectuosa dentro de la familia a expensas de la hostilidad y la intolerancia que se experimenta -- hacia los extraños.
4. Proyección: el niño se asusta de sus propias tendencias agresivas y sus posibles consecuencias. Bajo la presión de esta ansiedad, trata de negar la existencia de tales tendencias en él y las adscribe en cambio a personas de su ambiente, por lo general la misma persona contra la cual se dirigía su agresión originaria.
5. Introyección de la agresión: ciertas cantidades de los empeños agresivos se dirigen invariablemente contra el propio sí mismo del individuo; lo normal es que sus efectos se vean equilibrados por cantidades similares de impulsos -

eróticos que permanecen dentro del sí mismo. Pero si se evita en forma sostenida el empleo de los impulsos agresivos contra el exterior, se internaliza excesiva agresión. Las consecuencias dañinas de una distribución como ésta de la energía agresiva, se manifiestan en la esfera somática como una tendencia mayor a desarrollar enfermedades orgánicas; y en la esfera mental, como una -- falta de autocontrol, una autocrítica severa, una excesiva severidad del super yo, estados depresivos y tendencias autodestructivas y suicidas.

6. Sublimación: cuando se funden con los impulsos eróticos, los impulsos agresivos se ven libres de sus cualidades destructivas y hacen una contribución decisiva a los propósitos de la vida. Cuando el niño logra sublimar las tendencias instintivas, la fuerza impulsiva que está detrás de la apetencia primitiva se separa de su objetivo originario y se liga a actitudes y actividades sociales placenteras.

3.1.2 Aportaciones de la etología

Una de las corrientes de investigación del comportamiento agresivo humano, se ha dado en los estudios comparativos con animales, los cuales buscan dilucidar más acerca del origen de dicho comportamiento.

Konrad Lorenz (1978), uno de los principales representantes de este enfoque, -- sostiene que la agresión no es tan maligna como pudiera parecer, si se consideran su función o sus ventajas para la supervivencia en los animales.

Apunta que la agresión puede darse espontáneamente sin un estímulo que la provoque y puede dirigirse contra miembros de la misma especie, no contra los de otras especies. De acuerdo con Lorenz, la agresión es instintiva, es decir, -

una conducta no aprendida en las especies y representa la descarga de una energía agresiva que está constantemente formándose en el individuo.

Los usos de la agresión en las especies son:

1. Incrementar la probabilidad de que los miembros más fuertes y aptos de las especies sobrevivan y se reproduzcan.
2. Tener la función de distribuir a los miembros de las especies en el medio disponible, de modo que cada miembro tenga la oportunidad de obtener suficientes recursos.
3. Constituirse como una defensa de los más jóvenes.

Ciertos críticos han encontrado imperfecciones en la interpretación de Lorenz de la agresión animal y han sugerido que puede ser más aplicable a los animales inferiores que a los mamíferos (Cozby, 1986). Sus argumentos en contra quedarían englobados en los siguientes puntos:

1. Implica una causa unitaria para la agresión.
2. Por lo tanto, la tendencia a conducirse agresivamente podría aminorarse sólo lo descargando energía por la acción.
3. En ciertas circunstancias el comportamiento agresivo refuerza la tendencia subsiguiente a la agresión.
4. El aislamiento no intensifica necesariamente la agresión.
5. Implica que una mayor respuesta a los estímulos desencadenantes de agresión, va necesariamente acompañada por una mayor tendencia a buscar esos estímulos.
6. La teoría ayuda poco a explicar el quién y el dónde de la agresión humana, ya que ésta puede ser subjetiva, retardada y controlada.

7. Muchas de las diferencias de la agresión entre los seres humanos pueden explicarse por el aprendizaje, proceso que Lorenz no admite que tenga participación en la agresión.

Hay quienes afirman que habiendo nacido la agresión de la selección natural, debe ser valiosa para las especies. Cozby (1986) señala que hay que hacer algunas reflexiones al respecto. La selección natural opera ante todo por medio de los individuos: se selecciona un rasgo porque es más probable que el individuo que lo posee sobreviva y se reproduzca. La cuestión de si un rasgo es valioso para el individuo que lo posee es muy diferente de si la posesión de ese rasgo por algunos individuos es valiosa para el grupo del que forman parte. En nuestra sociedad los que están preparados para emplear la violencia física son capaces de conseguir sus propios fines más fácilmente que los demás, pero eso no es lo mismo que decir que su conducta sea benéfica para la sociedad. -- Además, el nivel humano de funcionamiento cognitivo y el lenguaje introducen nuevas dimensiones de complejidad.

3.1.3 Aportaciones del aprendizaje

Una forma importante por la cual se adquiere la agresión es el aprendizaje. -- Por lo regular algún tipo de refuerzo o recompensa es una consecuencia de la agresión entre los seres humanos, especialmente para el vencedor. Se ha demonstrado que estos reforzadores tienen un potente efecto para incrementar la conducta agresiva. Durante las pasadas 2 décadas la investigación sobre el aprendizaje de la agresión mediante la observación, ha estado muy influenciada por el método del aprendizaje social de Bandura. Su punto de vista es que los ni-

ños aprenden la agresión así como otras conductas y que la exposición a modelos violentos produce 2 tipos de información: la información técnica de como hacerlo y la información acerca de las consecuencias de la agresión.

De cualquier forma la teoría del aprendizaje ha tenido éxito al mostrar fenómenos como:

1. La observación de la agresión puede incrementar la tolerancia por la violencia.
2. Análisis experimentales demuestran que las personas que han visto más violencia reaccionan con menores respuestas electrodérmicas asociadas con la ansiedad, que los individuos que han visto menos agresión.
3. Cuanto más logra suprimir las frustraciones un comportamiento agresivo más probable es que se repita. En el caso humano, hay que suponer que los niños aprenden cuales estímulos aversivos pueden evitar mediante una respuesta agresiva. El retiro de eventos aversivos puede llegar a convertirse en un reforzador del comportamiento agresivo.
4. Pero por otro lado también se sabe que las normas de conducta impuestas -- por los demás son en cierto grado aceptadas como propias. Una vez iniciada esa internalización o aprendizaje, el individuo tiende a observar las prohibiciones incluso en ocasiones en que es imposible que sean descubiertas (Cozby, 1986).

Numerosos autores han señalado la importancia de los coetanos en la determinación del comportamiento agresivo en etapas tempranas del desarrollo (Patterson, Littman y Bricker citados por Cohen, 1971; Ajuriaguerra, 1980; Mussen, 1982).

Las formas de expresión de la agresión en los niños van cambiando con la edad. Los niños de 2 a 3 años hacen rabietas y tienden más a pegar y patear a otros que los de mayor edad. Los preescolares son más agresivos tanto física como verbalmente para con otros que niños de mayor edad. La resistencia a las recomendaciones de otros y la infracción de las reglas son otras formas de agresión que aparecen pronto. Los niños de edad escolar se insultan, se hacen burla y se ponen apodos unos a otros con mayor frecuencia que los niños menores. La mayor parte de la agresión patente del niño tiene lugar durante el juego libre en la escuela y los padres confían en los coetanos de los niños para que los ayuden en la tarea de socializar la expresión de agresión (Mussen, 1982).

Desde el período de asistencia al jardín de niños, los iguales recompensan frecuentemente la conducta agresiva de un niño, así como también ceden a la agresión. Las acciones agresivas son reforzadas frecuentemente por otros niños, incluyendo entre estos a las víctimas de la agresión. Estas últimas refuerzan la conducta del agresor al ceder a sus deseos, huir del conflicto, llorar o -- dar al agresor la prenda codiciada. En interacciones posteriores, el agresor propende a producir las mismas respuestas. Por lo tanto, los coetanos proporcionan un apoyo importante al mantenimiento de conductas agresivas ya existentes y por consiguiente es poco probable que el ambiente del jardín de niños proporcione una base para la extinción de conductas agresivas en niños que ingresan a la escuela con dichas conductas ya bien establecidas.

De hecho, la asistencia al jardín de niños puede ofrecer un programa eficiente para aumentar la conducta agresiva de algunos niños. Quizá más potente que su reforzamiento de actos agresivos, sea el papel del modelamiento de la agresión desempeñado por los coetanos, ya que sus respuestas son observadas atentamente

y fácilmente imitadas. Los modelos de los iguales son especialmente eficaces para dar lugar a una agresión imitativa. Sus respuestas agresivas son copiadas mucho más frecuentemente que las de modelos adultos (Mussen, 1982; Ajuria-guerra, 1980).

Los padres en cualquier cultura tienen que socializar a sus hijos para que --- ejerzan algún control sobre sus motivaciones hostiles y sus respuestas agresivas, es decir, sobre sus deseos o tendencias a lesionar o dañar a otros, o a destruir objetos. Las técnicas de socialización varían en distintas culturas, y unas son más permisivas que otras en lo que respecta a la cantidad de agresión que están dispuestas a permitir que se exprese. Es bien sabido que la -- privación de cuidados y/o afecto maternos puede producir efectos de largo plazo en la agresividad de los niños. Incluso entre niños con cuidado parental - continuo, la índole de ese cuidado afecta a la actividad subsiguiente (Mussen, 1982).

Bandura (1973) refiere que entre las características fundamentales propias -- del caso, están el rechazo de los progenitores, la discordia familiar, la in-- consistencia de los padres, la disciplina punitiva y la falta de autoestima de la madre.

Cohen (1971) sostiene que las consecuencias de la punitividad en la infancia temprana no son directamente comparables con las relaciones de frustración-agre sión en la niñez intermedia. Mientras que el castigo puede servir como un ing tigrador de la agresión antisocial en la infancia temprana, en la infancia in-- termedia puede imponer una influencia inhibitoria.

Intuitivamente se podría pensar que castigar o tratar de castigar, pudiera ser una disuasión para la agresión. De hecho, lo que pareciera ser una aplicación simple y sincera de condiciones aversivas, producirá efectos variables y complejos en el caso de la agresión. Por lo regular, se obtiene más éxito cuando el castigo empleado no implica pegar, sino apartar al niño de las fuentes de refuerzo positivo que frecuentemente acompañan a la agresión (Cozby, 1986).

Ahora hay acuerdo en que el castigo aplicado en forma incongruente e inconsistente por los padres no tiene eficacia para reducir la conducta agresiva del niño problema; con frecuencia sirve para acelerar la conducta agresiva que se esté efectuando. En notable contraste, la conducta agresiva de los niños no problema disminuye por lo común después del castigo.

Por tanto, en relación a los modelos violentos podemos concluir que:

1. En realidad incrementan la motivación en los observadores para descubrir la agresividad.
2. Es más probable que sea imitado un modelo atractivo y percibido como similar al observador, que uno que no lo es.
3. Es más probable que ocurra una imitación espontánea y pronta de la conducta agresiva de un modelo, que tiempo después de la exposición al mismo.

El modo en que el individuo se percibe a sí mismo es de importancia capital, pues el grado en que él mismo se sienta frustrado será influido por el nivel en que haya adquirido estimación de sí mismo y seguridad. Es probable que las normas de los grupos con que se identifique tengan un profundo efecto en su comportamiento y el grado en que evite la violencia se verá afectado por -

las directrices del comportamiento que haya adquirido y por sus objetivos futuros.

3.2 Asma y agresión

Observaciones clínicas experimentales han comprobado que la agresión se encuentra involucrada en el desarrollo y en la precipitación de algunos casos de asma (Straker y Tamerin, 1974).

Meijer (1981, a) sostiene que lo que amenaza la gratificación de estos niños - en sus excesivas necesidades de dependencia, tiene necesariamente un papel importante. Por tanto, los impulsos agresivos pueden representar dicha amenaza, sobre todo si están dirigidos hacia fuentes potenciales de dependencia gratificante con el peligro de la separación y el incremento en los sentimientos de desamparo.

A pesar de que varios autores sugieren la existencia de una marcada inhibición de impulsos agresivos en la etiología de los ataques de asma bronquial, los estudios de campo en relación a este tema son aún pocos. A continuación se presentan los resultados de las investigaciones que se han realizado hasta la fecha.

Jacobs (1966) citado por Meijer (1981, b) concluyó que los pacientes alérgicos psicossomáticos fueron más pasivos y mostraron menos signos de agresividad abierta, al enfrentarse con conflictos y demandas hechas por figuras de autoridad, que un grupo control de sujetos sanos.

Hahn (1966) realizó un estudio donde la situación experimental provocadora de agresión, consistía en que los sujetos hicieran problemas de aritmética mentalmente durante 30 minutos bajo críticas verbales y presión de tiempo. Los resultados mostraron que los niños asmáticos, a diferencia del grupo control, -- respondieron a la crítica siendo más tímidos, manifestando menos su enojo y -- autocriticándose.

Mathé y Knapp (1971) utilizando el mismo diseño experimental, reportaron que -- los asmáticos en contraste con el grupo control, tenían significativamente menos manifestaciones de emociones hostiles antes y durante la situación provocadora de agresión. Los asmáticos mostraron una tendencia a estar más ansiosos, deprimidos, culpables, disgustados y avergonzados y en un nivel fisiológico -- se detectó un aumento en la resistencia bronquial.

Straker y Tamerin (1974) investigaron la relación entre la severidad de la sintomatología en los niños y la expresión de la conducta agresiva en un campamento de verano, específicamente para el cuidado y la rehabilitación de niños con asma crónica. Los resultados indicaron en primer lugar, que los niños que estaban bajo tratamiento médico fueron diferentes en las observaciones clínicas y las mediciones de flujo de aire, que aquellos que no tenían ningún tratamiento, salvo los broncodilatadores rutinarios. El grupo de sujetos a los que se -- les trataban sus síntomas por un deterioro severo en sus funciones respirato-- rias, tenía significativamente menos puntajes de conducta agresiva, que el -- grupo asintomático sin tratamiento. Esto sugiere que la severidad de la sintomatología puede estar relacionada con el grado con que la agresión es manifestada.

Panides (1981) estudió 3 grupos de niños con asma: un grupo con asma moderada, otro con asma severa y un tercero con asma moderada o severa y enuresis. Entre sus resultados encontró que los niños con asma severa tuvieron dificultades con la expresión de la conducta agresiva, pues no actuaron agresivamente como otros niños y fueron los más sumisos y obedientes de todos los niños estudiados.

Todas estas investigaciones concuerdan en que la inhibición de los impulsos agresivos parece concomitante a y posiblemente etiológicamente significativa a la respuesta fisiológica del asma bronquial.

Por ello Meijer (1981, a) apoya que el asma está relacionada con una tendencia a la sumisión, donde la recuperación parece estar asociada con conductas más extrovertidas, tales como la hostilidad abierta y el desafío.

3.3 Teoría de la frustración de Rosenzweig y su prueba de frustración

Esta teoría tiene como antecedente el trabajo de Dollard y Miller (citados en Cozby, 1986). De acuerdo a estos autores el comportamiento agresivo suele darse en situaciones que pueden calificarse de "frustrantes" y consideran que es la frustración la causa primordial de la agresión. La frustración surge ante aquello que obstaculiza la conducta para alcanzar una meta, aquello que amenaza la autoestima o impide la satisfacción de algún deseo.

Estos autores han trabajado detalladamente esta idea, aplicándola en especial al caso humano, donde la frustración puede adoptar muchas formas y ser real o

imaginaria. Esta hipótesis surge en 1939 como una explicación teórica de la agresión, la cual está basada en la noción anterior de Freud de la agresión como producto de un instinto frustrado. La teoría hace 2 afirmaciones principales: la frustración siempre conduce a la agresión y la agresión resulta sólo de la frustración. Ahora está claro que ninguna de las afirmaciones originales es totalmente verdadera.

Miller (citado por Berkowitz, 1962) ha modificado la hipótesis original de -- agresión-frustración, sugiriendo que la frustración provoca cierto número de reacciones, de las cuales la agresión es sólo una. Así se considera tan sólo la frustración como incrementadora de la probabilidad de comportamiento agresivo y su presentación dependería de otros factores: estímulos externos, factores inhibitorios, características individuales, etc. Por ejemplo, se sabe que si una frustración parece particularmente caprichosa e injustificada, es más probable que cause agresión, que si hubiera sido inevitable.

Rosenzweig (1968) define que la frustración existe "siempre que el organismo encuentra un obstáculo o impedimento insuperable en la vía que lo conduce a la satisfacción de una necesidad vital".

Las necesidades que interesan principalmente en este contexto son las denominadas necesidades de defensa: "las referentes a la protección (del organismo) -- frente a cualquier pérdida, merma o deterioro de sus estructuras o funciones". El obstáculo o presión puede tener un origen interno o externo y ser de carácter pasivo o activo. Por tanto se puede decir que existen frustraciones:

1. De índole pasiva y externa, como en el caso del objeto inanimado que se in

terpone entre el individuo y su objetivo.

2. De índole activa y externa, como son las amenazas físicas que separan a una persona de su objetivo.
3. De índole pasiva e interna, generalmente la propia incapacidad del sujeto.
4. De índole activa e interna, siendo el conflicto clásico el que resulta del encuentro entre 2 necesidades de tendencias opuestas y de igual intensidad.

En el capítulo 4 se encuentra una descripción detallada del Test de Frustración de Rosenzweig (PFT). Por el momento diremos que la prueba consta de 24 láminas, en las cuales se representan situaciones frustrantes, donde los personajes de estas escenas carecen de expresión facial y sus posturas no sugieren ninguna reacción en particular. El personaje de la izquierda aparece diciendo algo que puede frustrar al otro y se espera que el examinado se identifique con el personaje frustrado, sobre quien proyecte con su respuesta su propia manera de reaccionar.

Las situaciones representadas en las láminas de la prueba, se pueden dividir en 2 grupos:

1. Situaciones de bloqueo u obstáculo al yo (Ego Blocking). En éstas, un obstáculo cualquiera, persona u objeto interrumpe, defrauda o frustra de cualquier forma directa al personaje frustrado. Por ejemplo: "no te voy a invitar a la fiesta de mi cumpleaños" (Lámina 18); "devuélveme el patín" (lámina 2).
2. Situaciones de bloqueo u obstáculo al super-yo (Superego Blocking). Son aquellas en las que el personaje frustrado es objeto de una acusación, hecho responsable o juzgado por otra persona. Ejemplo: "eres mala, has cortado mis flores" (lámina 7); "mojaste de nuevo tu cama. Te portas como si fueras menor

que tu hermanito" (lámina 19).

Existe una relación entre los dos tipos de situaciones. La situación de obstáculo al super-yo implica que a ésta le ha precedido una situación de bloqueo - al yo, en la cual el frustrador actual fue objeto de la primera frustración. - Por lo tanto, la distinción no debe de considerarse absoluta, ya que un examinado puede interpretar una situación de obstáculo al yo como una de obstáculo al super-yo y viceversa. La evaluación en estos casos, se hace tomando en cuenta el punto de vista del examinado (Anderson, 1976).

Al esbozar los principios generales de la teoría de la frustración, Rosenzweig propone que la calificación de cada respuesta de la prueba se evalúe bajo 2 aspectos esenciales:

- I. Tipo de respuesta.
- II. Dirección de la agresión.

I. Tipo de respuesta.

Existen tres tipos de reacción diferentes mediante los cuales pueden evaluarse las respuestas a la frustración. Las reacciones representan una respuesta a - la amenaza que se cierne sobre una determinada necesidad frustrada, o una amenaza implícita a la propia personalidad:

- a. Tipo de predominancia del obstáculo (O.D.): se refiere a que el examinado en su respuesta, menciona el obstáculo que es la causa de la frustración.
- b. Tipo de defensa del yo (E.D.): toma en cuenta el destino de la personalidad completa, la atención se centra en la protección del individuo contra-

riado. Este tipo sólo se da cuando hay condiciones especiales que amenazan al yo. El yo del examinado comprende la parte más importante de la respuesta.

- c. Tipo de persistencia de la necesidad (N.P.): la tendencia de la respuesta se encuentra dirigida hacia la solución del problema inherente a la situación frustrante.

II. Dirección de la agresión.

- a. Respuesta extrapunitiva (E): la agresión se dirige hacia el exterior. El individuo atribuye agresivamente su frustración (debido a que es inaceptable para él) a cosas exteriores o a personas, utilizando de esta forma el mecanismo de defensa de la proyección. Las respuestas de esta clase, se asocian con emociones como la cólera y la irritación.
- b. Respuestas intrapunitivas (I): la persona frustrada descarga toda su agresividad sobre sí mismo. Las emociones asociadas a este tipo de respuesta son la culpabilidad y el remordimiento, por tal motivo, los mecanismos defensivos que utiliza el sujeto son el aislamiento y el desplazamiento.
- c. Respuestas impunitivas (M): la agresión no se encuentra como fuerza generadora. Esta se evita y la situación frustrante es descrita como carente de importancia, como si no fuera de nadie el error o como susceptible de ser mejorado. En estas respuestas se trata de evitar un reproche tanto a los otros como a sí mismo. Se encara la situación frustradora en forma conciliatoria. El mecanismo defensivo que le corresponde es la represión, el individuo borra de su conciencia la agresión.

La combinación de estas seis categorías produce nueve factores posibles de ca-

lificación, los cuales se presentan a continuación:

PREDOMINIO DEL OBSTACULO (O-D):

- E'- El sujeto hace énfasis en la presencia del obstáculo que provoca la frustración.

- I'- El sujeto no considera el obstáculo como el principal factor de la frustración y en algunos casos el examinado señala cuánto siente estar implicado en una situación que frustra a otra persona.

- M'- El obstáculo frustrante se minimiza hasta tal punto que el examinado llega casi a negar su presencia.

RESPUESTA DE DEFENSA DEL YO (E-D):

- E- La hostilidad, la culpa, el reproche se dirigen contra una persona u objeto del exterior.

- E- El examinado niega agresivamente ser responsable de una falta de las que se le acusa.

- I- El examinado se culpa a sí mismo.

- I- El sujeto admite su culpa pero niega que ésta sea total, invocando circunstancias inevitables.

- M- La culpabilidad por la frustración se evita porque la situación se considera como inevitable, por lo que el sujeto se siente absuelto de culpa.

PERSISTENCIA DE LA NECESIDAD (N-P):

- e- Se espera con insistencia que algún otro aporte la solución para la situación frustrante.
- i- El sujeto da soluciones para resolver el problema, por lo general con un sentimiento de culpabilidad.
- m- El examinado tiene la esperanza de que el tiempo u otras circunstancias que naturalmente han de seguir, traerán la solución del problema. La paciencia y la sumisión son las características de este tipo de respuesta.

Rosenzweig (1978) llevó a cabo un estudio con el propósito de investigar la confiabilidad de la prueba por medio de 2 medidas estadísticas: el método de división a la mitad y el retest con 3 meses de intervalo. Se usaron 2 grupos de sujetos de ambos sexos: 10 a 11 años y 12 a 13 años. Se midió la confiabilidad por medio del método de división a la mitad dividiendo preguntas pares y nones. Resultó claro que los reactivos nones y pares de la forma para niños difieren significativamente en el tipo de respuesta que provocan en promedio, en los sujetos de ambos niveles. Este hallazgo confirma que las 2 mitades del instrumento no son equivalentes en cuanto a su valor como estímulos para el individuo.

Sin embargo, en la confiabilidad por medio del retest los hallazgos indican -- que no hay ninguna tendencia en las respuestas del segundo test en diferir consistentemente de las del primero, por lo que se puede concluir que las 2 administraciones del estudio son estables en el tiempo.

De los resultados de esta investigación se puede concluir que la confiabilidad por medio del retest en el PFT después de 3 meses de intervalo, es moderadamente alta para todos los puntajes excepto para O-D. La confiabilidad por medio del método de división a la mitad, a pesar de ser más pobre en general que la del retest, es alta para E, I y M en ambos grupos de sujetos. Las categorías para dirección de la agresión (E, I, M) probaron ser más confiables que las de tipo de agresión (O-D, E-D, N-P) en ambos métodos de evaluación.

Por su parte Buros (1965) con respecto al PFT opina que los datos normativos son un tanto limitados en valor y deben ser considerados solamente como tentativos. Desde su perspectiva nos dice que de hecho no se establecieron normas nacionales representativas, por lo que son deseables muestras de población mejor definidas. Las normas de niños por edades fueron realizadas en grupos pequeños. No se reportaron subdivisiones controladas de clase social, ocupación o inteligencia. Desafortunadamente estos datos no están incorporados en los manuales de la prueba.

Por ello Buros sostiene que algunos psicólogos clínicamente orientados ven la prueba como demasiado limitada en sus objetivos y muy simple en el contorno interpretativo. Por otro lado los psicómetras señalan las fallas en las mediciones de precisión en términos de confiabilidad.

Reporta que se ha encontrado que la consistencia interna es baja, tal como lo muestra Rosenzweig en la investigación antes citada. Con respecto a la validez se dice que al no ser la prueba una herramienta de un solo propósito predictivo, los datos que recolecta son ambiguos.

Buros recomienda que el PFT no debe ser usado para decisiones clínicas individuales, sin una validación intracaso de otras fuentes. Pero como no existe aún ninguna prueba diseñada que estudie los mismos patrones específicos de -- comportamiento y que pueda ofrecer una mejor postura al respecto, el principal uso del PFT se ha enfocado a la investigación de teorías relacionadas con la frustración.

CAPITULO 4

METODO

4.1 Preguntas de investigación:

Este estudio se planteó como objetivo dar respuesta a las preguntas que a continuación se mencionan, dada la ya reconocida importancia que guarda la agresión con el asma infantil, a saber:

- a. ¿Difieren los niños sanos y asmáticos en sus patrones de agresión?
- b. ¿Difieren estos niños en sus respuestas a diversas situaciones susceptibles de provocar agresión?
- c. ¿Existen comportamientos característicos de los niños asmáticos que estén asociados con factores familiares?

4.2 Diseño

Para la presente investigación se utilizó un diseño ex-post-facto en el que participaron cuatro grupos: dos grupos apareados de niños asmáticos y sanos, y dos grupos formados por las madres de los niños mencionados anteriormente.

La variable independiente que interviene en este estudio es el estado de salud de los niños, considerando dos condiciones: asmática y sana.

Las variables dependientes son los puntajes de las respuestas de los niños ante el Test de Frustración de S. Rosenzweig y las respuestas a los cuestionarios aplicados a los niños y a sus madres.

4.3 Sujetos

En este estudio participaron dos grupos de niños de ambos sexos, veinte asmáticos y veinte sanos; y los dos grupos de madres de los niños seleccionados.

Ambos grupos de niños fueron apareados en:

- a. Edad: la cual varió entre seis años once meses y diez años diez meses. - Esto se debe a que se ha comprobado que la mitad de los casos en que se desarrolla el asma, se presenta en niños menores de diez años (Harrison, 1987).
- b. Escolaridad: de 1º a 5º de primaria.

- c. Nivel socioeconómico: los sujetos se aparearon según la ocupación y escolaridad de los padres, encontrándose que la mayoría desempeñaba trabajos como comercio ambulante, chofer de taxi o camión, empleado en una empresa, labores en el campo, artesano, herrero y sastre. El nivel de escolaridad en la mayoría abarcaba hasta 6º de primaria. Por lo tanto el nivel socioeconómico era en general bajo.
- d. El que los padres habitaran en la misma casa con el niño. Esto permite explorar en el caso de los niños enfermos, las reacciones de sus padres ante la enfermedad. Este requisito también resulta útil para conocer la relación que existe entre el niño y sus padres.

El grupo de niños asmáticos fué integrado por pacientes que asistían a la consulta externa en el Servicio de Alergias del Instituto Nacional de Pediatría - DIF, para un control periódico de su enfermedad. Dos de los pacientes tenían alrededor de un año con la enfermedad, siete entre dos y tres años, nueve entre cuatro y seis años y dos entre siete y nueve años. Por otro lado, únicamente seis de los veinte sujetos seleccionados tuvieron que estar hospitalizados algunos días a causa del padecimiento.

El segundo grupo se formó con niños sanos elegidos de una escuela pública. -- Los criterios que se tomaron en cuenta para determinar la característica de salud de estos niños fueron los siguientes:

- a. Que el niño no sufriera ningún tipo de enfermedad reconocida en el momento del estudio.
- b. Que no fuese considerado un niño enfermizo, para lo cual se estableció como requisito máximo el padecimiento de cuatro enfermedades leves al año, - como son: gripas, recargos estomacales, etc.
- c. Que no hubiera estado expuesto a ninguna enfermedad que lo incapacitara durante más de dos meses.

4.4 Materiales e instrumentos

Los instrumentos fueron los siguientes:

1. El instrumento de medición que se empleó para evaluar los tipos de reacción y dirección de la agresión en los dos grupos de niños fué el Test de Frustración de Rosenzweig (Picture Frustration Test (PFT)). El estudio de la frustración por dibujos de Rosenzweig es una técnica proyectiva controlada, que trata de poner en manifiesto los esquemas de reacción de los examinados ante situaciones de tensión. Para esto se utilizan los principios generales de la teoría de Rosenzweig sobre la frustración y la agresión, descritos en el capítulo 3.

Esta prueba se considera una técnica proyectiva debido a que en ella el sujeto expresa su personalidad y manera de reaccionar ante un material-estímulo ambiguo. A su vez, resulta ser controlada porque se dirige hacia un aspecto específico de la personalidad, esto es, la frustración (Anderson, 1976).

Existen dos formas de este test, una para adultos (de 14 años en adelante), la cual debido a su éxito llevó a crear un modelo para niños (de 4 a 13 años), cuyos supuestos e hipótesis son los mismos del test original. Ya que los niños -- acogen el test de una manera más ingenua, se proyectan en él con mayor facilidad que los adultos.

Consta de veinticuatro dibujos de tipo historieta, los cuales reproducen incidentes de la vida cotidiana. En el modelo para niños las escenas representan las -- circunstancias frustrantes habituales de la vida de éstos. En todos los dibujos hay dos personajes y uno de ellos manifiesta algo que pueda frustrar al otro. -- Siempre el personaje de la izquierda está representado en el momento de pronun--ciar algunas palabras que describen su propia frustración, o bien, que provocan la frustración del otro. Sobre la persona de la derecha hay un espacio que se -- encuentra vacío y que está destinado a incitar la respuesta del examinado.

Aunque todas las situaciones de los dibujos son frustrantes, los personajes de -- las escenas representadas en cada lámina carecen de expresión facial y sus posturas tampoco sugieren ninguna reacción en particular. Se espera que en sus res--puestas el sujeto se identifique con el personaje frustrado, a quien sirve de -- portavoz y sobre quien proyecta sus propias maneras típicas de reaccionar. (Ver apéndice 1).

La prueba arroja nueve puntuaciones que corresponden a las diferentes combinaciones posibles de tres tipos de agresión y tres direcciones de la misma, tal como se muestra en el siguiente cuadro:

P. F. T.

Sistema para la clasificación de las respuestas

Predominio del obstáculo O D	Respuesta Ego-defensiva E D	Persistencia de la necesidad N P
E' El examinado enfatiza la presencia del obstáculo que provoca la frustración.	<p>E La hostilidad, la culpa, el reproche se dirigen hacia una persona u objeto del medio.</p> <p>E El examinado niega agresivamente ser responsable de la falta de que se lo acusa.</p>	e Se espera que alguna persona aporte una solución para la situación frustrante.
I' El examinado no considera el obstáculo como el principal factor de la frustración, y en algunos casos señala su disgusto por haber complicado a otra persona.	<p>I El examinado se culpa a sí mismo.</p> <p>I El examinado admite su culpa pero niega que ésta sea total, invocando circunstancias inevitables.</p>	i El examinado da soluciones, por lo general expresando sentimientos de culpa.
M' El obstáculo es minimizado hasta tal punto que el examinado llega casi a negar su presencia.	M El examinado considera la situación como inevitable, por lo que se siente absuelto de toda culpa.	m El examinado tiene esperanzas de que el tiempo y las circunstancias que naturalmente han de seguir traerán la solución del problema. La paciencia y la conformidad son características de este tipo de respuestas.

2. También se emplearon dos tipos de cuestionarios (uno para los niños de ambos grupos y otro para sus madres), elaborados especialmente por las autoras y diseñados con el propósito de resolver algunas de las preguntas de investigación planteadas anteriormente. Estos se basaron en la revisión previa de los factores psicológicos, familiares y sociales, que están relacionados con la intensidad del manejo y dirección de la agresión.

A continuación se mencionan las áreas que se investigan en el cuestionario de los niños.

1. Escolaridad.
2. Area social (relación con amigos en la escuela y en su comunidad).
3. Métodos de disciplina en la familia.
4. Reacción de los padres ante la agresión del niño.
5. Agresión del niño: en la escuela y el hogar.
6. Tipos de agresividad.
7. Frecuencia de la agresión.
8. Ansiedad de separación.
9. Relaciones familiares.

El cuestionario está compuesto por preguntas de opción múltiple y preguntas --- abiertas. (Ver apéndice 1).

El cuestionario para las madres investiga las siguientes áreas:

1. Datos generales de la familia (ficha de identificación).
2. Antecedentes heredofamiliares.
3. Antecedentes patológicos del niño.
4. Métodos de disciplina en la familia.
5. Agresión del niño en la casa y la escuela.
6. Reacción y tipo de agresión.
7. Frecuencia de la agresión.
8. Relaciones familiares.

Este cuestionario consta de preguntas de opción múltiple y preguntas abiertas. (Ver apéndice 1).

4.5 Procedimiento

Los cuestionarios fueron pilotados en una muestra compuesta por doce niños con sus respectivas madres. Aquellas preguntas que no fueron comprendidas por los sujetos o en las que hubo dificultad para entender su significado, fueron eliminadas o modificadas. También se descartaron preguntas que fueron contestadas -- igual por todos los sujetos.

Para seleccionar a los niños asmáticos, se aplicó en primer lugar el cuestionario a un grupo de madres, cuya colaboración fué voluntaria. Con base en las respuestas obtenidas, se llevó a cabo la selección de los sujetos que conformaron -- este grupo, desechando aquellos casos que de inicio no cumplían con las características requeridas.

El apareamiento de los sujetos se llevó a cabo de la siguiente manera: una vez que concluyó la aplicación en el grupo de asmáticos, se buscó por cada uno de ellos a un niño sano de características semejantes en edad, sexo, escolaridad y nivel socioeconómico. De nuevo, estas características eran indagadas previamente mediante el cuestionario aplicado a las madres de los niños sanos. No obstante, se permitió cierto rango de variabilidad para la edad; el promedio de las diferencias que existieron entre un grupo y el otro fué de cuatro meses.

La aplicación de los cuestionarios para madres y niños fué similar. Se realizó de forma individual en un cubículo donde la entrevistadora leía las preguntas para el sujeto y registraba las respuestas obtenidas sin omitir ningún material.

Si alguna pregunta del cuestionario despertaba duda, ésta se repetía más lentamente para permitir una mejor comprensión, sin alterar la forma de la pregunta. Durante la aplicación, previo piloteo, no se presentó ningún caso de falta de entendimiento ante los reactivos de los cuestionarios.

En la misma sesión de trabajo en que se aplicó el cuestionario a los niños, se administró en segundo lugar el PFT. Se pedía al examinado que observara la primera lámina de la prueba. La examinadora leía el parlamento de la figura del lado izquierdo de la lámina y le pedía al sujeto que dijera la primera respuesta que tuviera en mente. Este tenía que responder tal como creía que lo haría el personaje de la derecha. Inmediatamente la examinadora escribía la respuesta en el protocolo.

Posteriormente se le decía: "Bien, en cada uno de los cuadros que siguen hay tan también dos personas hablando, lo que dice una de ellas está escrito en la figura" -señalando dicha figura-. "En cada caso, tú debes imaginar qué contestaría la otra persona de cada cuadro y decírmelo para que yo escriba tu respuesta. Dime lo primero que se te ocurra. Es lo mismo que acabamos de hacer". Se prohibió que el sujeto introdujera cambios en sus respuestas una vez escritas en el protocolo. Cuando quería rectificar algo, la examinadora podía agregarlo sin borrar la primera respuesta.

La duración aproximada de la aplicación por caso, es decir, la administración del cuestionario de la madre, el cuestionario del niño y la prueba, fué de dos horas a dos horas con treinta minutos.

Por lo que respecta a la calificación de la prueba, se aplicó el siguiente procedimiento: una vez escritas las respuestas del examinado en el protocolo de respuestas (Ver apéndice 1), se calificaron y se anotaron sus símbolos (factores de notación: E', I', M', E, I, M, e, i, m) en la hoja de tabulación en la parte de clasificación. Posteriormente, se buscó la frecuencia con que se presentaron cada uno de los nueve factores en las columnas de la izquierda y se anotó el puntaje en las casillas apropiadas de los perfiles (parte superior derecha de la hoja de tabulación). Después se le dió un valor de uno a cada factor. Sin embargo, cuando había notaciones combinadas, es decir dos factores en una sola respuesta, cada uno de éstos valía medio punto. Ya que se llenaron las nueve casillas se sumaron en forma horizontal y vertical, anotándose el total de los resultados. El puntaje máximo posible es veinticuatro, que corresponde al número de láminas. Los factores E e I, incluían los valores E e I res

pectivamente.

Se utilizaron dos jueces ciegos para determinar la confiabilidad de las calificaciones obtenidas en la prueba. El coeficiente de confiabilidad se obtuvo mediante la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Número de acuerdos}}{\text{Número de desacuerdos} + \text{número de acuerdos}} \times 100$$

Se obtuvo un promedio de confiabilidad en las calificaciones del 96%.

Cabe mencionar que tanto las autoras como los jueces ciegos calificaron cada -- prueba dos veces, con el fin de familiarizarse más con las notaciones y así disminuir el margen de error en la calificación.

Análisis estadístico

Por lo que respecta al cuestionario, para cada uno de los reactivos de opción múltiple, se construyeron tablas de doble entrada para mostrar la relación entre la frecuencia de las respuestas dadas por los asmáticos y los sanos en cada uno de los reactivos.

Para las preguntas abiertas se clasificaron todas las respuestas dadas en un número limitado de categorías y luego se construyeron tablas de doble entrada en forma semejante a como se hizo con las preguntas de opción múltiple.

Se empleó el paquete estadístico computarizado SPSS para realizar los siguientes análisis:

1. Se calculó χ^2 para determinar la relación entre la condición de asmático o sano y las frecuencias de respuesta dadas a cada variable del cuestionario. La relación entre las variables se determinó con χ^2 cuando las frecuencias esperadas eran mayores de 5 y con la prueba de Fisher cuando eran menores de 5.

La χ^2 se utiliza para determinar las relaciones entre 2 variables nominales o categoriales, medida por la diferencia o alejamiento entre las medidas obtenidas y las frecuencias esperadas por intervención del azar.

La prueba de Fisher se emplea cuando existen 2 categorías de respuesta para cada variable y frecuencias menores de 5.

2. Coeficiente de correlación de Spearman. Se utilizó para determinar la relación entre las puntuaciones de la prueba de Rosenzweig y la condición de sano o asmático. Se usó la prueba t de Student para comparar las \bar{x} de las distintas puntuaciones obtenidas en la prueba de Rosenzweig.

El coeficiente de correlación de Spearman se usa siempre que se puedan ordenar los datos en rangos consecutivos para compararlos entre sí, teniendo en cuenta la expectativa debida al azar.

La prueba t de Student realiza una comparación entre las medias de 2 grupos,

en la variable estudiada, para saber si la diferencia es significativa, o si se debe a otras variables.

3. Por último, se realizó un análisis discriminante mediante el cual se combinaron en forma lineal variables que diferenciaron individualmente entre los grupos de asmáticos y sanos, para lograr la mejor discriminación posi
ble.

CAPITULO 5

RESULTADOS

A continuación se presenta un análisis de los resultados obtenidos en la presente investigación:

Se identificaron 87 variables que pertenecen a las respuestas del cuestionario de los niños, del cuestionario de las madres y de los puntajes obtenidos en el Test de Frustración de Rosenzweig. En los cuestionarios, cada pregunta de opción múltiple constituyó una variable. Las preguntas abiertas fueron sometidas a un análisis de contenido y cada una de las respuestas dadas se clasificó en categorías que se definieron como variables. Con respecto al PFT, cada uno de los puntajes constituyó una variable. Se obtuvieron así 26 variables del cuestionario de las madres, 46 del cuestionario de los niños y 15 -- del PFT. Además, se consideraron como variables el grupo de pertenencia (asmático o sano), el sexo, la edad, la escolaridad y el número de identificación. Cabe mencionar que estas cuatro últimas no se incluyeron en el análisis estadístico por ser variables de apareamiento e identificación para los sujetos. El cuadro que contiene la identificación de las 92 variables se incluye en el apéndice 2.

Después se obtuvo el valor de χ^2 para determinar la relación entre cada una de las variables y el grupo de pertenencia. De este análisis resultaron significativos los valores de χ^2 para las variables: 6, 41, 72 y 75.

Tabla 1

91

Frecuencias y porcentajes de niños asmáticos y sanos que dieron las respuestas indicadas en la variable 6 (cuestionario madres): qué tan seguido salen papás sin hijos.

		Siempre	A veces	Nunca	Total N
		1	2	3	
1	N	0	8	2	10
Asmático	% col	0	72.7	33.3	
2	N	3	3	4	10
Sano	% col	100	27.3	66.7	
					20

 $x^2=5.93, p=.05$

En el caso del total de padres que afirman que algunas veces salen solos sin los hijos, el 72% tienen hijos asmáticos. En cambio, en las respuestas extremas de siempre y nunca la mayoría de los que las dan, tienen hijos sanos.

Tabla 2

Frecuencias y porcentajes de niños asmáticos y sanos que dieron las respuestas indicadas en la variable 41 (cuestionario niños): les presta sus juguetes.

		Si	A veces	No	Total N
		1	2	3	
1	N	3	2	5	10
Asmático	% col	100	100	33.3	
2	N	0	0	10	10
Sano	% col	0	0	66.7	
					20

 $x^2=6.66, p=.03$

La respuesta de sí prestar los juguetes a otros niños después de que se pelea con ellos la da la totalidad de los asmáticos y ninguno de los niños sanos. - Mientras que el 66% de los niños que dan la respuesta de no prestar sus juguetes son sanos y sólo el 33% son asmáticos.

Tabla 3

Frecuencias y porcentajes de niños asmáticos y sanos que dieron las respuestas indicadas en la variable 72 (cuestionario niños): salen seguido papás sin hijos.

		Nunca	A veces	Siempre	Total	N
		1	2	3		
1	N	2	8	0	10	
Asmático	% col	33.3	72.7	0		
2	N	4	3	3	10	
Sano	% col	66.7	27.3	100		
					20	

$$x^2=5.93, \quad p=.05$$

De la pregunta de con que frecuencia salen los padres solos sin los hijos, del total de niños que dan la respuesta a veces, el 73% son asmáticos y el 27% sanos. De los niños que dan respuestas extremas a esta pregunta (siempre y nunca) la mayoría son sanos.

Tabla 4

Frecuencias y porcentajes de niños asmáticos y sanos que dieron las respuestas indicadas en la variable 75 (cuestionario niños): mamá y papá se abrazan para saludarse.

		Nunca	A veces	Siempre	Total	N
		1	2	3		
1	N	4	1	5	10	
Asmático	% col	80	14.3	62.5		
2	N	1	6	3	10	
Sano	% col	20	85.7	37.5		
					20	

$$x^2=5.87, \quad p=.05$$

Del total de niños que dan la respuesta de que a veces los padres se saludan abrazándose, el 86% son sanos y el 14% asmáticos. De los que dan las respuestas extremas siempre y nunca a esta pregunta, la mayoría son asmáticos.

Las variables que se aproximaron a la significación estadística debido a que su probabilidad se sitúa entre .05 y .10 fueron: 12, 33, 36, 38, 40, 43, 56, 66 y 68.

Tabla 5

Frecuencias y porcentajes de niños asmáticos y sanos que dieron las respuestas indicadas en la variable 12 (Cuestionario niños): papá usa el regaño como castigo.

		No 0	Si 1	Total	N
1	N	10	0	10	
Asmático	% col	58.8	0		
2	N	7	3	10	
Sano	% col	41.2	100		
				20	

p=.10

Del total de niños que indican que sus padres los regañan cuando los castigan, el 100% son sanos, mientras que el 58% de los que no dan tal respuesta son asmáticos.

Tabla 6

Frecuencias y porcentajes de niños asmáticos y sanos que dieron las respuestas indicadas en la variable 33 (Cuestionario niños): reacciona golpeando a sus - amigos cuando se enoja con ellos.

		Si 1	A veces 2	No 3	Total	N
1	N	0	3	7	10	
Asmático	% col	0	50	70		
2	N	4	3	3	10	
Sano	% col	100	50	30		
				20		

 $\chi^2=5.6$, p=.06

Del total de niños que dicen golpear a sus amigos cuando se enojan con ellos, el 100% son sanos y de los que dicen no hacerlo, el 70% son asmáticos.

Tabla 7

Frecuencias y porcentajes de niños asmáticos y sanos que dieron las respuestas indicadas en la variable 36 (Cuestionario niños): dice malas palabras cuando se enoja con amigos.

		Si A veces No			Total	N
		1	2	3		
1	N	1	0	9	10	
Asmático	% col	100	0	60		
2	N	0	4	6	10	
Sano	% col	0	100	40		
					20	$\chi^2=5.6, p=.06$

Del total de niños que a veces usan malas palabras cuando se enojan, el 100% son sanos, mientras que de los que nunca las usan el 60% son asmáticos.

Tabla 8

Frecuencias y porcentajes de niños asmáticos y sanos que dieron las respuestas indicadas en la variable 38 (Cuestionario niños): reacciona cuando se enoja con sus amigos metiéndoles el pie para que se caigan.

		Si A veces No			Total	N
		1	2	3		
1	N	1	0	9	10	
Asmático	% col	100	0	60		
2	N	0	4	6	10	
Sano	% col	0	100	40		
					20	$\chi^2=5.6, p=.06$

De los niños que contestan que a veces hacen tropezar a sus amigos metiéndoles el pie cuando se enojan con ellos, todos son sanos, mientras que de los que nunca lo hacen, el 60% son asmáticos.

Tabla 9

Frecuencias y porcentajes de niños asmáticos y sanos que dieron las respuestas indicadas en la variable 40 (Cuestionario niños): son amables con sus amigos cuando se enojan con ellos.

		Si			A veces		No		Total		N	
		1	2	3								
1	N	2	3	5					10			
Asmático	% col	67.7	100	35.7								
2	N	1	0	9					10			
Sano	% col	33.3	0	64.3								
											20	$x^2=4.47, p=.10$

Del total de niños que indican que no son amables con sus amigos cuando se enojan con ellos, el 64% son sanos, mientras que la mayoría de los que dan la respuesta de sí y a veces a esta pregunta son asmáticos.

Tabla 10

Frecuencias y porcentajes de niños asmáticos y sanos que dieron las respuestas indicadas en la variable 43 (Cuestionario niños): se pelea a golpes con amigos cuando lo molestan.

		Ausencia de Respuesta		Si		Total		N		
		0	1							
1	N	14	0			14				
Asmático	% col	58.3	0							
2	N	10	4			14				
Sano	% col	41.7	100							
									28	$x^2=2.62, p=.10$

Del total de niños que indican que se pelean a golpes con sus amigos cuando los molestan, el 100% son sanos, mientras que el 58% de los que no dan tal respuesta son asmáticos.

Tabla 11

Frecuencias y porcentajes de niños asmáticos y sanos que dieron las respuestas indicadas en la variable 56 (Cuestionario madres): frecuencia de peleas con -- hermanos.

		Diario Frecuente Nunca			Total	N
		1	2	3		
1	N	1	7	2	10	
Asmático	% col	16.7	58.3	100		
2	N	5	5	0	10	
Sano	% col	83.3	41.7	0		
					20	$x^2=5.0, p=.08$

Del total de niños que según la madre tienen peleas diariamente con sus hermanos, el 83% son sanos, mientras que de aquellos que solo pelean frecuentemente o nunca, la mayoría son asmáticos (64%).

Tabla 12

Frecuencias y porcentajes de niños asmáticos y sanos que dieron las respuestas indicadas en la variable 66 (Cuestionario madres): la madre percibe a su hijo como peleonero.

		Sí No		Total	N	
		1	2			
1	N	2	7	9		
Asmático	% col	25	70			
2	N	6	3	9		
Sano	% col	75	30			
					18	$p=.07$

Del total de niños que son considerados por sus madres como peleoneros, el -- 75% son sanos, mientras que de los niños que no son considerados peleoneros -- el 70% son asmáticos.

Tabla 13

Frecuencias y porcentajes de niños asmáticos y sanos que dieron las respuestas indicadas en la variable 68 (Cuestionario madres): la madre percibe a su hijo como dependiente.

		Si	No	Total	N
		1	2		
1	N	5	5	10	
Asmático	% col	83.3	35.7		
2	N	1	9	10	
Sano	% col	16.7	64.3		
				20	p=.07

De los niños que son considerados como dependientes por sus madres, la gran mayoría son asmáticos (83%), mientras que los niños que son considerados como no dependientes el 64% son sanos.

Además se calculó el coeficiente de correlación de Spearman para determinar la relación entre el grupo de pertenencia y las variables de la 78 a la 92.- En virtud de que los puntajes aislados, que corresponden a las variables de la 84 a la 92 (fueron en general sumamente bajos predominando los ceros y los unos), y teniendo en cuenta la deficiencia reconocida en la consistencia interna de la prueba, resultó sumamente riesgoso hacer interpretaciones basadas en dichos puntajes.

De las correlaciones obtenidas resultaron significativos los coeficientes para las variables:

Variable	Coefficiente de Correlación	Nivel de Significancia
78	-0.27	.04
79	-0.29	.03
80	-0.28	.03
81	-0.42	.003

Las correlaciones significativas y negativas nos indican que existe una ligera tendencia de los niños asmáticos a obtener puntuaciones mayores que los sanos en las variables 78, 79, 80 y 81, que corresponden a los totales de: E, I, M y OD.

Estos resultados aparecen como contradictorios en virtud de que los totales de E, I y M corresponden a 3 tipos diferentes de dirección de la agresión, lo cual puede relacionarse nuevamente con la inconsistencia de PFT.

El coeficiente de correlación se aproximó a la significación estadística en la variable 82, coeficiente de correlación =-.17, nivel de significancia =.08.

Esto indica que los niños sanos tienen una ligera tendencia a obtener puntajes menores que los asmáticos en la variable 82, es decir en el total de ED, que es la suma de los puntajes E, I y M.

Para evaluar las diferencias entre las medias de las distintas puntuaciones de la prueba de Rosenzweig en los grupos de niños sanos y asmáticos, se aplicó la prueba t de Student. Los resultados indicaron que ninguna de las diferencias resultó significativa.

Finalmente, se hizo un análisis discriminante utilizando el método de Mehalanobis. Su propósito fue lograr diferenciar el grupo de niños asmáticos del grupo de sanos, combinando linealmente las variables que resultaron significativas con la x^2 . De este análisis resultaron seleccionadas 4 variables: 22, 43, 53 y 80.

Para cada una se proporcionan los valores de Lambda de Wilks que es una medida inversa del poder discriminativo de cada variable.

- Variable 22. No lo castigan (Cuestionario Niños).
- Variable 43. Se pelea a golpes con amigos porque lo molestan (Cuestionario Niños).
- Variable 53. Utiliza la agresión verbal cuando se pelea con amigos (Cuestionario Madres).
- Variable 80. Total de M (M', M, m) Agresión impunitiva.

Variable	Lambda de Wilks	Nivel de significancia
43	0.818182	0.0298
53	0.690792	0.0142
80	0.554059	0.0041
22	0.472668	0.0025

La función discriminante definida a partir de estas 4 variables tuvo una correlación canónica, que es la correlación que se utiliza cuando se trata de variables complejas, de .7261 con la pertenencia de grupo. Otra medida de la eficacia de la función discriminante fué el valor de $x^2 = 16.482$ calculado pa

ra la Lambda de Wilks que muestra una significación de 0.0024.

A partir de las puntuaciones obtenidas para cada sujeto en la función discriminante, se clasificaron correctamente como asmáticos o no asmáticos a un 78.57% de los casos, lo que indica un alto grado de precisión de la función de clasificación construida a partir de las variables seleccionadas.

CAPITULO 6

DISCUSION Y CONCLUSIONES

6. 1 Discusión y conclusiones

Del análisis de los cuestionarios se concluye que los niños asmáticos tienden a reprimir su agresión hacia otros niños y optan por responder de otras formas cuando están enojados. Con una frecuencia significativamente mayor, los puntajes de estos niños indican que cuando están disgustados con sus amigos no presentan respuestas agresivas hacia ellos tales como golpearlos, insultar los y hacerlos tropezar. Por el contrario tienden a dar respuestas afectuosas como ser amables y prestarle los juguetes a sus amigos.

Lo anterior se encuentra de acuerdo con la línea de los postulados de las investigaciones de Jacobs (1966), Hahn (1966), Mathé y Knapp (1971), Straker y Tamerin (1974), Panides (1981) y Meijer (1981, a), quienes señalan que la inhibición de los impulsos agresivos parece presentarse como una conducta característica del niño asmático.

Esto es corroborado por las madres de los asmáticos que participaron en el estudio, quienes tienden a percibir a sus hijos como no peleoneros y dependientes. Los datos coinciden con lo señalado por Mc Nicol (1973), Williams (1975), Panides (1981), Khampalikit (1983) y Meijer (1981, b), quienes consideran que la dependencia es un conflicto central en el asma.

Por otro lado, estos hallazgos concuerdan con los resultados de diversas investigaciones acerca de los rasgos de personalidad del niño asmático, entre los cuales se han identificado: ansiedad, dependencia, depresión, sumisión, - introversión, inhibición de la expresión emocional y menos signos de agresividad abierta (Véase sección 2.3, Cap. 2).

En los cuestionarios también se encontró que las madres de los niños asmáticos tienden a tener una actitud sobreprotectora hacia ellos, como lo indica - el hecho de que todas dicen que nunca o solamente algunas veces salen solas - sin ellos. Esto lo confirman las respuestas de los propios niños a la pregunta de con que frecuencia salen solos sus padres. Esta actitud de sobreprotección la demuestra también la afirmación de que las madres del grupo de asmáticos no utilizan el regaño para castigar a sus hijos. Además dichos niños --- tienden a percibir a sus padres como menos expresivos entre sí en sus demos-traciones de afecto. Los datos de las observaciones clínicas que Minuchin -- (1976) ha reportado, están de acuerdo con las afirmaciones anteriores.

Más aún, Bakwin (1972) y el propio Minuchin (1976) refieren que es común que la madre reporte que tiene miedo de contrariar a su hijo por temor a provocar le un ataque asmático.

Como se indicó en la sección de resultados no se encontraron diferencias significativas entre los niños asmáticos y sanos en las diferentes puntuaciones de agresión que se obtuvieron en la prueba de Rosenzweig. Estos resultados - pueden explicarse por las deficiencias psicométricas de la prueba, ya que no se ha demostrado su validez y además adolece de ciertas inconsistencias. Es-

tas inconsistencias se hacen manifiestas en las correlaciones entre las puntuaciones E, I y M y el grupo de pertenencia, ya que los asmáticos tienden a obtener puntuaciones mayores que los sanos en todas ellas (a pesar de que corresponden a los 3 tipos de dirección de la agresión: extrapunitiva, intrapunitiva e impunitiva), que de acuerdo a sus características tenderían a excluirse. -- Una interpretación alternativa sería que los niños asmáticos presentan una --- gran variedad en la forma de sus respuestas agresivas.

En el análisis discriminante realizado, se identificaron cuatro variables que al combinarse linealmente diferenciaron significativamente a los grupos de asmáticos y sanos. Tres de las variables son reactivos de los cuestionarios elaborados y se refieren a la agresión física y verbal en ambos grupos de niños y a la aplicación del castigo paterno; la cuarta variable está representada por el total de M de la prueba de Rosenzweig, denominada agresión impunitiva. Las tres primeras variables involucran características que ya se habían detectado en el análisis con x^2 ; la última corresponde a la prueba de Rosenzweig y se -- aproximó a la significancia estadística en el análisis de correlación.

6.2 Limitaciones del estudio y sugerencias

A juicio de las autoras, 3 son las más notables limitantes que se dieron en este estudio:

6.2.1 El tamaño de la muestra de los 4 grupos estudiados (20 sujetos por grupo), lo cual por un lado sugirió cautela en la interpretación de los resultados estadísticos. Por el otro, el hecho de no haber podido seleccionar al ---

azar las poblaciones de asmáticos y sanos impide la generalización automática de los resultados a otras muestras de las mismas poblaciones.

6.2.2 La falta de evaluación previa de la severidad de la sintomatología de los niños asmáticos impidió conocer el rango de broncoconstricción y frecuencia de los ataques; esto dificulta la generalización de los resultados de este estudio y su replicación exacta por parte de otros autores, a pesar de que sí se reporta la antigüedad del padecimiento y las hospitalizaciones que habían sufrido los pacientes.

6.2.3 Por último, las limitaciones mismas de la prueba de Rosenzweig, la --- cual al parecer no ha alcanzado aún niveles requeridos de confiabilidad y validez. Sin embargo, en términos de agresión-frustración fué el instrumento - del que se pudo disponer en el momento de la investigación, debido a que en - México no se cuenta aún con otra prueba para estos fines.

Con base en los resultados expuestos y sin perder de vista las limitaciones - que en ocasiones sobrepasan a las investigaciones de campo, se sugiere que: - las investigaciones futuras en el área del asma infantil cuenten con muestras más grandes que permitan establecer categorías según la severidad del padecimiento; que se realicen estudios comparativos tomando en cuenta factores como edad, nivel socio-económico e incluso la existencia de otras enfermedades psícosomáticas; que se intenten otras mediciones con mejores herramientas para - evaluar la agresión-frustración y que se lleven a cabo investigaciones longitudinales en familias de niños asmáticos, a fin de conocer el desarrollo de -

la dinámica familiar en torno al paciente y en particular las formas de inter
acción madre-hijo.

R E F E R E N C I A S

1. Ajuriaguerra, J. de. Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona: Toray-Masson, 1980.
2. Alexander, A.B., Miklich, D.R. y Hershkoff, H., "The Immediate Effects of Systemic Relaxation Training on Peak Expiratory Flow Rates in Asthmatic - Children", Psychosomatic Medicine, 34:368-394, 1972.
3. Anderson y Anderson. Técnicas Proyectivas del Diagnóstico Psicológico. - Madrid: Ediciones Rialp, S.A., 1976.
4. Bacon, C., "The Role of Aggression in the Asthmatic Attack", Psychoanalytic Quarterly, 25:309-324, 1956.
5. Bakwin y Bakwin. Behavior Disorders in Children. Ontario: Saunders Co. Cuarta Ed. 1972.
6. Bandura, A. Aggression: A Social Learning Analysis. New York: Prentice - Hall, 1973.
7. Berkowitz, L. Aggression: A Social Psychological Analysis. New York: -- Academic, 1962.
8. Berkowitz, L. The Concept of Aggressive Drive: Advances in Experimental Psychology. New York: Academic, 1965.
9. Buros, O.K. The Seventh Mental Measurements Yearbook. New Jersey: Gryphon Press, 1972.
10. Cohen, S., "An Examination of Frustration-Aggression Relations in Boys -- During Middle Childhood", Journal of Genetic Psychology, 118:129-140, --- 1971.
11. Cozby, P.C. y Perlman, D. Psicología Social. México, D.F.: Nueva Editorial Interamericana, 1986.
12. Creer, T. L., "The Use of a Time-Out from Positive Reinforcement Procedure with Asthmatic Children", Journal of Psychosomatic Research, 14:117-120, 1970.
13. Greer, T.L., Renne, Ch. M. y Christian, W. P., "Behavioral Contributions to Rehabilitation Childhood Asthma", Rehabilitation Literature, 37(8):226-232, 1976.
14. Freedman, A. M., Kaplan, H. y Sadock, B. Compendio de Psiquiatría. Barcelona: Salvat Ed., 1978.
15. Feldman, G. M., "The Effect of Biofeedback Training on Respiratory Resistance of Asthmatic Children", Psychosomatic Medicine, 38:27-34, 1976.

16. Folch, P. A., Colchero, A. F. y Vela, T. H. Diccionario Médico Biológico University. México, D. F. : Ed. Interamericana, 1966.
17. Foss, L. y Fouts, G., "Effects of Frustration and Cathartic Opportunity - on Aggression", Psychological Reports, 41:319-326, 1977.
18. French, T. M. y Alexander, F., "Psychogenic Factors in Bronchial Asthma", Psychosomatic Medicine, 4:2-94, 1941.
19. Freud, A. El Yo y los Mecanismos de Defensa. Buenos Aires: Paidós, 1979.
20. Freud, A. Psicoanálisis del Desarrollo del Niño y del Adolescente. Barcelona: Ed. Paidós, 1980.
21. Freud, S., "Más Allá del Principio del Placer", Obras Completas, Tercer - Tomo, Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
22. Gardner, J. E., "A Blending of Behavior Therapy Techniques in an Approach to an Asthmatic Child", Psychotherapy: Theory, Research and Practice, --- 5:46-49, 1968.
23. Gómez Orozco, L., Rocha, A. R. y Acosta, R. S., "Asma en la Infancia", Boletín Médico Hospital Infantil de México, 23(4):443-457, 1966.
24. Hahn, W., "Autonomic Responses of Asthmatic Children", Psychosomatic Medicine, 28:323-330, 1966.
25. Harrison et. al. Principles of Internal Medicine. New York: McGraw Hill - Book Co. Onceava Edición, Tomo II, 1987.
26. Hartman, H., Kris, E. y Loewenstein, R. M., "Notes on the Theory of Aggression", Psychoanalytic Study of the Child, 3(4):9-36, 1949.
27. Hilliard, J. P., Fritz, G. K. y Lewiston, N. J., "Goal-Setting Behavior - of Asthmatic, Diabetic and Healthy Children", Child Psychiatry and Human Development, 13(1):35-47, 1982.
28. Hock, R. A. et. al., "Medico-Psychological Interventions in Male Asthmatic Children: an Evaluation of Physiological Change", Psychosomatic Medicine, 40:210-215, 1978.
29. Jacobs, M. A. et. al., "Interaction of Psychologic and Biologic Predisposing Factors in Allergic Disorders", Psychosomatic Medicine, 29:572-579, 1966.
30. Jácquez, D. J. et. al., "El Asma: Atopía de Todos los Tiempos". Atención Médica, 24:44-55, 1981.
31. Kagan, G. S. y Weiss, J. H., "Allergic Potential and Emotional Precipitants of Asthma in Children", Journal of Psychosomatic Research, 20:135-139, -- 1976.

32. Kerlinger, F. N. Foundations of Behavioral Research. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc. Segunda edición, 1973.
33. Khampalikit, S., "The Interrelationships between the Asthmatic Child's --- Dependency Behavior, his Perception of his Illness, and his Mother's Perception of his Illness", Maternal Child Nursing Journal, 12:221-296, 1983.
34. Khan, A. U., "Effectiveness of Biofeedback and Counterconditioning in the Treatment of Bronchial Asthma", Journal of Psychosomatic Research, 21:97--104, 1977 (a).
35. Khan, A. U. y Olson, D. L. "The Conditioning of Exercise-Induced Asthma", Psychosomatic Medicine, 39:382-392, 1977 (b).
36. Klein, M., et. al. Desarrollos en Psicoanálisis. Buenos Aires: Editorial - Hormé, S. A., 1962.
37. Knapp, P. H. "The Asthmatic Child and the Psychosomatic Problem of Asthma. Toward a General Theory". En: Scheer, H. J., ed. The Asthmatic Child. -- New York: Harper and Row, 1963.
38. Kornetsky, C. Pharmacology Drugs Affecting Behavior. New York: John Wiley and Sons, a Wiley-Interscience Publication, 1976.
39. Kretschmer, R., "Asma", Gaceta Médica de México, 116(9):399-409, 1980.
40. Krupp, M. A. et al. Current Medical Diagnosis and Treatment. California: Lange Medical Publications, 1975.
41. Laplanche, J. y Pontalis, J., B. Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: - Editorial Labor, S. A. 1979.
42. Long, R.T. et. al., "A Psychosomatic Study of Allergic and Emotional Factors in Children with Asthma", American Journal of Psychiatry, 114:890-899, 1958.
43. López Díaz, M. Cuestionario para Detectar Diferentes Niveles de Evitación de Conflicto en la Familia Psicósomática. Primer Congreso de Terapia de - Familia. México, D. F. 1986.
44. Lorenz, K. Sobre la Agresión: el Pretendido Mal. México, D. F.: Siglo --- Veintiuno, 1978.
45. Mathé, A. A. y Knapp, P. H. "Emotional and Adrenal Reactions to Stress in Bronchial Asthma", Psychosomatic Medicine, 33:323-329, 1971.
46. McNicol, K. N. y Williams, H. B., "Spectrum of Asthma in Children I, Clinical and Physiological Components", British Medical Journal, 4:7-11, 1973.

47. McNicol, K. N. y Williams, H. B., "Spectrum of Asthma in Children II, --- Allergic Components", British Medical Journal, 4:12-16, 1973.
48. McNicol, K. N. y Williams, H. B., "Spectrum of Asthma in Children III, -- Psychological and Social Components", British Medical Journal, 4:16-20, - 1973.
49. Meijer, A., "Generation Chain Relationships in Families of Asthmatic --- Children", Psychosomatics, 17(4):213-217, 1976.
50. Meijer, A., "Maternal Feelings Towards Asthmatic Children", Child Psychiatry and Human Development, 11(1):33-40, 1980.
51. Meijer, A., "Psychosomatic Research in Childhood Asthma", Acta Paedopsychiatrica, 47:261-268, 1981 (a).
52. Meijer, A., "A Controlled Study on Asthmatic Children and Their Families. Synopsis of Findings", Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 18(3):197-208, 1981 (b).
53. Minuchin, S. et. al. "The Role of the Family in the Treatment of Chronic Asthma". En: Guerin, P.J., ed. Family Therapy: Theory and Practice. New York: Gardner Press, 1976.
54. Minuchin, S., Rosman, B. L. y Liebman, R. Family Therapy for Psychosomatic Children: Follow-Up and Outcome. Meetings of the Academy of Psychosomatic Medicine. Atlanta, Georgia. 1978.
55. Mussen, P. H., Conger, J. J. y Kagan, J. Desarrollo de la Personalidad en el Niño. México, D. F., Ed. Trillas, 1982.
56. Nelson, W., Vaughan, V. C y McKay, J. Textbook of Pediatrics. Philadelphia: W. B. Saunders Co., 1980.
57. Panides, W. C. y Ziller, R. C., "The Self-Perceptions of Children with -- Asthma and Asthma/Enuresis", Journal of Psychosomatic Research, 25(1):51-56, 1981.
58. Pardo, G. M., "A Systems Approach Towards Understanding Mexican Psychosomatic Families". Tesis Doctoral. Columbia Pacific University. 1984.
59. Peshkin, M. M. y Tuft, H. S., "Rehabilitation of the Intractable Asthmatic Child by the Institutional Approach", Ann. Allergy. 18:75, 1960.
60. Pinkerton, P., "Correlating Physiologic with Psychodynamic Data in the -- Study and Management of Childhood Asthma", Journal of Psychosomatic --- Research, 11:11-25, 1967.
61. Purcell, K. et. al., "The Effect of Asthma in Children of Experimental -- Separation from the Family", Psychosomatic Medicine, 31:144-164, 1969.

62. Ramírez, N. et. al. Asma Infantil: una Guía para el Paciente Asmático. -- México, D. F.: Impretei, 1985.
63. Rosenzweig, S. Manual del Test de Frustración (PFT). Buenos Aires: Ed. - Paidós, 1968.
64. Rosenzweig, S. "An Investigation of the Reliability of the Rosenzweig --- Picture-Frustration (P-F) Study, Children's Form", Journal of Personality Assessment, 42(5):483-488, 1978.
65. Steiner, H. et. al., "A Psychosomatic Approach to Childhood Asthma", --- Journal of Asthma, 19(2):111-121, 1982.
66. Steinhausen, H. C., Schindler, H. P. y Stephan, H., "Correlates of --- Psychopathology in Sick Children: an Empirical Model", Journal of the --- American Academy of Child Psychiatry, 22(6):559-564, 1983.
67. Straker, N. y Tamerin, J., "Aggression and Childhood Asthma: a Study in a Natural Setting", Journal of Psychosomatic Research, 18:131-135, 1974.
68. Tabachnik, M. B. y Levison, H., Postgraduate Course Presentation: "Infantil Bronchial Asthma", Journal of Allergy Clinical Immunology, 67(5):339-347, 1981.
69. Valdés, M. M., et. al. DSM III Manual Diagnóstico y Estadístico de los - Trastornos Mentales. Barcelona: Ed. Masson, S. A., 1984.
70. Voorhost, S. F., "How do Children Feel About Having Asthma?", Journal of Asthma Research, 14(4):169-188, 1977.
71. Weiss, J. H., "Mood States Associated with Asthma in Children", Journal - of Psychosomatic Research, 10:267-273, 1966.
72. Williams, J. S., "Aspects of Dependence-Independence Conflict in Children with Asthma", Journal of Child Psychology and Psychiatry, 16:199-218, 1975.

A P E N D I C E 1

b. ¿Les dices malas palabras?

c. ¿No te enojas con ellos?

d. ¿No les dices nada?

e. ¿Les rompes algo?

f. ¿Les metes el pie para que se caigan?

g. ¿Eres amable con ellos?

h. ¿Les prestas tus juguetes?

12. ¿Te has peleado a golpes con un compañero? SI () NO ()

13. ¿Cuántas veces?

¿Por qué?

14. ¿Qué tan seguido te hacen enojar tus amigos?

15. ¿Cuáles son las cosas que te hacen enojar?

16. ¿Comes con toda tu familia? (papá, mamá y hermanos) SI () NO ()

¿Por qué? _____

17. ¿Cuántos hermanos tienes? _____
18. ¿Con cuál de tus hermanos te llevas más?

19. Cuando te enojas con ellos, ¿qué haces?

20. ¿Cuáles son las cosas por las que te enojas con ellos?

21. ¿Qué te dicen papá y mamá cuando te enojas?

22. ¿Qué hacen papá y mamá cuando te enojas?

23. ¿Qué hacen tus papás cuando te portas mal?

24. Quién te regaña más seguido:
mamá _____ papá _____ hermanos _____
maestra _____ otros _____
25. ¿Te castigan seguido en tu casa? SI () NO ()
- a. ¿Quién? _____
- b. ¿Por qué? _____
26. ¿Qué hace tu mamá cuando está contigo? _____

27. ¿Juega contigo? SI () NO () A VECES ()

28. ¿A qué juegan? _____
29. ¿Te ayuda a hacer la tarea? SI () NO () A VECES ()
30. ¿Va por tí a la escuela? SI () NO () A VECES ()
31. Cuando llegas de la escuela, ¿tu mamá te besa? SI () NO ()
32. Cuando te vas a la escuela, ¿ella te besa? SI () NO ()
33. ¿Le platicas a tu mamá lo que pasa en la escuela? SI () NO ()
¿Por qué? _____
34. ¿A quién crees que tu mamá prefiere de tus hermanos?

¿Por qué? _____
35. Cuando tu papá está en casa, ¿qué es lo que él hace?

36. ¿Juega contigo? SI () NO ()
37. ¿A qué juegan? _____

38. ¿Platica contigo? SI () NO ()
39. ¿De qué platican?

40. ¿Salen juntos a pasear? SI () NO ()
41. ¿Qué tan seguido va por tí a la escuela? SIEMPRE () A VECES ()
NUNCA ()
42. ¿A quién crees que tu papá prefiere de tus hermanos?

43. ¿Le platicas a tu papá de lo que te pasa en la escuela?

44. ¿Te castiga seguido? SI () NO ()

- a. ¿Por qué lo hace? _____

- b. ¿Cómo te castiga? _____

45. ¿Qué tan seguido papá y mamá salen juntos al cine o de paseo sin ustedes:
SIEMPRE () A VECES () NUNCA ()
46. ¿Te gusta lo que hagan? SI () NO ()
47. ¿Qué sientes cuando ellos salen y te dejan?

48. ¿Cómo se saludan mamá y papá?

49. ¿Qué tan seguido se abrazan?
SIEMPRE () A VECES () NUNCA ()
50. ¿Qué tan seguido se gritan?
SIEMPRE () A VECES () NUNCA ()
51. ¿Qué tan seguido platican?
SIEMPRE () A VECES () NUNCA ()

16. Edad	Ocupación
_____	_____
_____	_____
_____	_____

17. ¿Viven otras personas en la misma casa? SI () NO ()

a. ¿Quién o quienes?

b. Edad y ocupación

II. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

18. ¿Qué enfermedades importantes ha habido en los miembros de su familia y -
en la de su esposo?

19. ¿Existe algún integrante de su familia o la de su esposo que haya tenido
o que tenga algún problema parecido al del niño?

20. ¿Alguien ha padecido de asma bronquial?

III. ANTECEDENTES PATOLOGICOS DEL NIÑO (SOLO PARA ASMATICOS)

21. ¿Aparte del asma que otras enfermedades ha padecido el niño y a qué edad?

22. ¿A qué edad sufrió el primer ataque de asma? _____

23. ¿El niño ha tenido que estar hospitalizado? SI () NO ()

24. ¿Cuándo presenta el niño sus ataques?

25. ¿Qué enfermedades importantes ha padecido el niño desde recién nacido?

IV. ESCOLARIDAD

26. ¿Asiste regularmente a la escuela? SI () NO ()
27. Su rendimiento académico es: Bueno () Malo () Regular ()

¿Por qué? _____

28. ¿Qué tanto le gusta ir a la escuela? _____
29. ¿La maestra le ha reportado algún problema en especial que tenga el niño?
- _____
- _____

30. ¿Tiene amigos en la escuela? SI () NO ()
31. ¿Se pelea con ellos con frecuencia, o no lo hace nunca?
- _____
- _____

32. ¿Cómo se pelea? _____
33. ¿Qué es lo que hace cuando se enoja con sus amigos?
- _____
- _____

a. -Los golpea (muerde, pateo, etc.) _____

b. -Los agrede verbalmente _____

c. -¿Prefiere no decirles nada? _____

d. -¿Trata de hacer las paces platicando? _____

V. DINAMICA FAMILIAR:

34. ¿Cuánto tiempo le dedica usted al niño en el día? _____
35. ¿Lo ayuda con sus deberes escolares? SI () NO ()
36. ¿Va por él a la escuela? SI () NO () A VECES ()
37. ¿Quién le da sus medicinas?

38. ¿Acostumbra a platicar con él? SI () NO ()
¿Por qué? _____
39. ¿Le cuenta cuentos? SI () NO ()
¿Por qué? _____
40. ¿El niño le platica sus problemas a usted? SI () NO ()
¿Por qué? _____
41. ¿Cuánto tiempo le dedica su esposo al niño al día? _____
42. ¿A qué hora llega de trabajar? _____
43. ¿Qué es lo que hace cuando llega? _____
44. ¿Comen juntos? _____
45. ¿Juega con el niño? _____
46. ¿Va por él a la escuela? _____
47. ¿Platica con él? _____
48. ¿Salen juntos a pasear? _____

49. ¿Realizan alguna actividad juntos? SI () NO ()
 ¿Por qué? _____

50. ¿El niño se lleva mejor con un hermano en especial? SI () NO ()
 ¿Por qué? _____

51. ¿Cómo son sus relaciones con sus hermanos? _____

52. ¿Se enoja con frecuencia con ellos? _____

53. ¿Cómo se pelean? _____

54. ¿Se agreden verbalmente? SI () NO ()
55. Cuando se enoja el niño con ellos, ¿no les dice nada? SI () NO ()
56. ¿Qué tan seguido se enoja el niño? _____

57. ¿Cómo es el niño cuando está en su casa, cómo se comporta?
- a) Tímido ()
- b) Alegre ()
- c) Inquieto ()
- d) Berrinchudo (patalea o llora cuando no consigue lo que se propone) ()
- e) Grosero (dice malas palabras) ()
- f) Cooperador en las tareas del hogar (espontáneamente) ()
- g) Obediente (siempre realiza las indicaciones que se le dan) ()

- h) Cariñoso ()
- i) Envidioso ()
- j) Peleonero (golpea, araña, muerde, pateo, etc.) ()
- k) Autosuficiente (solo se viste, baña, hace tarea, toma medicinas, etc.) ()
- l) Destructor (destruye, rompe, avienta, tira objetos) ()
- m) Dependiente ()

58. ¿Qué actividades realizan todos en los fines de semana?

VI METODOS DE DISCIPLINA.

59. ¿Existen diferencias de criterios entre usted y su esposo en cuanto a normas de disciplina? _____

60. ¿Quién es el que imparte la disciplina en casa? _____

61. ¿Cómo castigan a su hijo cuando se porta mal? _____

62. Cuando lo castiga:

- a. Le pega _____
 - b. Lo amenaza _____
 - c. Lo agrede verbalmente _____
 - d. No le permite que salga de su casa _____
 - e. Lo priva de algo que le gusta mucho _____
 - f. No le da dinero _____
 - g. No le compra regalos _____
 - h. Le da explicaciones _____
63. ¿Qué hace el niño cuando lo castigan? _____

64. ¿Cómo tratan al niño en comparación con sus hermanos?

65. ¿Los educan de la misma forma? _____



TEST DE ROSENZWEIG

PROTOCOLO DE RESPUESTAS

126

Nombre y Apellido _____ Escolaridad _____
Edad _____ Motivos del examen _____
Profesión _____ Examinador _____
Fecha de hoy _____ Lugar _____

Respuestas

1	13
2	14
3	15
4	16
5	17
6	18
7	19
8	20
9	21
10	22
11	23
12	24

EVALUACION

HOJA DE CALIFICACION

CLASIFICACION

PERFILES

127

No	O-D	E-D	N-P	G.C.R.
1		M		
2		I		
3				
4		M	m	
5			I	
6				
7		E		
8				
9		E		
10		E		
11		E		
12				
13		E		
14				
15				
16		E, I		
17		E		
18				
19		I		
20				
21	F			
22	M'			
23		E		
24		M		

	O-D	E-D	N-P	TOTAL	%	Nota T
E	()	()	()	()		
I	()	()	()	()		
M	()	()	()	()		
TOTAL	()	()	()	()		
%						
Nota T						

ESQUEMAS

1
2
3
E
I
E + I

TENDENCIAS

1
2
3
4
5

G. C. R.:	Total:	%:	Nota T:
-----------	--------	----	---------

INTERPRETACION

A P E N D I C E 2

Apéndice 2

Cuadro de Identificación de las 92 Variables

Pregunta	Variable	No. de variable	Valores
	Número de sujeto	01	01-20=asmático 21-40=sano
Sexo	Sexo	02	1=masculino 2=femenino
	Grupo	03	1=asmático 2=sano
Edad	Edad	04	079=6 ⁷ /12 años 084=7 años 096=8 años 108=9 años 130=10 ¹⁰ /12 años
Escolaridad	Escolaridad	05	1=1º primaria 2=2º primaria 3=3º primaria 4=4º primaria 5=5º primaria

Pregunta	Variable	No. de variable	Valores
Qué tan seguido salen papás sin hijos (C.M.)	Qué tan seguido salen papás sin hijos	06	0 1=siempre
			2=a veces
			3=nunca
Métodos de disciplina (C.M.)	No deja salir de casa	07	0 1=no
	Da explicaciones	08	2=si
Qué hacen tus padres cuando te portas mal (C. N)	Regañan	09	0 0=ausencia de R
	Pegan	10	1=si
Cómo castiga papá (C.N)	Pega	11	0 0=ausencia de R
	Regaña	12	0 0=ausencia de R
	No castiga	13	0
	No deja salir a jugar	14	1=si
	Encierra en el cuarto de baño	15	
Quien te regaña más seguido (C.N.)	Mamá y papá	16	0 0=ausencia de R.
	Papá	17	1=si
	Mamá	18	
Te castigan seguido en tu casa — (C.N.)	Te castigan seguido en tu casa	19	0 1=si 2=no

Pregunta	Variable	No. de variable	Valores
Porqué te castigan (C.N.)	Molesta, enoja o pega a hermanos	20	<input type="checkbox"/> 0=ausencia de R <input type="checkbox"/> 1=si
	Se porta mal	21	
	No lo castigan	22	
Qué hacen papás cuando te enojas (C.N)	Nada	23	<input type="checkbox"/> 0=ausencia de R <input type="checkbox"/> 1=si
	Regañan	24	
	Pegan	25	
	Dicen que me calme, que no me enoje	26	
Qué te dicen papás cuando te enojas (C.N.)	Que no me enoje	27	<input type="checkbox"/> 0=ausencia de R <input type="checkbox"/> 1=si
	Regañan y pegan	28	
Quien imparte la disciplina en casa (C.M.)	Madre	29	<input type="checkbox"/> 0=ausencia de R <input type="checkbox"/> 1=si
Cómo reacciona el niño cuando lo castigan (C.M.)	Llora	30	<input type="checkbox"/> 0=ausencia de R <input type="checkbox"/> 1=si
	Se enoja	31	
	Se conforma (se queda callado)	32	

Pregunta	Variable	No. de variable	Valores
Reacción de enojo con amigos -- (C.N.)	Les pega	33	<input type="radio"/> 1=si <input type="radio"/> 2=a veces <input type="radio"/> 3=no
	Acusa con mamá	34	<input type="radio"/> 1=si <input type="radio"/> 2=no
	No les habla	35	<input type="radio"/> 1=no <input type="radio"/> 2=a veces <input type="radio"/> 3=si
	Dice malas palabras	36	<input type="radio"/> 1=si
	Les rompe algo	37	<input type="radio"/> 2=a veces
	Les mete el pie para que se caigan	38	<input type="radio"/> 3=no
	Se enoja	39	<input type="radio"/> 1=no <input type="radio"/> 2=a veces <input type="radio"/> 3=si
	Es amable con ellos	40	<input type="radio"/> 1=si
	Les presta sus juguetes	41	<input type="radio"/> 2=a veces <input type="radio"/> 3=no

Pregunta	Variable	No. de Variable	Valores
Frecuencia de peleas a golpes con amigos (C.N.)	Frecuencia de golpes con amigos	42	<input type="radio"/> 1=frecuente <input type="radio"/> 2=nunca
Porqué o ante que se pelea a golpes con amigos (C.N.)	Lo molestan	43	<input type="radio"/> 0=ausencia de R
	Por ser agredido físicamente	44	<input type="radio"/> 1=si
Reacción de enojo con hermanos -- (C.N.)	Los acusa con mamá y - papá	45	<input type="radio"/> 0=ausencia de R
	Les pega	46	<input type="radio"/> 1=si
	Los acusa y se aleja	47	<input type="radio"/> 0=ausencia de R
Motivos por los que se enoja con hermanos (C.N.)	Lo molestan	48	<input type="radio"/> 1=si
	Destruyen sus cosas	49	<input type="radio"/> 1=si
	Interrumpen su juego	50	<input type="radio"/> 1=siempre
Frecuencia de peleas con amigos - (C.M.)	Frecuencia de peleas con amigos	51	<input type="radio"/> 1=siempre <input type="radio"/> 2=nunca

Pregunta	Variable	No. de variable	Valores
Cómo se pelea con amigos (C.M.)	Agresión física	52	[0=ausencia de R 1=si]
	Agresión verbal	53	
	Hacen las paces platicando	54	
	Nunca se han peleado	55	
Frecuencia de peleas con hermanos (C.M.)	Frecuencia de peleas - con hermanos	56	[1=diario 2=frecuente 3=nunca]
	Agresión física	57	[0=ausencia de R 1=si]
	Discuten (ofensas)	58	
Percepción que tiene la madre - del niño (C.M.)	Tímido	59	[1=si 2=no]
	Inquieto	60	
	Juguetero	61	
	Berrinchudo	62	
	Cooperador en las tareas del hogar	63	

Pregunta	Variable	No. de Variable	Valores
	Obediente	64	<input type="radio"/> 1=no <input type="radio"/> 2=a veces <input type="radio"/> 3=si
	Envidioso	65	<input type="radio"/> 1=si <input type="radio"/> 2=no
	Peleonero	66	<input type="radio"/> 1=no <input type="radio"/> 2=si
	Autosuficiente	67	<input type="radio"/> 1=si <input type="radio"/> 2=no
	Dependiente	68	<input type="radio"/> 1=mala <input type="radio"/> 2=buena
Relación madre - hijo (C.M.)	Relación madre - hijo	69	<input type="radio"/> 1=mala <input type="radio"/> 2=buena
Relación madre - hijo (C.N.)	Relación madre - hijo	70	<input type="radio"/> 1=mala <input type="radio"/> 2=buena
Relación padre - hijo (C.N.)	Relación padre - hijo	71	<input type="radio"/> 1=malo <input type="radio"/> 2=bueno
Salen seguido papás sin hijos (C.N.)	Salen seguido papás sin hijos	72	<input type="radio"/> 1=nunca <input type="radio"/> 2=a veces <input type="radio"/> 3=siempre

Pregunta	Variable	No. de variable	Valores
Cómo se saludan papá y mamá (C.N.)	Contacto físico	73	0=ausencia de R
	Contacto verbal	74	1=si
	Se abrazan	75	1=nunca
			2=a veces
			3=siempre
	Se gritan	76	1=siempre
2=a veces			
3=nunca			
Platican seguido	77	1=nunca	
		2=a veces	
		3=siempre	

Pregunta	Variable	No. de variable	Valores
Test de Frustración de Rosenzweig	Total E (E', E, e)	78	01 - 17
	Total I (I', I, i)	79	02 - 13
	Total M (M', M, m)	80	01 - 15
	Total OD (E', I', M')	81	02 - 10
	Total ED (E, I, M)	82	06 - 17
	Total N-P (e, i, m)	83	00 - 10
	Total E' (puntaje aislado)	84	0 - 7
	Total E (puntaje aislado)	85	00 - 15
	Total e (puntaje aislado)	86	0 - 8
	Total I' (puntaje aislado)	87	0 - 4
	Total I (puntaje aislado)	88	0 - 4
	Total i (puntaje aislado)	89	0 - 6
	Total M' (puntaje aislado)	90	0 - 4
	Total M (puntaje aislado)	91	01 - 11
	Total m (puntaje aislado)	92	0 - 2