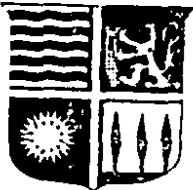


UNIVERSIDAD**INTERCONTINENTAL**

Escuela de Psicología
Con Estudios Incorporados a la
Universidad Nacional Autónoma de México



ESTUDIO COMPARATIVO EN CUANTO AL
MANEJO DE FRUSTRACION AGRESION EN
NIÑOS ASMATICOS Y NO ASMATICOS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MARIA TERESA NARANJO DOMINGUEZ

TESIS CON
FALLA TE CR.GEN



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 esta 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.

C O N T E N I D O

RESUMEN

I	INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO		
II	FRUSTRACION - AGRESION	4
III	DESARROLLO INFANTIL	20
IV	ASMA BRONQUIAL	
	IV.- 1. CONCEPTO DE PSICOSOMATIZACION	46
	IV.- 2. DEFINICION DE ASMA	56
	IV.- 3. FACTORES PSICOLOGICOS QUE INFLUYEN EN EL ASMATICO	59
V	INTELIGENCIA	68
VI	ESTUDIOS PREVIOS	
	VI- 1. ESTUDIOS SOBRE FRUSTRACION-AGRESION	74
	VI- 2. ESTUDIOS SOBRE EL PADECIMIENTO ASMATICO.	75
	VI- 3. ESTUDIOS EN RELACION AL COEFICIENTE IN- TELLECTUAL EN NINOS ASMATICOS	77
	VI- 4. ESTUDIOS RELACIONADOS CON EL TIPO DE A- LERGIA EN EL ASMA	78
VII	METODOLOGIA	
	VII. 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	84
	VII. 2. OBJETIVOS DE INVESTIGACION	86
	VII. 3. HIPOTESIS DE TRABAJO	87
	VII. 4. DEFINICION DE VARIABLES	97
METODO		
	VII. 5. MUESTREO Y CARACTERISTICAS DE LOS SUJETOS	98
	VII. 6. TIPO DE ESTUDIO	100
	VII. 7. INSTRUMENTOS	101
	VII. 8. ZONA DE ESTUDIO	108
	VII. 9. PROCEDIMIENTO	108
VIII	ANALISIS ESTADISTICO	111
IX	RESULTADOS (CUADROS)	112

X	INTERPRETACION DE RESULTADOS	116
XI	CONCLUSIONES	122
XII	LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	114

BIBLIOGRAFIA

GLOSARIO DE TERMINOS MEDICOS

ANEXO

RESUMEN

Bajo un marco teórico y metodológico, se estudio un grupo de 60 niños, con el objetivo de encontrar si existen diferencias estadísticamente significativas en el manejo de frustración-agresión y el nivel de inteligencia. Este grupo se dividió en un grupo experimental de 30 niños que presentan asma de tipo alérgico y un grupo control de 30 niños provenientes de una escuela de gobierno, que no presentan asma. Les fueron aplicado el Test de Saúl Rosensweig (PFT), que mide el manejo de frustración-agresión, así como su direccionalidad; y el WISC-R que mide inteligencia y funciones cognitivas. De ambas pruebas se formularon las hipótesis correspondientes y los resultados indicaron que existe diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la presencia de persistencia de la necesidad y respuestas intrapunitivas, que correlacionandolo con el marco teórico, existe una importante necesidad de depender de estos niños, así como su agresión se encuentra dirigida hacia sí mismos; y el manejo del razonamiento aritmético, atención y concentración que funcione de manera eficaz.

I INTRODUCCION

En el proceso de la investigación se han marcado dentro de las ciencias, nuevos parámetros que se llegan a entrelazar, estructurando interdisciplinas como es la Psicología y la Medicina.

Partiendo de la Psicología, en donde se estudia una rama de la medicina que se encarga de estudiar las enfermedades Psicosomáticas, clasifican el Asma, dentro de estas enfermedades, la cuál es motivo de este estudio.

La presente investigación se realizó con el interés de establecer si el asma en niños repercutía en factores como la frustración y la agresión, que son variables frecuentes en su presentación, en todo desarrollo del hombre; así como la inteligencia en relación a su nivel, determinando que tales factores fuesen distintos en niños asmáticos y niños no asmáticos.

Por el tipo de transtorno que es el Asma, necesariamente debe repercutir en el funcionamiento psicológico de los niños que lo padecen. Es por esto, que se escogieron las variables a investigar en este estudio, ya que se creyó que éstas diferirían considerablemente, pues al presentarse esta enfermedad, el niño se ve constantemente amenazado por la presencia de la misma, provocando así que se vea imposibilitado para desarrollar sus actividades con naturalidad, hasta quedar suspendidas al tener que quedarse en casa y no poder ni asistir a clases, ni salir a jugar, e inclusive llegar a tener que ir al hospital para controlar la crisis.

Igualmente el niño asmáticos requiere de medicamentos y continuas visitas al Doctor, inclusive recibir vacunas - constantes, esto provoca que parezca tener una actitud de entendimiento y cooperación en la mayoría de los casos, - por las personas que le rodean, consideran que posee una - inteligencia mayor que otros niños, ya que demuestran en - su actitud cooperación y sometimiento a lo dicho por los - medicos y también se ve en el desempeño de sus actividades escolares.

Los estudios revisados, como se verá en los capítulos correspondientes, se han centrado de manera predominante - en la relación madre-hijo, y en las características específicas de los niños asmáticos respecto a su personalidad.

Esta importante relación temprana, sin duda, tiene efecto, no sólo en el padecimiento asmáticos, sino como las teorías del desarrollo lo han mostrado, es determinante en la estructura psicológica del niño.

En esta investigación se le dió mayor importancia, el encontrar si los niños asmáticos presentan las diferentes variables especificadas, por lo que en el capítulo de Metodología se explica la forma en que esta investigación se llevó a cabo.

En el análisis estadístico se encontraron que existen diferencias estadísticamente significativas en la Persistencia de la necesidad del paciente asmático, como en la - reacción de respuestas intrapunitivas, así como en la subescala de aritmética de la prueba de Wechsler.

Dado que los factores de orden orgánico, dentro del ámbito de la medicina, que intervienen en el padecimiento asmático, se intercalan con los psicológicos, se introdujo un glosario de términos médicos para un mejor entendimiento del tema.

II FRUSTRACION - AGRESION

Tanto la frustración como la agresión pueden definirse separadamente, pero existe una correlación específica entre ambos fenómenos en el estudio de la personalidad como lo han determinado diferentes autores, que se citan a continuación en este capítulo.

Así pues, una de las definiciones de frustración dadas por Dollar y Miller en 1941 es: "Cuando hay interferencia para la ocurrencia de una respuesta meta, instigada en el momento propio de su ocurrencia, en la secuencia conductual".

Ellos comentan que para la determinación de que sí se presentó o no frustración debe saberse si había intención de efectuar un acto y que éste haya sido bloqueado en su ocurrencia. De esta forma se presenta con frecuencia una respuesta alternativa que disminuye la fuerza de instigación.

La frustración va a depender del grado de bloqueo a la respuesta meta, de su fuerza de instigación, de la posibilidad de usar respuestas sustitutivas y que puedan reducir la fuerza de instigación original. La respuesta ante la frustración es de agresión y la fuerza de la respuesta depende del grado de frustración.

Aquí entra en juego la interrelación entre ambas variables donde se determinará el grado, dirección y consecuencia de un acto frustrante para dar como resultado cierto tipo de agresión.

Rosenzweig en 1934, señaló que "la frustración se presenta cada vez que el organismo encuentra un obstáculo más

o menos insuperable en la vía que lo conduce a la satisfacción de una necesidad vital cualquiera".

El expresa el punto de vista organismico en psicobiología y propone tres niveles de defensa psicobiológica"

- 1) El nivel celular o inmunológico, que se establece en la acción de los fagocitos, anticuerpos, piel, etc., y que concierne a la defensa del organismo contra agentes infecciosos.
- 2) El nivel autónomo o de urgencia en donde actúa la defensa del organismo en conjunto contra las agresiones físicas generales. Desde el punto de vista psicológico el nivel autónomo corresponde al miedo, dolor y rabia, reflejándose en modificaciones biológicas de stress.
- 3) El nivel cortical o de defensa del yo, defendiendo la personalidad contra las agresiones psicológicas.

Rosenzweig (1934), distingue dos tipos de frustración:

- a) Primaria o de privación: la cual se caracteriza por la tensión y la insatisfacción subjetivas que se deben a la ausencia de una situación final necesaria para el apaciguamiento de una necesidad activa.
- b) Secundaria: caracterizándose por la presencia de obstáculos en la vía que conduce a la satisfacción de una necesidad.

Estos obstáculos provocan presiones (stress), clasificándose bajo dos prespectivas:

- 1.- Presión pasiva constituida por un obstáculo insensible sin que éste sea por sí mismo amenazador.
- 2.- Presión activa, si además de tener el carácter de insensibilidad de la presión pasiva, es peligrosa por sí misma. Produce a la vez una insatisfacción y un peligro (Rosenzweig S. 1934).

Wittaker, en 1968, aplicó el término frustración a: "las circunstancias que dan por resultado la falta de satisfacción de una necesidad motivo".

En 1980, Quillet señaló desde el punto de vista psicoanalítico que la frustración: "es un obstáculo interno o externo que impide la satisfacción de un deseo, llevando a un estado de ánimo llamado frustración".

Tomando las raíces latinas del término frustración, tenemos que "frustra" quiere decir en vano, "frustrare" es frustrar o engañar y "frustrario" es derrota o decepción.

Por lo tanto frustratus y frustrado es engañado en su esperanza (citado en Gago Huguet A., 1965).

Sigmund Freud (1905) señaló a la frustración como: una consecuencia de un bloque de las fuerzas libidinales. Para él "la sexualidad de la mayor parte de los hombres, muestra una mezcla de agresión, de tendencia a dominar, cuya significación biológica estará quizá en la necesidad de vencer la resistencia de un objeto sexual de modo distinto por los

actos de cortejo", y cualquier clase de frustración tiene - por resultado una acentuación del sentimiento de culpa.

Pero considera que se debería de aplicar ésto sólo a - los instintos agresivos, ya que no se puede dar razón, en términos dinámicos y económicos de que se produzca un aumento del sentido de culpa, en lugar de las exigencias eróticas, no satisfechas. "Cuando una tendencia instintiva sufre una represión, sus elementos libidinales se transforman en - síntomas y su componente agresivo en un sentimiento de culpa". (Citado en Nágera. "El malestar en la cultura" BN tomo 3, 1975).

Para el niño o el adulto, los padres internalizados se convierten en el superyo, pero lo trascendente es el monto de la agresividad del niño hacia ellos, que ahora forma parte de su superyo. La identificación e introyecciones que tienen lugar en la formación del superyo, implican una situación instintiva, de modo que los impulsos destructivos liberados acrecientan la severidad del superyo. (Nágera, - 1975).

Es aquí donde el niño asmático parece luchar con estas fuerzas de control en donde sus defensas fallan en contra de sí mismo, siendo en tales circunstancias incapaz de catectizar su energía, disminuirla o desplazarla, prevaleciendo una energía catéctica agresiva que provoca, por un lado, - displacer, por la molestia de los síntomas, y por otro, placer hacia la obtención de atención y cuidados por parte de la madre.

Para Spitz (1973), el privar al infante del afecto de displacer, durante el primer año de vida, es tan dañino como el privarle de afecto del placer. La importancia de la frug

tración, es como el propiciador del progreso en el desarrollo, que no puede ser sobrestimada, y sin embargo la naturaleza misma lo impone. Las reiteradas e insistentes frustraciones de sed y hambre, seguirán a la frustración; éstas obligarán al infante a volverse activo, a buscar y a incorporar el alimento y a activar y desarrollar la percepción.

Después cita el destete, que impone la separación de la madre y acrecienta la proporción de autonomía. En la crianza de los niños, se evitan al infante esas frustraciones que hacen que los padres, el educador o el psicólogo, se sientan menos culpables, y en realidad lo que les preocupa no es tanto la conducta del pequeño como su deseo de evitar sentimientos de culpabilidad, conscientes o inconscientes.

Para el bienestar del infante se requiere de la frustración. Con esto Spitz no quiere decir que sea partidario de pegar a los niños, sino que las frustraciones que vienen a criar a un infante, sólo pueden ser evitadas con la tolerancia.

Freud (1923) comentó que "Las sensaciones de naturaleza placentera no llevan en sí a nada impelente; en tanto que las displacenteras poseen esta cualidad en el más alto grado. Estas últimas impulsan al cambio ...".

Ahora, definiendo la "Tolerancia a la Frustración", se considera como: la capacidad del individuo para soportar la frustración sin caer en respuestas inadecuadas".

En contraposición a estas respuestas, se encuentran las respuestas adecuadas que se consideran como apropiadas a la situación, por lo tanto son inadecuadas todas las reacciones que se presentasen sistemáticamente como respuesta del individuo a la frustración, sin tener en cuenta las exigencias

ambientales. (Martínez Lara, 1969).

Por otro lado, se considera la tolerancia a la frustración como la aptitud del individuo para soportar una frustración sin pérdida de su adaptación psicobiológica, es decir, sin respuestas inadecuadas. (Rosenzweig, 1934).

Para Rosenzweig varía el umbral de tolerancia a la frustración, bajo factores somáticos que son constitucionales, hereditarios, que dependen de las variaciones endócrinas y las psicológicas que van a estar determinados por las frustraciones en la infancia.

El concepto de tolerancia a la frustración debe compararse con principios psicoanalíticos, tales como:

10. El principio del placer y realidad donde implica satisfacción inmediata de todo deseo. El individuo toma contacto con la realidad, teniendo sus conductas consecuencias más lejanas a la satisfacción inmediata; retardando la satisfacción se halla implícito la tolerancia a la frustración.
20. Principio de la debilidad del yo ante la presencia del principio del placer está en juego cuando el sujeto adopta inadecuadas defensas del yo, siendo los medios para proteger la personalidad del displacer asociado con frustración y la tolerancia a la frustración.

Lewin define frustración como "una primitivización de la conducta, un ir para atrás a un estado menos maduro, el cual el individuo ha sobrecrecido".

Este estado menos maduro, se refiere cuando el individuo ya que ha alcanzado su madurez en su etapa de desarrollo, al tiempo que desarrolla tolerancia a la frustración. (Citado en Horney, 1965).

En la vida cotidiana, no tomando en cuenta los factores frustrantes y/o frustrógenos si son internos o externos, más que nada que su acción es combinada entre formas típicas de frustración, Symonds (1946), encuentra que existen los siguientes puntos:

- * Rivalidad dentro de la familia: en donde la atención de la madre se desvía hacia un nuevo bebé, dándose la pérdida de atención y cuidado hacia el hijo mayor, siendo frustrante para él.
- * Pérdida de afecto y soporte: condiciones que determinan abandono materno, como enfermedad o divorcio que son vía a la frustración de las necesidades de afecto, seguridad y soporte.
- * Entrenamiento para la limpieza: en donde la socialización en el entrenamiento respecto a la evacuación, constituye una frustración a temprana edad.
- * Decremento en la dependencia que, conforme el niño crece, se espera que haga más cosas por sí solo y que demande menos atención y cuidado. El niño es frustrado siendo forzado a depender de sus propios recursos.
- * Condiciones escolares en donde la escuela impone disciplinas y demanda su cumplimiento por parte del niño. Debe obedecer y adaptarse a un régimen.

El niño es frustrado por sus fracasos en los trabajos y rendimientos a través de la competencia con alumnos superiores y por la valoración que dan las figuras paternas a ese rendimiento.

Para Symonds (1946), "de la cuna a la tumba la gente, experimenta repetidas frustraciones, pero su naturaleza y forma varía de una etapa a otra".

No nos escapamos de la frustración al crecer, simplemente crecemos dentro de nuevas condiciones y diferentes condiciones frustratorias. (Citado en Stafford Clerck D.)

Bajo las diferentes opiniones acerca de la función de la frustración, se puede considerar como una necesidad que se debe de presentar durante el desarrollo del individuo, pero que debe de tomarse en cuenta la frecuencia, intensidad y calidad de las frustraciones, con el fin de ver la fuerza de reacción que posee para poder ser más productivo y dentro del principio de placer del sujeto, poderse conformar como un principio de displacer.

Al sobreproteger a un niño puede orientársele a la sumisión y a la dependencia, si la hostilidad y fricción son inhibidas, entonces su autorrealización es obstaculizada, por lo que es importante la ayuda empática de los padres, para que el niño aprenda a soportar frustraciones en vías de ser adulto.

Se ha mencionado la presencia de instintos, ante situaciones frustrantes, por lo que se introduce en este marco teórico, la teoría de los instintos propuesta por S. Freud, la cual marca la importancia del "Ello", cuyo propósito vital es el de: "satisfacer las necesidades que ha traído consigo el sujeto en forma heredada.

En el "Yo" existe una relación entre la percepción sensorial y actividad muscular, el Yo gobierna movimientos y - acumula (memoria) experiencias, evitando (por la fuga) los que son muy intensos, enfrentando (por adaptación) los estímulos moderados, aprendiendo a modificar el mundo exterior, adecuándolo a su propia conveniencia. "Hacia adentro, frente a ello, conquista el dominio sobre las exigencias de los instintos, diciendo así tener acceso a la satisfacción, - aplazando momentos y circunstancias más favorables del mundo exterior, o suprimiendo las excitaciones instintivas".

El Yo se ajusta a las tensiones excitativas que ya posee o que le llegan. Su aumento se hace sentir como displacer y su disminución como placer. "El Yo tiende al placer y quiere eludir al displacer. Responde con la señal - de angustia o a un aumento esperado y provisto de displacer, calificándose de peligro al motivo de ese aumento". Un acto del Yo es correcto cuando satisface al mismo tiempo las exigencias del Yo, del Superyo y de la realidad.

Dentro de los instintos fundamentales que son fuerza - se supone se encuentran actuando tras las tensiones de necesidades del ello, se encuentran el eros y el instinto de - destrucción, en donde el eros incluye la antítesis entre el instinto de autoconservación de la especie, así como otra, entre el amor de sí mismo y el amor de objeto que se incluye dentro de los límites del eros.

En sí, su fin es el de "construir y conservar unidades cada vez mayores, tendiendo a la unión". Por otro lado, - el instinto de destrucción persigue la disolución de las - vinculaciones y la aniquilación. Su fin último parece - ser el de llevar lo viviente al estado inorgánico, de modo que se le denomina instinto de muerte.

En las funciones biológicas, ambos instintos fundamentales se antagonizan o cambian eventualmente.

De esta forma, la frustración surge a causa de una inadecuación del individuo, para satisfacer sus necesidades - por un lado ante el medio ambiente ordinario y, en ocasiones lo que resulta de las propias exigencias del individuo.

Los padres en cualquier sociedad o cultura, buscan que los hijos se relacionen con el fin de controlar sus propias motivaciones hostiles y respuestas agresivas. Cualidades particulares tales como irritabilidad, hostilidad contenida y ansiedad, provocan conductas agresivas, pudiendo haber razonamientos ante estas conductas en el pasado, surgiendo en cualquier momento.

Erikson (1985), establece que cada miembro de la familia pierde en cierto sentido el autocontrol correspondiente a su edad y a su status dentro de la familia. En lugar de contribuir a la regulación del grupo, cada miembro ha buscado y encontrado controles sustitutos, en áreas de autonomía: los padres en el trabajo y vida social, los niños en la única área aparentemente que es la que les pertenece, que es - su cuerpo. El autoerotismo constituye un instrumento importante, en tanto proporciona al niño una aparente independencia con respecto a la pérdida mutuality con los otros.

Esta autonomía se puede disfrutar aparentemente en los placeres de sus zonas corporales, donde el niño utiliza modos orgánicos en fantasías hostiles de controlar a los otros mediante una usurpación total, sea el énfasis sádico o masoquista.

Sólo este giro, este volverse contra sí mismo o contra otros, hace que el órgano se convierta en un vehículo de - agresión en el sentido más habitual y más hostil.

Antes de que ello ocurra, los modos orgánicos son patrones ingenuos, pre-hostiles, de acercarse a las cosas, modos de buscar relaciones; siendo ésto lo que significa la -adgresión antes de convertirse en agresión. (Erikson, 1980)

También Erikson (1963) comentó que los niños controlan y educan a su familia tanto como sufren el control de la -misma. Cualesquiera que sean los patrones de reacción biológicamente dados y cualesquiera la secuencia predeterminada desde el desarrollo, deben considerarse como una serie de -potencialidades para patrones cambiantes de regulación mutua.

Anna Freud (1947), proporciona una reseña sobre la -agresión expresando la opinión sobre respuestas dadas en relación a la agresión en los niños:

- 1) El aumento de las frustraciones de los deseos libidinales esenciales (causado, por ejemplo por las actividades desamoradas, prohibitivas y rechazantes de los progenitores) intensifica en forma anormal la -reacción agresiva del niño a las privaciones normales e inevitables a las que todo infante se ve sometido desde su nacimiento.
- 2) La falta de relaciones amorosas establece durante la temprana niñez, causada por factores ya internos, ya externos, (tales como la pérdida de los progenitores o sus sustitutos, el destete traumático con la lactancia, etc) da origen a estados de inanición -emocional con un retardo consiguiente o una atrofia total del desarrollo erótico del niño. La fusión -normal entre los impulsos eróticos y destructivos -no puede tener lugar y la agresión se manifiesta como una pura destructividad independiente.

- 3) La destructividad, la delincuencia y la criminalidad de los niños cuando está causada por la atrofia de su desarrollo libidinal, como escapan al influjo de influencias educativas directas, tales como el control severo, los castigos, advertencias, etc.

- 4) Los conflictos internos espontáneos del niño con los impulsos agresivos que dirige contra los progenitores amados se ven fuertemente influidos por la tolerancia o intolerancia que los progenitores mismos muestran a este aspecto.

Existe un compilado por J. D. Carthey y F.J. Ebling en donde enmarcan a la agresión como que se encuentra apartada de la expresión directa de las fuerzas contrarias dentro de la personalidad y no dirigida hacia otra parte con auxilio de un chivo expiatorio, en donde puede volverse hacia el individuo.

El comportamiento autodestructivo es muy común en formas de enfermedad mental. En un tipo de autodestructividad que adopta las formas de figuraciones de padecer enfermedades incurables, como el cáncer. Se ha visto que en la depresión el paciente se acusa a sí mismo de actos y actividades que en realidad achaca a otro. El suicidio es el acto final de la agresión vuelta hacia el yo y no es raro en la enfermedad depresiva. (Citado en Adler, 1928).

Hay un número considerable de personas con caracteres sociales raros, cuyas vidas pueden juzgarse dominadas por el masoquismo moral, abnegación dañina, ascetismo, etc., llevado hasta el punto en que se manifiesta desnutrición, pero en estos casos hay pruebas que tales actividades son placenteras y emocionalmente satisfactorias.

El dolor psicógeno sentido en un miembro o en un área limitada del cuerpo, surge a menudo con la depresión y hostilidad hacia una persona amada de quien se depende emocionalmente.

Hasta dónde se puede llevar el mecanismo de la agresión vuelta hacia el individuo, es cosa disputada. (Dollar y M. 1941)

Karen Horney (1965), quien habla de la ansiedad o angustia básica que es esencial motivador para las tendencias existentes sin llegar a grados como lo anteriormente mencionado; considera que el niño que se siente solo y aislado sin ayuda, en un mundo parcialmente hostil, su respuesta será - de acercamiento hacia la gente, alejándose en ocasiones o - poniéndose en contra de ella. La ansiedad básica surge así del conflicto de hostilidad y dependencia en las primeras etapas de la vida, y el rechazo es el principal punto de origen de la hostilidad. A su vez se puede ver que la ansiedad no es en sí patológica, ya que en ocasiones es inevitable. La ansiedad participa en la producción de desordenes psicósomáticos, siendo que el carácter conviene a una situación dada cuando no causa desorganización.

Ciertamente se puede justificar la ansiedad ante situaciones tensas y sensibles teniendo reacciones (agresivas o violentas) y que se responda ante el peligro.

Ma. del Carmen Hernández (1984), comenta en su tesis - sobre agresión que la "ansiedad es patológica cuando representa una tensión que exige una descarga inmediata y vaga - con ayuda de hiperactividad, la cual significa un recurso a una situación infantil, o cuando da resultado a una conducta agresiva o sexual pobremente controlada y perturba las relaciones interpersonales, o cuando exija una represión o supresión excesiva".

Por otro lado, si la frustración resulta demasiado intensa o la situación parece desesperada, en lugar de agresión puede presentarse la apatía o el retiro, como otra conducta, o una adaptación que había sido en alguna ocasión - efectiva, es entonces remplazada por una conducta no adaptativa regresiva. (Camron N., 1982).

Konrad Lorenz (1971), considera que la agresión se puede manifestar de diferentes formas:

- * Agresión abierta o directa expresada por sujetos cuyos sentimientos y actos son hostiles.
- * Agresión indirecta que es difícil identificar al agresor.
- * Agresión activa que es cuando se descarga estimulación nociva sobre la víctima y es pasiva cuando el agresor impide que la víctima logre su meta.

Para Lorenz, la agresión surge espontáneamente en el ser humano y señala que si sólo se presentara en el hombre por los displaceres o frustraciones, con evitarlos en los niños se terminaría con la agresión humana, pero lo anterior no se ha demostrado científicamente.

La agresión es necesaria para la subsistencia, pero al ser un instinto puede funcionar mal y destruir, siendo que el hombre que tiene agresividad intraespecífica, por lo que ha instrumentalizado y despersonalizado su uso.

Por último, His, Hartman y Lowenstein (1975), señalan la adquisición de los instintos agresivos como una herencia biológica. El impulso destructivo del objeto original a - objetos que no se desquiten, las finalidades de agresión se

pueden ver limitadas por la reducción de la intensidad del acto, pudiendo haber fusión de la agresividad con la libido logrando sublimarse y encausarse a conductas socialmente aceptadas. En sí la energía tiene dos caminos: se descarga o se internaliza. Al internalizarse:

- 1o. Puede ser utilizada por el superyo para atacar al al yo por medio de sentimientos de culpa.
- 2o. Se puede convertir en una fuente de impulsos auto-destructivos.
- 3o. Ser neutralizada por el yo, dejando intacta la integridad de la persona. (Citado en Telma Reca y Speier, 1975).

"En la orientación biologista de Freud, se pone en manifiesto en su concepción del aparato mental, el cual busca - la perseveración del equilibrio del organismo (estabilidad), satisfaciendo sus necesidades instintivas (biológicas) y protegiéndolo de los estímulos externos demasiado intensos. En esta función última, el control de la conducta voluntaria se basa en la integración de datos de la percepción interna y externa por medio del razonamiento". (Freud 1949, citado en Franz Alexander).

Los síntomas neuróticos "son adaptaciones que se producen ante fallas en las tensiones instintivas donde buscan otras salidas de descarga adecuada; a menudo por sustitutos autoplásticos inadecuados de una acción autoplástica adecuada.

Por lo anterior se puede considerar que los niños asmáticos, por su propio padecimiento, pueden expresar este tipo de variables, al verse interrumpida por su propia situación; aquella meta que buscan y que bajo diferentes circunstancias podrían experimentar la frustración y como consecuencia alguna manifestación de agresión.

Del mismo modo, hay que tomar en cuenta que ambas variables son necesarias para la subsistencia y desarrollo de los individuos, en donde va a depender el grado y la frecuencia de ocurrencia, para poderse considerar dentro de la anormalidad o normalidad.

Así pues, en el niño asmáticos se pueden presentar manifestaciones de agresión causadas por una frustración, pero va a depender el grado en que se manifiestan y la forma.

III DESARROLLO INFANTIL

Se considera importante introducir este capítulo, que abarque el desarrollo infantil, desde el nacimiento hasta - los 10 años, ya que a través de modelos de desarrollo establecidos se explicará la interacción que existe con el desarrollo del padecimiento asmático, motivo de esta investigación.

Tomando en cuenta que los niños con padecimiento asmático, poseen contenidos psicósomáticos dentro del desarrollo de su enfermedad, el definir o intercalar el concepto de - normalidad como forma comparativa de una anormalidad en la conducta del individuo, permite estructurar de alguna manera las dificultades que se pueden encontrar.

Por ejemplo Nágera (1975), considera que difícilmente se puede precisar el concepto de normalidad tanto en los niños como en los adultos, pero que un criterio comúnmente - aceptado para establecer la normalidad del adulto es "que - tenga la capacidad de trabajar adecuadamente, tener un buen ajuste sexual y disfrutar del descanso".

De esta manera, existen diferencias significativas entre el niño y el adulto, puesto que el niño se encuentra en un proceso constante y activo de desarrollo, donde - se presentan todas las áreas de la personalidad a lo largo de numerosas líneas de desarrollo que interactúan entre sí y que, posteriormente, darán un perfil de personalidad en - la edad adulta.

Dentro de las diferencias significativas que nombra Nágera (1975), entre el niño y el adulto, respecto a la normalidad y anormalidad de la conducta, están:

- * El adulto es un "producto terminado" aunque su desarrollo emocional y psicológico no se haya dado en su totalidad, en cambio el niño se encuentra en un proceso de cambios constantes y en desarrollo activo, encontrándose siempre presente su capacidad para imaginar, fantasear y usar defensas que distorsionen la realidad vinculada con la inmadurez del niño.
- * La madurez del cerebro se da en una primera etapa, - por la estimulación de la madre hacia un potencial genético, mediante distintos mecanismos que son: estimulación externa, que parecen incrementar el - grado de vascularización en diversas partes del cerebro, así como incrementa la dentritización y la mielinización determinando bases biológicas de conducta.
- * El niño se desarrolla como una "unidad familiar", - encontrándose primero un sistema complejo entre la madre-hijo y conforme se va desarrollando, asimila con mayor facilidad a otros integrantes de la familia. Es aquí donde se puede conformar la patología del niño, estando fuera de un rango normal, pudiéndose establecer fallas dentro del sistema social - particular del niño.
- * El término normalidad implica un marco de referencia donde intervienen variables que se pueden establecer dentro de las diferencias entre cada sexo, edad, etc.

- * Los niños normales atraviesan por periodos y conflictos en su desarrollo que producen tensiones, angustia y culpa, pero en donde los síntomas y comportamientos conflictivos, se corrigen espontáneamente según avanza su desarrollo.

- * La interferencia en el desarrollo se define por Nagera, como "Aquella acción que surge del medio ambiente del niño y que perturba el desenvolvimiento típico de su desarrollo". Esta interferencia puede ser global externa en las necesidades y/o derechos del niño, aplicando demandas igualmente excesivas o injustificadas, o puede ocurrir lo contrario cuando el niño no se le plantean demandas de acuerdo a su edad y desarrollo, ya que los padres no se dan cuenta que el niño puede adolecer del necesario desarrollo de su yo, para cumplir o manejar tales demandas.

Como consecuencia puede existir mucha ansiedad o se pueden observar múltiples formas de regresión, que afectan el desarrollo instintivo del niño. Estas formas parecen ser formas anormales de expresión, pero son demandas excesivas del medio ambiente que ejercen sobre él presión y dan efecto a conductas que se consideran como anormales.

El principio bioenergético de Haeckel (1980), dice que: "la disposición hereditaria permite al niño crecer hasta convertirse en un adulto civilizado y pasar por un trecho de desarrollo humano inmensamente largo en forma apropiada".

Es aquí que intervienen tanto los padres como la sociedad en general, por lo que la personalidad normal o anormal va a estar considerada según las diferencias civilizacionales, edad, sexo y estados mentales como la vigilia, sueño,

excitación, calma, etc. (Citado en Rull de Campero, 1980).

Dentro de la psicopatología se ha demostrado que la conducta anormal sigue reglas fijas que pueden ser explicadas por causas y efectos, bajo diferentes criterios, como es por el método estadístico, en donde se va a estar relacionando como una media de un grupo típico de individuos, que se encuentren más cerca de la media, serán más normales, dando la distribución empírica de las características de los seres humanos.

Adler (1928), afirma que las características de la anormalidad de la acentuación de las acciones y reacciones de las personas aunque éstas, algunas veces, pasen inadvertidas en las personas normales. Pensando que la anormalidad se debe a que existe una falta en el control de los mecanismos de defensa. Así pues, existe la posibilidad de una pérdida de control de impulsos por una serie de factores que se van conjugando, ya que se vive normalmente en un estado de tensión que puede aumentar a tal grado que desorganice la personalidad hasta poder paralizar la conducta.

Todo lo anterior pudiera parecer que corresponde a una normalidad o patología del adulto, en la cual intervienen la historia del sujeto, pero ha sido mencionado con el fin de constatarlo con el desarrollo progresivo en el niño, el cual logrará una estructura que se encuentre clasificada dentro de esa normalidad o anormalidad.

Como dice Anna Freud (1965), el niño "Es un ser inmaduro que está profunda o centralmente comprometido con la integridad o el trastorno, o con la normalidad o anormalidad del proceso de desarrollo". Del mismo modo, comenta para evaluar el desarrollo, se requiere del escrutinio, los impulsos libidinales y agresivos y del yo y el superyo de la

personalidad infantil, que por medio de signos que indiquen según su adaptación del yo, marcarán su precocidad o su retardo. Esta adaptación del yo se va logrando por medio de procesos de desarrollo en donde además de intervenir factores sociales, medio-ambientales, hereditarios, etc., existen factores neonatales que son como la semilla para un crecimiento adecuado o inadecuado. Dentro de esto se encuentra que desde que el sujeto es concebido, interviene el estado emocional de la madre, que influirá en el producto a través de actitudes que adoptan hacia sus hijos.

Así pues bajo el modelo de desarrollo psicosexual propuesto por S. Freud, su hija, Anna Freud estructura líneas de desarrollo en donde se espera que el niño pase por estas líneas en su desarrollo progresivo y madurativo, dando como fin la estructuración de la personalidad en la edad adulta.

De esta forma, bajo las líneas de desarrollo, se intentará ubicar en donde probablemente existe dificultad en el niño asmático, para la progresión hacia las siguientes etapas donde se manifiesta el padecimiento.

Anna Freud (1965), propone:

Las secuencias de desarrollo se han establecido en relación a ciertos aspectos de la personalidad.

Se tienen las secuencias de las fases libidinales que corresponden a edades específicas, con sus manifestaciones, como es en la fase oral, que implica el morder, escupir y en la fase anal las torturas sádicas, pataletas, destruir, y así, en las demás fases.

Por otro lado, existen mediciones de las funciones intelectuales, clasificadas por escalas ya establecidas de acuerdo a su edad. De esta forma, se puede observar la dependencia emocional del niño, hasta la autosuficiencia, dan-

do la línea de desarrollo una base para la evolución de la madurez o inmadurez emocional o la normalidad o anormalidad del niño.

Otra línea de desarrollo es de la dependencia hasta la autosuficiencia emocional y las relaciones objetales adultas:

Abarca desde la dependencia del recién nacido, hasta la autosuficiencia material y emocional del adulto joven.

1o. Unidad biológica madre-hijo dando el narcisismo de la madre hacia el hijo (Milieu narcisista interno en el niño).

Según Mahler (1952), se divide en fases autistas, simbióticas y de separación-individuación.

2o. Relación anaclítica con el objeto parcial (M. Klein 1957) o satisfacción de necesidades somáticas y derivados de impulsos dado la catexia de objetos se libera al impacto de seos, retrayéndose al ser satisfechos.

3o. Constancia objetal, mantenimiento de una imagen - interna y positiva del objeto independiente de la satisfacción o no de los impulsos.

4o. Relación ambivalente de la fase pre-edípica, sádico anal, con actitudes del yo de depender, torturar, dominar y controlar los objetos amados.

5o. Base fálico-edípica, centralizada en el objeto, con una actitud posesiva hacia el progenitor del sexo contrario con celos hacia el progenitor del mismo sexo, deseo de ser admirado y actitudes exhibicionistas.

6o. Período de latencia , disminuyen los impulsos y la transferencia de la libido desde figuras parentales hacia los compañeros, grupos comunitarios, maestros, líderes, con objetivos sublimados o inhibidos, demostrando fantasías de desilusión y denigración de los progenitores.

7o. Pre-adolescencia. "Rebeldeía de la adolescencia" - dando retorno a conductas y actitudes anteriores, especialmente del objeto parcial, de la satisfacción de necesidades.

8o. Lucha del adolescente, negar, contrarestar, aflojar y cambiar vínculos con objetos infantiles, defendiéndose contra impulsos pregenitales y estableciendo supremacía genital, dirigiendo la catexis libidinal hacia objetos del - sexo opuesto fuera del círculo familiar.

No existe una determinación hacia una edad, es posible el tolerar las separaciones para que se adecúen al yo y no sean traumáticas, ya que se ha visto que las interferencias en el vínculo biológico de la relación madre-hijo (fase 1) darán lugar a una ansiedad de separación (Bowlby, 1960) o el "falso yo" (Winnicott, 1955), dado por la incapacidad de las madres para dar ese confort que determina trastornos de los procesos de individuación (Mahler, 1952), o una presión analítica (Spitz, 1946) o el desarrollo precoz del yo (James, 1960). Las relaciones libidinales insatisfactorias con objetos inestables hacia la fase sádico anal (fase 4), trastornan la fusión entre libido y la agresión dando agresividad incontrolable. Solamente alcanzada la fase objetal - (Fase 3) que la ausencia externa del objeto se sustituye con una imagen interna permanentemente, puede permitir separaciones temporales en proporción al progreso de la constancia objetal.

Se ha visto en el desarrollo que:

- * La actitud de apego durante el segundo año (fase 4), es un resultado de ambivalencia pre-edípica y no de los mimos maternales.
- * No es realista esperar durante este período final - (Fase 4) las relaciones objetales mutuas que aparecen en la fase 5.
- * El niño no se puede integrar al grupo hasta que la libido se haya transferido de los padres a la comunidad.
- * Las reacciones en relación con la adopción, son mayores durante la última parte del período de latencia, (fase 6) y se da el proceso de desilusión normal de los padres, sintiendo que son adoptados, se mezclan con la presencia de un "romance familiar".
- * Las sublimaciones en nivel edípico (Fase 5) y desarrolladas durante el período de latencia (fase 6) pueden desaparecer en la pre-adolescencia (fase 7) no a través del desarrollo o la educación, sino por la regresión a fases 2, 3 y 4 propia de esta fase.
- * Es poco realista por parte de los padres, oponerse a la liberación del vínculo existente con la familia o la lucha contra impulsos pregenitales (Fase 8) como romper el vínculo biológico durante la Fase 1 y oponerse a las manifestaciones autoeróticas pregenitales durante las fases 1, 2, 3, 4 y 7.

Aunado a esta línea de desarrollo propuesta por A. Freud, es importante intercalar a Therese Benedek, la cual hace una revisión de las fases del desarrollo, propuestas por S. Freud considerando que el nacimiento del niño viene a ser como la "irrupción de la simbiosis fetal", el recién nacido se vio en esta circunstancia, sujeto a cambio de fisiología, al volverse activo, respirando, al mamar y degluir, etc.

Al nacer, la red nerviosa vegetativa no está del todo integrada, en el que el recién nacido tiene una serie de manifestaciones de incomodidad, alcanzando umbrales que activan el llanto, continuando con creciente intensidad hasta que se satisfaga la necesidad.

A razón de las cuatro semanas de vida, el funcionamiento vegetativo se encuentra más uniforme. Sus primeras sensaciones son olfativas, vestibulares y táctiles, después acústicas y visuales, habiendo sido satisfechas las de respirar, mamar y degluir.

El contacto con la madre hace advertir sentimientos de seguridad que le permite irse desarrollando y si este desarrollo no es perturbado, el niño conserva estos sentimientos.

La confianza es el correlato intrapsíquico de estado pasivo receptivo, protegiendo al niño de la intensidad de estímulos externos y actúa una protección emocional facilitando el aprendizaje.

Así pues, se presenta una comunicación preverbal entre la madre y el hijo, en donde el niño percibe el estado en que se encuentra su madre, pudiendo existir perturbaciones en esta relación primaria, manteniendo al infante en estado de tensión.

Es aquí donde se puede ir consolidando un inicio de padecimientos psicósomáticos, en los cuales la oralidad se encuentra acompañada de estado de tensión con respecto al medio que rodea al niño.

T. Benedek (1950) muestra que, el niño a los tres meses reconoce a la madre; a los cuatro, sigue los preparativos para su alimentación porque se va dando:

- 1.- Diferenciación entre el yo y el ambiente.
- 2.- Percepción de la madre como objeto para aliviar tensiones internas.
- 3.- Experiencia de la necesidad de satisfacción.
- 4.- Atención hacia objetos animados e inanimados.

Estas fases durante los primeros tres meses, constituyen la fase oral pasivo receptiva, durando hasta que el niño sea capaz de tomar con sus manos los objetos, comenzando a diferenciarse el "Yo" y el "Ello", de acuerdo a las relaciones objetales primarias.

Aquí se puede considerar que se ubica la fase 2 de la líneas de desarrollo de Anna Freud.

Todas las fuentes de energía vital producen en el niño sensaciones placenteras para aliviar tensiones de su cuerpo, dando como consecuencia placer en donde no se diferencia el ello y el yo, engendrándose impulsos que pueden apoyar o entrar en conflicto, con los procesos de maduración que constituyen la tarea del yo.

La primera etapa de la libido es la "fase oral" que se focaliza en la boca, siendo su finalidad la incorporación y "el proceso está al servicio de la identificación".

Es aquí donde se encuentra la fase "oral activo-incorporativa", caracterizada por los intentos de dominar, mediante la incorporación y manifiesta impulsos agresivos, generalmente dirigidos hacia la madre. Dado que el infante no tiene otro medio de desfogar su incomodidad o tensión más que por medio de acceso de llanto, responden como "Tormenta de excitación".

El dolor y la tensión aumentan por conseguir alivio y restablecer contacto con la madre, si la madre no logra satisfacer ésto se llevará a cabo una "Incorporación hostil" produciendo sentimientos de frustración que lo lleva al agg tamiento, tendiendo a originar en la menor ambivalencia y - un conflicto intrapsíquico.

Durante este período el yo y el ello comienzan a diferenciarse de acuerdo con el desarrollo de las relaciones - objetales primarias.

A su vez Margaret Mahler (1952), propone la fase "autística normal" en el desarrollo del infante, que abarca las - primeras semanas de vida (1a. a 4a. semana), correspondiendo a estas primeras fases. El neonato parece un organismo puramente biológico, con respiración instintiva a los estímulos que son reflejos. Sólo se puede hablar de aparatos - primitivos y no integrados del yo, así como mecanismos de - defensa somáticos, con reacciones de desbordamiento y descarga, cuyo fin es el de mantener la homeostásis, predominando los procesos fisiológicos. La energía o catexia libidinal, tiene que ocurrir como un desplazamiento progresivo de la libido desde el cuerpo hacia la periferia.

En esta etapa se ha considerado según Freud (1895), como la percepción al servicio de la motivación de logros de placer, produciendo una "identidad perceptual" de un estímulo externo, con un correspondiente recuerdo placentero.

Según Hartmann (1939), considera que el neonato trae - consigo al mundo exterior el equipo de autonomía primaria. Estos aparatos obedecen a las reglas de organización cenes-tésica del sistema nervioso central. En esta fase sí existe cierta responsividad a los estímulos externos que contribuyen a la continuidad hacia fases posteriores.

En terminos que prevalece en el funcionamiento mental del niño, el principio del placer, Anna Freud (1966), considera que para el niño el objeto que se encuentra cerca de él, solo es una cosa: el que le da satisfacción inmediata. El objeto que no logra llenar este propósito, en un momento dado, no podrá mantenerse como tal y es cambiado por otro que sea más satisfactorio. Las necesidades es preciso ponerlas bajo el control del yo, antes de que objetos no satisfactorias puedan conservar su catéxia.

Aproximadamente entre los 5 y 24 meses, la separación con respecto al objeto, provoca extrema angustia, pero el infante se halla dominado por sus necesidades en forma tan exclusiva, que no puede mantener su adhesión a un objeto no satisfactorio.

A medida que el yo madura, el principio del placer cede ante el principio de realidad, y los niños desarrollan en forma gradual, la capacidad de conservar la catéxis libidinal con respecto a objetos de amor ausentes durante separaciones cada vez más largas.

M. Mahler (1952), propone una segunda fase que la llama "fase simbiótica normal" que abarca del 1er. mes al 5o. mes, correspondiendo a la fase 1, 2 y 3 de la línea de desarrollo que propone A. Freud.

En este estadio, se establece la interdependencia entre la madre-hijo, en donde la vigilia en el niño constituye continuos intentos por lograr la homeostásis, no aislando procedimientos de hambre y necesidad, buscando reducir la tensión por medio de fenómenos expulsivos como son el orinar, defecar, escupir, toser, etc., dando con la ayuda de la madre una calidad de experiencia "placentera-buena" y otra "penosa-mala".

Aún aquí no se ha diferenciado las representaciones - intrapsíquicas del "self" y de la madre. Se constituye un sistema dual y omnipotente, entre la madre y/o las atenciones que ésta prodiga a raíz de la presión de la "necesidad".

Persiste el narcisismo primario, "el infante comienza a percibir la sensación de sus necesidades como algo que - viene de algún objeto-parte que lo satisface. La necesidad se vuelve gradualmente en un deseo y más tarde en el objeto de afecto específico de anhelo "ligado a un objeto".

De esta manera se comienza el establecimiento de las "islas mnémicas" siendo que la catexia de la madre es el - principal logro psicológico de esta fase. Sin embargo, la diferenciación más primitiva solo puede ocurrir si se logra un equilibrio psicofisiológico que depende de cierta compatibilidad de las pautas de descarga de la madre y del infante y, luego, de sus pautas de interacción dadas por señales mutuas y por el moldeamiento adaptativo del infante. (Winnicott, 1956).

De este punto, se establecen subfases en la clasificación de Mahler, llamando a la primera: "Diferenciación y el desarrollo de la imagen corporal":

- * Alrededor de los 4 ó 5 meses de edad comienza, dentro de la etapa de simbiosis, la subfase de separación-individuación o diferenciación, en la cual la receptividad cenestésica (Spitz) en la que el menor se ha familiarizado con la mitad materna y utiliza la sonrisa que se transforma gradualmente en una respuesta específica (preferencial) de sonrisa a la madre, es un signo crucial que establece un vínculo - específico entre los dos.

Comienza a disminuir la dependencia corporal total de la madre, a medida que se va madurando las funciones locomotrices, adaptándose a ellas por medio del tacto y pudiendo apartarse de ella, comenzando una catexia con el mundo exterior, dirigiendo su atención, además de hacia adentro, se expande con el advenimiento de la actividad perceptual en los períodos de vigilia. A este proceso se le ha llamado "Ruptura del cascarón".

- * Alrededor de los 6 meses comienzan los intentos de experimentar la separación-individuación, en donde se va experimentando la diferenciación de su cuerpo con el de su madre, al igual que su yo respecto al no yo, que son la exploración táctil y visual del rostro y cuerpo de la madre.

Es de considerar, dentro de esta etapa, el manejo de ansiedad del menor, ya que se comienza a consolidar un aprendizaje sobre el manejo de la misma, que puede repercutir en etapas posteriores como mecanismos de adaptación o agresión hacia el mundo externo o hacia él mismo, siendo así pautas defensivas, como pueden ser la presencia del padecimiento asmático.

El segundo período es el de ejercitación locomotriz el cual se divide en:

- 1a. Subfase de ejercitación, anunciada por la temprana capacidad del infante de alejarse físicamente de su madre gateando, poniéndose en pie, etc., pero aún agarrando.

- 2a. Subfase de ejercitación, propiamente dicha, caracterizado fenomenológicamente por locomoción vertical libre.

Aquí se da la rápida diferenciación corporal de la madre, en donde el establecimiento de un vínculo específico con ella y el desarrollo y funcionamiento de los aparatos autónomos del yo en estrecha proximidad con la madre, constituyen una parte del proceso de separación-individuación dado a su vez por la maduración del aparato locomotriz, a - venturándose el niño cada vez más de los pies de la madre, estando en ocasiones, por largos períodos separado de la madre, volviendo periódicamente a ella, por la necesidad de su proximidad física.

A este fenómeno Furer (1964) lo llamó "Reabastecimiento o recarga emocional", en que el infante se vigoriza después de este contacto.

Es aquí donde la catexia libidinal se desplaza sustancialmente y pasa al servicio del yo autónomo, en rápido desarrollo y de sus funciones, el niño parece embriagado por sus facultades.

Se da el narcisismo como principal característica de este período de ejercitación dado en sus propias funciones, su propio cuerpo y objetivos de su "realidad" en expansión. Al mismo tiempo, se presentan golpes, caídas y demás frustraciones. El deambulador en el proceso de separación-individuación, encuentra en el narcisismo una forma de compensar las amenazas de pérdida de objeto. Por otro lado, se impulsa a intercambiar parte de su omnipotencia mágica por el placer de su propia autonomía y de su creciente autoestima, en cooperación con la actitud de la madre.

- 3a. Subfase de acercamiento, en donde ya el niño como deambulador, se vuelve más consciente y hace uso cada vez mayor de su separación física. Sin embargo, junto con el desarrollo de sus facultades cognitivas y la creciente diferenciación de su vida emocional, "hay una notable disminución de su impermeabilidad previa a la frustración, así como un relativo olvido de la presencia de la madre".

De esta forma, se observa que hay un aumento de ansiedad de separación con temor a la pérdida del objeto. La falta de interés por la presencia de la madre, era característica de la subfase de ejercitación, se reemplaza por el interés de determinar dónde está la madre y por una conducta activa de acercamiento. Con la conciencia de separación - adquirida por su capacidad y por el desarrollo cognitivo, - surge el deseo que la madre comparta con él nuevas habilidades y experiencias con necesidad del amor objetal.

El papel de la madre en esta etapa es de suma importancia, ya que "es el amor de la madre, por el deambulador y su adaptación de la ambivalencia de éste, lo que permite al niño catectizar su autorepresentación con energía neutralizada". Esto se lleva a cabo volviéndose cada vez más importante el lenguaje simbólico, la intercomunicación vocal y - de otros tipos, así como el juego utilizando el amor en lugar de la agresión. (Mahler, 1952).

Esta parte puede constituir una etapa en la que el niño asmático comienza a presentar gran angustia al separarse de la madre y poder confundir hasta cierto punto sus autorrepresentaciones tanto de la madre como de sí mismo.

La exigencia del deambulador, de constante participación de la madre, en ocasiones la confunde, siendo que las madres no pueden aceptar esta actitud demandante y exigente de sus hijos y otras son incapaces de aceptar la gradual separación del niño y el hecho que éste se vuelva cada vez - más independiente de ellas.

El juego facilita los saludables intentos de imitación e identificación del niño, la internalización de la relación entre la madre y el deambulador, puede progresar hasta el punto que se inicia la comunicación verbal. El niño oscila entre ser dependiente y omnipotente o que la madre haga todo, sin reconocer que la ayuda es de afuera.

La fuente de máximo placer del niño se desplaza de la locomoción independiente y la exploración del mundo inanimado en expansión a la interacción social. En esta interacción ya a los 15 meses, el niño incluye al padre como una - extensión activa de su relación madre-hijo. El infante - percibe de alguna manera que existe una relación del padre con la madre, cuya fase de separación-individuación y pre- edípica, se empiezan a consolidar.

Alrededor de los 18 meses, los deambuladores se presentan muy ansiosos en ejercitar a fondo su autonomía, se producen conflictos que parecen concentrarse en el deseo de estar separado y omnipotente y hacer que la madre satisficiera sus deseos mágicamente, sin tener que reconocer que la ayuda llegaba del exterior. El humor que predomina es de insatisfacción general, tendiendo a rápidos cambios de estado de ánimo, dando como consecuencia una ambivalencia de afectos, buscando alejar a la madre y aferrarse a ella.

También existe el enérgico resurgimiento de la reacción ante extraños, con "timidez", ocurriendo ante personas del mundo exterior que en un momento anterior de la vida del niño, habían sido consideradas como amigos preferidos.

La indecisión es típica de este período, en que son incapaces de decidir si se incorporarían o no a actividades - que ocurren donde se encuentren.

De igual forma se puede correlacionar con aspectos dados en el padecimiento asmático, en donde existe ante la enfermedad una ambivalencia en relación con la madre, de acercarla bajo las crisis y al mismo tiempo, se propicia un alejamiento, provocando una conducta autoagresiva al presentarse el conflicto.

La necesidad de manejar afectos de tristeza y colera, la decepción causada por la madre, la comprensión de sus - propias capacidades limitadas, pudiéndose rastrear en muchos tipos de conductas, hacen que el niño luche en contra de sus propias lágrimas, que son representaciones de sensaciones y estados afectivos.

En las reacciones de separación, durante las crisis de acercamiento (18 a 21 meses), comienzan a producirse dificultades en el proceso de despedida, aferrándose a la madre. Cuando la madre se aleja, el niño busca otro objeto de amor que no entra dentro del mundo materno, sino que es un sustituto simbiótico de la madre. Así pues, se dan mecanismos de escisión, requiriendo de una fantasía dada por el niño - de una "madre mala" o una "madre buena" que, ante la vuelta a la madre verdadera, puede haber un impulso de búsqueda o rechazo utilizando objetos transicionales que le permiten - bajar su ansiedad. De esta forma se da un nuevo cambio que a los 21 meses, ya que cada niño va encontrando la distancia óptima con la madre, pudiendo estar cercano pero separado, estimulando al niño a ejercer su autonomía y placer en la - interrelación social.

Esto es propiciado por el desarrollo del lenguaje que ante la designación de objetos y expresión de deseos por medio de palabras, parece proporcionar al deambulador un mayor sentimiento y capacidad para controlar el ambiente.

Se ha observado que este proceso de separación con la madre, se dificulta mayormente en niñas que en los niños, dando la explicación Mahler, que basandose en que el narcisismo en las niñas ante la ausencia de pene, viene a ser como un reproche hacia la madre, volviéndose en ocasiones exigentes e impetuosas.

En los niños se presentan diferentes manejos de ansiedad, ante esta separación con la madre, dependiendo de la actitud de la misma hacia el niño, proporcionando en este sentido o inhibiendo la individuación.

Es aquí donde se encuentran características del asmático, ya que ante la presencia del padecimiento, se manifiesta mucha ansiedad de separación de la madre principalmente, existiendo correlación con esta subfase específica que probablemente repercute en el niño asmático.

Cualquier fenómeno que sea estudiado, permitirá especialmente en niños dilucidar los factores que deberán estar amparado en cualquier teoría del desarrollo, permitiendo ubicar factores que repercuten en este desarrollo.

Ante este control locomotriz, logrado por el niño, - así como la relación dada con los objetos, se puede ubicar la 4a. fase de la línea de desarrollo de Anna Freud (1965), que considera viene a ser una fase en donde el yo va a depender y a su vez va a aprender a controlar por medio de el control de esfínteres.

T. Benedek (1950), en base a la teoría de Freud, considera que cuando el principio de realidad comienza a asumir el control de la conducta, el niño entra en la "fase sádico anal" del desarrollo, en el que la zona erógena es el ano, - reteniendo y eliminando, siendo la fuente de placer.

Tiende a posponer la gratificación inmediata, para asegurarla más tarde, al dominar la situación de la realidad, y el principio del placer que tiene hacia la gratificación inmediata. Al comenzar a caminar, el niño va dando la importancia que el siente necesaria hacia las relaciones interpersonales, cooperando con los adultos en sus actividades, mereciendo su aprobación.

El entrenamiento de esfínteres es el primer esfuerzo - consciente del yo, para dominar el impulsos del ello. Se establece un conflicto entre ensuciar o lograr el elogio, y el amor de la madre. Con su obediencia, el niño consigue la aprobación tanto externa, como un sentimiento interno de dominio, en donde lucha el yo por realizar un intento contra el impulso, sin la presencia de la madre, incorporándose el ruego de la madre, apareciendo la angustia como señal de peligro, amenazando los impulsos en irrumpir el control del yo, estableciéndose así los "conflictos estructurales".

Así pues, si se entrena severamente al niño, las prohibiciones incorporadas, son tan primitivas que el niño se revela contra ellas y trata de devolver la hostilidad hacia la madre sentida por él.

Freud (1948), describe las tendencias pasivas y activas en donde las "pasivas" coinciden con la incorporación e identificación con la madre y con el desarrollo de ambivalencia entre ellos. La fase "activo-anal" se establece con el control esfinteriano y erotización de los impulsos auto-afirmativos.

A los dos o tres años, el niño comienza a hablar, dándose una maduración progresiva del aparato del lenguaje y del rendimiento intelectual. La hostilidad contra los padres o animales es una hostilidad volcada hacia sí mismo, - siendo resultado de tendencias sádico-anales dadas en esta etapa.

El super-yo se manifiesta en medidas defensivas del yo, logrando el poder sentir aversión y vergüenza, como formaciones reactivas del yo contra el impulso instintivo, pudiendo ser defensas del yo, puesto que protegen algo, haciendo indeseables los impulsos del ello. En esta fase la seguridad no es perturbada con la madre, que es la que otorga al niño (varón) la autoafirmación y el valor de liberarse de la dependencia con ella, pudiendo empezar la identificación con el padre. En las niñas, el sentimiento de confianza en la madre, proporciona impulsos de identificación.

De esta forma, M.Mahler (1965) ha visto que las crisis de acercamiento, transforman el conflicto intrapsíquico - irresuelto, constituyendo un punto desfavorable de fijación. Hay una necesidad de renunciar a la omnipotencia simbiótica, dando una imagen corporal y presión del cuerpo, en especial los puntos de libidinización zonal. Estas exigencias no sólo indican el comienzo del desarrollo del superyo, sino que se expresa en temor a la pérdida del objeto que va paralelo a las reacciones sensibles de aprobación y desaprobación de los progenitores, con la presencia de un conflicto de ambivalencia durante la subfase de acercamiento, por la rápida alternancia de conductas de aferramiento y negativismo, llamado "ambitendencia", situación que se produce mientras las tendencias de contraste no están plenamente internalizadas. Mediante estos casos se puede ver algunos reflejos del hecho de que el niño ha escindido el mundo de los objetos en "bueno" y "malo", defendiendo al objeto "bueno" y "malo", defendiendo al objeto "bueno" contra los derivados del impulso agresivo.

Ahora, en la fase fálica-edípica (fase 5, Anna Freud, 1965), la primera respuesta fálica en la niña es la curiosidad por los órganos genitales del otro sexo, que compara con los suyos y según esto se comprueba que no tiene pene; descubre el clítoris con un sentimiento de inferioridad que motiva el deseo de tener un pene y esto es el centro del "complejo de castración femenina". Así se da un movimiento de la niña hacia el padre con el deseo de incorporar su pene y ser amada por el padre, que representa una amenaza de perder las gratificaciones maternas. De esta forma se representa el la niña dos tendencias instintivas en conflicto:

- 1o. El deseo de estar en lugar de la madre y ser amada por el padre.
- 2o. El deseo de ser hija y sentirse amada por la madre.

El niño por su parte, busca la identificación con el padre, quisiera ocupar su lugar con la madre, aunque no se pueda consumir, la culpa del niño se concreta con el pene y aparece el temor a la castración, que impulsa a la represión de tendencias sexuales hacia la madre y se inicia la más importante estructuración de la personalidad.

Se internaliza la prohibición sexual y el super-yo queda establecido.

En esta etapa hay manifestaciones psico-sexuales que sirven como defensas del yo, las cuales son:

- 1) Curiosidad sexual, como un intento de dominio por la intelectualización, mediante el conocimiento del aparato sexual.

- 2) Teorías sexuales infantiles como intentos de resolver el enigma de las funciones procreadoras.
- 3) La negación como defensa del yo que demuestra la -represión de un impulso ajeno al yo, tratando de -desexualizar a los padres.
La percepción auditiva y visual de relaciones sexuales entre los padres, constituye la "escena primaria" en la cual la excitación sexual concomitante en el niño y la angustia suscitada, pueden representar un trauma de intensidad patológica ya que pueden utilizar la racionalización de su angustia, causada por la tensión sexual presentada.
- 4) El concepto sádico de la sexualidad como la idea -angustiosa del contacto sexual, como actividad en extremo brutal que pone en peligro a alguno de los padres, en especial a la madre, provocando en el -niño, la sensación de tendencias agresivas amenazadoras, produciendo tensión conflictual que marca una inhibición masiva de los impulsos.
- 5) La identificación con el sexo opuesto, que surge -como una necesidad del objeto, anclando en el mundo interno, lo cual le sirve para evitar la pérdida del amor del objeto, surgiendo, por otro lado, el temor a la castración, lo cual hace que niño se -de cuenta de las diferencias entre los dos sexos,-desarrollándose el "Complejo de Edipo negativo", -deseando reemplazar a la madre. Disminuye el temor a la vagina y del padre poderoso. Busca la -identificación con el padre, lográndose el "Complejo edípico positivo-normal".
En la niña se presenta un intento de huir a tendencias heterosexuales, identificándose con la madre.

Continúa la fase 6 que corresponde a:

La fase de latencia, que viene a ser la cuarta etapa, que se presenta aproximadamente a los 6 años, en donde el yo es más libre a las teniones causadas por los impulsos sexuales, habiendo una desexualización, permitiendo en el niño crecimiento social y mental. Se considera como la fase de formación del carácter.

Las tendencias biológicas de dar, tomar, retener y limpiar, presentan ser hábitos de la función del yo, durante - esta período. Al igual se presenta el robo, como forma de actuar la tensión, que resulta de la lucha del niño con las frustraciones que se le presentan. Experimenta un incremento de las tendencias, que traduce en deseo de apropiarse de las cosas que no son suyas. Tiende al orden y hacia la retención. La fantasía es frecuente como válvula que alivia tensiones y proporciona peldaños intermedios en el desarrollo. El principio de prohibición se internaliza, tendiendo a ser rígido, compensando las frustraciones y, de esta forma, se inhiben áreas de la personalidad, el super-yo puede acceder y producirse el "actuar" (acting-out) y otras regresiones.

A pesar que se considera un período asexual, el niño - se encuentra protegido por las defensas del yo, en donde el super-yo es estricto y rígido, como protección a su vez de los impulsos ajenos al yo. (T. Benedek, 1950).

De esta forma, explicando el desarrollo psicosexual que presenta el niño, se puede presentar un anclaje desde la - etapa oral, que puede repercutir en las subsiguientes fases del desarrollo. Pero este anclaje no puede explicarse únicamente como concepto de fijación, a modo de funcionamiento psicológico en etapas como la oral, sino también es importante la teoría en relación al objeto.

Dentro de esta relación que establece Anna Freud, así como los otros autores, los procesos de desarrollo de la patología infantil, y las manifestaciones adultas, definitivamente sí pueden existir con una internalización entre aqué- llo que se presenta durante el desarrollo de la infancia y la patología dada en la edad adulta.

La ubicación dentro de las diferentes etapas o líneas de desarrollo, nos permite el poder constatar hasta qué punto cae dentro de la normalidad y cuándo puede ser un indicio claro para la presentación de un fenómeno patológico poste- rior en el sujeto en la edad adulta.

La función de las instancias psíquicas, dentro de las manifestaciones patológicas en la infancia como son las neu- rosis infantiles, demuestran una confusión en su funciona- miento individual, provocando sistemas neuróticos que rechazan esta situación.

También es de suma importancia los trastornos en el - desarrollo, dados por tensiones externas que se encuentran fuera del control del niño, por sus mismas incapacidades tan- to motoras como emocionales, en relación a su maduración, - como trastornos internos que pueden manifestarse en el sue- ño, alimentación, temores arcaicos, motrices y durante la - fase fálica y de latencia, en donde por un inadecuado con- trol y falta de atención de síntomas significativos dados - por manifestaciones claras de inadecuación por parte de los niños, pueden provocar neurosis infantiles de especial signi- ficancia.

De esta manera, expuesto el desarrollo esperado en el niño , es entendible que se encuentra situaciones ajenas al menor, que provocan diferentes sensaciones de angustia y te-

mor que pueden provocar conductas que el niño no pueda controlar, dando como consecuencia cierta patología.

Del mismo modo ante la presencia de una ineficiencia orgánica, que venga a desestructurar su homeostásis, como es el caso del niño asmático, va a repercutir directamente en esta área del desarrollo psicológico, dependiendo a su vez de la etapa en que se presente el inicio del padecimiento y bajo que condiciones, sobre todo en las relaciones objetales.

IV ASMA BRONQUIAL

IV.- 1. CONCEPTO DE PSICOSOMATIZACION

El padecimiento asmático, se clasifica dentro del grupo de enfermedades que poseen un contenido psicossomático. Este hecho fue señalado por F. Alexander, en 1979 y menciona que:

"Las enfermedades psicossomáticas consisten en la aplicación coordinada de métodos y conceptos somáticos (anatómicos, fisiológicos, farmacológicos y quirúrgicos) así como - métodos y conceptos psicológicos, estudiados con los mismos criterios científicos"

Otro enfoque dado por Henry Ey (1976), considera a las enfermedades psicossomáticas como verdaderos hábitos patológicos de larga duración o cíclicos (como la tuberculosis, - asma, hipertensión) que expresan un estilo particular de - personalidad y una manera peculiar y prevalente de las reacciones del sujeto a sus condiciones de vida.

De esta forma, haciendo una diferenciación con somatización, se ha visto que es todo síntoma o síndrome funcional en el cual el médico encuentra como unidad patológica a la - vez, una expresión fisiológica y una expresión psicológica manifiestamente coordinadas. Síntomas o trastornos físicos directamente expresivos de emociones, cuyas descargas pertenecen al sistema nervioso autónomo. (F. Alexander, 1979)

Se ha visto que el estado emocional de una persona, - puede tener una profunda influencia sobre el curso de cualquier enfermedad y este padecimiento se ha clasificado dentro del grupo de enfermedades que poseen un contenido psicósomático.

Los procesos psicológicos son dados en función del centro integrador que es el sistema nervioso central. Esencialmente son similares a otros procesos del organismo. La diferencia es que se perciben subjetivamente, siendo necesario ser estudiado por técnicas psicológicas.

Estas técnicas difieren en mucho respecto a los métodos empleados en medicina, por lo que la coordinación de estos tipos de enfoques choca con dificultades intrínsecas que se van superando paulatinamente.

La orientación psicósomática actual en la medicina, - puede considerarse que partió de la orientación de Freud, - ya que encaró la psicología desde un punto de vista consistentemente biológico, considerando los procesos psicológicos como funciones del organismo viviente que estaban al servicio de la supervivencia y propagación.

Franz Alexander y Thomas S. Sasz (1970), comentaron: "que en los últimos 20 años se cumplió una nueva fase de - investigaciones psicósomáticas, que se inicia, determinada por la aclaración conceptual de la diferencia existente entre los síntomas de conversión histérica y las respuestas vegetativas a los estímulos psicológicos.

Se comprobó que la semejanza entre un síntoma de conversión histérica (tal como la parálisis de un miembro) y las respuestas vegetativas de las emociones (tal como el aumento de secreción gástrica o de la presión sanguínea), está dado por el hecho de que ambas son "psicógenas", sien-

do el resultado de una tensión emocional crónica no aliviada.

Sin embargo, los mecanismos que intervienen son fundamentalmente diferentes en cada caso, tanto en el aspecto fisiológico como en el psicodinámico. El síntoma de conversión histérica es un intento de aliviar simbólicamente una tensión emocional. Es una expresión simbólica (desplazada) de un contenido emocional definido. Este mecanismo está restringido a los sistemas neuromuscular voluntario o perceptivo, cuyas funciones son expresar y aliviar las emociones.

Contrastando con ésto, la neurosis vegetativa no es una expresión sustitutiva de la emoción, sino su concomitante fisiológico (normal)".

El término "conversión" abarca, de esta forma, una serie de síntomas orgánicos carentes de base fisiológica determinable, que parecen surgir como resolución simbólica de conflictos emocionales, presentándose generalmente en partes del organismo que se hayan bajo el control voluntario.

A partir de las corrientes que se ocuparon del problema de la psicomaticidad, surgen tres escuelas:

- a) Escuela de la neurosis histérica conversiva: Específica que los factores psicológicos que influyen perturban las funciones de los órganos vegetativos, son tan específicos como los que han sido establecidos en los casos de histeria de conversión, es decir, tienen un significado simbólico que puede ser resignificado en términos psicológicos. Franz y Alexander (1979), consideran que en la actualidad ésta idea se ha abandonado por completo.

b) Escuela de no especificidad:

En donde la naturaleza de los factores emocionales activos, no pueden determinar la naturaleza de los trastornos vegetativos, ya que diferentes estímulos psicológicos pueden producir la misma respuesta vegetativa. De acuerdo a esta escuela, el origen del trastorno vegetativo depende de factores constitucionales o de una vulnerabilidad previamente adquirida en el órgano afectado.

c) Escuela de la especificidad:

Esta considera que cada estado emocional tiene su propio síndrome fisiológico. Por ejemplo: la presencia de ira o temor, conducen a un aumento de la presión sanguínea y a una acción acelerada del corazón. Y señala que el desarrollo de una enfermedad psicósomática depende de la presencia de tres variables:

1. Una vulnerabilidad del órgano o sistema ya sea heredada o adquirida tempranamente.
2. Patrones psicológicos de conflictos y defensas formadas en los primeros años de vida.
3. Situaciones de vida precipitantes.

La orientación biologista de Freud, se pone de manifiesto en la concepción del "aparato mental", cuya función es - para él, "la perseveración del equilibrio del organismo, satisfaciendo sus necesidades instintivas (biológicas) y protegiéndolo de los estímulos externos demasiado intensos".

Sin embargo, la función última del aparato mental es - ejecutiva: el control de la conducta voluntaria coordinada, que se basa en la integración de los datos de percepción - interna y externa por medio del razonamiento.

Cuando falta el alivio de las tensiones instintivas mediante un compromiso coordinado y adecuado, dichas tensiones buscan otras salidas. Los síntomas neuróticos son adaptaciones que se producen ante tales fallas de la descarga adecuada de las tensiones instintivas, a menudo, por sustitutos autoplásticos inadecuados de una acción aloplástica adecuada.

Anteriormente se mencionaron los síntomas de conversión histérica que, vienen a ser fenómenos somáticos aislados a los síntomas osteo-muscular y sensorial. Tales síntomas son causados por procesos mentales inconscientes que, a causa de la represión, no encuentran salida en el comportamiento motor. (Freud, 1936).

De esta forma, la naturaleza patológica de la conversión consiste en que, al estar sometida a estímulos emocionales continuos que provienen de conflictos sin resolver, las respuestas vegetativas se vuelven crónicas, dándose así un concepto etiológico de la enfermedad orgánica, pudiendo provenir, al menos en parte, de conflictos neuróticos.

La Asociación Americana de Psiquiatría, postuló los siguientes problemas físicos como poseedores de componentes psicósomáticos:

- 1) Desórdenes cardiovasculares como la hipertensión, la alta presión sanguínea, los espasmos vasculares y la migraña.
- 2) Los trastornos respiratorios, como el hipo y asma bronquial.
- 3) Los trastornos de la piel, como la neurodermatitis y los exzemas.

- 4) Los trastornos gastro-intestinales, como úlceras pépticas, las constipaciones, y las colitis inespecíficas.
- 5) Los desórdenes musculares-esqueléticos como los calambres musculares y el dolor de espalda.
- 6) Los trastornos hormonales como alteraciones menstruales.

(Citado en J. Sarason, 1977).

Por otro lado, tomando en cuenta los aspectos psicodinámicos en pacientes psicósomáticos, se presenta el temor a la pérdida de relaciones dependientes que es a menudo un factor importante. Un resentimiento crónico, por necesidades de dependencia no satisfechas y frustradas, no pueden expresarse abiertamente por los interesados, sin exponerse al riesgo de una pérdida mayor de atención dependiente, por consiguiente, dichas personas reprimen respuestas de enojo y resentimiento, que son descargadas fisiológicamente. (Mackinnon M. 1981).

Se desarrollan rasgos psicodinámicos complementarios, a medida que se experimentan reacciones inconscientes de su enfermedad física. Una reacción inconsciente es la del paciente que experimenta la enfermedad, como castigo de malas acciones anteriores. Podrá obtener una ganancia secundaria, por ejemplo: recibiendo una atención de dependencia complementaria, o castigando a sus parientes imponiéndoles sufrimientos. En un plano consciente, el paciente está preocupado por el efecto de su enfermedad sobre su futuro, haciéndose dependiente e incapaz, o de convertirse en una carga financiera.

De acuerdo con Mackinon (1973), se provocan tendencias regresivas, que según la estructura básica del carácter, un paciente podrá someterse a dicha tendencia y caer en un estado de desamparo y dependencia, en tanto que otro negará la enfermedad e insistirá en proseguir actividades usuales.

Algunos pacientes se sentirán deprimidos como resultado de su incapacidad por proseguir actividades usuales. El paciente tiende a negar la existencia del conflicto y sus emociones resultantes, como mecanismo central de defensa.

Todo lo anterior muestra un parámetro peculiar en cuanto al desarrollo de las enfermedades psicósomáticas, implicando factores tanto fisiológicos, como psicológicos, dando como consecuencia la manifestación del padecimiento, en cualquiera de sus formas.

Mucho se habla de la presencia de este tipo de enfermedades en los adultos, pero existe su presencia en niños.

Lo anterior se debe a una inadecuada sistematización - respecto al manejo e investigación acerca del mismo, ya que la psicósomática infantil, se ha estudiado a partir de la infancia de los enfermos psicósomáticos adultos.

Al parecer, en los últimos años, se ha ejercido un cambio, ya que unos pediatras incluyen trastornos funcionales diversos, entidades morbidas, síndromes psicósomático, epilepsia, hospitalismo y trastornos de la conducta. Otros separan aspectos somáticos de factores psíquicos y su repercusión. (Ajuriaguerra, 1973).

Dicho lo anterior, existe cierto peligro en hacer generalizaciones, ante el conocimiento de los mecanismos de organización en el niño que presenta un padecimiento psicósomá-

tico hacia la edad adulta , ya que se debe tomar en cuenta el desarrollo madurativo en el niño.

Dentro de los fenómenos psicosomáticos, existen dos corrientes:

- * Una la fisiología y/o psicología corticovisceral, basada en la escuela Pavloviana, en donde busca el "por qué" de los fenómenos y su punto de partida en la fisiología y la patología animal, estudiando las repercusiones somáticas de las neurosis. Esta neurosis puede repercutir sobre el funcionamiento de los órganos internos, la actividad de reflejo condicionada que relaciona un foco de irritación cortical con las víceras, pudiendo desorganizarse y perturbar el buen equilibrio del organismo. Si se prolonga puede transformarse en un estereotipo funcional patológico sistematizado. Consideran al sistema neuroendocrino de regulación visceral y metabólico encargado del funcionamiento vital, pero modificado en su propia regulación con la maduración. Las estructuras corticales y subcorticales (tálamo, hipotálamo, sistema límbico), desempeñan un papel esencial, en la expresión instintiva y emocional, siendo que se ha visto que las lesiones en esta región producen disregulaciones funcionales de la vida vegetativa. En estos sistemas son relativamente aislables en el terreno de algunos automatismos, pero no lo son en relación con el conjunto de funcionamiento del organismo.

- * En el segundo, se encuentra la patología psicósomática, que se ha desarrollado bajo el impulso de psicoanálisis. Trata de explicar "Cómo" y reintroduce en la medicina el hombre como sujeto. Corre el riesgo de introducir a la psique como único sujeto activo y al cuerpo como simple objeto suficiente y se tiene la impresión de que el disturbio es la consecuencia del conflicto, la psique y otras cosas. Se basan en hechos psicofisiológicos (fisiología de las emociones, fenómenos de stress, etc.) y valoran las situaciones de la vida misma, constituyendo tensiones que influyen en todo tipo de órganos, reaccionando en forma característica. Aquí el efecto es demasiado general para explicar las alteraciones peculiares, además el individuo entra en un grupo de rasgos dominantes del carácter, pero que la enfermedad no se aborda necesariamente ni en sus mecanismos ni en su dinámica. (Freeman y Cols., 1964).

Franz, Alexander (1971). comenta que, "el trastorno psicósomático 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". Según él, a partir de los conflictos infantiles de dependencia o agresividad se tiene, - de una organización de la personalidad que se expresa a través del sistema simpático y parasimpático produciendo alteraciones de órganos específicos. Se considera de gran interés el determinar la importancia respectiva del stress y el tipo específico de la personalidad.

Esta aportación dada por Alexander, coincide con esta investigación al unir variables como la agresión, ante situaciones traumáticas, que pueden producir un padecimiento psicossomático.

Según H. Seyle en 1950, la reacción de stress no puede definirse únicamente por la agresión, sino que también debe tenerse en cuenta la agresión que el sujeto recibe, la situación en que esta agresión se produce y lo que representa para el sujeto. Se pueden aceptar factores de stress psicógenos específicos para casos particulares de cualquier síndrome, ya que un mismo paciente puede no adoptar siempre el mismo "canal" de expresión, incluso frente a un stress parecido.

Es por esto que surgen distintas formas de explicación hacia la etiología del padecimiento según la tendencia del autor, ya sea biólogo o psicoanalítico, no pudiéndose encontrar el fondo del hecho biopsicológico de los síntomas o enfermedades psicossomáticas.

En ocasiones intervienen explicaciones de naturaleza especulativa como el placer somático, las respuestas cuantitativas heredadas de la libido, factores constitucionales, etc., que dificultan la elección hacia la agrupación como enfermos psicossomáticos y con las hipótesis patogénicas.

Es por esto que al interesarse por la psicogénesis del trastorno y al imitar las formas de pensar del paralelismo psicofísico, la mayoría de las teorías psicossomáticas de orientación psicoanalítica, son discutibles cuando quieran explicar hechos fisiológicos, ya que no se puede separar fácilmente lo biológico de lo psicológico. (Ajuriaguerra, 1973).

Así pues, ya dado el perfil de las enfermedades psicósomáticas, se encuentra en la clasificación de las mismas, el tema de estudio, que es motivo de la investigación:

E L A S M A.

IV.- 2. DEFINICION DE ASMA.

Partiendo de la existencia de diferentes autores que estudian, tanto las enfermedades psicósomáticas, como el asma, se darán varias definiciones de asma:

1) El asma bronquial es una enfermedad recurrente con obstrucción de las vías respiratorias, las cuales responden con bronco-constricción y edema, así como una excesiva secreción como respuesta a una gran variedad de estímulos como alérgenos, infecciones pulmonares, estímulos psicológicos, que pueden solo o en combinación con otros, iniciar la vasoconstricción, pudiendo ser temporal o leve, episódica o paroxística, crónica o severa, estacional o perenne. (Berman & Mac Donnell, 1981).

2) El asma se considera como una enfermedad caracterizada por ubicarse en la tráquea y bronquios, ante diversos estímulos; se manifiesta por el espasmo difuso de las vías aéreas, de intensidad variable. El estrechamiento de la vía aérea, suele depender de una combinación de bronco espasmo, hinchazón de la mucosa y aumento de secreción. (Farzan S., 1982).

3) El asma se define como un síndrome cuyas características primarias, es un aumento en la respuesta de tráquea y bronquios a varios estímulos y se manifiesta por el estrechamiento de las vías aéreas que cambian en severidad espontáneamente o como el resultado del tratamiento. (American Thoracic Society Committee on Diagnostic Standards for Nontuberculous Respiratory Disease, 1962).

La variedad extrínseca (atópica), es causada por una reacción de hipersensibilidad a los alérgenos ingeridos o inhalados.

En tanto que en la no atópica (ideopática o intrínseca), el mecanismo de presentación es habitualmente una infección viral.

Otra es la miscelánea, en donde el asma es asociada con sinusitis, fibrosis quística, etc., e incluso cuadros de asma en relación con el ejercicio, exposición a sustancias químicas y a factores climáticos.

Numerosos autores han mencionado que el 30 al 50% de los pacientes, padecen de asma extrínseca.

La edad de presentación es variable y sin predominio en cuanto al sexo. La mayoría de los casos tiene lugar antes de los 10 años de edad; en más de la tercera parte de los pacientes hay asma en miembros de la familia más cercanos.

De este concepto se desprende un factor de predisposición hereditaria familiar y se marca la importancia de este padecimiento en varios miembros de la familia.

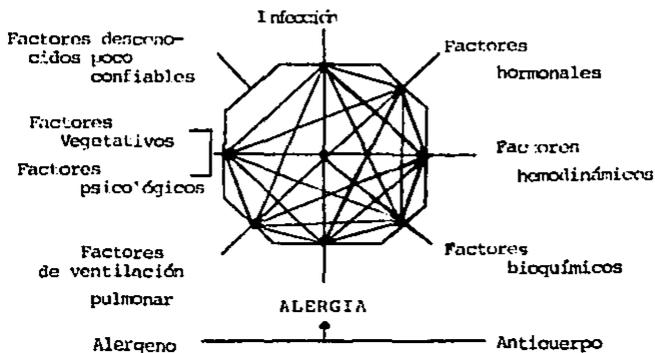
Pero el hecho concluyente es que se trata de una enfermedad multifactorial y multifásica, y que en el momento actual no existe una etiología que explique claramente todas sus manifestaciones. (S.Farzan, 1962).

El asma se ha asociado a otros padecimientos y, por mencionar algunos, tenemos: la rinitis alérgica en su variedad perenne, cuya manifestación clínica principal es un síndrome obstructivo nasal; la fiebre de Heno, parasitosis, etc.

Y, coincidentemente, pueden causar, al igual que el asma, con alteraciones inmunológicas, caracterizadas por el aumento de inmunoglobulinas IgE o reaginas en los niveles séricos, eosinofilia y pruebas de hipersensibilidad de tipo I, cuantificables con pruebas cutáneas positivas a diversos antígenos.

La intensidad del cuadro clínico es personal y cabe mencionar que nunca una respuesta ante un alérgeno en un individuo, será semejante a otro, debido a que " existen enfermedades y no enfermades".

Diferencias en la etiología y en la individualidad de las manifestaciones de la reacción, conducen a formar diferentes subgrupos, que son representados gráficamente a continuación:



(Dr. K. Aas., 1972).

Al parecer, las infecciones virales pueden desencadenar asma, por mecanismos como el impedimento mecánico del flujo del aire, por una obstrucción inflamatoria de vías aéreas, tanto superiores como inferiores. El efecto de la emoción transcurre a través de neurotransmisores que estríban en mecanismo sencillos de ventilación pulmonar.

Respecto a los alérgenos es definitiva la asociación y producción de IgE, factores como el polvo, pelo de perro, gatos y mascotas, polen y hongos, así como humedad.

El dióxido de sulfuro y ozono son muy importantes, así como los cambios abruptos de temperatura o presión barométrica, lluvia, sprays, pintura, cigarro, etc.

Es determinante la influencia de la aspirina (ASA, ácido acetil-salicílico) en los asmáticos. La intolerancia ocurre en 2 a 10% en pacientes asmáticos, y cuando a esto se asocia poliposis nasal, constituye la triada de Francis, lo cual indica un mal pronóstico. (Dr. Aas K., 1972).

Abarcando de esta forma la parte orgánica del padecimiento asmático, se tomara dentro del esquema citado con anterioridad, los factores que influyen en la presencia del asma, siendo de gran importancia el nombrar con especial interés, los factores psicológicos, motivo de este estudio, en los niños que presentan asma.

IV.- 3. FACTORES PSICOLOGICOS QUE INFLUYEN EN EL ASMATICO

Se ha considerado de vital importancia la relación del asma con reacciones emocionales. También se ha visto que

el stress puede participar dentro de una crisis asmática, siendo un real componente en el asma.

Los problemas psicológicos son frecuentes presentándose secundarios al asma en su parte orgánica.

El niño con asma es normalmente dependiente y la madre es sobreprotectora. Se ha visto que la conducta anormal del niño con asma, mejora con el grado de control que se tenga del asma. (The Journal of Allergy and Clinical Immunology, 1985).

Actualmente las investigaciones en niños asmáticos han guiado a los siguientes principios:

- 1.- No existe una personalidad típica que se relacione con el asma.
- 2.- Muchos pacientes asmáticos, tienen marcado deseos inconscientes de protección, particularmente hacia la madre.
- 3.- Muchos niños asmáticos, presentan manejo inadecuado en el control de impulsos, siendo algunos tímidos, otros flojos, rebeldes, irritables o explosivos.

Los niños asmáticos tienden a ser pasivos, dependientes, tímidos, inmaduros, irritables, cuando se ven frustrados.

Mohr, Tausend, Selismick y Augenbraun en 1963, compararon cinco niños asmáticos, cuatro de ellos tenían una historia de eczema, con cinco niños eczematosos, fueron pasivos, sumisos y dependientes, porque fueron sobreprotegidos por sus padres, así mismo, los niños hacían un esfuerzo por lograr su independencia.

Se observó que estos niños asmáticos, fueron dominados por su miedo a la separación, ya que las madres de los niños unas eran seductoras, otras hacían énfasis en su propio control; los padres resultaron indiferentes ante las actitudes de miedo de sus hijos.

Los niños que resultaron más ansiosos, con pobre control de sí mismos y dependientes, tuvieron mayor cantidad de ataques de asma.

Concluyeron que el incremento y decremento de las resistencias del árbol bronquial, pueden ser inducidas por factores psicológicos en algunos pacientes asmáticos.

Jessner y Cols. (1955), reportaron niños que presentan crisis asmáticas solamente en casa y no en la escuela, habiendo sido expuestos al mismo alérgeno en ambas ocasiones. Estas observaciones proveen de un soporte a la idea que los factores psicológicos, así como el contexto social en el que se dan los cambios, juegan un papel importante en las crisis asmáticas.

El grupo familiar ejecuta la tarea crucial de socializar al niño y moldear el desarrollo de su personalidad, determinando así, en gran parte, el destino mental, en relación a su desarrollo.

Franz y Alexander (1941), en sus reportes a través de exámenes del material obtenido en psicoanálisis, de 27 adultos y 11 niños, para determinar cuáles eran los factores básicos, los más comunes, así como encontrar una relación existente entre estos factores y la producción de crisis asmáticas, llegaron a las siguientes conclusiones:

- 1.- Los ataques asmáticos ocurren con una reacción de peligro ante la separación de la madre.
- 2.- Situaciones en las cuales el miedo a la separación fue el estímulo, viéndolo de dos maneras:
 - a) Deseos de separación de la madre.
 - b) Situaciones de tentación hacia impulsos reprimidos que la madre desapruueba, amenazas de rompimiento hacia ella.Los impulsos inaceptables por el paciente fueron de - hostilidad hacia la madre.
- 3.- Los pacientes revelaron una variedad de defensas hacia el miedo, las más comunes fueron aquellas que buscaban una reconciliación, como la utilización del sufrimiento como una ganancia secundaria, así como la confusión de deseos de aceptación maternal.
- 4.- Los ataques ocurrieron cuando las defensas se rompieron.
- 5.- La estructura del carácter de los pacientes fue variada, pero lo más común encontrado fue una falta de - independencia y madurez, así como actitudes dependientes hacia la madre.
- 6.- Durante el análisis, la interrupción de los ataques - ocurrieron en varias ocasiones. En algunos, la confusión de sus problemas los ayuda durante las crisis, y en otros, el llanto provocó cesación de las crisis, indicando una correlación de ataques de asma con una inhibición o represión del llanto.

En investigaciones sobre la familia del niño asmático, reporta a: madres dominante, padres dominados por la esposa, con actitudes sobreprotectoras hacia el niño. (Miller y - Baranch, 1973; citados en Berman & Mac Donnell, 1981).

Robertson, Trelat y Soule, (1969), reportan que existen tanto madres ansiosas rechazantes, agresivas y hostiles, - así como madres sobreprotectoras que ocultan, tras su hiperprotección, un rechazo profundo. Así mismo es frecuente encontrar que la madre tiende a rechazar al niño cuando se encuentra sano o cuando muestra sus deseos de independencia y autoafirmación, en cambio, es sobreprotectora y el niño es recompensado con esmeradas atenciones cuando se encuentra enfermo o se siente desamparado. (Citado en J.Sarason, 1977).

Ress y Pinkerton (1970), encontraron que la sobreprotección es la actitud más común que algunos padres actúan con ambivalencia en sus actitudes hacia su hijo. Se vio que el niño se siente insatisfecho dentro de su familia ya que - presenta inestabilidad familiar, seguridad baja, afección, etc. Aún no se sabe a ciencia cierta cuál de los problemas emocionales son prioritarios para la presentación del asma, así como los factores etiológicos que provocan las - crisis.

Los niños que presentan frecuencia en la presentación del padecimiento asmático, poseen actitudes de baja sociabilidad, son más demandantes por posesiones materiales y - por la atención de la madre, como ya se mencionó, y muestran mayor desagrado y agrasión cuando requieren de ayuda de su madre o cuando ella pide algo que a él no le agrada. Inclusive, muestran mayor ansiedad ante una consulta médica.

Los maestros de la escuela suelen reportar que estos niños se encuentran más preocupados por las tareas de la escuela que los demás, observación que concuerda con la introducción a este trabajo. Sin embargo, no existen diferencias significativas en relación a grupos de niños con enuresis, encopresis, tics y espasmos nerviosos dentro de la escuela. Por otro lado, niños con conductas antisociales, como robar, no llegan a ser estadísticamente significativas en grupos de asmáticos, comparados con un grupo control. (Williams & Mc. Nicol, 1975).

Considerando por otro lado, los factores socioeconómicos, no se ha encontrado relación con el padecimiento asmático, no dándose diferencias en ninguno de los grupos asmáticos y grupos control de medición, respecto a las clases sociales, ocupación de los padres, edad de los padres, habitat, etc. Sin embargo, Dawson (1969), encontró que los niños asmáticos suelen proceder de familias numerosas. Un factor predominante es que viven bajo stress, aunque no ha sido posible determinar qué tanto influye la problemática existente dentro del contexto familiar para provocar las crisis asmáticas.

Hurst (1943), consideró que existen factores emocionales que precipitan los ataques asmáticos, como son:

- 1.- Emoción repentina muy intensa como el enojo o miedo.
- 2.- Llorar, que puede precipitar o aliviar el ataque.
- 3.- Conflictos sexuales.
- 4.- Dificultades en una relación dependiente, por ejemplo cuando una perturbación involucra a dos personas cercanas como pueden ser la madre y el niño.

- 5.- Daños a un pariente cercano.
- 6.- Identificación con el ataque de otro o el medio, hacia la enfermedad respiratoria.
- 7.- La utilización del ataque con el propósito de la ganancia o beneficio en un sentido psicológico, real o imaginario.

Aún así, esta clasificación no abarca los factores que afectan a todos los asmáticos, ya que pueden presentar combinaciones con consecuencias de otros factores que determinan las crisis. Las crisis son consideradas como un equivalente al llanto hacia la madre, que el paciente siente que estaba perdiendo. Situaciones en donde se trata de separar al paciente de la madre, o la figura de la madre, tiende a precipitar los ataques, más aún, estas situaciones tienden a resultar de alguna tentación que el paciente es expuesto.

El conflicto básico sobre la separación con la madre, se encuentra en relación con los mecanismos de defensa; es decir, que el paciente se protege de éste conflicto por medio de:

- 1o. El buscar una reconciliación con la madre dando una confesión o siendo "buen amigo", o actuando en virtud de una crisis. Si está enfermo, es más fácil obtener el perdón de mamá.
- 2o. Intentar manejar el conflicto con una actitud de repetición hacia la situación de conflicto. Un simple ejemplo puede dominar el miedo de la madre con una conducta agresiva de parte del niño, atemorizándola.

- 3o. El intentar evitar la tentación de comenzar a ser independiente de la madre, para obtener satisfacción de parte de la madre, por medio de sustitutos impersonales, llamandose a esto, sublimación.

Ya dentro del tratamiento del asma, desde el punto de vista orgánico, se ha visto que existe un efecto mayor además del farmacológico, con un programa terapéutico.

Los padres se sienten bien cuando cubren un rol pasivo como espectadores, en el momento que buscan ayuda profesional. Enojados por su propia impotencia en manejar a su hijo, llevan al niño al médico para que le dé una terapia efectiva. El médico podrá obtener tratamiento exitoso, - si sabe adaptar y hacer partícipe a los padres del programa de tratamiento.

Por ejemplo: el programa frecuente es determinar la severidad del padecimiento del niño y la necesidad de la atención médica. En un extremo, puede estar la extremada ansiedad de los padre, que llevan al niño a emergencias de un Hospital, por un ataque de tos o respiración fuerte, durante una infección respiratoria.

Por otro lado, se presenta el padre poco observador que no aprecia la severidad del episodio asmático, con cianosis, dispsnea y la presencia de pánico en el niño, creyendo que el niño intenta solamente llamar la atención.

En este último caso, se sienten los padres agredidos - cuando se les pregunta el por qué no lo trajo, al menos a consulta antes.

Lo principal es hacer que el niño y la familia en terapia, o sin ella, aprendan cómo identificar y evaluar la severidad de los síntomas.

La familia puede estar informada de cuáles son las observaciones que deben tener a los síntomas, para reconocer las diferentes manifestaciones de asma y estar alerta entre los factores que pueden provocarlo.

Existen programas establecidos para el logro de estos objetivos, dentro de los cuales principalmente se busca:

1. El provocar en la familia el sentimiento de participación en el proceso del tratamiento.
2. Proveer información al médico, con el fin de tener pleno conocimiento del caso y su evolución durante el tratamiento.

Existen altos contenidos de ansiedad en las reacciones de los padres durante las crisis, pero es necesario hacer hincapié en aquellas condiciones que se pueden evitar o utilizar (como son los fármacos) durante las crisis, y sobre todo, en el tratamiento, así pues, es función del médico, el crear conciencia del padecimiento, tanto en los padres como en el niño, para poder tomar las precauciones necesarias para evitar la incidencia del padecimiento.

Se requeriría a su vez un tratamiento emocional, en el momento que el niño se vea imposibilitado en realizar sus actividades cotidianas, en el caso que la angustia sea incontrolada, tanto en el niño como por los padres.

V INTELIGENCIA

Este concepto ha sido muy utilizado dentro del ámbito de la psicología como en otros. Diversos autores han escrito acerca del mismo, pero es observable que existen diferencias en la concepción del término.

Por ejemplo, Jean Piaget, el cual ha desarrollado su teoría a razón del desarrollo del niño, implicado el desarrollo de la inteligencia, la designa como la coordinación de operaciones que ayudan a la adaptación biológica consistente en los procesos de asimilación (procesos que responden a impulsos interiores) y de acomodación (procesos que responden a intrusiones del medio ambiente). (Elkid, 1969)

Freeman (1962), por su lado, considera que todas las definiciones de inteligencia implican tres categorías:

10. Las que dan mayor importancia al ajuste o adaptación del individuo a su medio ambiente total o a aspectos especiales de esta.
20. Las que subrayan la capacidad individual de aprender o beneficiarse por medio de la experiencia.
30. Las que subrayan la capacidad para llevar a cabo el pensamiento abstracto.

Otra definición de inteligencia es la que da Wechsler (1958), el cual desarrollo una escala de medición de la inteligencia (WAIS y WISC), considera que la inteligencia es "la suma o capacidad global del individuo para actuar de un modo provisto de finalidad para pensar racionalmente y para tratar de enfrentarse de un modo eficaz con su medio ambiente".

Se puede observar que globaliza los puntos anteriormente mencionados.

Otros psicólogos creen que la inteligencia no es simplemente una capacidad unitaria o global. Algunos como Sperarman afirman que participan dos factores; el general y los específicos hallados solamente en ciertos tipos de actividades mentales. (Citado en Whittaker, 1968).

Esta diferencia de conceptos ha hecho que se clasifiquen diversos tipos de inteligencia. Sin embargo es de importancia el considerar que el concepto de inteligencia se usa sólo para descubrir a una persona, sino como explicación muy socorrida de las diferencias patentes entre adultos, respecto de la obtención de las señales de éxito en la sociedad, ya que según la cultura se ha visto que se clasifica la inteligencia de diversas formas.

Más que la resistencia, la honestidad, la humildad, la obediencia o la destreza física, la inteligencia es una cualidad que los padres de Norteamérica, por ejemplo, desean que sus hijos la posean, porque creen que permitirá a sus hijos llevar una vida feliz y de éxitos.

Los norteamericanos y los europeos sostienen que la inteligencia:

- 1o. Es la capacidad generalizada para aprender rápidamente nuevas ideas y destrezas, así como para resolver con eficiencia diferentes clases de problemas.
- 2o. Una persona dotada con inteligencia elevada probablemente alcanzará más riqueza y posición social,

que la dotada de menos inteligencia.

- 3o. Consideran que las diferencias de inteligencia, - se deben a cierta parte de la herencia. Ya que los procesos intelectuales de una persona están relacionados de alguna manera, con la integridad de las neuronas y la bioquímica del cerebro, y que - los genes tienen que influir en la anatomía y fisiología del sistema nervioso, las diferencias genéticas probablemente influyen en la inteligencia. (Mussen y cols. 1971).

Atraves de investigaciones Mussen y cols., (1971), han encontrado que tanto los factores genéticos como los ambientales son importantes para elevar o bajar el nivel de ejecución intelectual de un niño, así como las fuerzas ambientales son efectivas únicamente dentro de los lineamientos fijados por la herencia.

Jean Piaget considera que el niño se da el desarrollo cognocitivo al tiempo que el intelectual, aunado al desarrollo motor que se incluye en el cognocitivo. Reafirma que la capacidad intelectual o para resolver problemas del niño, se desarrolla como resultado de interacciones con su medio ambiente.

Por lo anterior divide etapas de desarrollo, siendo la primera desde el nacimiento hasta aproximadamente los dos años de edad, el niño se encuentra en la etapa "Sensorio - motora".

Casí al final de esta etapa, cuando comienza el desarrollo del lenguaje o de los conceptos; cuenta con el aquí y el ahora, y la conducta es determinada en gran parte por las impresiones sensoriales transmitidas a cerebro por los

ojos, oídos, nariz y otros órganos de los sentidos. Pero el niño establece la "constancia de objetos", subdividiendo la etapa de "preconcepción" de los dos a los cuatro años, ya que es capaz de representar los objetos simbólicamente.

De los dos a los siete años, el niño avanza a la "etapa de representación preocupacional", subdividiendo la etapa de "preconcepción" de los dos a los cuatro y la etapa "intuitiva", de cuatro a siete años.

En la "preconcepción"; se desarrolla el lenguaje, ampliado cada vez más sus expresiones, volviéndose menos concreto en sus funciones intelectuales, o menos dependiente de la información sensorial transmitida al cerebro. Adquiere la capacidad para presentar en los objetos los símbolos y reaccionar ante objetos aunque no puedan ser vistos, oídos u olidos.

En la etapa "intuitiva", comienza el desarrollo del pensamiento en términos de categorías, pudiendo los objetos ser numerados, clasificados, o pueden ser establecidas relaciones. Sin embargo, el niño no puede expresar aún las "reglas". Así pues el niño empieza a adquirir la "conservación", diferenciando cuando los objetos cambian o no cambian.

Después el considera que el niño puede utilizar la lógica en dos etapas: la concreta y la abstracta.

10. La etapa operativa concreta, (entre 7 y 11 años) en donde el niño es capaz de pensar en términos de soluciones lógicas a problemas, se dice que el niño es "operativo" en su pensamiento, solo existiendo soluciones a operaciones o situaciones concretas.

2o. La etapa de operaciones formales (a los 11 años), comienza a pensar en términos lógicos sobre problemas abstractos. De los once en adelante - dan las "operaciones formales", aproximándose el desarrollo intelectual dle niño al del adulto.

(J. Piaget, 1967).

De esta forma se considera que el niño puede y debe pasar por todas estas etapas, y que el desarrollo de la inteligencia va a depender de su propio equipo biológico, como el medio ambiente que le rodea, permitiéndole su desarrollo.

Wechsler propone "que la inteligencia no es una clase de habilidad total, ni en realidad se puede considerar en el mismo sentido como la memoria, la fluidez verbal, etc.

Más bien algo que se infiere de aquellas habilidades que se manifiestan bajo diferentes circunstancias y condiciones. Se puede inferir la inteligencia de una persona a partir de lo que piensa, habla y la forma de conducirse con respecto a sus distintas formas de reaccionar a determinados estímulos.

En realidad, desde hace tiempo, la aparición de tales respuestas ha sido una forma ordinaria de determinar la inteligencia". (wechsler, 1958).

La creación de las escalas mentales como una invención relativamente reciente y un nuevo método, es un mejor procedimiento o al menos más científico.

Para Wechsler, muchas definiciones dadas solas, abarcan o determinan la conducta intelectual, sobre destrezas cognitivas, por ejemplo, capacidad para razonar, aprender, resolver problemas, etc.)

Sin embargo, al ser un "constructo multifacético" y al manifestarse una conducta intelectual se puede prevenir - además de uno o muchos "conglomerados" de aptitudes (factores) que son más bien de naturaleza conativa y de los rasgos de personalidad, que de las habilidades cognitivas.

Estos implican a capacidades y a los denominados "drives" y actitudes, que frecuentemente son descritos en términos de sensibilidad social o valores morales y estéticos.

En ello se incluyen rasgos tales como persistencia, gusto, el control de impulsos, que apunta a la "capacidad de inhibir un ajuste instintivo", y además la observancia de los objetivos; pero tales rasgos por más importantes que sean son independientes de la habilidad intelectual, por lo que Wechsler los designa como factores no intelectivos de la - inteligencia. (Wechsler 1958).

Estos factores no intelectivos, pueden hacer que una - persona torpe se alerte y que otra brillante sea menos perceptiva. Pero los factores no intelectivos son ingredientes necesarios de la conducta intelectual y sin embargo, - no son substitutos de otras habilidades básicas.

VI ESTUDIOS PREVIOS

VI 1. ESTUDIOS SOBRE FRUSTRACION-AGRESION

Cuevas Ocampo Neri, realizó una investigación que llamó "Comparación de respuestas ante la frustración de niños y niñas de 4o. año de primaria, mediante el PFT", en donde fue aplicado a 100 niños de cuarto grado de primaria en forma aliatoria, provenientes de dos escuelas de Coyoacán, tratando de probar si existen diferencias en la dirección de la respuesta ante la frustración entre niños y niñas, planteando - que los niños debían responder con más frecuencia en dirección extrapunitiva y las niñas en dirección intrapunitiva

Se aplicó el test en forma colectiva, en grupos mixtos de 10 niños, calificándolo en base a criterios del manual.

Los resultados indican que no existe diferencia significativa entre ambos sexos, correspondiendo al estudio realizado en 1977, en Patiola, India, con sujetos de 13 años, en donde no hay diferencias.

En un estudio de agresión, en un grupo de niños enuréticos, que realizó Hernández Martínez, M.C., en 1984, tomó una muestra de 32 niños con enuresis secundaria, provenientes de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil J.N. Navarro, tratando de probar si ante la frustración o presión externa, el niño responde dirigiendo la agresión en forma extrapunitiva.

Se aplicó el Test Gestáltico Visomotor de L. Bender, el WISC, PFT y Apercepción Temática Infantil de L. Bellak.

Los primeros para selección de la muestra y los restantes para el estudio.

Los resultados indican que predomina la dirección de - la respuesta extrapunitiva en el grupo total, presentándose con mayor frecuencia en niños que en niñas.

Feiring y Lewis, (1979), reportan en un estudio sobre las diferencias de reacción ante la frustración de barrera física, que les impedía alcanzar juguetes, se concluyó que las reacciones ante la frustración tienen una relación directa con la edad, resultando que coincide con otros estudios efectuados a diferentes edades en los niños, las experiencias van modelando las respuestas a la frustración de manera diferente en niños y en niñas.

En el estudio experimental de frustración en un grupo de niños pre-escolares, a través del Test Fuch-Lara (1969), una comparación en relación al sexo, en donde participaron sujetos de 4 y 5 años; se concluyó, que había diferencias entre niños y niñas, siendo más agresivos los niños, lo cual lo atribuyeron a la educación que se da a los menores.

Para la medición de este estudio, se creó un instrumento en base al test de Rosenzweig, para medir frustración, llamándolo test de Fuch-Lara.

VI 2. ESTUDIOS SOBRE EL PADECIMIENTO ASMÁTICO.

Respecto a las investigaciones hechas sobre el asma, - M. Liberman, y E. Litton (1963), investigaron sobre los - efectos de conducción en relación con la madre y el niño - asmático, donde puede ser diferente según los niños.

Partiendo de ésta premisa, tomaron un grupo de gemelos- idénticos, encontrando diferencias en la evolución del asma

y que va a depender de las distintas actitudes de la madre hacia cada uno de ellos.

E. Benjamin y M. Sperling, en 1963, parecen confirmar los resultados anteriores; ponen de manifiesto que, en gemelos afectados ambos por el asma, la forma de enfermedad varía en cada uno de ellos, al igual que la actitud de la madre con respecto a uno y al otro. A veces la madre pedía que se tratara a sólo uno de los gemelos medicamente; el que ella consideraba como neurótico y por el cuál, se sentía dominada.

M. Sperling (1949), aunque acepta la sensibilidad alérgica, admite que no se puede eliminar la participación de un mecanismo psicológico de identificación del niño con la madre asmática; ésta puede dar una gran importancia a la especificidad del síntoma, siendo la elección del órgano su preocupación morbida inconsciente, su preocupación por el aparato respiratorio y su ansiedad por la respiración, pueden volver este sistema, vulnerable desde el principio. (Ajuriaguerra J. 1983).

H. Abrahamson (1963) afirma que un 40% de los niños afectados de asma crónica, que no responden a ningún tratamiento convencional, se curan prácticamente a corto plazo, cuando se separan de sus padres. Sin embargo, no parece que la separación física del niño de su medio, resuelva los problemas del tratamiento del asma en cuanto tal.

Purcel y Cols. (1969), realizaron un estudio con niños asmáticos, en el cual se ha descrito a los padres de los niños asmáticos como personas que se controlan demasiado, lo que trae consigo un ambiente hogareño emocionalmente tenso. Las pruebas clínicas indican que, cuando se elimina al niño asmático de la casa y se le coloca en un ambiente institucional, se reducen sus síntomas asmáticos.

VI 3. ESTUDIOS EN RELACION AL COEFICIENTE INTELECTUAL Y NINOS ASMATICOS.

En 1963, Geraldine Fink y Henry I. Schneer, refirieron el coeficiente intelectual (C.I.) de su muestra de 18 adolescentes que presentaban asma, oscilaba entre el promedio normal y normal torpe. Sólo un sujeto femenino presentaba inteligencia superior. (No fue mencionada la prueba que utilizaron para esta investigación).

Lewis Bernstein y Kenneth Purcell (1963), midieron el C.I. con la escala de Inteligencia para niños de Wechsler (WISC), en 150 niños que presentaban asma crónica de difícil control. Encontraron muy pocos niños con retardo mental (5%), un porcentaje considerable en comparación con la población general de Denver, obtuvo un C.I. por encima de 120.

Dubar Flanders (1949), hizo referencia al artículo de Balyeat, quien encontró que la ejecución intelectual de los niños con alergia, es más alta, considerablemente que la del promedio.

Henry I. Schneer, en 1963, reportó un caso de una niña cuyo C.I. en el WISC fue mayor en el área de ejecución que el C.I. verbal, pero que ambos estaban por arriba del promedio. Señalo que la misma niña, al enfrentarse a la prueba de Rorschach, no tuvo la misma capacidad intelectual, - al dar 5 respuestas en total.

Constantine J. Falliers, en 1969, mencionó en su artículo, la presencia de daño cerebral en individuos que han padecido asma, según la prueba Gestáltica Visomotor de Bender, se debe al resultado de episodios de hipoxia severa y no es, por lo tanto, un signo precedente a paroxismos asmáticos.

VI 4. ESTUDIOS RELACIONADOS CON EL TIPO DE ALERGIA EN EL ASMA:

Dekker y Cols., en 1964, luego de clasificar 79 pacientes adultos en dos grupos, unos con alergia manifiesta, - utilizaron pruebas de piel e inhalación y se les aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. - (Citado en Freeman, 1964).

En el artículo de Edith Freeman, cita a Feingold y cols. (1964), los cuales aplicaron el MMPI y encontraron que a menor reacción alérgica, mayor perturbación emocional y viceversa. Agregan que no se hallaron diferencias de diagnóstico entre los grupos con asma, con rinitis y fiebre - alta.

Consideran junto con Block (1950), que para valorar el potencial alérgico en grado, desarrollaron una escala con

quinze ítems, que incluía factores como historia familiar de alergias, sensibilidad en la piel, número total de alergias, etc., y se encontró que niños con potencial alérgico bajo, calificaban más frecuentemente en direcciones de psicopatología y viceversa.

Así pues, E. Freeman, señaló que las diferencias encontradas en los resultados, pudieron deberse a las diferencias técnicas empleadas, pero se mostró favorable a continuar investigando esta variable.

Arturo Jaidar, entre 1968 y 1971, aplicó la prueba de Apercepción Temática de Murray (TAT), en el Hospital Infantil de México, Federico Gómez, a sujetos entre 5 y 12 años, comparando grupos de niños con asma alérgica y con asma infecciosa. En la hipótesis planteó la posibilidad de que los niños con asma de naturaleza alérgica, debían diferir de aquellos en los que existe un factor infeccioso sobreañorado.

Encontró que éste último no modifica las características psicológicas de los niños con asma, puesto que el comportamiento fue semejante en los dos.

John Williams investigó en 1975, dos grupos de niños - entre 10 y 11 años, con diferente severidad de asma. Los igualó con dos grupos control, uno "normal" y otro con enfermedad crónica del pecho. Les aplicó oraciones especialmente diseñadas, pruebas de completamiento de pinturas, el Rotter Level of Aspiration Board, y el TAT.

Los sujetos que padecían asma, mostraron conflicto de dependencia-independencia, un fuerte vínculo madre-hijo y ansiedad al manejar la separación. Predominan los temas - de claustro. Concluyó en su trabajo, en forma tentativa que estas variables son específicas de niños con asma.

En 1964, Freeman y Cols., mencionaron las investigaciones de Dekker y Cols., Smith, Franks y Leigh, en las que - utilizaron inventarios de personalidad (MMPI), no refiriendo edades.

Sintetizando encontraron:

- a) Los sujetos con asma, se acercan a las puntuaciones de los neuróticos y difieren de los "normales".
- b) Los individuos que padecen de asma, presentan sentimientos de inadecuación y depresión.

Weiss y English en 1950, mencionaron estudios donde se utilizó la prueba de Rorschach, y encontraron que el trastorno de la personalidad existía antes del desorden y que los sujetos que tenían asma, mostraban personalidades compulsivas sin evidencia clínica de fobia o compulsión.

Freeman en 1964, mencionó dos estudios de Israel y Neuhau, que encontró que los sujetos con asma tenían en el - Rorschach menos respuestas globales (W). En el primer estudio, relacionó este resultado con la idea que los sujetos asmáticos son constreñidos e inhibidos.

En el segundo estudio, además de la prueba ya mencionada, aplicaron el Inventario de Personalidad de Brown y Despert Fables, de los que se desprendió que los niños con asma son neuróticos, inseguros y dependientes más que los niños "normales", pero no se diferenciaron de los niños con enfermedades del corazón o de sus propios hermanos, por lo que se concluyó que no existe un patrón de personalidad distintivo para individuos asmáticos y que varios de los hallazgos psicológicos, previamente señalados, se podrían atribuir a la experiencia de enfermedades crónicas.

Constantine J. Falliers, en 1969, refirió que con la prueba de Rorschach se ha llegado a varios diagnósticos como neurosis, personalidad tipo compulsiva, constricción, inhibición, tensión emocional, ideas persecutorias, etc.

En 1963, Rubén Fine realizó una investigación con 30 niños asmáticos, como grupo control a los hermanos más cercanos que no tuvieran asma y les aplicó la forma revisada del Despert Fables. Rorschach, Maps, TAT y dibujo de la familia de Wolff. Advirtió que no existe un método universalmente aceptado para analizar las técnicas proyectivas.

En los resultados, opinó que el dibujo (donde obtuvo resultados negativos) no invalida, sino que era indicativo de que el método empleado para analizarlo no era el adecuado, y que, posiblemente, con otro método se podrían encontrar diferencias significativas.

Peter H. Knapp y B.C. Bahne tomaron una muestra de adultos asmáticos aplicando entre otras pruebas, el dibujo de dos personas juntas (modificación de dibujar una persona) y el dibujo de un animal.

En los resultados, señalaron que el dibujo de la figura humana pareció dar una representación del "self" consciente en relación con personas importantes.

El dibujo del animal, mostró una continuación del dibujo de la persona, desde la utilización de una organización especial, similar hasta en temas centrales, pero observaron en éste último, un lenguaje más primitivo y enmascarado.

Elizabeth M. Koppitz, en 1968, realizó una investigación con una muestra de 35 niños, 27 del sexo masculino y 8 del femenino. Todos presentaban una historia de enferme-

dades psicossomáticas. Las comparó con pruebas de otro grupo de niños que robaban.

Analizó el dibujo de una persona y trabajó sus datos con la prueba estadística Xi cuadrada, a nivel de significancia de 0,5

Según su hipótesis de este estudio el niño con problemas psicossomáticos, tendría la tendencia a dirigir su ansiedad y agresión primeramente hacia él y sólo directamente hacia otros que se preocupaban por él, mientras que por el contrario, el niño que robaba, dirigía su agresión directamente hacia otros, y sólo indirectamente hacia él, en caso de ser descubierto o castigado.

Descubrió que el niño con enfermedad psicossomática, presentaba los siguientes indicadores emocionales:

- Omisión de nariz y boca.
- manos cortadas.
- presencia de nubes.

Los niños que robaban, mostraron mayor tendencia a la omisión del cuerpo y del cuello. Koppitz señaló que estos indicadores no se relacionaban con el robo como tal, sino que reflejaban ansiedad corporal y pobre control de impulsos, era más apto para robar, en tanto que el niño menos impulsivo, podría desarrollar síntomas psicossomáticos cuando se frustraba y enojaba.

En 1977, Judith Elkan reportó el caso de una niña con asma que recibía psicoterapia una vez a la semana. El tratamiento, iniciado a los 7 años de edad, duraba ya 6 años. La autora reportó que la capacidad para la "experiencia mental" de la niña fue desarrollándose gradualmente.

En la primera etapa del tratamiento, se observó que la paciente era dócil y afectuosa y que sus dibujos, eran constriñidos.

En la segunda etapa, la niña continuaba afectuosa, pero sus dibujos eran como el resultado de la explosión, el asma era menos aguda.

En la tercera etapa, fue ilustrada con una sesión emocional, después de un año, sin presentar asma, donde la paciente comenzaba a sufrir sentimientos dolorosos y a pensar acerca de ellos.

Elkan sugirió un paralelo entre el proceso recuperativo y patológico del asma y su fantasías. No señaló el tipo de dibujos realizado durante esta fase.

VII METODOLOGIA

BREVE INTRODUCCION: En este apartado se planteará de una forma global, la metodología del trabajo en el cual se sustenta la presente investigación.

VII.- 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha visto que las enfermedades alérgicas, en las cuales se encuentra clasificada el asma bronquial, forman parte de los padecimientos inmunoalérgicos y el sujeto que lo presenta, manifiesta su enfermedad con crisis asmáticas, bajo características variables que, en determinadas circunstancias, lo imposibilitan para el desarrollo de sus actividades habituales, común en las personas.

En estos padecimientos, se entrelazan procesos tanto físicos como psicológicos, que se encuentran entretelados a razón de una historia previa en el sujeto, dada por una predisposición inherente a nivel inmunológico.

En esta historia previa, van a existir tanto factores de personalidad como características dadas por un tipo de relación con las figuras parentales, en especial, con la madre, en los primeros años de vida, así como el medio ambiente que rodea al niño durante toda su vida, que van a llegar a adjuntarse a procesos de dependencia e inhabilidad en la expresión de los impulsos, que hacen que el asma se encuadre dentro de las enfermedades psicósomáticas.

Esta dificultad de expresión y dirección de impulsos, va a estar representado en diferentes formas, que el sujeto asmático buscará para adecuarse, estructurar sus necesidades y la demanda que ello le provoca. En ocasiones, esta forma de expresión puede ser adecuada, pero en otras, puede provocar grandes montos de ansiedad o una inhabilidad para lograr objetivos meta que él requiera para obtener su satisfacción.

Esta investigación parte del interés por conocer si existen diferencias estadísticamente significativas, en cuanto al manejo de frustración - agresión, en sujetos de edades tempranas (7 a 10 años), que presentan asma de tipo alérgico, comparándolo con un grupo de niños que no presentan este tipo de padecimiento.

En otro sentido, se buscó determinar con esta misma muestra de sujetos, si existen diferencias entre los dos grupos, en relación al nivel de inteligencia que presentan estos niños, comparando con el grupo experimental, ya que existe entre los profesionales (medicos) que tienen contacto continuo con estos niños asmáticos, la sensación que poseen un nivel alto de inteligencia o al menos normal, con respecto a los demás niños que llegan al servicio de alergia del Instituto Nacional de Pediatría.

Al mismo tiempo lo anterior se debe a la suposición que el niño asmático, en situaciones que requieren el uso de sus capacidades, puede mostrarse vivaz y hábil, y en otras, inhábil y con actitudes que parecen paralizar sus propias conductas y respuestas.

De esta forma, el permanecer largos períodos sin asistir a la escuela, puede provocar cierto retraso en el rendimiento escolar, aunque éste puede fluctuar dependiendo de cada caso.

VII.- 2. OBJETIVOS DE INVESTIGACION

OBJETIVO GENERAL

Dentro de esta investigación, se buscó determinar si existe diferencia en relación al manejo de la frustración-agresión y el nivel de inteligencia, en niños que ocupan un rango de edad de 7 a 10 años, los cuales presentan asma de tipo alérgico y otro grupo de niños que no la presentan.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- * Desarrollar un estudio comparativo entre niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan ante los ítems de la prueba del Dr. Saúl Rosenzweig (Picture Frustration Test, PFT), obteniendo la direccionalidad y tipos de agresión.
- * Diferenciar las apreciaciones y calificaciones obtenidas en el Test de Saúl Rosenzweig, bajo el criterio de diferentes jueces.
- * Realizar un estudio comparativo entre niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no la presentan, tomando en cuenta su coeficiente intelectual y el desarrollo de las diferentes subescalas de la prueba de Wechsler (WISC-R).
- * Encontrar si existe relación entre los puntajes obtenidos en el nivel de inteligencia con las variables obtenidas en el test de frustración-agresión.

VI 3.- HIPOTESIS DE TRABAJO

Ho. 1:

No existen diferencias estadísticamente significativas en las respuestas de agresión, en su tipo de predominancia del obstáculo, en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ha. 1:

Si existen diferencias estadísticamente significativas en las respuestas de agresión en su tipo de predominancia del obstáculo, en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ho. 2:

No existen diferencias estadísticamente significativas en las respuestas de agresión en su tipo de defensa del yo, en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ha. 2:

Si existen diferencias estadísticamente significativas en las respuestas de agresión en su tipo de defensa del yo, en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no la presentan.

Ho. 3:

No existen diferencias estadísticamente significativas en las respuestas de agresión en su tipo de persistencia de la necesidad, en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ha. 3:

Sí existen diferencias estadísticamente significativas en las respuestas de agresión en su tipo de persistencia de la necesidad en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ho. 4:

No existen diferencias estadísticamente significativas en la dirección de la respuesta en su tipo intrapunitiva en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ha. 4:

Sí existen diferencias estadísticamente significativas en la dirección de la respuesta en su tipo intrapunitiva, en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ho. 5:

No existen diferencias estadísticamente significativas en la dirección de la respuesta en su tipo extrapunitiva, en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ha. 5:

Sí existen diferencias estadísticamente significativas en la dirección de la respuesta en su tipo extrapunitiva, en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ho. 6:

No existen diferencias estadísticamente significativas en la dirección de la respuesta en su tipo intrapunitiva en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ha. 6:

Sí existen diferencias estadísticamente significativas en la dirección de la respuesta en su tipo intrapunitiva en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ho. 7:

No existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en el C.I. de la escala verbal del Test de Wechsler (WISC-R), en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ha. 7:

Sí existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en el C.I. de la escala verbal del Test de Wechsler (WISC-R), en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ho. 8:

No existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en el C.I. de la escala de ejecución del Test de Wechsler (WISC-R), en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ha. 8:

Sí existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en el C.I. de la escala de ejecución del Test de Wechsler (WISC-R), en los niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ho. 9:

No existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en el C.I. total de las escalas de Wechsler (WISC-R), en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ha. 9:

Sí existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en el C.I. total de las escalas de Wechsler (WISC-R), en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ho. 10:

No existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos de la subescala de información en el Test de Wechsler (WISC-R), en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ha. 10:

Sí existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos de la subescala de información en el Test de Wechsler (WISC-R) en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ho. 11:

No existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en la subescala de semejanzas en el Test de Wechsler (WISC-R), en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ha. 11:

Sí existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en la subescala de semejanzas en el Test de Wechsler (WISC-R), en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ho. 12:

No existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en la subescala de aritmética en el Test de Wechsler (WISC-R), en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ha. 12:

Sí existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en la subescala de aritmética en el Test de Wechsler (WISC-R), en niños que presentan asma de ti alérgico y niños que no lo presentan.

Ho. 13:

No existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en la subescala de vocabulario en el Test de Wechsler (WISC-R), en niños que presentan asma de ti po alérgico y niños que no lo presentan.

Ha. 13:

Sí existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en la subescala de vocabulario en el Test de Wechsler (WISC-R), en niños que presentan asma de ti po alérgico y niños que no lo presentan.

Ho. 14:

No existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en la subescala de comprensión en el Test de Wechsler (WISC-R), en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ha. 14:

Sí existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtebidos en la subescala de comprensión en el Test de Wechsler (WISC-R), en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ho. 15:

No existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en la subescala de figuras incompletas en el Test de Wechsler (WISC-R), en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ha. 15:

Sí existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en la subescala de figuras incompletas en el Test de Wechsler (WISC-R), en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ho. 16:

No existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en la subescala de ordenación de dibujos en el Test de Wechsler (WISC-R), en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ha. 16:

Sí existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en la subescala de ordenación de dibujos en el Test de Wechsler (WISC-R), en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ho. 17:

No existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en la subescala de diseño de cubos en el Test de Wechsler (WISC-R), en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ha. 17:

Sí existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en la subescala de diseño de cubos en el Test de Wechsler (WISC-R), en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ho. 18:

No existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en la subescala de comprensión de objetos en el Test de Wechsler (WISC-R), en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ha. 18:

Sí existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en la subescala de comprensión de objetos en el Test de Wechsler (WISC-R), en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ho.19:

No existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en la subescala de claves en el Test de Wechsler (WISC-R), en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ha.19:

Sí existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en la subescala de claves en el Test de Wechsler (WISC-R), en niños que presentan asma de tipo alérgico y niños que no lo presentan.

Ho. 20:

No existe relación entre el nivel de inteligencia total y la respuesta con predominancia del obstáculo en niños asmáticos.

Ha. 20:

Sí existe relación entre el nivel de inteligencia total y la respuesta con predominancia del obstáculo en niños asmáticos.

Ho. 21:

No existe relación entre el nivel de inteligencia total y las respuestas con defensa del yo en niños asmáticos.

Ha. 21:

Sí existe relación entre el nivel de inteligencia total y las respuestas con defensa del yo en niños asmáticos.

Ho. 22:

No existe relación entre el nivel de inteligencia total en las respuestas de persistencia de la necesidad en niños asmáticos.

Ha. 22:

Sí existe relación entre el nivel de inteligencia total en las respuestas de persistencia de la necesidad en niños asmáticos.

Ho. 23:

No existe relación entre el nivel de inteligencia total y - las respuestas extrapunitivas en niños asmáticos.

Ha. 23:

Sí existe relación entre el nivel de inteligencia total y - las respuestas extrapunitivas en niños asmáticos.

Ho. 24:

No existe relación entre el nivel de inteligencia total y - las respuestas intrapunitivas en niños asmáticos.

Ha. 24:

Sí existe relación entre el nivel de inteligencia total y - las respuestas intrapunitivas en niños asmáticos.

Ho. 25:

No existe relación entre el nivel de inteligencia total y - las respuestas impunitivas en niños asmáticos.

Ha. 25:

Sí existe relación entre el nivel de inteligencia total y - las respuestas impunitivas en niños asmáticos.

Ho. 26:

No existe relación entre el nivel de Inteligencia total y - las respuestas de predominancia del obstáculo en niños no - asmáticos.

Ha. 26:

Sí existe relación entre el nivel de Inteligencia total y - las respuestas de predominancia del obstáculo en niños no - asmáticos.

Ho. 27:

No existe relación entre el nivel de Inteligencia total y - las respuestas de defcnsa del yo en niños no asmáticos.

Ha. 27:

Sí existe relación entre el nivel de Inteligencia total y - las respuestas de defensa del yo en niños no asmáticos.

Ho. 28:

No existe relación entre el nivel de Inteligencia total y - las respuestas de persistencia de la necesidad en niños no asmáticos.

Ha. 28:

Sí existe relación entre el nivel de Inteligencia total y - las respuestas de persistencia de la necesidad en niños no asmáticos.

Ho. 29:

No existe relación entre el nivel de Inteligencia total y - las respuestas extrapunitivas en niños no asmáticos.

Ha. 29:

Sí existe relación entre el nivel de Inteligencia total y -
las respuestas extrapunitivas en niños no asmáticos.

Ho. 30:

No existe relación entre el nivel de Inteligencia total y -
las respuestas intrapunitivas en niños no asmáticos.

Ha. 30:

Sí existe relación entre el nivel de Inteligencia total y -
las respuestas intrapunitivas en niños no asmáticos.

Ho. 31:

No existe relación entre el nivel de Inteligencia total y -
las respuestas impunitivas en niños no asmáticos.

VII.- 4. DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

La presentación del padecimiento asmático de tipo alérgico, definiéndolo operacionalmente, como una "enfermedad caracterizada por la reactividad de tráquea y bronquios, a diversos estímulos de tipo alérgico, que provocan en el niño hipereactividad de las vías aéreas, dando como consecuencia las crisis asmáticas. (Farzan, S., 1982).

VARIABLE DEPENDIENTE 1.

La presentación de respuestas de frustración-agresión en sus tipo y direccionabilidad, definiéndolo operacionalmente como los puntajes obtenidos en el Test de frustración de Rosensweig.

Definiendo conceptualmente frustración, cuando se presenta cada vez que el organismo encuentra un obstáculo más o menos insuperable, en la vía que lo conduce a la satisfacción de una necesidad vital cualquiera. (Rosenzweig, 1983)

La agresión es la ocurrencia de una conducta agresiva, siempre que supone la existencia de una frustración, conduciendo a diferentes formas de agresión. (Dollar y Miller, 1939).

VARIABLE DEPENDIENTE 2.

La clasificación de un rango de inteligencia, es definida operacionalmente como aquella que se encuentra ubicada dentro de métodos cuantitativos, para que cada nivel de inteligencia tenga un intervalo de clases que marque un rango de coeficiente intelectual, pudiendo ubicarlo a una distancia media, expresada en términos de desviación estandar.

Conceptualmente, la inteligencia es definida, como "la capacidad global de un individuo tendiente a entender y enfrentar el mundo que le circunda". (Wechsler, 1974).

Se observan dos aspectos en esta definición:

- 1o. Concibe a la inteligencia, como una entidad, global o multideterminada y multifasética más bien, que un rango definible de una manera única.
- 2o. Evita distinguir de cualquier habilidad, equiparando la inteligencia general con la habilidad intelectual.

METODO

VII.- 5. MUESTREO Y CARACTERISTICAS DE LOS SUJETOS .

En el presente estudio se tomaron dos muestras independientes, de tal manera, que los sujetos de una muestra no son los mismos de la otra, por ser un grupo de niños asmáticos (Grupo experimental) y el otro grupo de niños no asmáticos (Grupo Control).

Para el grupo experimental, (asmáticos) se eligió un tipo de muestra no probabilística, intencional, ya que solo aquellos que reunían las características, fueron asignados al grupo, escongiendose propositivamente aquellos que presentaban el padecimiento asmático característico para nuestra muestra.

Todos los pacientes del servicio de alergias del Instituto Nacional de Pediatría, tenían la misma posibilidad de entrar a formar parte de la población del estudio, ya que según asistían a su consulta preestablecida, por los médicos del servicio, pasaban con la psicóloga que examinaba.

El grupo control, formado por un grupo de escolares, pertenecientes a una escuela de gobierno incorporada a la SEP, ubicada en la zona de Tlalpan, (José Azueta), contaban los niños con la edad requerida para entrar a formar parte de la muestra, dentro de las siguientes características requeridas igualmente para el grupo de asmáticos:

- * El pertenecer a un rango de edad entre los 7 y 10 años cumplidos.
- * Ser del sexo masculino o femenino, ya que ambos sexos tienen la misma posibilidad de presentación del padecimiento, o la falta de él.
- * Que pertenezcan a un nivel socioeconómico medio bajo, ya que es la población de mayor incidencia en el Instituto Nacional de Pediatría.
- * La correspondencia del grupo control con estas características.

El total de sujetos que formó la muestra, fué de 60 niños, los cuales se dividieron en dos grupos: 30 asmáticos y 30 que no lo son, ocupando el rango de edad establecido (7 a 10 años), correspondiendo al sexo masculino y femenino, indistintamente, perteneciendo a un nivel socioeconómico - medio bajo.

El grupo de asmáticos corresponde a 30 pacientes del Servicio de Alergia del citado Instituto, los cuales se eligieron bajo un previo diagnóstico y tratamiento de asma, según iban llegando al servicio.

En el grupo control, se buscaron las mismas características requeridas en el anterior grupo, pero que no presentaran este padecimiento, descartando lo anterior, por medio de entrevistas y una breve historia clínica de enfermedades, hechas directamente a los niños.

VII.- 6. TIPO DE ESTUDIO.

En esta investigación se llevó a cabo un estudio de campo, buscando la relación entre las variables establecidas, avalando las hipótesis dadas, dentro de un marco conceptual, aplicándose los resultados a poblaciones que presenten las mismas características a las de éste estudio.

Por lo tanto, ésta lleva a un tipo de estudio ex post facto, en el cual no se ha tenido control directo sobre la variable independiente, ya que han acontecido en los sujetos la manifestación del asma, por lo que, intrínsecamente, no es manipulable, haciéndose inferencia sobre las relaciones entre el padecimiento asmático, y la frustración-agresión, no interviniendo directamente, sino partiendo de la variación concomitante de estas variables, tanto independientes como dependientes. (Igualmente con la variable inteligencia).

Se utilizó un tipo de diseño, para dos muestras independientes, ya que fueron dos grupos diferentes en los que un grupo presentaba asma de tipo alérgico, y otro grupo no lo presentaba, y se buscó el detectar las diferencias entre los grupos control y experimental, en cuanto a tipos y dirección de agresión, así como nivel de inteligencia.

VII.- 7. INSTRUMENTOS

En el grupo de niños asmáticos, se obtuvo una ficha de identidad, con nombre, número de expediente, edad, fecha de nacimiento, grado escolar, y observaciones generales sobre la conducta del paciente durante la aplicación de las pruebas.

El grupo de niños de la primaria, (Grupo Control), se obtuvo igualmente una ficha de identidad, con los mismos datos que el grupo experimental, llevándose a cabo una breve historia clínica de padecimientos orgánicos, que garantizara la ausencia de asma en el desarrollo del niño, desde sus primeros años.

A ambos grupos le fueron aplicadas las siguientes pruebas:

- a) Test de Saúl Rosenzweig, llamado PFT (Picture Frustration Test).
- b) Escala de Inteligencia de Wechsler, para niños - (WISC-R) versión revisada.

El Test del Dr. Saúl Rosenzweig (PFT), Picture Frustration Test, es considerado como una prueba proyectiva.

Su objetivo es explorar una área específica en la personalidad, bajo las respuestas de tolerancia o intolerancia frente a ciertas situaciones frustrantes.

La prueba consta de 24 láminas de 21 X 21 cms., con dibujos en blanco y negro, existiendo una presentación para adultos y otra para niños. En las figuras se muestran situaciones frustrantes, en las cuales, la figura del lado izquierdo, obstaculiza la acción de la figura del lado derecho, como receptora de la acción.

Sobre la figura del lado izquierdo, se encuentra una leyenda y en la figura del lado derecho está un espacio en blanco para que el examinado escriba lo que cree que respondería el personaje. Los personajes no poseen expresión alguna en el rostro, que sugiera las respuestas.

Esta prueba se considera para que el sujeto consciente o inconscientemente se identifique con el personaje frustrado y proyecte sus sentimientos en cada respuesta.

Es una prueba de frases incompletas, encontrándose entre el Test de Asociación de palabras de Jung y el TAT.

Se creó en 1944 en forma en forma para adultos, y en 1948 para niños, ocupando ésta última un rango de edad de 4 a 13 años y para adultos a partir de esta edad.

A pesar de la subjetividad del concepto básico que maneja la prueba, se ha comprobado que es confiable cuando se califican bajo dos criterios, estando de acuerdo en un 85%.

Se corroboró su validez en relación al Inventario Multifásico de Personalidad (MMPI), y el TAT (Test de Apercepción Temática), e Inventario de Valores de Allport Vernon, marcándolo hacia la conducta manifiesta (Berrun 1966).

Calificación e interpretación del IPT.

La evaluación de la prueba, se lleva a cabo bajo dos aspectos:

10. Dirección de la agresión:

a) Respuesta extrapunitiva.-

La agresión se dirige hacia el exterior (E).

b) Respuesta intrapunitiva.-

La agresión se dirige hacia sí mismo. (I)

c) Respuesta impunitiva.-

La agresión se evita y la situación frustrante se describe como carente de importancia, como si no fuera de nadie el error o como susceptible de mejorarse, contentándose con esperar o conformándose. (M)

2o. Tipo de respuesta:

a) Predominancia del obstáculo.-

El examinado en su respuesta, menciona el obstáculo que es la causa de la frustración, en forma de comentario sobre su severidad, da una interpretación representándolo como favorable o poco importante. (O-D)

b) Defensa del yo:-

El yo como parte más importante del examinado, pudiendo proyectar la falta contra algún otro o aceptar la responsabilidad por la situación, o dice - que la situación no le incumbe a nadie. (E-D)

c) Persistencia de la necesidad.-

El sujeto tiende a dar una respuesta dirigida hacia la solución del problema inherente a la situación frustrante, reaccionando por medio de pedir ayuda a otra persona para contribuir a la solución, colocando en el examinado la obligación de hacer la corrección necesaria o en esperar que el tiempo aporte la solución. (N-P)

La combinación de estas seis categorías, forma nueve - posibles factores de rotación (aunando dos variantes simbolizadas con E e I).

Para indicar el predominio de un obstáculo, se marca - con (') después de la letra mayúscula correspondiente. Los tipos de defensa del yo, se señalan por letras mayúsculas solas (E, I y M).

Las respuestas de persistencia de la necesidad, se utilizan las letras minúsculas (e, i, ó m).

Se ha adoptado por marcar primero el dominio del obstáculo, después defensa del yo y la persistencia de la necesidad en 3 columnas, según la clasificación que le corresponde.

Se ha dado una calificación específica a cada uno de los 11 factores de rotación, en donde se busca que la respuesta incluya las siguientes variables:

- E' .- El examinado enfatiza la persistencia del obstáculo que provoca la frustración.
- 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.
- M' .- El obstáculo es minimizado hasta tal punto que el examinado llega casi a negar su presencia.
- E .- La hostilidad, la culpa, el reproche, se dirigen hacia una persona u objeto del medio.

- E .- El examinado niega agresivamente ser responsable de la falta que se le acusa.
- I .- El examinado se culpa a sí mismo.
- I .- El examinado admite su culpa pero niega que ésta sea total, invocando circunstancias inevitables.
- M .- El examinado considera la situación como inevitable, por lo que se siente absuelto de toda culpa.
- e .- Se espera que alguna persona aporte una solución para la situación frustrante.
- i .- El examinado da soluciones, por lo general expresando sentimientos de 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.

Se toma en consideración también, el índice de conformidad con el grupo CGR, por medio del cual se obtiene una relación entre la respuesta del sujeto y lo esperado del - test.

En esta investigación se utilizaron únicamente las 11 posibilidades básicas, incluyendo los 9 factores y E e I, sin utilizar los perfiles ni tendencias y esquemas, así como el CGR antes mencionado, ya que los parámetros basados en estas clasificaciones, no se encuentran estandarizados a nuestra población.

En relación a validez y confiabilidad de la prueba, se encuentra bibliografía por Claeke, Rosensweig y Fleming - (1947), en donde señalan que el PFT puede ser aplicado por dos investigadores, obteniendo un acuerdo en los mismos - del 85%.

La otra prueba utilizada en esta investigación fué: La Escala de Inteligencia de Wechsler para niños (WISC-R) (versión revisada).

Esta prueba es un instrumento psicométrico que busca - medir y establecer un rango de inteligencia en los sujetos de estudio.

Esta escala proviene de la escala del WISC publicada en 1949, en donde incluyen 12 subescalas.

Surge una versión revisada, eliminando una subescala - por presentarse dificultades en la aplicación, quedando solamente 10 subescalas en el WISC-R, colocándose el CI a razón de 3 subescalas verbales y 5 subescalas de ejecución.

Las subescalas de retención de dígitos en la verbal, - como laberintos en la de ejecución, no se utilizan para establecer los cuadros de CI, aplicándose cuando se dispone de tiempo.

En este caso no se aplicaron estos dos subtest por la falta de tiempo disponible en la aplicación.

De otra forma, es importante aplicarlos cuando se tiene un inadecuado desarrollo de la prueba.

Dentro de la escala verbal se encuentran subescalas - llamadas:

- Información en general.
- Comprensión general
- Aritmética
- Semejanzas
- Vocabulario

La escala de ejecución está compuesta por:

- Completación de cuadros o figuras incompletas
- Ordenación de dibujos
- Diseño de cubos
- Composición de objetos
- Claves o laberintos.

Las normas y procedimientos de puntuación, se forman - tomando las puntuaciones directas en cada subtest, se transforman en puntuaciones típicas normalizadas dentro de un grupo de edad propio de cada sujeto. Se dan en tablas tales puntuaciones de escala para cada intervalo de 4 meses entre los 5 y 15 años de edad. Las puntuaciones de escala de cada subtest se expresan en función de las distribuciones con una media de 10 y una desviación estandar de 3 puntos. Se suman las puntuaciones de cada subtest, graduando y se convierten en un CI de desviación con una media de 100 y una desviación estandar de 15.

En cuanto a su validez, las tablas normativas de las equivalencias de las puntuaciones típicas para cada subtest proporcionan testimonios de la diferenciación con la edad, pero no se da ninguna valoración de los datos en función de este criterio. (Anastasi, A., 1965).

Para el desarrollo del Wechsler Balleve Original, fue a partir de la necesidad de crear un test de inteligencia para adultos que no fuera una mera extensión hacia arriba de las escala existentes para niños. El autor, habiendo - probablemente conseguido su objetivo, procedió a preparar una escala para niños que era simplemente una extensión hacia abajo de la escala de adultos.

Dentro de la investigación presente, fueron aplicados en forma individual a cada uno de los sujetos de investigación, respectivamente cada una de las pruebas.

VII.- 8. ZONA DE ESTUDIO

La presente investigación fue realizada en el Instituto Nacional de Pediatría, ubicado en la Av Insurgentes Sur, en el Distrito Federal; obteniendo la población de estudio de la consulta externa del Servicio de Alergias del citado - Instituto.

El grupo control, fue obtenido en una escuela primaria de gobierno, incorporada a la SEP, llamada José Azueta, - ubicada en la zona de Tlalpan, al sur de la Ciudad de México.

VII.- 9. PROCEDIMIENTO

La investigación comenzó a llevarse a cabo en el Instituto Nacional de Pediatría, obteniéndose primeramente la - autorización del citado Instituto para el acceso a la consulta externa para la aplicación de pruebas psicológicas a

niños que llegan a este servicio, habiendo sido diagnosticados como asmáticos y que por tal motivo, han requerido - de tratamientos inmunológicos y que en el momento de la investigación, se encontraban en él. De esta forma, según iban asistiendo al Instituto, pasaban a una entrevista con la psicóloga que llevó a cabo la investigación, la cual selecciono en base a los datos obtenidos siempre y cuando los pacientes tuvieran las características necesarias para la investigación.

Se solicitaba la anuencia de los padres o personas que acompañaban a los pacientes, ya que se requería una doble asistencia para la aplicación de pruebas, ya que en la primera sesión se aplicaba la prueba de Wechsler y en la segunda, se terminaba de aplicar la anterior prueba y se aplicaba el PFT.

Una vez aceptada este requerimiento, se hacía una ficha de identidad en donde se obtenía: número de expediente en el Instituto para identificación del caso, edad, nombre, - grado escolar, fecha de nacimiento, permitiendo bajar la - ansiedad y comenzar a establecer rapport.

De igual forma se obtuvo la autorización para la aplicación de pruebas en el grupo control, en una escuela ubicada en la zona de Tlalpan, seleccionando al azar la población de escolares que se ubicaran en 3o., 4o., y 5o. año, ya que en esos grados se agrupan los rangos de edad requeridas para el estudio.

Ya seleccionados, se aplicaba una ficha de identidad y una breve historia clínica de padecimientos respiratorios, así como enfermedades, descartando la presencia de asma en estos niños.

En ambos grupos, ya seleccionados, se procedía a la aplicación individual de las pruebas, comenzando por el Test de Wechsler (WISC-R) siguiendo los lineamientos del manual, omitiendo la aplicación de los subtest de claves y laberintos, ya que se contaba con poco tiempo para la aplicación.

Posteriormente se aplicaba el Test PFT (Test de Frustración de Rosenzweig), ubicándose la entrevistadora a un lado del paciente y/o alumno con las láminas del test y una hoja de respuesta para escribir las mismas.

A continuación se daba la siguiente instrucción:

"Te voy a enseñar una serie de láminas en las que en cada una de ellas está escrito un párrafo (señalando la leyenda encerrada en una nube sobre el personaje) y en la otra no. Imagínate qué contestaría la otra persona, diciéndolo en voz alta para que yo escriba tu respuesta, dí lo primero que se te ocurra y responde lo más rápido posible"

A un lado se colocó un papel con las palabras impresas en las láminas que no son comunes en el lenguaje de México, ya que el Test procede de Argentina, dándole la equivalencia popular en México, explicándole al niño que en las láminas 2, 6, 20 y 21, venían esas palabras, que equivalían a lo siguiente:

- * No. 2 sos = eres
- * No. 6 monopatín = patín del diablo
- * No. 20 tejo = canica
- * No. 21 hamacarme = columpiarme

No presentándose dudas, se procedía a la aplicación, leyendo el niño en voz alta la primera parte y respondiendo lo que consideraba pertinente.

La entrevistadora escribía las respuestas y observaciones corporales o modulares de voz, al contestar el niño las pruebas.

Al terminar la aplicación, se daba las gracias y se recogía el material.

La calificación del PFT fue conforme al manual, manejando las tres combinaciones posibles y las calificaciones E, I y M.

Las pruebas fueron calificadas por tres jueces que conocían la prueba, con el fin de obtener uniformidad en las calificaciones, ya que es una prueba proyectiva.

Igualmente en la prueba del WISC-R fue aplicada y calificada bajo los lineamientos del manual.

Terminada la aplicación, se procedió al análisis estadístico de los resultados.

VIII. ANALISIS ESTADISTICO

En el análisis estadístico de los datos, se utilizó la prueba T, para grupos independientes, ya que las muestras utilizadas en este estudio son independientes en sí por sus propias características. A su vez, los niveles de medición de la prueba PFT, son intervalares.

Igualmente se consideró importante el observar la relación entre las variables estudiadas por medio de una R. de Pearson.

IX R E S U L T A D O S

TABLA I DE RESULTADOS

ROSENWEIG (PFT)

	T CAL	T TABLAS	No.	gl.	ALFA	DESICION	RESULTADOS	\bar{X} ASM	\bar{X} NO ASM
O-D Predominio del obstaculo	0.7569	2.000	60	58	.05	Se acepta Ho.	No es sig.	42.40	39.69
E-D Defensa del Yo	1.3525	2.000	60	58	.05	Se acepta Ho.	No es sig.	44.66	40.97
N-P Persistencia de la necesidad	2.6111	2.660	60	58	.01	Se rechaz Ho.	** Es sig.	16.80	20.09
E Resp. Extra-punitiva.	1.4873	2.000	60	58	.05	Se acepta Ho.	No es sig.	48.74	54.04
I Resp. Intra-punitiva.	2.0256	2.000	60	58	.05	Se rechaz Ho.	* Es sign.	23.38	20.22
M Resp. Impunitiva.	1.2341	2.000	60	58	.05	Se acepta Ho.	No es sig.	27.95	25.62

TABLA II DE RESULTADOS

WISC - R

	T CAL.	T TABLAS	No.	gl.	ALFA	DISCUSION	RESULTADOS	\bar{X} ASM	\bar{X} NO ASM
ESCALA VERBAL									
Información	0.7573	2.000	60	58	.05	Se acepta Ho.	No es sign.	7.4	7.9
Similitudes	0.1382	2.000	60	58	.05	Se acepta Ho.	No es sign.	8.1	8.07
Aritmética	2.714	2.660	60	58	.01	Se rechaza Ho.	**2a sign.	9.2	11.10
Vocabulario	1.141	2.000	60	58	.05	Se acepta Ho.	No es sign.	8.3	9
Comprensión	0	2.000	60	58	.05	Se acepta Ho.	No es sign.	6.4	6.4
ESCALA EJECUCION									
Fig. Incomp.	1.0543	2.000	60	58	.05	Se acepta Ho.	No es sign.	9.3	10
Ord. de Dibujos	1.6216	2.000	60	58	.05	Se acepta Ho.	No es sign.	11.2	10
Diseño de cubos	0.5397	2.000	60	58	.05	Se acepta Ho.	No es sign.	10.8	10.4
Comp. de obj.	0.9861	2.000	60	58	.05	Se acepta Ho.	No es sign.	10.6	9.9
Claves	0.1518	2.000	60	58	.05	Se acepta Ho.	No es sign.	9.0	8.9
C.I. VERBAL	0.5426	2.000	60	58	.05	Se acepta Ho.	No es sign.	87.2	90.46
C.I. EJECUCION	0.4645	2.000	60	58	.05	Se acepta Ho.	No es sign.	101.37	96.30
C.I. TOTAL	0.0197	2.000	60	58	.05	Se acepta Ho.	No es sign.	91.23	93.36

TABLA III DE RESULTADOS

ASMATICOS

X	Y	Nb.	Gl.	r	rt	alfa	denición	RESULTADOS	tc	tt	alfa	denición	RESULTADOS
INTEL/O-D		30	28	0.53	.3494	.05	tc rt=tb. H ₀ = r = 0	Relación moderada. A mayor Intel. = mayor productividad del obst. Hay relación.	3.27	2.048	.05	tc tt=tb.	Si hay # signif.
INTEL/S-D		30	28	0.57	.3494	.05	tc rt=tb. H ₀ = r = 0	Relación moderada. A mayor Intel. = mayor difrens del yo. Hay relación.	3.68	2.048	.05	tc tt=tb.	Si hay # signif.
INTEL/N-P		30	28	0.06	.3494	.05	tc rt=tb. H ₀ = r = 0	Relación nula Las variables son independientes.	0.29	2.048	.05	tc tt=tb.	No hay # signif.
INTEL/E		30	28	0.25	.2960	.01	tc rt=tb. H ₀ = r = 0	Relación baja A mayor Intel. = menor no. de resp. extrajurid. Hay relación	1.34	2.048	.05	tc tt=tb.	No hay # signif.
INTEL/I		30	28	0.45	.3494	.05	tc rt=tb. H ₀ = r = 0	Relación moderada. A mayor Intel. = mayor no. resp. interpretativas. Hay relación.	2.68	2.763	.05	tc tt=tb.	Si hay # signif.
INTEL/H		30	28	0.46	.3494	.05	tc rt=tb. H ₀ = r = 0	Relación moderada. A mayor Intel. = mayor no. resp. interpret. Hay relación.	2.76	2.763	.05	tc tt=tb.	Si hay # signif.

TABLA IV DE RESULTADOS

NOASMATICOS

X	Y	No.	GL	r	rt	alfa	definición	RELACIONES	tc	tt	alfa	definición	RELACIONES
INTEL/	O-D	30	28	0.62	.3494	.05	tc tt= Nb	Relación moderada A mayor intelig. mayor rendimiento del objeto. Si hay relación	4.23	2.048	.05	tc tt= Nb	Si hay # signif.
							tb r ≠ 0						
INTEL/	B-D	30	28	0.63	.3404	.05	tc tt= Nb	Relación moderada A mayor intelig. mayor dibujo ya Si hay relación	4.30	2.048	.05	tc tt= Nb	Si hay # signif.
							tb r ≠ 0						
INTEL/	N-P	30	28	0.26	.2960	.01	tc tt= Nb	Relación baja A mayor intelig. mayor (rendimien. de la muestra). Si hay relación	1.41	2.048	.05	tc tt= Nb	No hay # signif.
							tb r ≠ 0						
INTEL/	E	30	28	0.54	.3194	.05	tc tt= Nb	Relación moderada A mayor intelig. mayor no. resp. extemporáneas Si hay relación	3.36	2.048	.05	tc tt= Nb	Si hay # signif.
							tb r ≠ 0						
INTEL/	I	30	28	0.46	.3494	.05	tc tt= Nb	Relación moderada A mayor intelig. mayor no. resp. intemporal Si hay relación	2.73	2.761	.01	tc tt= Nb	No hay # signif.
							tb r ≠ 0						
INTEL/	M	30	28	0.49	.3494	.05	tc tt= Nb	Relación moderada A mayor intelig. mayor no. resp. intemporal Si hay relación	2.95	2.048	.05	tc tt= Nb	Si hay # signif.
							tb r ≠ 0						

X INTERPRETACION DE RESULTADOS

Partiendo que este estudio buscó la comprobación de las hipótesis planteadas, las cuales abarcan areas tales como el manejo de frustración-agresión y el nivel de inteligencia, se obtuvieron los siguientes datos.

En el area de inteligencia, se puede considerar que no existe una influencia directamente proporcional entre la - inteligencia en relación a su nivel y el grado de frustración-agresión, aunque en la subescala de aritmética se encontraron puntajes en ambos grupos que indican que sí existe diferencia estadísticamente significativa en esta subescala (t calculada 2.714, t tablas, 2.660; a un α de .01, - con una media de 9.2 el grupo de asmáticos y de 11.10 los no asmáticos) mostrando así que se rechaza H_0 12, por lo que es un indicador que los niños asmáticos no utilizan de manera eficaz sus funciones cognocitivas como son el razonamiento abstracto, la atención y concentración específica, influyendo en una forma directamente proporcional en la - atención inmediata de estos niños, pudiendo así dificultarse la utilización eficaz de estas areas.

Esta diferencia entre ambos grupos, hace suponer que - el niño asmático presenta mayor dificultad para expresar - aquello que siente, y por ende va aunado al tipo de padecimiento que es el psicósomático, en donde él busca al parecer integrar carencias de control que se ejercen sobre sí a nivel emocional, y aunque exista el factor inmunológico que predispone a las crisis, no deja de entrelazarse con - el emocional.

También se observó que sí existe una relación entre la inteligencia y el tipo de respuesta donde implique mayor - razonamiento para expresar el impulso, ante la situación -

frustrante, siendo que en los niños asmáticos aunque estas variables se relacionaron en su mayoría en una forma moderada, ante estímulos que den pie a una mayor elaboración en el pensamiento, no permitiendo la salida en forma abrupta, encontramos que no hay relación entre inteligencia y la persistencia de la necesidad (Ho.22), ya que son variables independientes (r_c 0.06, r_t .3494, α .05, $r=0$), en que el control de las soluciones externas dadas por otro, y el nivel de inteligencia de ese otro, no influyen en el curso de las soluciones internas del sujeto.

Por otro lado se obtuvieron resultados en donde hay relación entre la inteligencia y las respuestas extrapunitivas (Ho.23) dando a mayor inteligencia menor número de respuestas extrapunitivas, en que hay mayor control de la agresión dirigida hacia el exterior. (r_c 0.25, r_t .2960, α .01, $r \neq 0$).

En los niños no asmáticos, se encontró que hay una relación baja en inteligencia y persistencia de la necesidad (Ho.28) en donde también no entra el control del nivel de inteligencia de la otra persona. (r_c 0.26, r_t .2960, α .01)

De esta forma los resultados en esta área, concuerdan con los resultados obtenidos en otros estudios, como es el de G. Fink y H. Schmeer (1963), que encontraron en adolescentes con asma el que su CI, oscilaba entre el promedio normal y normal torpe; al igual que con la investigación de D. Flanders, (1949), con niños alérgicos, encontraron mayor puntaje de CI de ejecución, al igual que en esta investigación en donde la \bar{x} de asmáticos en la escala verbal es de 87.2, y en los no asmáticos de 90.46, y la escala de ejecución en los asmáticos es de \bar{x} 101.87 y no asmáticos de 98.30: así pues en general los sujetos asmáticos poseen una inteligencia promedio normal, y en este estudio se muestra que el nivel de inteligencia no difiere significativamente de

los niños asmáticos de los no asmáticos, (X asmáticos, CI total 93.23, no asmáticos X 93.36), lo que implica que una variable no tiene efecto sobre la otra, ni la inteligencia imprime características sobre el asma, ni el asma influye en la inteligencia, solamente se responde ante la situación frustrante de una forma diferente, en donde implique mayor razonamiento.

Tomando la otra area estudiada, en ésta investigación, se considera que en la frustración-agresión, sí existe diferencia estadísticamente significativa en la escala que mide la persistencia de la necesidad (con t calculada de -2.6111, t de tablas de 2.660, a un α de .01, con una \bar{X} de 16.80 en los asmáticos y de 20.09 en los no asmáticos), por lo que los niños asmáticos tienden a dar una respuesta dirigida hacia la solución de un problema inherente a la situación frustrante, pidiendo ayuda a otra persona para la solución del problema que se le presente, que en el caso del niño asmáticos podría ser de la madre de la que espera la solución, colocando la necesidad en la madre o en otra persona.

En estudios previos con niños asmáticos (M. Liberman y Elitton (1963), Benjamín (1963), M. Speeling (1949), H. - Abrahamsen (1963) y Purcel (1969); citados en investigaciones previas; los hallazgos arrojan luz, particularmente sobre el comportamiento de los niños asmáticos en relación con sus madres, encontrando que, ante la separación el paciente asmático busca una reconciliación con la madre ya sea por la confesión, o trata de manejar el conflicto con actitudes de repetición evitando así la tentación de ser independiente, aunque todo a su alrededor se lo propicie, dado por el fuerte lazo afectivo y dependiente que se establece con la madre y por la inestabilidad afectiva que parece vivir.

A su vez se encontró en está investigación, que sí - existe diferencia estadísticamente significativa en el puntaje obtenido en la escala de respuestas Intrapunitivas, - (t calculada 2.0256, t tablas 2.000, a un α de .05, con una media en el grupo de asmáticos de 23.38 y de 20.22 en los no asmáticos), en que la agresión se dirige hacia sí mismo, por lo que parece ser causada por las intensas crisis, en las cuales se le dificulta al niño dirigir la agresión que le produce tanto el mismo padecimiento como probables situaciones familiares, en que se revierte la agresión hacia sí mismo.

Aunando lo anterior a la aportación de Sperling (1949), en la que dice que el órgano de elección inconsciente provoca tanto en el niño como en la madre preocupación mórbida, igualmente inconsciente, hace aún más que se incremente la ansiedad y se dificulte la intercomunicación verbal entre los mismos, en donde podría ser un factor determinante, que disminuyera esta ansiedad.

Así pues, la continua lucha del niño asmático por no separarse de su madre, por la necesidad de depender de ella, así como a propia actitud de la madre, explicará la razón de que sí se encuentran diferencias estadísticamente significativas en relación al manejo de frustración y de la agresión, ya que ante la crisis y a veces sin ella, el niño puede lograr que la madre se encuentre cerca, aunque a veces de una manera defensiva por el temor de separarse totalmente, pero esta situación provoca mucha agresión entre ambos y a la vez parece frustrar al no poder dejar de depender de ella, ni expresar lo que siente.

La suposición de que el niño asmático pudiera presentar mayor frustración surgió a razón de que ante la crisis o sin ella, se encuentra la imposibilidad de actuar por la constante amenaza de la presentación de la crisis, en que la actividad del niño se suspende, teniendo que permanecer en

reposo, e inclusive ir al hospital si lo requiere, hace que el niño tenga que inhibir muchos de sus impulsos y deseos, teniendo el temor constante y la necesidad que la madre - apoye y apruebe aquello que desea hacer, provocando enojo y frustración, al verse imposibilitado a tomar sus propias decisiones y lograr sus propios propósitos.

Igualmente requiere de mantenerse alerta para no estar por debajo de sus compañeros, por lo que se funcionaron las variables de inteligencia y frustración, al pensar que en estos niños podría existir mayor nivel de inteligencia, ante la necesidad de estimular diferentes áreas que no se - veían promovidas por la falta de consistencia en la asistencia a clases y las lagunas educativas que pudiesen quedar en su aprendizaje, pareciera que no existen del todo, aunque sí hay una relación entre las variables, al tener que razonar más para no dar una respuesta del todo impulsiva, y tienden a presentar una inteligencia normal, que propicia el utilizar funciones como las globalizadoras, la organización del material y la sintetización del mismo, sobre aquellas funciones que no se han ejercitado totalmente, por falta de estimulación, por su propia dificultad para expresarlo.

Ekl que se haya encontrado diferencia estadísticamente significativa en el área de aritmética, nos habla que estos niños tratan de controlar y estructurar aquello que les rodea, buscando el razonamiento crítico y la estructuración, aunque se les dificulte expresarlo del todo, por la misma necesidad de aprobación, sin que se frustre, aunque probablemente no lo logren.

Entonces bajo la guía de los resultados, en donde los niños asmáticos presentan mayor frustración y agresión, podría deberse a su necesidad de depender por el temor de sus propios logros sin la aprobación de la madre, provocando - que su agresión se dirija hacia sí mismo, dando como consecuencia una probable baja de defensas y la presencia de la

falla inmunológica que provoque la crisis, en que el niño ya no se puede defender.

Así pues, la relación de dependencia hacia la madre, - hace que el niño no se pueda desprender del todo y lo haga sentir inhábil para tomar decisiones o simplemente permanecer en sus actividades sin necesitar o necesitando a la madre cerca.

XI CONCLUSIONES

Concluyendo, se observa que el comportamiento estadístico de las hipótesis de trabajo, en función de los resultados del estudio manifestaron :

Es significativa la Ho. 3 (mide persistencia de la necesidad), Ho. 4 (mide respuesta de tipo intrapunitiva) y - Ho. 12 (mide la subescala de aritmética en la prueba de --- WISC-R), por lo tanto se rechazan las Ho. de cada una de las hipótesis marcadas, existiendo diferencias significativas en el manejo de frustración-agresión, en estas áreas y dificultad en el manejo del área de aritmética.

Por otro lado, las demás hipótesis planteadas (Ho.1, - Ho. 2, Ho. 5 a la Ho. 11 y de la Ho. 13 a la Ho. 19) se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas por lo que se aceptan todas estas hipótesis.

En la Ho. 22, se encontró que no existe relación entre inteligencia y persistencia de la necesidad, en niños asmáticos, y Ho. 23, se acepta así como Ho.28 respecto a la persistencia de la necesidad, en que si hay relación. Las demás hipótesis (la Ho.20, 21, 24, a la 27, y de la 29 a - la 30) se rechaza Ho. por lo tanto sí hay relación entre - las variables.

Así pues se puede concluir que los niños que presentan asma de tipo alérgico muestran diferencias en el manejo de la frustración-agresión y el manejo de las escalas de inteligencia que el grupo control de niños que no presentan este padecimiento.

También que sí existe relación entre la inteligencia y el manejo de los impulsos dados a razón de los efectos ante la frustración y la respuesta de agresión.

La continua amenaza de la crisis, y los cuidados requeridos para estos niños, como pueden ser los medicamentos, las continuas visitas al médico y la aplicación de vacunas, hace que estos niños presenten cierta frustración al no poder desarrollar sus actividades al igual que los otros, y que la amenaza que estos sugiere, hace que sus actividades se encuentren suspendidas por periodos ante la necesidad de atenderse, hace que estos niños se lleguen a frustrar con facilidad, necesitando depender de la madre o de alguna persona que se encuentre a su cargo para poder sentirse bien, sin la presencia de este padecimiento a manera de crisis.

Al mismo tiempo, les provoca agresión que no es manifestada abiertamente, sino que se revierte hacia sí mismo, pudiendo ser expresada con la crisis, no dejando de tomar en cuenta los factores inmunológicos que se encuentran en él, como predisponentes.

Buscan integrar funciones de organización, síntesis, atención, y concentración específica, dificultándoseles expresarlas de manera integral, pero encontrándose a la expectativa de lo que le rodea para poder actuar, y en ocasiones los conceptos o formas de pensar de otras personas no se relacionan con sus propios intereses y su propio desarrollo y aunque se encuentra muy dependiente de sus objetos, dan como consecuencia quizá, una pobre interacción con el medio que no permite una mayor estimulación en estos niños y por ende obtener un mejor desarrollo.

También además del tratamiento médico en la parte física, es importante dar apoyo y orientación a los padres y al niño de como ubicarse en su enfermedad, ya que la angustia por la pérdida de control de su cuerpo, puede ser un hecho real que provoque inestabilidad.

Lo anterior se puede generalizar a poblaciones que contengan las mismas características de las que presenta ésta investigación:

XII LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

En base a los autores que estudian la conducta, se ha encontrado que el desarrollo "normal o esperado" en el individuo, depende de los primeros años de vida, en donde el transcurso a través de las diferentes etapas del desarrollo, propician un desarrollo adulto con determinadas características.

En estos niños asmáticos, existe un factor fisiológico en el cual se encuentran incluidos una serie de aspectos psicológicos que van entintandose de una forma especial, en el desarrollo de los mismos.

De hecho factores como son la inteligencia y el manejo de frustración - agresión, que muestran diferencias estadísticamente significativas, influyen de manera directa, observándose la relación de la madre-hijo y tomando en cuenta factores externos, como son el medio ambiente que los rodea, que los influye, tanto física como mentalmente.

De esta forma, se considera que una sugerencia importante viene a ser el motivar hacia la investigación en México sobre este campo, donde se encuentren formas y procedimientos de relación a este padecimiento, así como las influencias tanto familiares, medioambientales (contaminación ambiental por ejemplo), socioeconómicas, escolares, etc., y las diferencias e influencias que existen entre ellas en el padecimiento asmático.

Para el logro de esto, se requiere ubicar un grupo interdisciplinario de investigadores como pueden ser médicos, psicólogos, sociólogos, trabajadores sociales, etc., para implementar medios más adecuados de investigación, evitando la contaminación de variables y dando soluciones y técnicas de ayuda a estos niños, proporcionándoles menos carencias y mayor apoyo, para un mejor desarrollo.

Igualmente es importante el difundir entre los padres de estos niños, la forma más conveniente de relacionarse con ellos, la forma de relación entre la madre y el hijo, en donde la sobreprotección no funciona así como el abandono tampoco, sino el establecer una relación afectuosa y de entendimiento con su hijo, y que puede que se provoque la crisis, pero que la pérdida de control no ayuda.

También el estructurar la función del padre, que puede actuar como mediador entre la madre, el hijo y el padecimiento.

Una limitante en esta investigación, se ubica en que aunque sí es posible encontrar bibliografía respecto al niño asmático, mucha de ella es bajo parámetros extranjeros, en la que se ha observado al niño asmático bajo diversas circunstancias.

A diferencia en México, en que sí existe investigación y bibliografía, muchas de ellas es a nivel del funcionamiento fisiológico y orgánico, pero faltan áreas en qué ahondar en relación al funcionamiento psicológico en estos niños, como puede ser el evaluar el rendimiento escolar, el grado en que afectan estas áreas en la presentación del padecimiento, así como otro factor como es la contaminación ambiental existente en la Cd. de México.

Otros factores son los socioeconómicos y la influencia de diferentes estratos del mismo, en la incidencia del padecimiento y las causas propiciadoras en cada uno de ellos

Es importante ubicar las tendencias de autoagresión, ubicandolo en la relación objetal y sus consecuencias, especialmente en niños mexicanos, así como su autoimagen.

Así pues, la inquietud de investigar más por el conocimiento de áreas y aspectos ya establecidos, como es el padecimiento asmático, en interrelación con la psicología, - viene a ser, a mi modo de ver, un amplio campo para trabajar, e investigar.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Aas K. (1972) The Biochemical and Immunological basis of Bronchial Asthma C.C. Thomas Springfield.
- 2) Abramson H.A. (1963). Some aspects of the psychodynamics of intractable asthma in children. In the - asthma child. New York. (Citado en Ajuriaguerra)
- 3) Ajuriaguerra J. (1973). Manual de Psiquiatría. 4a Edición. Editorial Masson, Barcelona-México 1983.
- 4) Alexander Franz (1979). Psiquiatría Dinámica. Ed. - Paidós. Buenos Aires, 1971.
- 5) American Thoracic Society Committee on Diagnostic - Standards for Non Tuberculosis Respiratory Disease. (1962). Am. Rev. Resp. Disc. 875:761
- 6) Benedek T. (1950). Citado en Psiquiatría Dinámica. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1971.
- 7) Benjamin y Cols. (1963). Ed. Knapp. P. H. Citado en Ajuriaguerra, pág. .740
- 8) Berman & Mac Donnell (1981). Differential Diagnosis and treatmente of Pediatric Allergy. Little Brown and Company. Boston, U.S.A.
- 9) Bernstein L., Purcell K. (1963). Institutional Treatment of Asthmatics Children. In: Schneer H. I. The asmathic child, Nueva York, Heaper L. Publishers.

- 10) Berrun Ma. Trinidad (1966). Traducción y adaptación a México de la Prueba de Rosenzweig (Tesis Licenciatura). Facultad de Psicología. UNAM. México.
- 11) Campbell y Stanley (1966). Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social. Ed. Amorroutu.
- 12) Camron Norman (1982). Desarrollo y Psicopatología de la personalidad. Ed. Trillas, México.
- 13) Cochram William Gomell, (1971). Técnicas de Muestreo. Continental México.
- 14) Cuevas Ocampo, Neri (1980). Comparación de las respuestas ante la frustración de niños y niñas de 4o. año de primaria, mediante el PFT. Tesis UNAM. Licenciatura Facultad de Psicología.
- 15) Dalbiez R. (1948). El método psicoanalítico y la doctrina Freudiana. Buenos Aires. Argentina
- 16) Dawson B., Horoben and Cols., (1969). Study of relationship between family situation, broncial asthma and personal adjustment in children pediatric. P. 59: 402
- 17) Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. Ed. Salvat Editores Undécima Edición. España (1974).
- 18) Dollar y Miller (1941). Frustración y Agresión. Nueva Haven Yale University Press.

- 19) Elkan I. Stanges towards the containment of mental experience mustrated in the treatmente of a young - girl with asthma. Resumen: Journal of child psychotherapy. 1977. Vol. 4 (B).
- 20) Elkind D. (1969), Piagetian and psychometric concep- tions of intelligence Harvard Ed. rev.
- 21) Erikson Erik, (1963) Infancia y Sociedad. Buenos A- Aires, Argentina. Ed. Horme.
- 22) Farzan S. (1982). Neumología clínica. Ed. Interame- ricana, México.
- 23) Falliers J.C. Psychosomatic Study and Treatment of asthmatic children. Pediatric clinics of Northameri- ca. 1969, vol 16.
- 24) Feiring, Candice, Lewis Michel (1979). Sex and age differences in young children's relations to frus- tration. A further look at the goldberg and Lewis subjects child development. (848-853).
- 25) Fine R.(1963). The personality of the asthmatic - child. In: Schneer H.I. The asthmatic child. New - York: Harper. Row Publishers. (cap. 4).
- 26) Fink G. Schneer H.I. (1963). Psychiatric evaluation of adolescent asthmatics. In: Schneer H.I. Ibid the asthmatics child. New York Hopper Row Published.
- 27) Flanders O. (1949). Emotions and bodily changes. New York. Columbia University press. 1a. edición 1935.

- 28) Freeman E.H., Freingold B.F., Sch Tesinger K.G., -
Corman F.J. Psychological variables in allergic disorders. A review psychosomatic Medicine. (1964) Vol. XXVI (5) 543-575
- 29) Freeman F.S. (1962). Theory and Practice of Psychological testing. 2a Edición. New York. Holt Rinehart & Winston.
- 30) Freud Anna (1966). Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente. Ed. Paidós, Argentina (19850
- 31) Freud Anna (1965). Normalidad y Patología en la niñez. Ed Paidós, Argentina
- 32) Freud Sigmund (1905). Tres ensayos para una teoría sexual. (Obras completas) Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, 1974.
- 33) Freud S. (1938) Esquema del psicoanálisis. Ed. Paidós, Argentina.
- 34) Freud S. (1936). Inhibitions, Symptoms and anxiety. Londres, Hogarth Press.
- 35) Freud S. (1923) El Yo y el Ello. BN Tomo 2, Obras Completas.
- 36) Freud S. (1939). An outline of Psychoanalysis. New York W. North & Co. (1949). (Citado en F. Alexander Psiquiatría Dinámica).

- 37) Fuch Modiano Esthe (1969). Estudio experimental de la frustración en un grupo de niños preescolares a través del test Fuch-Lara. Una comparación en relación al sexo. Tesis UNAM. Lic. Facultad de Psicología.
- 38) Furer (1964). Citado en: M. Mahler. El nacimiento - Psicológico del Infante Humano. (1952)
- 39) Gago Huguet A. (1965). La frustración como factor - psicológico de la personalidad (Tesis licenciatura) UNAM. México, Facultad de Psicología.
- 40) Heackel. Citado en Victoria Rull de Campero. "Concepto de Normalidad y Anormalidad". Revista Aletheia. Volumen 1, 1980.
- 41) Hendrickson, P.A. Psychosocial presumed non organic reading problem children. (pág. 154) Resumen: Dissertation abstracts international, 1982. Vol 3.
- 42) Hernández Martínéz, Ma. del Carmen. (1984). Estudio de la agresión en un grupo de niños enuréticos. Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. Méx.
- 43) His., Hartman y Lowenstein. Citado en Telma Reca y Sprier, 1975. Temas de Psicología y Psiquiatría de la niñez y adolescencia. Buenos Aires, Argentina.
- 44) Horney Karen (1965). Nuestros conflictos interiores. Editorial Paidós, Argentina.
- 45) Hurst, 1943. Brithsh Medicine J. 1:403.

- 46) Jaidar, V.A. (1968-1971). Características psicológicas de los niños asmáticos. Tesis, México. Hospital Infantil de México.
- 47) The Journal of Allergy and Clinical Immunology (1985), (1975) American Academy of Allergy and Immunology.
- 48) Krapp P.A. The asthmatic child and the psychosomatic problem of asthma: Toward a general Theory in: Schneer H.I. The asthmatic child. New York Harper I row Publishers,. 1963. Cap. 15
- 49) Kerlinger Fred (1975). Investigación del comportamiento. Ed. Interamericana, México.
- 50) Koppitz E.N. (1968). Psychological evaluation of - Children Human Figure Drawings. Nueva York Grave & Stratton.
- 51) Lamont J.H. (1963). Wich children out grow asthma - and which do not? In: Schneer H.J. The asthmatics child. New York, Horper I row Published.
- 52) Lieberman M., Litton E. (1963). Asthma in identical twins. In: The Asthmatic Child. Ed. por H.I. Schneer New York Harper and Row.
- 53) López Manuel Isafas Dr. Teoría general del desarrollo psicológico en el niño. Editorial Trillas. Méx.
- 54) Lorenz Konrad (1971). Sobre la agresión, el pretendido mal. Ed. Siglo XXI, Buenos Aires.

- 55) Luparello y Cols. (1968). Citado en Kanner L. Psiquiatría Infantil. Buenos Aires Siglo XXI.
- 56) Mackinnon M. (1973). Psiquiatría Clínica Aplicada. Ed. Interamericana. México.
- 57) Mahler Margaret (1952). El nacimiento Psicológico del infante humano. Editorial Marimar.
- 58) Martínez Lara, Arturo. (1969). La frustración como problema experimental (Tesis Licenciatura) Facultad de Psicología de la UNAM, México.
- 59) McGuigan (1974). Psicología Experimental. (Enfoque Metodológico). Ed. Trillas, México.
- 60) Mendenhall (1979). Introducción a la probabilidad y la estadística. Ed. Wadsworth International Iberoamericana, USA.
- 61) Mohr G.J., Selesmichk Sch., Angenbraun B. (1963). - Famili dynamics in early childhood asthma: Some mental health considerations. In: Schneer H.I. The - asthmatic child. New York: Harper & Row Publishers.
- 62) Mussen, Conger, Kagan (1971). Desarrollo de la personalidad en el niño. 2a. edición. Editorial Trillas México.
- 63) Nágera Humberto, (1975). Desarrollo de la teoría de los instintos en la obra de Freud. Horme, Argentina.

- 64) Piaget Jean. (1967). Seis estudios de Psicología. - Ed. Ensayo Seix Barral. México (1975)
- 65) Pick Susan y López (1980). Cómo investigar en ciencias sociales. Ed. Trillas, México.
- 66) Portal Ariosa Guadalupe (1985). Una alternativa en el manejo de agresión en niños con diferentes patologías. Tesis Lic. Facultad de Psicología, UNAM. Méx.
- 67) Quillet (1980). Diccionario Enciclopédico. Tomo IV. Editorial Cumbre, México. pag. 230.
- 68) Rabadan Fernández Ma. Concepción (1986). Análisis - psicodinámico de un grupo de niños con asma. Tesis de maestría en Psicología Clínica. México.
- 69) Rank Otto. (1924). El trauma del nacimiento. Editorial Paidós. Argentina, 1985.
- 70) Ramírez Roa Susana (1986). La agresión en niños institucionalizados (Tesis Licenciatura). Facultad de Psicología, UNAM.
- 71) Roes y Pinkerton (1970). Citado en : The pediatric clinics of North America. Vol. 22, 1975. Symposium on Pediatric Allergy. Elliot F. Ellis MD guest Editor. Philadelphia. London. Toronto.
- 72) Rosenzweig (1934). Test de Frustración (PFT). Manual Editorial Paidós. Buenos Aires.

- 73) Rull Victoria (1980). "Concepto de Normalidad y Anormalidad" Revista Aletheia, Volumen 1, 1980.
- 74) Sarason J. (1977). Psicología Anormal de los problemas de la conducta desadaptada. Ed. Trillas. México
- 75) Seyle H. (1950) Citado en Alexander F., 1950. Psychosomatic Medicine N.W. Norton & Co. New York.
- 76) Schnoer H.I. (1963). The desath of an asthmatic. The asthmatic child. New York: Harper & Row Publishers.
- 77) Symonds P.M. (1946) The dynamics of Human adjustment of human adjustment. New York Apleton - Century.
- 78) Stafford Clerk D. Manual de Psiquiatría Clínica. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- 79) Spitz R. (1973). El primer año de vida. Ed. Fondo de Cultura Económica. México.
- 80) Sperling M. (1949). The role of the mother in psychosomatic disorders in children. Psychosomatic Medicine.
- 81) Wechsler David (1974). Escala de Inteligencia revisada para el nivel escolar WISC-R. Ed. Manual Moderno. México.
- 82) Wechsler D. (1958). The Measurement and Appraisal of Adult Intelligence, Williams & Wilkins. (Ed. Wittaker 1968).

- 83) Wriass & English (1950) Psychosomatic Medicine. Philadelphia Sauders. Co. (1a. edición, 1943)
- 84) Williams & Mc. Nicol (1975). Aspects of dependence-
independence conflict in children with asthma. Resú-
men: Journal of child psychology & psychiatry & a-
plied disciplines.
- 85) Wittaker (1968). Psicología. Editorial Interamerica-
na, México.

GLOSARIO DE TERMINOS MEDICOS

- 1) **Alergeno.-**
Sustancia hipotética de naturaleza tóxica que produce alergia.
- 2) **Alergia.-**
Palabra creada por Von Pirquet para designar la alteración de la capacidad de reacción del organismo. Conjunto de fenómenos de carácter respiratorio, nervioso o eruptivo, producidos por la absorción de ciertas sustancias que dan al organismo una sensibilidad especial ante una nueva acción de tales sustancias aún en cantidades mínimas.
- 3) **Antígeno.-**
Término general para toda la sustancia que, introducida en el organismo animal, provoca la formación de anticuerpos.
- 4) **Atópico.-**
De atopía. Hipersensibilidad humana sujeta a influencia hereditaria, que sería el fundamento del asma esencial y estados análogos.
- 5) **Bronco constricción.-**
Espasmo incontrolable de la musculatura bronquial ante un fenómeno obstructivo respiratorio, o bien, la manifestación de los mismos, en relación con medicamentos.

- 6) Edema.-
Sinónimo de inflamación.
- 7) Eczemas.-
Lesión húmeda de la piel (dermatitis).
- 8) Fibrosis quística.-
(Arteriocapilar). Oclusión de las pequeñas arterias y capilares por fibrosis inflamatoria interna, causa de la hipertensión, según algunos autores.
- 9) Eosinófilos.-
Variedad de leucócito, célula de Ehrlich que contiene en su protoplasma granulaciones eosinófilas. Existe normalmente en la sangre, en la proporción de 1 a 4% leucocitos y este número aumenta en ciertos estados patológicos. Leucemia, triquisis, asma bronquial, etc.
- 10) Inmunoglobulinas E (IgE).-
Fracción proteica encargada de la inmunidad humoral y elemento importante en los fenómenos alérgicos.
- 11) Niveles séricos.-
Relativo a los sueros o producido por ellos.
- 12) Paroxístico.-
(De paroxismo). Máxima intensidad de un acceso, ataque o de los síntomas de una enfermedad. Exacerbación súbita.

- 13) Psicogénesis.-
Evolución o desarrollo de la mente.
- 14) Pruebas de hipersensibilidad Tipo I.-
Reacción inmunológica típica de anticuerpo contra antígeno.
- 15) Reaginas.-
Término general para las sustancias que se producen en los procesos de inmunización: anticuerpo.
- 16) Sinusitis.-
Inflamación de la mucosa de un seno, de la cara, especialmente (esfenoidal, frontal, maxilar).
- 17) Triada de Francis.-
Entidad clínica caracterizada por rinitis alérgico, asma bronquial y alergia al ácido acetil salicílico (aspirina ASA).

BIBLIOGRAFIA:

Diccionario terminológico de ciencias
médicas. Editorial Salvat Editores.
Undécima Edición. España, 1974.

ANEXO 1

S. ROSENZWEIG

LAMINAS DEL TEST DE FRUSTRACION

Picture Frustration Test
(P. F. T.)

Galería para escolares

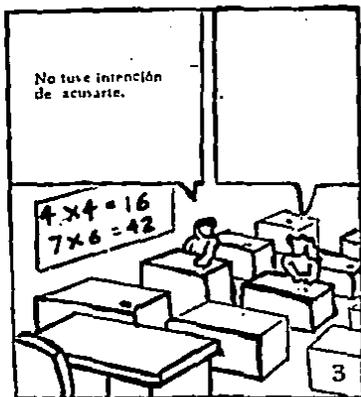
Adaptación

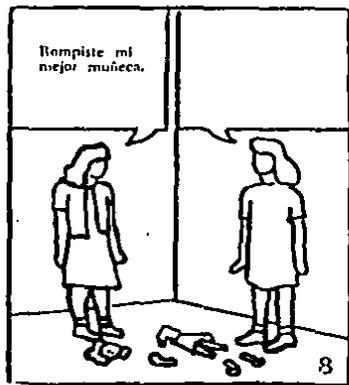
JADIE BEUNSTEIN

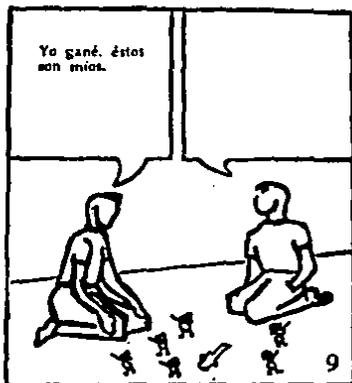
*Es profesora de Ciencias Psicológicas
en las universidades de Buenos Aires y del Extranjero*

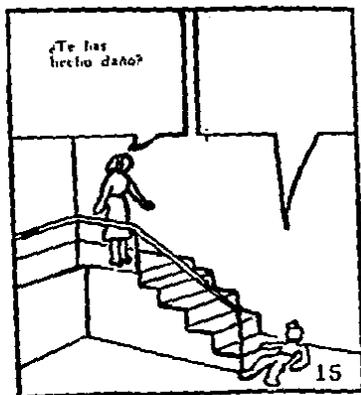


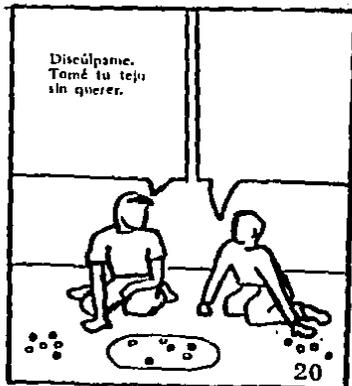
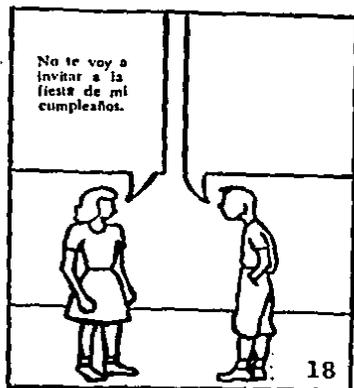
EDITORIAL PAIDOS
Buenos Aires

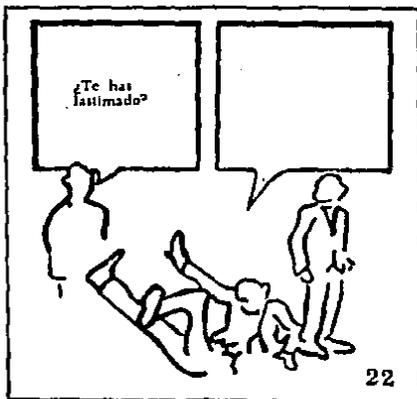












HOJA PARA CALIFICACION DEL ESTUDIO DE ROSENZWEIG
EN SU FORMA PARA NIÑOS.

Nombre _____
Sexo: _____
Edad _____

Fecha: _____
Duración: _____
Examinador: _____

O-D E-D N-P			Perfiles y patrones de desviación					
1	E'	E e		O-D	E-D	N-P	Total	%
2		E e						
3		M	E					
4		e						
5	E'	e	I					
6		E						
7		I	M					
8		I i	Total					
9		E						
10		I	%					
11		m	Patrones S-I		Tendencias			
12		E	E=	=	1.-			
13		EI	I'	=	2.-			
14	M'		E-I'	=	3.-			
15	E'I'		E-E'	=	4.-			
16		E, M	I-I'	=	5.-			
17		m	M-I'	=	Patrones totales			
18		E						
19		I						
20		M						
21		E						
22		I						
23	M'	M e						
24		m						

G C R = x = x%

P. F. T.
Sistema para la clasificación de las respuestas

Predominio del obstáculo	Respuesta Ego-defensiva	Persistencia de la necesidad
<p>E' El examinado enfatiza la presencia del obstáculo que provoca la frustración.</p>	<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>	<p>e Se espera que alguna persona aporte una solución para la situación frustrante.</p>
<p>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>	<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>	<p>i El examinado da soluciones por lo general expresando sentimientos de culpa.</p>
<p>M El obstáculo es minimizado hasta tal punto que el examinado llega casi a negar su presencia.</p>	<p>M El examinado considera la situación como inevitable, por lo que se siente absuelto de toda culpa.</p>	<p>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.</p>