

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESTUDIO PSICODINAMICO DE OCHO FAMILIAS DE NIÑOS ASMATICOS

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N

MARIA GUADALUPE ADAC ARCHUNDTA

Y

RIGEL RUIZ SALAZAR

98  
psi

MEXICO, D. F.

1 9 7 2



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.

5-25



25053.08  
UNAM.20  
1972

M. 161042

tps 222

I N D I C E .

Introducción.

CAPITULO I.

Consideraciones Previas.

Bosquejo Histórico de la Medicina Psicosomática.

Conceptos Actuales de la Medicina Psicosomática.

CAPITULO II.

Desórdenes Respiratorios.

Asma.

Aspectos Médicos.

Aspecto Psicológico.

Tratamiento.

Dinámica Familiar.

Estudios sobre la relación entre la familia y asma bronquial.

CAPITULO III.

Material Métodos y Procedimiento.

Características de la muestra.

Weschler

Machover.

T.A.T.

C.A.T.

Rorschach

CAPITULO IV.

Resultados.

CAPITULO V.

Conclusiones.

CAPITULO VI.

Sumario y Sugerencias.

T. Ps. 00669

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

De todas las etapas que atraviesa el ser humano, la infancia es la de mayor plasticidad. Por eso es importante conocer el mundo del niño, su pensamiento, su miedo, su fantasía y sus potencialidades para encausarlas hacia los aspectos positivos de la existencia.

Esta es la razón por la cual al iniciar nuestra práctica profesional -- nos orientamos hacia la Psicología Infantil; en este campo entramos en contacto con las llamadas enfermedades psicosomáticas, pudiendo observar que niños -- diagnosticados con estos padecimientos presentaban características diversas y considerando que el aspecto psicológico de estos padecimientos constituye un -- factor determinante en la evolución o involución de dichas enfermedades, nos -- avocamos a su estudio.

Ahora bien, como no es posible abarcar en una investigación todas las -- enfermedades psicosomáticas, ya que sería un estudio vastísimo para llevarlo a -- cabo, solamente dos psicólogos sin los medios que podrían facilitar dicha ta-- -- rea, nos vimos en la necesidad de elegir aquel padecimiento que nos pareció in -- teresante por el interjuego que existe en la presentación de la crisis y el as -- pecto emocional que en ella intervienen. Por ello quisimos investigar los fac -- tores emocionales que estuvieran presentes en forma relevante en los padres y

en el niño.

Tomando en cuenta que el niño es un ser en proceso de formación dentro de un medio familiar y social, que va a determinar la estructuración de su -- personalidad, nuestra investigación se dirigió no solo al paciente sino al -- grupo familiar de éste por existir interacciones dinámicas, actitudes y comunicación específicas.

Ya que el criterio moderno para investigación y tratamiento implica el análisis integral del caso, siendo el ser humano un ente Bio-psico-social, como tal se estudiará en este trabajo que presentamos como tesis profesional.

En los capítulos I y II bosquejaremos una breve revisión bibliográfica de los estudios al respecto.

En el Cap. III hablaremos de el material, la muestra y procedimientos usados.

En el capítulo IV se hará un breve análisis de los resultados obteni-- dos. El capítulo V será de Conclusiones.

Y, finalmente, el capítulo VI será Sumario y Sugerencias.

## CAPITULO I.

### CONSIDERACIONES PREVIAS.

#### EL PROBLEMA CUERPO-MENTE.

El problema de la relación cuerpo-mente es un problema de muy antiguo origen. Los hombres ponderaron sus complejidades mucho antes de que René Descartes estableciera firmemente esta dicotomía en el pensamiento filosófico occidental. El propósito de este capítulo es analizar los aspectos filosóficos del problema cuerpo-mente.

#### INTERACCIONISMO.

Las principales teorías que abordan el problema caen dentro de tres grandes grupos. El primero agrupa las teorías basadas en el principio de interaccionismo que establece que la mente influye en el cuerpo y/o el cuerpo influye en la mente. (1)

En su célebre doctrina de los humores, Hipócrates padre de la Medicina, sostenía que el temperamento del hombre era determinado por la preponderancia relativa de cuatro líquidos o humores: sangre, flema, bilis negra y bilis amarilla. Hipócrates enseñó que el cerebro era el órgano más importante del cuerpo. Y aunque deriva lo físico de lo somático, reconocía también, astutamente, que las emociones podían tener efectos físicos.

Siglos más tarde Descartes -considerado por muchos como el iniciador - del período moderno de la psicología- elaboró una teoría dualista, interaccionista, que ha influido profundamente en el pensamiento moderno sobre el problema cuerpo-mente. En sus postulados, Descartes encontró sitio tanto para el alma como para el cuerpo. El creía en un alma libre, insustancial e inextensa, y un cuerpo mensurable, material y operado mecánicamente. Escribió -- que el alma "está unida conjuntamente a todas las partes del cuerpo" y que -- esas partes interactuaban sobre la glándula pineal. El alma percibe y quiere; el cuerpo es como una máquina. Las ideas de Descartes reflejaron su interés por lo físico y por los nuevos descubrimientos fisiológicos, pero también fueron fuertemente influenciadas por su lealtad teológica.

Incluida también dentro de este primer grupo del interaccionismo, la teoría del epifenomenalismo sostiene que el proceso mental no es más que un subproducto de la actividad somática y no tiene significado causal. Esta teoría, asociada a T.H. Huxley -entre otros- llegó a ser sumamente popular en la segunda mitad del siglo XIX por el desarrollo de la fisiología del cerebro. Alcanzó una actitud extrema en el dicho del fisiólogo Moleschott: "kein Gedanke ohne Phosphor" ("No existe pensamiento sin fósforo").

#### IDEALISMO, MATERIALISMO Y PARALELISMO.

El segundo grupo de teorías incluye los enfoques filosóficos monistas: idealismo y materialismo, y el concepto dualista del paralelismo psicofísico.

Los idealistas como Berkeley consideran que sólo existen fenómenos mentales en el universo. El idealismo subjetivo del obispo Berkeley sostiene -- que no existen sustancias con cualidades de adherencia, sino cualidades o -- ideas que solo pueden existir para una mente perceptiva. De manera que ser es ser percibido. Llevada a sus conclusiones lógicas esta teoría solo pudo -- terminar en solipsismo, en la afirmación de que el yo es la única cosa existente y toda realidad exterior es subjetiva.

Por otro lado, los materialistas sostenían que solo la materia existe y, en consecuencia, solamente el cuerpo existe y es real. Esta postura filosófica condujo al médico francés La Mettrie, -en el siglo XVIII- a concluir -- que el pensamiento era un resultado de la acción mecánica del cerebro y del --

resto del sistema nervioso. Otro médico francés del mismo siglo, Cabanis, admitió este principio y llamó al cerebro el órgano del pensamiento, órgano que secretaba pensamiento como el hígado secreta bilis.

Stanley Cobb, (2) -quien ha desempeñado un importante papel en el desarrollo de la medicina psicosomática en los Estados Unidos- escribió que "el único punto de vista con sentido filosófico para un médico es... La creencia de que la mente es una función del corazón, o como una contracción es una función de un músculo". Sin embargo, Cobb niega que este punto de vista sea materialismo, posiblemente por los matices éticos y políticos involucrados.

Partiendo de una compleja teoría de los entes como los elementos de todo ser, el gran matemático Leibnitz concluyó que los entes están sincronizados como los mecanismos de relojería y que el cuerpo y el alma constituyen solo un caso especial de sincronización de entes en general. Este principio es el modelo de las teorías de paralelismo psíquico-físico que sostenían que los procesos mental y corporal corrían una carrera paralela sin interinfluencia alguna.

### TEORIA DE DOBLE ASPECTO. (3)

Existe, finalmente, un tercer grupo de teorías que pretenden ofrecer un tipo de soluciones más complejas y sutiles al problema mente-cuerpo. Estas teorías desafían cualquier noción de sustancias o de causalidad para ambos conceptos.

Existe, por ejemplo, el principio del doble aspecto en teorías asociadas principalmente con Bertrand Russell y Gilbert Ryle; Russell propone que los fenómenos nerviosos pueden ser observados de diferentes maneras. La mente es el cuerpo observado desde un punto de vista; el cuerpo es la mente vista desde otro. La fisiología ve un aspecto, la psicología otro. Los términos mental y corporal pertenecen a dos lenguajes diferentes que describen los mismos fenómenos. Los intentos de Ryle para distinguir entre el algo y la forma o estilo en el que ese algo existe es, obviamente, un fenómeno de doble aspecto. Hay también una teoría organismo-respuesta que concibe el proceso mental como una clase distinta de respuesta realizada por un organismo interactuante con su medio ambiente.

## IDEAS SOSTENIDAS ACTUALMENTE.

¿Cuáles son actualmente las teorías sostenidas en el mundo occidental ? En la vida diaria, irreflexiva, la mayoría de las personas es interaccionista. Los científicos y los técnicos buscan generalmente explicar el comportamiento humano en términos de fenómenos físicos- neurofisiológicos, bioquímicos, etc. Entre los clínicos hay quienes emplean términos psicológicos como yo, traumas, etc., pero que admiten la posibilidad de encontrar explicaciones en cualquier otro campo. Sin embargo, dentro de este grupo algunos considerarían repugnante una explicación final en términos puramente médicos. Entre los interesados en el método de la psicología, hay quienes consideran el problema cuerpo-mente como filosóficamente sin sentido y científicamente sin valor; piensan que no vale la pena perder tiempo y esfuerzo. Otros consideran que las teorías recientes, como las de Russell y Reyle, pueden aportar un buen enfoque a la teoría y a la práctica psicológicas. (4)

La cita de un reciente estudio científico resume la atmósfera intelectual que priva en nuestros días; "Los científicos de mente flexible y tenaz — tienden a relegar el problema cuerpo-mente al limbo de la metafísica especulativa. Quizá después de ensayar un poco, aunque con éxito dudoso, terminan por adoptar una de estas dos actitudes o dejan el enigma para que los filósofos se preocupen por él, o lo declaran un falso problema que no vale la pena ser encarado por nadie... es realmente un conjunto de intrincados conflictos—algunos — científicos, algunos epistemológicos, algunos sintácticos, algunos semánticos y algunos pragmáticos". Feigl) (5)

## BOSQUEJO HISTORICO DE LA MEDICINA PSICOSOMATICA.

La historia de la medicina psicosomática no puede separarse de la historia general de la medicina, porque el interés por las relaciones tan cercanas que existen entre la mente y el cuerpo es tan antiguo como el interés por la medicina misma, y los avances en este campo anteceden a la era de Hipócrates. Concomitantemente, el desarrollo de la medicina psicosomática tiene una relevancia capital en la historia de la psiquiatría. Las más importantes tendencias históricas se encuentran brevemente sintetizadas aquí:

Los paleopatólogos han identificado los cráneos de hombres primitivos con los agujeros de trépanos. Esto sugiere que las primeras trepanaciones se realizaron con el fin de privar a los individuos de su conocimiento para facilitar el desprendimiento del cuerpo de los espíritus del mal. Más tarde Sigerist (6) informó que en la sociedad primitiva "no había aparentemente división entre las enfermedades físicas y las mentales". Como se hace notar en la Tabla I, la importancia de la relación entre la mente y el cuerpo fué reconocida a través de los períodos babilónico-asirio, griego y romano, y también durante la Edad Media, aunque la naturaleza de esta relación fué distorsionada por variables culturales.

El Renacimiento señaló grandes avances en matemáticas, en química y en física, lo que propició notablemente el progreso de la medicina en sus aplicaciones específicas a la microscopía, a la bioquímica, a la patología. Sin embargo, al mismo tiempo y como una reacción que se inició en el período oscurantista de la Edad Media--- cuando la Psiqué era considerada como una fuerza mística e irracional--- ese concepto de Psiqué dejó de relacionarse con la medicina y se relegó al campo de la religión y de la filosofía. En otras palabras, en contraste con el tremendo progreso y crecimiento de la medicina durante el Renacimiento, se produjo una disminución en el interés por la psiquiatría, por el papel que desempeña el determinismo físico y médico, así como por los desordenes mentales.

Solo después de que Freud realizó los revolucionarios descubrimientos que evidenciaron la importancia de las emociones en la producción de perturbaciones mentales y corporales, fué modificada esta tendencia. Hoy el concepto

de medicina psicosomática se encuentra universalmente extendido y se refieren a la interacción entre los factores psicológicos y somáticos que producen estados tanto de salud como de enfermedad.

#### DEFINICION .

El término psicosomático fué usado por primera vez por Heinroth, en 1818, cuando analizaba los factores psicosomáticos de los insomnios. Pronto fué popularizado por los psiquiatras alemanes Jacobi y Nasse, y llegó a constituir un punto de vista sobre los factores psíquicos en medicina. El concepto intervino en los enunciados de un gran número de desórdenes médicos psicogénicos, tales como la histeria de conversión, y enfermedades con manifestaciones psicofisiológicas, como la úlcera péptica. (7)

En 1952 la Asociación Psiquiátrica Americana reconoció, -en su nomenclatura standard- la ambigüedad en el uso de la palabra psicosomático, y acuñó la designación desorden psicofisiológico autónomo y visceral para nombrar desórdenes específicos de varios sistemas orgánicos. En la nomenclatura standard, estos desórdenes psicofisiológicos se describen como sigue:

"Los síntomas se deben a un estado crónico exagerado de la expresión normal fisiológica de emoción... Tales estados viscerales, prolongados largamente, pueden eventualmente conducir a cambios estructurales".

"Este grupo incluye las así llamadas organeurosis. También incluye algunos casos anteriormente clasificados bajo una amplia variedad de términos de diagnóstico, tales como: estado de ansiedad, neuro-cardiaca, neurosis gástrica, etc..."

Hoy, el papel de los factores emocionales agravantes en ciertas enfermedades orgánicas viscerales, tales como la úlcera péptica, es generalmente aceptado en medicina psicosomática. Sin embargo, el mecanismo exacto de la acción psicosomática está sujeto a controversia. (8)

## T A B L A I

### ESQUEMA DE LA HISTORIA DE LA MEDICINA PSICOSOMATICA.

FECHA Y PERIODO HISTORICO.

ORIENTACION PSICOSOMATICA.

---

10,000 A. C. Sociedad primitiva	La enfermedad es causada por fuerzas espirituales y debe ser combatida -- por medios espirituales. El espíritu del mal que entra y afecta al ser total, debe ser total, debe ser expulsado, V.gr. por exorcismo, trepanaciones, etc.
2,500 - 500 A. C. Civilización Babilónico Asiria.	La medicina es dominada por la religión, y la sugestión es la mejor arma de tratamiento. Sigerist: "La medicina de Mesopotamia era psicossomática en todos sus aspectos".
400 A. C. Civilización griega.	Sócrates "Como no es propio curar -- los cuerpos sin la cabeza, ni curar la cabeza sin el alma". Hipócrates: "Para curar el cuerpo humano es necesario tener conocimiento del total - de las cosas".
100 A. C. - - - D. C. Fines de la civilización - griega, principios de la - romana.	Postulados de la teoría humoral de - Galeno: la enfermedad es causada por <u>perturbaciones</u> en los fluidos del -- cuerpo.
500 - 1500 D. C. Edad Media (época oscuran- tista).	El misticismo y la religión dominan la medicina. El <u>pecado</u> es la causa - de las enfermedades mentales y somáticas. Se pensaba que el diablo debía ser expulsado del cuerpo o destruido con él.

Cont. Tabla I.

FECHA Y PERIODO HISTORICO.

ORIENTACION PSICOSOMATICA.

1500 - 1700 D. C.  
El Renacimiento.  
(siglos XVI, XVII Y XVIII)

Renovación del interés por las ciencias naturales y por su aplicación a la medicina. Avances en Anatomía — (Vesaliús) Autopsia (Morgagni), Microscopía (Leeuwenhock). Las influencias psíquicas en el soma son refutados como no científicas. El estudio de la mente es relegado a la religión y a la filosofía.

1800 - 1900

Siglo XIX

La medicina toma su fundamento en los modernos laboratorios de Pasteur y Virchow. Virchow: "La enfermedad tiene su origen en la enfermedad de la célula. El adelanto psicossomático queda descartado al asociar la enfermedad con el cambio estructural de la célula. Se trata a la enfermedad, no al paciente".

1900 - Presente

Siglo XX

Las primeras formulaciones psicoanalíticas de Freud enfatizan el papel del determinismo psíquico en las reacciones de conversión somática — (caso Dora). Estos primeros conceptos se limitan a conversiones histéricas. Posteriormente Alexander diferencia las reacciones de conversión de los desórdenes psicossomáticos.

## CONCEPTOS ACTUALES DE LA MEDICINA PSICOSOMATICA

La importancia de un modelo teórico se extiende más allá de su valor académico porque lo influye el desempeño clínico y el diseño de la investigación. En consecuencia, resulta significativo que en el campo de la medicina psicosomática ningún modelo teórico sea considerado en la actualidad enteramente satisfactorio. Hay puntos básicos en que se está de acuerdo, pero al mismo tiempo existen numerosos fenómenos que aún se consideran discutibles.

Aquí intentaremos analizar los actuales modelos teóricos en este campo para recapitular algunos de los conceptos en los que se basa el pensamiento moderno psicosomático.

### CONCEPTOS BASICOS

Concomitantes fisiológicos de la emoción.- En 1935, Franz Alexander (9) propuso un modelo teórico para explicar el mecanismo de los desórdenes psicofisiológicos en el que mucho se apoya el trabajo clínico actual y la investigación en este campo.

La contribución clave de Alexander a la medicina psicosomática fue el principio de que los síntomas psicosomáticos resultan de los concomitantes fisiológicos, del conflicto psíquico y del trauma. Este profundo principio ha sido elaborado y aclarado como sigue:

Primeramente Alexander postuló que la excitación emocional da origen a profundas reacciones psicológicas, y concibió que estos concomitantes fisiológicos de fuerza psicológica intervienen en el desarrollo de síntomas psicosomáticos y de enfermedad. Más específicamente: bajo condiciones ordinarias, los concomitantes somáticos de pena aguda, cólera o ansiedad, no conducirán a consecuencias físicas adversas en una personalidad sana. Sin embargo, existen por otras partes ciertas personalidades que son orgánicamente vulnerables a concomitantes de afecto y pueden desarrollar desordenes psicofisiológicos como consecuencia de una excitación emocional. La vulnerabilidad orgánica es un factor capital pero variable en la génesis de la enfermedad psicosomática. Algunos pacientes son altamente vulnerables a casi cualquier tipo de excitación emocional, mientras que otros tienen un grado inferior de vulnerabilidad y sólo desa

rrollarán síntomas cuando la reacción afectiva asuma una forma patológica y sea excesivamente severa o crónicamente incurable. En general, se propicia el desarrollo de desórdenes psicofisiológicos cuando existe un alto grado de vulnerabilidad orgánica junto con un desorden emocional sustancial.

DIFERENCIACION DE SINTOMAS PSICOFISIOLOGICOS Y NEUROTICOS.- Más aún, Alexander distinguía entre reacciones de conversión y desórdenes psicofisiológicos, y dió fin a la confusión que había resultado de aplicar inapropiadamente los mismos modelos conceptuales a dos tipos de desórdenes. Antes se pensaba que ambas reacciones tenían condiciones neuróticas esencialmente similares; a partir de entonces los desórdenes psicofisiológicos ya no fueron equiparados a los síntomas neuróticos. Se ha reconocido que el examen clínico del paciente psicósomático revela con frecuencia que la fuente del estado emocional más crítico puede ser vestigio de los conflictos neuróticos del paciente y de sus relaciones patológicas objetivas. Sin embargo, el actual síntoma psicósomático no tiene significación simbólica ni características que, según se pensaba comúnmente, eran típicas de los síntomas neuróticos. En realidad es el fracaso de los mecanismos psicológicos de defensa para proteger la personalidad contra la excitación excesiva que precipita el ataque del desorden psicósomático. Estas consideraciones no son de interés teórico, tienen implicaciones para el tratamiento psiquiátrico de los desórdenes psicósomáticos.

CONCEPTO DE UNIDAD PSICOSOMATICA.- Implícita en los primeros modelos teóricos se hallaba la creencia de que los fenómenos psíquicos y somáticos representaban procesos discretos. Así, los concomitantes somáticos de los procesos psíquicos eran considerados frecuentemente como fenómenos patológicos. En contraste, y de acuerdo con la opinión actual, las variables psíquicas y fisiológicas representan diferentes aspectos del fenómeno unitario de afecto. De acuerdo con este, las respuestas fisiológicas se consideran como concomitantes intrínsecas de excitación emocional. Más aún, las evidencias recientes sugieren que estas variantes fisiológicas y psicológicas se encuentran constantemente unidas en interacción. La misma situación psicológica que evoca una respuesta emocional, evoca también una respuesta hormonal como componente intrínseco de una reacción total. El incremento del nivel hormonal, a través de su acción en el cerebro, puede entonces producir modificaciones en el comportamiento del individuo, lo que más tarde afecta la secreción hormonal, y así sucesivamente.

Como último apoyo de la hipótesis de la unidad psicosomática, descubrimientos recientes indican que las estructuras del cerebro que controlan las emociones y las funciones viscerales son idénticas o se hallan estrechamente relacionadas. Temor, angustia y sexualidad, están regulados, así como el funcionamiento de vísceras y glándulas por estructuras límbicas e hipotalámicas que operan tanto corticalmente como en los niveles subcorticales de la organización neural. La naturaleza precisa de la interrelación entre los factores fisiológicos y psicológicos en la salud y la enfermedad no han sido aún completamente aclarados. Sin embargo, el estudio de la correlación neurofisiológica de las funciones psíquicas y somáticas se han convertido en foco de interés y en actividad reciente, y es posible suponer que los datos que se derivan de la investigación en este campo facilitarán finalmente la predicción, la comprensión y el control de los fenómenos psicosomáticos. (10).

CONCEPTO DE MULTICAUSALIDAD.— El criterio de que la mala salud era el resultado de un solo agente patógeno, un parásito que permanecía relativamente constante, se hallaba implícito en los primeros modelos de causalidad.

En contraste, el modelo moderno invoca el concepto multifactorial. Más específicamente, la enfermedad médica, incluyendo la psicosomática, se considera el resultado de la compleja interacción de varios determinantes que operan en niveles orgánicos, ambientales y psicológicos. Numerosos individuos que sufren de ansiedad crónica, no desarrollarán desórdenes psicosomáticos, porque los concomitantes fisiológicos de excitación emocional son necesarios pero no suficientes para determinar desórdenes psicofisiológicos. En otras palabras mientras que los factores psíquicos juegan un papel muy significativo en la etiología de los desórdenes psicosomáticos, los factores psíquicos no son solamente los únicos determinantes causales. Estos interactúan con los factores somáticos para producir el estado final de enfermedad.

Para ilustrar lo dicho: se cree que la úlcera péptica es el resultado de efectos erosivos sobre la mucosa duodenal de una excesiva secreción ácida hidroclórica, que es un concomitante fisiológico de excitación crónica. Sin embargo, aparte de que el paciente ulceroso está expuesto a tensión ambiental, tiene, además, una mucosa parietal y, de acuerdo con algunos autores, una organización fisiológica (oral) específicamente vulnerable.

ORIGEN DE LA SUCEPTIBILIDAD ORGANICA.— Como mencionamos antes, se — considera a los pacientes psicossomáticos como orgánicamente vulnerables a los concomitantes fisiológicos de la excitación emocional. No obstante existen di— ferencias de opinión relacionadas con la patogénesis de esta susceptibilidad so— mática. Algunos autores atribuyen la susceptibilidad orgánica a traumas físi— cos; otros piensan que las primeras experiencias psicológicas adversas en la — vida predisponen a la vulnerabilidad. En la actualidad hay una creciente tenden— cia a considerar la predisposición a la enfermedad en órganos específicos deter— minada por la constitución misma del individuo. El hecho de que se registre — una alta incidencia familiar de ciertos desórdenes psicofisiológicos, aunada a los descubrimientos de tendencias psicofisiológicas muy tempranas en la vida, — parece corroborar este punto de vista. Por ejemplo, Mirsky descubrió hiperse— creción gástrica en niños no nacidos aún, y de esos datos dedujo que tales ni— ños serían genéticamente susceptibles ante ciertos traumas de personalidad y es— tarían sometidos a un considerable riesgo de ulceración péptica.

### MODELOS TEORICOS

En general, los conceptos básicos descritos anteriormente son acepta— dos por la gran mayoría de los que trabajan en este terreno. Sin embargo, la — interpretación de estos conceptos en términos de decisiones teóricas, y sus im— plicaciones para la práctica clínica y para la investigación, son objeto de con— tinuos debates.

Una de las cuestiones más discutidas en medicina psicossomática se re— fiere a la "elección del síntoma", esto es, al esclarecimiento de por qué un pa— ciente desarrolla, por ejemplo, una úlcera péptica, y otro una artritis reuma— toide. Las teorías actuales de medicina psicossomática pueden clasificarse me— diante las tres variaciones del modelo básico que ilustramos en el siguiente — cuadro:

#### A. MODELO BASICO

##### Estímulos

El estímulo evoca tensión psicológicamente experimentada.

##### Variantes hipotéticas intermedias

Estado central de excitación con concomitantes fisiológicos.

##### Respuesta

Síntoma psicofiológico o enfermedad.

## B. TRES VARIACIONES DEL MODELO BASICO

### 1.- Modelo de especificidad (Alexander)

#### Estímulos

Tensión ambiental, evocando un conflicto específico psíquico inconsciente.

#### Variantes hipotéticas intermedias

- a. Ansiedad
- b. Excitación de modelos específicos psicodinámicos implicando regresión.
- c. Concomitante específico fisiológico regresivo.

#### Respuesta

Síntomas específico psicofisiológico o enfermedad.

### 2.- Modelos no especificos (Mahl)

#### Estímulos

Cualquier estímulo ambiental no especificado, experimentado consciente e inconsciente como tensión psicológica.

#### Variantes hipotéticas intermedias

Estado central de ansiedad crónica, con concomitantes fisiológicos difusos.

#### Respuesta

El síntoma psicofisiológico o la enfermedad, la naturaleza de los cuales se determina por factores tales como la susceptibilidad, van más allá de la naturaleza del estímulo o del estado psicológico.

### 3.- Modelo de respuesta específica individual (Lacey)

#### Estímulos

Una amplia gama de estímulos experimentados conscientes o inconscientemente, como tensión.

#### Variantes hipotéticas intermedias

Modelos de excitación efectiva específicos al individuo.

#### Respuesta

Síntoma psicofisiológico específico o enfermedad relacionada con el modelo de excitación, pero no con el estímulo.

(1) De acuerdo con el modelo de especificidad, los fenómenos específicos psíquicos conducen a estados afectivos específicos y por tanto a síntomas específicos psicossomáticos o a enfermedades.

(2) El modelo no específico comprende las teorías que establecen que cualquier estímulo, no específico, es capaz de causar angustia psíquica que puede evocar un estado afectivo (v. gr.: ansiedad crónica) que a su vez puede resultar un síntoma psicossomático o una enfermedad, la naturaleza de la cual no es predecible por la variante psíquica.

(3) Finalmente, las teorías sintetizadas dentro del tercer modelo teórico de especificidad de respuesta individual, postulan que un gran número de estímulos pueden evocar un modelo de excitación afectiva que es altamente específico para cada individuo. Concomitante, el tipo de síntoma psicossomático que el individuo desarrolla dependerá primariamente del modelo de su respuesta específica, mucho más que de la naturaleza del estímulo. Las diferencias entre estos tres modelos teóricos se hallan señalados en los esquemas anteriores.

Una revisión de los voluminosos datos clínicos y experimentales que se han acumulado para apoyar o refutar cada una de estas proposiciones teóricas, rebasaría el campo de este capítulo. Sin embargo, los conceptos en los que cada modelo se finca, así como los principales representantes de cada género de investigación en medicina psicossomática, se exponen brevemente a continuación.

MODELO DE ESPECIFICIDAD.- De acuerdo con este grupo de teorías, los fenómenos específicos psicopatológicos producen síntomas específicos psicossomáticos. Algunos de los principales representantes del punto de vista de la especificidad son: Flanders Dunbar, Stewart Wolf, Harold Wolff y Franz Alexander.

Flanders Dunbar.- Dunbar intenta correlacionar los "perfiles de la personalidad" específicamente manifiestos, con la ocurrencia de desórdenes específicos psicossomáticos. Dunbar sostiene, por ejemplo, la hipótesis de que el tipo "duro, conductor, ejecutivo" de personalidad, es particularmente vulnerable a la enfermedad de las arterias coronarias. Investigaciones clínicas subsecuentes han fracasado al tratar de sostener esta teoría.

Stewart Wolf y Harold Wolff.- Estos investigadores han aportado una significativa contribución metodológica al campo de la medicina psicossomática, desarro-

lizando técnicas para hacer posible la investigación de las correlaciones psicofisiológicas. Por medio de tales técnicas, Wolf y Wolff estudiaron las relaciones entre varios parámetros fisiológicos y psíquicos, tanto en sujetos sanos como en pacientes que sufrían una amplia serie de desórdenes psicósomáticos. Durante varios estados emocionales observaron las reacciones fisiológicas en órganos sanos y enfermos, tales como el colon, el estómago y la nariz. Basándose en sus descubrimientos intentaron relacionar variantes patológicas, fisiológicas y psicológicas. Propusieron también una hipótesis de especificidad para interpretar sus datos. Sugirieron, por ejemplo, que los modelos específicos de adaptación psíquica del individuo que "se sostiene fuertemente" y del individuo que no, podrían tener ingerencia en el desarrollo de la constipación psicogénica y de la diarrea, respectivamente. No hay duda de que tales investigaciones han aportado valiosos datos. Pero Wolf y Wolff merecieron críticas por enfatizar el contenido manifiesto de comportamiento descuidando importantes consideraciones psicodinámicas, tales como la motivación inconsciente.

Franz Alexander.— Del grupo de teóricos que postulan el modelo de especificidad, los de mayor influencia son los que provienen de la estructura teórica del psicoanálisis freudiano y manejan conceptos como "regresión", "inconsciente" y "etapas" de desarrollo psicosexual. Hacen hincapié en considerar la calidad del objeto de relación del paciente como una variante psicológica, crucial en la génesis de los desórdenes psicósomáticos.

De acuerdo con Alexander, el más importante miembro de este grupo, la excitación de conflictos psicopatológicos de inconsciente específico deriva en síntomas específicos psicósomáticos en virtud del siguiente mecanismo, descrito aquí en forma sencilla: Un fenómeno traumático evoca un conflicto neurótico inconsciente que se manifiesta en el paciente como ansiedad. Según la teoría freudiana, la ansiedad es señal de alarma que advierte al ego para que utilice sus defensas contra los peligrosos impulsos reprimidos y las fantasías. En el paciente psicósomático este proceso psicodinámico implica una "regresión" a una etapa anterior del desarrollo psicosexual y a un modo más primitivo de relacionar los objetos, a la etapa en la cual se originó el conflicto o a la etapa a la que el paciente está fijado. Esta regresión psíquica es acompañada por concomitantes fisiológicos en forma de inmadurez fisiológica (y patogena) y por modelos de excitación. Alexander llamó a los aspectos fisiológicos de

este proceso "enervación regresiva".

De acuerdo con este criterio, los pacientes de úlcera péptica, por ejemplo, sufren invariablemente de conflictos inconscientes no resueltos que implican dependencia y que tienen sus raíces en el período oral.

Cuando este conflicto neurótico es reactivo por alguna frustración externa, el paciente regresa a la etapa receptiva oral que se caracteriza por el deseo inconsciente de ser alimentado por la madre. El cocomitante fisiológico de esta regresión patológica toma la forma de hiperfunción gástrica. Si tal constelación psicofisiológica es activada crónicamente en un paciente fijado en la etapa oral, con mucosa duodenal vulnerable, puede resultar úlcera péptica. Pero de acuerdo con la escuela de Alexander la ulceración péptica no puede desarrollarse en ausencia de un conflicto específico; esto es lo que esencialmente significa "especificidad".

Como se ha mencionado antes, la hipótesis de regresión es generalmente aceptada por autores orientados analíticamente. Sin embargo, el concepto de la regresión parcial del ego fue introducido recientemente por observaciones clínicas que revelaron que no todos los pacientes psicósomáticos manifiestan fenómenos regresivos en términos de deseos u objetos.

Varios autores han contribuido con datos clínicos y experimentales a sostener la tesis de que los modelos específicos psicodinámicos pueden ser concomitantes fisiológicos específicos. Por ejemplo: en sus estudios del personal del ejército, Mirsky encontró que grandes porcentajes de secreción gástrica estaba correlacionada con problemas de dependencia. En forma similar, los estudios clínicos de Engel lo llevaron a afirmar que pacientes que sufren enfermedades del intestino fueron expuestos durante su infancia a un tipo específico de relaciones madre-niño que los predispuso a una excesiva vulnerabilidad física y psicológica de efectos en su vida posterior.

En contraste, otros descubrimientos clínicos y experimentales demuestran ser incompatibles con la posición específica:

1.- Pacientes que manifiestan cualquier variedad de desórdenes psicósomáticos presentan una amplia gama de problemas psicodinámicos y merecen diagnósticos psiquiátricos que varían de normales a psicóticos.

2.- Aunque existe desacuerdo a este respecto, en general los proble-

mas psicológicos de un paciente no se pueden predecir por la naturaleza de su síntoma psicosomático, o viceversa.

3.- Es más, las investigaciones han demostrado que ciertas reacciones psicofisiológicas fundamentales en la teoría de la especificidad, tales como la hipersecreción gástrica, pueden producirse en animales expuestos a tensiones no específicas. Probablemente sería difícil tomar en cuenta, para la ocurrencia de desórdenes psicosomáticos en animales, la teoría de la especificidad psicoanalítica, que se sostiene en la suposición de los procesos simbólicos complejos, tales como las fantasías y los conflictos inconscientes que operan en la génesis de los desórdenes psicofisiológicos. Si más tarde es posible establecer una similitud entre el proceso psicosomático del hombre y del animal, la validez de esta hipótesis de especificidad psicoanalítica dejarían claramente abierta la cuestión.

4.- Finalmente, la teoría de la especificidad postula las mismas variantes de especificidad de etiología psíquica para una amplia gama de desórdenes psicosomáticos. De ese modo, el mismo problema psicológico, por ejemplo: la dependencia patológica y la pérdida de una relación afectuosa significativa, son considerados como de crucial significado etiológico en desórdenes tan diversos como en la colitis ulcerosa, el asma, la artritis reumática y algunos desórdenes de la piel.

Modelo no específico.- En el otro extremo de la escala teórica se encuentra el llamado modelo "no específico". Es el resultado de la común opinión de algunos investigadores que sostienen que los datos con que se cuenta no garantizan las conclusiones sobre la elección de tal o cual órgano; es decir, no se puede responder por qué un paciente desarrolla úlceras pépticas, por ejemplo, y otro hipertensión. Esta escuela piensa que en esta etapa incompleta de conocimiento, las hipótesis concernientes a la génesis de la elección orgánica en desórdenes psicosomáticos tienen una escasa probabilidad de ser correcta.

Según la teoría del modelo no específico, los síntomas psicosomáticos se encuentran más relacionados a la tensión psíquica experimentada en general, que a los factores psíquicos específicos. La teoría de Mahl, representativa del criterio no específico, establece primeramente que cualquier fenómeno de tensión puede evocar un estado de ansiedad crónica, segundo: los conocimientos

fisiológicos de tal ansiedad serán idénticos si la ansiedad resulta de una ame  
naza real intrínseca al ambiente y tempranamente percibida - como un bombardeo  
en terreno psicológico v. gr.: un examen médico en la escuela, o un conflicto  
que involucre un objeto querido en donde se haga patente que el enfermo es ex-  
tremadamente cauto en la fuente de su ansiedad y que puede ser mejor entendida  
en términos de estratagema psicodinámica.

Los estados de ansiedad crónica y los desórdenes psicofisiológicos --  
han sido experimentalmente evocados en el hombre y en los animales por una va-  
riedad de estímulos de tensión. Selye y Mahl, entre otros, han estudiado los  
concomitantes fisiológicos, tales como estados de ansiedad crónica experimen  
tal mente evocados y estados de ansiedad crónica provocados por situaciones traumá-  
ticas de la vida. Algunos de estos investigadores consideran las reacciones -  
fisiológicas- como el hiperfuncionamiento gástrico y cardiovascular y los cam-  
bios hormonales- como manifestaciones universales fisiológicas de tensión cró-  
nica, y los clasifican como variables cruciales intermedias en el desarrollo -  
de síntomas psicosomáticos y de enfermedades.

En contraste con el modelo de especificidad, los postulados de la teo  
ría no específica establecen que la naturaleza de los síntomas psicofisiológi-  
cos no pueden ser predecida mediante consideraciones psicológicamente específi  
cas. En general, los desórdenes psicosomáticos pueden ser precipitados por --  
cualquier suceso que provoque reacciones emocionales excesivas. En la prácti-  
ca clínica, el comienzo de tales desórdenes se asocia frecuentemente al rompi-  
miento de defensas psicológicas que protegen al paciente contra la intensa exc  
itación emocional. Tales irrupciones en el funcionamiento de la defensa psicoló-  
gica son como un tallo que redea los conflictos del paciente en sus relaciones  
con otras personas conflictos que pueden ser inconscientes o que, de cualquier  
forma, no son percibidos claramente. Se ha admitido que para la comprensión y  
el tratamiento de los problemas psicológicos del paciente tienen importancia -  
las consideraciones psicodinámicas, tales como la regresión, la motivación in-  
consciente, las perturbaciones en las relaciones y el rompimiento de las defen-  
sas psicológicas. Pero de acuerdo con la teoría no específica, estas conside-  
raciones psicodinámicas no ejercen una influencia específica en la génesis de  
los desórdenes psicofisiológicos. Es más, según este criterio la selección --  
del órgano puede depender de factores aún no determinados: por ejemplo, la --

susceptibilidad orgánica de la constitución física del individuo, y las experiencias tempranas que implican el conocimiento de respuestas patológicas.

Desde el punto de vista teórico, el concepto no específico de Mahl ha sido criticado como demasiado general e inútil. Sin embargo tiene la cualidad de resultar coherente con los abundantes datos de las investigaciones clínicas que han fallado con la hipótesis de la especificidad. La teoría no específica ha sido criticada también por sugerir que los concomitantes fisiológicos de ansiedad crónica son idénticos en todas las personas, bajo todas las circunstancias. Este punto de vista falla ante las marcadas diferencias individuales que se han encontrado en las manifestaciones físicas de afecto y que parecen tener importancia en la selección del órgano.

Modelo de respuesta individual de especificidad.— La teoría de respuesta individual de especificidad, formulada por investigadores como Lacey y Malmo, difiere del modelo no específico descrito antes, en que no postula un estado efectivo generalizado; v.gr.: la ansiedad crónica, que aunque es semejante en todos los individuos puede ser provocada por una variedad de estímulos. Difiere también de la teoría de especificidad en que no asume una correlación entre los modelos específicos de excitación afectiva y los factores de comportamiento psicodinámico específico.

De acuerdo con el modelo de respuestas de especificidad, los individuos tienden a mostrar modelos psicológicos altamente característicos y coherentes de excitación emocional, que puede ser provocada por una amplia gama de estímulos asociados con el desarrollo de desórdenes psicofisiológicos específicos. En otras palabras: a menos que sean extraordinariamente intensos, los modelos de excitación afectiva no son por lo general difusos, pero seleccionan focos específicos de activación.

Mientras un individuo reacciona con creciente tensión muscular de la cabeza y del cuello al dolor provocado por un choque eléctrico, por preguntas embarazosas o por un frustrante trabajo experimental, otro individuo reaccionará a los mismos estímulos con un incremento de secreciones gástricas. Existen pues reactores gástricos, reactores hipertensivos, reactores cardiacos, etc. Más aún: algunos individuos denotan una típica jerarquía de respuestas y pueden reaccionar según diferentes modelos en diferentes situaciones. Un pacien-

te puede responder con diarrea a una cierta clase de tensión v.gr.: el peligro a una herida física y con dolor de cabeza a una frustración sexual. Malmo parece haber demostrado que estos diferentes modelos de respuestas se encuentran asociados con síntomas psicósomáticos específicos y enfermedades. - "Reactores musculares" desarrollan dolor de cabeza; "reactores cardiovasculares" se quejan de palpitaciones y dolor de pecho.

Se han llevado a cabo estudios de modelos específicos de reacción individual siguiendo la hipótesis de regresión discutida antes. Las reacciones emocionales de los pacientes adultos tienden a manifestar un foco fisiológico específico de activación, en significativa oposición a las reacciones difusas o inmaduras de los niños.

En la infancia suele establecerse un modelo característico de respuesta individual que permanece uniforme a través del tiempo. Se sigue, entonces, que los desórdenes psicósomáticos del adulto se presentan acompañados - de respuestas psicofisiológicas firmemente establecidas que no significan un regreso a las primeras reacciones. El concepto de regresión fisiológica como condición necesaria para el desarrollo de desórdenes psicofisiológicos no está apoyado por estos descubrimientos. Estas consideraciones no pertenecen, sin embargo, necesariamente a la regresión psicológica. El regreso a modelos anteriores de adaptación frente a la tensión, que con frecuencia se halla en desórdenes psiquiátricos y psicofisiológicos, es una salida aparte.

Como ya se dijo, los modelos de activación efectiva, y sus asociados desórdenes psicofisiológicos, no parecen estar estrechamente relacionados -- con los determinantes psíquicos específicos. Consecuentemente no son predecibles por principios psicodinámicos. Es más, aún no están claros los factores precisos que intervienen en el desarrollo de la historia del paciente y que determinan la naturaleza de su modelo específico de respuesta.

La teoría de respuesta individual de especificidad es compatible con gran variedad de orientaciones teóricas que van del psicoanálisis a la fisiología. Aunque este modelo, en contraste con la teoría no específica, puede tener marcadas diferencias individuales en las manifestaciones de la excitación emocional, es congruente con los datos que aporta el concepto de no especificidad. Por estas razones, el modelo de especificidad de respuesta in-

dividual ha sido aceptado por un número cada vez mayor de investigadores en este campo. A la fecha se ha aplicado, con resultados sumamente interesantes, en el estudio de desórdenes cardiovasculares y dolores de cabeza.

#### ESTADO ACTUAL DE LA TEORIA PSICOSOMATICA.

Cada uno de los modelos teóricos aquí descritos han proporcionado varios descubrimientos, aunque aún nadie ha podido explicar todos los antecedentes básicos necesarios para el estudio en este campo. Ante cada fenómeno, podría pensarse que cualquier modelo teórico es capaz de explicar satisfactoriamente desórdenes psicosomáticos tan diversos como la úlcera péptica y la amenorrea, por ejemplo. En consecuencia, ningún modelo teórico ha sido aceptado en forma unánime en el campo de la medicina psicosomática. La úlcera péptica, los desórdenes psicosomáticos de la piel, la artritis reumatoide y los desórdenes ginecológicos son materia de discusión por investigadores como Rosenbaum, Engels, Wittwoker, Ludwig y Klein, cuyos puntos de vista son expuestos en relación con la especificidad. Por otra parte, los estudios de Stunkard en obesidad, de Kapp en dolor, de Reiser en desórdenes cardiovasculares y de Cleghorn y McClure en perturbaciones endócrinas son representativos de la respuesta específica individual y de los enfoques no específicos a los problemas psicosomáticos. Aunque tales autores difieren respecto a los conceptos básicos de psicopatología, participan de la opinión de que un mismo desorden psicosomático puede ocurrir en pacientes con problemas psiquiátricos diferentes; es decir, los desórdenes psicosomáticos específicos no están relacionados a las variables psíquicas específicas. (12)

## C A P I T U L O            I I

### DE ORDENES RESPIRATORIOS.

Una de las funciones principales del sistema nervioso es la aspiración de oxígeno y la eliminación de bióxido de carbono. Siendo fundamentales para la vida, estos procesos tienen una marcada significación tanto afectiva como simbólica. El sistema respiratorio se encuentra estrechamente relacionado a varias actividades de la conducta con un considerable significado emocional. Desde los primeros instantes de la vida, el llorar, chupar, toser y estornudar se asocian con la respiración. Por ejemplo, a medida que el niño se alimenta se produce una íntima coordinación entre el chupar, tragar y respirar. El sistema respiratorio se encuentra involucrado en las más tempranas relaciones que el individuo tiene con otras personas y supone uno de los primeros medios para expresar reacciones y necesidades emocionales.

• Numerosas evidencias indican que el sistema nervioso (SNC) regula la función respiratoria por medio del pontine y de los mecanismos diencefálicos y corticales. La estrecha relación entre la actividad del SNC y la respiración ofrece una base fisiológica para la influencia profunda de los procesos psicológicos y emocionales en la respiración.

Se ha considerado la relación entre las experiencias psicológicas y emocionales con la respiración desde los puntos de vista experimental y clíni

co. Estudios anteriores señalaban que el aumento de atención o de trabajo -- mental es acompañado por un descenso de la amplitud respiratoria y un aumento en velocidad. Finesinger y Masick estudiaron el efecto del recuerdo de ideas agradables y desagradables en las respuestas respiratorias, en sujetos normales y neuróticos. De las funciones respiratorias estudiadas, el volumen por minuto mostró su más grande índice de desviación en relación con los cambios en la estimulación ideacional. La mayoría de los pacientes fóbicos y de los que padecían neurosis de ansiedad, y también la mayoría de los sujetos de control, manifestaron un considerable aumento en volumen por minuto durante los períodos desagradables comparados con los agradables. Finesinger y Masick encontraron cambios esencialmente similares en una población análoga durante la administración de estímulos dolorosos y, en otra ocasión, durante el recuerdo subsecuente de la experiencia. Otros investigadores se han interesado en la relación que existe entre los patrones psicodinámicos y la respiración con referencia a correlaciones psicológicas, y encontraron sugestivas evidencias de que existía una relación entre los temas emocionales que trataban de ingestión, retención y eliminación de comida y ciertas características del espirograma.

Ansiedad e hiperventilación.— De todas las experiencias afectivas del hombre, la ansiedad es la más común. Además de sus componentes subjetivos, -- la ansiedad se caracteriza por una variedad de reacciones fisiológicas, tales como palidez, enrojecimiento, apresuramiento del latir del corazón y disturbios respiratorios. Una de las quejas más comunes de los pacientes ansiosos es la dificultad de respirar. Con frecuencia los pacientes demuestran esto -- mediante profundos suspiros o afirmando que no obtienen suficiente aire. Los conocimientos respiratorios de la ansiedad son de naturaleza principalmente -- ventilatorias, y pueden variar de un profundo suspiro o hiperventilación a detención de la respiración. En el análisis de un gran número de espirogramas, Finesinger encontró que la incidencia de respiración suspirante era considerablemente más alta en un grupo que sufría de ansiedad que en una población control.

#### A S M A .

El principal desorden psicofisiológico respiratorio es el asma bron--

quial. El asma puede ser sencillamente definida como disnea con resuello. -- El principal cambio pulmonar en la respiración asmática es una obstrucción -- bronquial resultante de la combinación de espasmo bronquial, edema bronquial y tapones de moco. El proceso obstructivo produce los signos y los síntomas.

#### ETIOLOGIA.

Ahora mencionaremos algunas descripciones del síndrome asmático de -- acuerdo con diferentes autores. (13).

Algunos autores dicen: "se llama síndrome asmático a un cuadro clínico caracterizado por crisis paroxísticas de disnea fundamentalmente espiratoria, organizada por una disminución del calibre bronquial, produciendo estertores silbantes y jadeo al paso del aire durante los movimientos respiratorios y -- atrapamiento del aire dentro del pulmón. "Existen dos causas fundamentales:

Asma alérgica, espasmo bronquial asociado con edema de la mucosa, como consecuencia de una reacción alérgica.

Asma infecciosa o bronquitis asmática, edema inflamatorio de la mucosa con presencia de secreción bronquial, espesa y adherente originada por una infección.

También se menciona que el asma es un trastorno alérgico del sistema -- respiratorio que desde el punto clínico se caracteriza por paroxismos de un -- tipo espiratorio de disnea acompañada de jadeo y, anatómicamente, por un enfisema obstructivo generalizado.

Existe una visible tendencia en los individuos alérgicos, a producirse zonas de edema localizada, especialmente en las vías respiratorias altas e infriores; ésto se ha calificado "diátisis exudativa" en los niños con este problema no es raro que después de una actividad enérgica haya gran secreción de los bronquios, lo cuel puede provocar tos o respiraciones jadeantes; también puede ser provocado por exposición al frío, inhalación de polvo o gas ligeramente irritante.

Antómicamente se cree que el acceso asmático se inicia por estimula-- ción vagal. Las alteraciones más marcadas se encuentran en los bronquiolos -- más pequeños. En el estado inicial del ataque agudo las alteraciones esencia

les son espasmo de la musculatura bronquiolar y edema de la mucosa, factores ambos que obstruyen el paso del aire. En el caso agudo el espasmo muscular no tarda en relajarse; el paciente expectora el moco por medio de la tos y el ataque cede al aumentar las cantidades del aire que penetran y salen de los pulmones hasta establecerse un estado normal al cabo de algunas horas a dos o tres días. Aunque el asma tiene tendencia a ceder en la pubertud, múltiples casos continúan durante toda la vida e incluso empeoran. Aquellos pacientes que quedan libres de asma, puede verse afectados de fiebre del heno o de algún otro fenómeno alérgico, ya que la sensibilidad alérgica es cam- biante. (14).

Los factores psíquicos parecen desempeñar un importante papel etiológico en el conjunto del complejo asma-fiebre del heno-eczema; es sabido que los músculos lisos y el tono vasomotor son sumamente influidos por el psiquis- mo.

En algunos casos la terapeutica encaminada a obtener un equilibrio -- afectivo más estático consigue reducir el número e intensidad de los ataques asmáticos.

Según R. de la Fuente (15) "el mecanismo de la disfunción en este padecimiento es bien conocido. En el ataque típico ocurre, un espasmo del músculo involuntario de los bronquiolos, lo que constituye un obstáculo para la respiración, mayor en la espiración que en la inspiración, con la consecuencia de que los pulmones se distienden y el enfermo tiene dificultad cada vez mayor para expulsar el aire y poder inspirar de nuevo. A la dificultad inspiratoria se suman efectos secundarios, como son la secreción de flemas espe- sas que son expulsadas lentamente y la congestión de la mucosa. La recurren- cia de los ataques conduce a cambios permanentes que faltan durante las prim- eras fases del padecimiento".

Las fibras musculares de los bronquiolos reciben una doble inervación autonómica: impulsos vagales que producen la contracción de las fibras e im- pulsos simpáticos que producen relajación. Tiempo atrás Cannon demostró que los bronquiolos son sensibles a los cambios emocionales, por ejemplo: en el miedo, se dilatan. Es bien sabido que con frecuencia el ritmo y la profundi- dad de la respiración se alteran en los estados de miedo o angustia.

El asma está ligada a otras condiciones con las que se presenta como -  
unidad: la eczema, el asma, y la fiebre del heno son condiciones que una mis-  
ma persona suele presentar en el curso de su vida, predominando la eczema en  
la infancia. Las crisis pueden desencadenarse por contacto, inhalación o in-  
gestión de ciertas sustancias extrañas, a las cuales existe la posibilidad --  
de que el sujeto se llegue a hacer inmune. Aunque nadie duda que la alergia  
juega un papel importante en los mayores casos de asma, cada día se presta ma  
yor atención a los aspectos psicológicos cuya participación ha sido reconoci-  
da desde tiempo atrás.

Las investigaciones del asma bronquial se han interesado en analizar -  
el papel que juegan los factores alérgicos, infecciones, psicológicos, socia-  
les, endocrinos y hereditarios. No se ha aislado ningún determinante etioló-  
gico específico. El mecanismo mejor estudiado es la hipersensibilidad a los  
alérgenos. En animales y en humanos se ha demostrado la existencia del asma  
alérgica tanto por medios empíricos como clínicos, pero actualmente parece --  
ser que existen una gran variedad de factores en el desarrollo del asma y en  
la precipitación de los ataques de asma.

#### MECANISMOS ALERGICOS E INMUNOLOGICOS.

Se ha demostrado, con evidencia clínica, que los factores emocionales  
modifican algunos tipos de desórdenes alérgicos; pero hasta hace muy poco se  
han realizado estudios experimentales sobre el efecto de la tensión psicológi  
ca en respuestas inmunológicas.

#### FUNCION BRONQUIOLAR.

También las emociones y el SNC pueden tener un papel en el asma, por -  
medio de un efecto directo en la fisiología bronquiolar independiente de los  
mecanismos alérgicos. Varios investigadores han demostrado que la estimula--  
ción del nervio vago produce obstrucción bronquiolar. En 1887 Francois Frnak  
reportó que la estimulación eléctrica de la corteza motora puede producir --  
broncoconstricción. Sin embargo, son relativamente pocos los estudios que se  
han interesado, en el control del SNC, del calibre de las vías respiratorias.

Faulkner (16) investigó usando el broncoscopio, el estado bronquiolar de un enfermo en distintas situaciones emocionales. Este autor reportó haber observado que en estados de inseguridad y frustración se producen espasmos y estrechamientos de la luz bronquiolar en tanto que en estados placenteros, inducidos por sugestión en el enfermo, se produce la dilatación de los bronquiolos. Esta observación es generalmente aceptada como una demostración de la influencia que estados emocionales ejercen en la constricción y dilatación de los bronquiolos.

#### MECANISMOS PSICOFISIOLOGICOS.

Los procesos psicológicos pueden quedar involucrados en la patofisiología del asma por medio de varios mecanismos. Las emociones pueden modificar los mecanismos inmunológicos o alérgicos responsables de algunos casos de asma y el fenómeno emocional puede relacionarse con el desarrollo del asma mediante el control del SNC y de la función bronquial.

En muchos casos ocurre, en proporciones variables, una combinación de estos dos procesos.

#### ASPECTO PSICOLOGICO DEL ASMA.

Desde varios puntos de vista se han considerado los factores emocionales involucrados en el desarrollo y precipitación del asma. Uno de los primeros enfoques consistía en investigar la relación entre el asma y los patrones de personalidad. Varios estudios surgieron una relación entre personalidades ciclotímicas o histéricas y el asma. Se ha descrito una "personalidad respiratoria" en asmáticos caracterizada por una disposición ciclotímica asociada con rasgos paranoides, hostilidad reprimida y un deseo de autocastigo. En una investigación clínica de 50 casos de asma bronquial, McDermott y Cobb (17) estudiaron cada caso desde el punto de vista psiquiátrico. Encontraron así que en 37 de los pacientes había componentes emocionales en sus ataques asmáticos. Reportaron además que 30 de los 50 asmáticos mostraban cualidades neuróticas, predominando las de carácter compulsivo. Este enfoque ha conducido a varios investigadores a clasificar a los pacientes asmáticos en dos grupos:

alérgicos y psíquicos pero estudios recientes no han encontrado evidencias -- convincentes para mantener esta división. Los investigadores actuales han -- demostrado una amplia variedad en los disturbios de la personalidad entre -- los pacientes asmáticos que impide hablar de un tipo de personalidad único.

#### PSICODINAMIA.

Los intentos por descubrir un tipo de personalidad común en el asma -- ha propiciado los esfuerzos por hallar una constelación específica psíquica. En la literatura psicoanalítica se han reportado varios conflictos específi-- cos como conducentes de asma bronquial. A algunos investigadores les ha lla-- mado la atención por la cercana relación entre la asma y las fantasías aso-- ciadas con la agresividad y los conflictos anales sucios. Se ha sugerido --- que la obstrucción bronquial es intento del individuo para protegerse de im-- pulsos anales agresivos que se usan como represalia. Esta noción está de --- acuerdo con las observaciones de Wolf sobre las reacciones defensivas psico-- lógicas del sistema respiratorio y de la nariz como respuesta a estímulos --- emocionales irritantes y displacenteros.

Schwobel (18) dice que en algunos enfermos el desencadenamiento de --- las crisis asmáticas es más frecuente en situaciones de conflicto psicológi-- co que ante la presencia de sus alérgenos específicos y que cuando los enfer-- mos son sometidos a un tratamiento psicológico pueden desarrollar mayor re-- sistencia a los alérgenos o ante los alérgenos. Estos resultados fueron com-- probados por Treuting y Ripley (19) quienes observaron que 5 sujetos con -- reacciones al polen no presentaron ataques en presencia de éste, sino cuando se discutieron con ellos aspectos stressantes de su vida se presentaron las crisis.

Encontró también que todos los enfermos estudiados eran inseguros con excesivas necesidades de afecto y protección por parte de la figura materna. El conflicto más comunmente encontrado fué la alteración de una situación de dependencia con la madre.

Varios investigadores han probado la hipótesis acerca del rol mater-- nal en el asma a través de los estudios psicológicos de las madres.

Harris et Al. (20) contrastaron a 22 niños asmáticos y 17 niños con rinitis alérgica en sus entrevistas. Los reportes de las pruebas - Rorschach, T.A.T. y de Stanford - Binet de chicos asmáticos, de acuerdo a los reportes de los maestros, dieron más miedo a la separación materna y menos agresión. Algunos de estos niños asmáticos tenían dificultad de llorar y falta de confianza en sus madres, y eran más rigidamente agresivos y se portaban peor.

Una gran parte del énfasis reciente en la génesis psicológica del asma se refiere a un enfoque que establece que el proceso significativo psicodinámico en el asma es un miedo inconsciente a perder a la madre o a la figura materna. Eduardo Weis fué el primero en sugerirlo describiendo el ataque asmático como similar al "chillido irremediable del recién nacido, con la cara roja e hinchada por la sangre".

French y Alexander (9) realizaron un estudio de 27 pacientes asmáticos que se hallaban bajo tratamiento psicoanalítico. Describieron el problema como la inhibición del impulso a llorar. Parece ser que éste es el factor emocional nuclear en estos casos. La función del llanto en el lactante está destinada a requerir atención y protección maternal. Más tarde, el mismo efecto se consigue por funciones fisiológicas más complejas (la palabra) que, como el llanto, evoca la fase espiratoria de la respiración. La inhibición a confesar ha sido establecida por estos estudios como un factor superpuesto a la inhibición de llorar. El temor a ser separado de la madre o de una figura materna trae apareada la necesidad urgente de recuperar el amor materno a través de la confesión de pensamientos e impulsos prohibidos. Si el impulso es inhibido, el paciente que tiene una sensibilidad alérgica puede responder con una típica perturbación de la función respiratoria conocida como asma. Los factores psicológicos aparecen habitualmente en combinación con específicos factores somáticos (sensibilidad alérgica). La coexistencia de ambos factores explica porqué en muchos casos los síntomas pueden desaparecer trayendo cambios en uno de estos dos tipos de factores, psicológicos o alérgicos. En la mayoría de los casos sólo la combinación de ambos tipos de factores provoca la enfermedad.

Numerosos investigadores, han llegado a la conclusión de que uno de los temas psicodinámicos más frecuentes en pacientes asmáticos es una exage-

37

rada necesidad a ligarse con la madre o con la figura materna. Esta necesidad es acompañada por un miedo agudo de perder el amor de la madre, que puede ser removido por una separación física actual o por situaciones que amenazan un alejamiento de la madre.

En relación a la necesidad exagerada de amor y al consecuente miedo a la separación, los autores han señalado una variedad de situaciones y estímulos como sucesos que anteceden a un ataque asmático. Hemos observado que las tentaciones sexuales, los sentimientos competitivos, los deseos narcisistas, y los impulsos hostiles pueden preceder a los ataques asmáticos. La experiencia clínica de algunos autores sugieren que la conducta o las fantasías con tales temas se convierten en fuentes de tensión emocional para el asmático --- porque estimulaban los temores vengativos de retirada o el alejamiento de las figuras parentales.

La posibilidad propuesta debe ser entendida en el sentido de que la dependencia observada en los asmáticos no debe ser primaria sino secundaria al proceso de la enfermedad. El ataque asmático por sí mismo puede originar una necesidad aguda de asirse a una figura materna y puede, por lo tanto, tender a reforzar la dependencia impotente vista en estos pacientes. Sólo investigaciones futuras podrán proporcionar una respuesta a esta importante cuestión.

Sin embargo, en los estudios realizados por Rogerson (16) con 30 niños asmáticos encontró por orden de importancia los siguientes datos: tendencia a conductas agresiva y dominante, angustia e inseguridad y falta de confianza en sí mismo, demanda excesiva de atención hacia los padres y en algunas el gusto hacia los juegos solitarios. Entre los padres de ambos sexos --- predominó el tipo ansioso y sobreprotector. Swanton (16) corrobora el trabajo del autor anterior, ya que según este autor los niños asmáticos son inteligentes, nerviosos, sensibles y dominantes, y había mucha agresión latente en ellos.

Little y Cohen (17) encontraron con método estadístico que las madres de niños asmáticos fijan a sus hijos metas altas en relación a su capacidad de ejecución.

Miller y Baruch (19) piensan que la sobreprotección de los niños asmá-

ticos por sus madres no es sino un intento de ellas por compensar su hostilidad y rechazo, los que de cualquier modo son percibidos por el niño.

Morris concluye con que los niños asmáticos dependían de su madre para la ayuda y asesoramiento de sus habilidades y ella constantemente revisaba el avance de ellos.

También se ha sugerido el reflejo condicionado como uno de los mecanismos psicológicos involucrados en el asma. Muchos estudios clínicos reportan que los estímulos, regularmente asociados con la presencia de una sustancia alérgica, pueden precipitar un ataque en un individuo susceptible. Por ejemplo, una rosa artificial puede precipitar un ataque en un individuo alérgico a las rosas. En estudios alérgicos guías realizados en humanos, Herxheimer (18) observó que cuando los sujetos asmáticos han sido expuestos en repetidas situaciones a alérgenos, pueden desarrollar asma en situaciones similares sin necesidad de una exposición real. Diker, Pelsler y Groen (18) reportaron ataques asmáticos condicionados en un laboratorio. Siguieron un procedimiento similar al de Herxheimer, usando un conocido alergente acompañado con solventes neutrales, y encontraron en dos sujetos, después de repetidas pruebas, que la inhalación de oxígeno puro provoca ataques de asma como se demostró por signos clínicos y cambios en la capacidad vital. Eventualmente, la boquilla sola era suficiente para causar un ataque. Estos ataques no podían ser distinguidos de aquéllos que aparecían después de la exposición de alérgenos. Recientemente, Ottenberg y otros Noel-Eschenhagen (19) registraron una respuesta respiratoria similar al asma, que puede ser condicionada en el conejillo de indias.

Schiavi, Stein y Sethi (21) demostraron que es posible producir en el conejillo de Indias, en respuesta a un estímulo de dolor-miedo, un patrón respiratorio semejante al asmático--inspiración abreviada, y prolongada expiración -- sin evidencia de obstrucción bronquial. Esto en contraste con el asma experimental en conejillos de Indias, da un patrón respiratorio idéntico pero con la presencia de una obstrucción bronquial. Los hallazgos anteriores sugieren que es importante definir el asma en relación a la función bronquial así como a las variables respiratorias usuales. Tal criterio respiratorio podrá permitir una evaluación precisa de factores psicológicos que

puedan jugar un papel en el asma bronquial, prestar ayuda su diagnóstico y en el tratamiento de la enfermedad.

### TRATAMIENTO.

Como se indicó en la exposición anterior, muchos factores están involucrados en el desarrollo y la precipitación del asma. Por lo tanto, es necesario un enfoque mixto para el tratamiento. El esfuerzo conjunto del internista y del psicólogo es importante en el manejo de los aspectos médicos y psicológicos de la enfermedad.

Desde el punto de vista psicológica, el tratamiento puede variar de -- psicoterapia de apoyo, modelamiento de conducta, psicoterapia de grupo y psicoterapia intensiva. En cada una es necesario tener una adecuada comprensión de la fisiología y la psicodinamia involucradas.

### DINAMICA FAMILIAR.

Los criterios modernos de análisis y psicoterapia se orientan a ver al individuo en su núcleo familiar; es por ello que trataremos de esbozar lo que se ha estudiado sobre dinámica familiar intentando dar un panorama general sobre este aspecto.

Para algunos autores la familia ha sufrido cambios en su formación paralelamente a la historia de la humanidad. Ya que familia no siempre ha significado padre, madre e hijos; a veces ha significado el funcionamiento de todos los que vivían bajo un mismo techo o se sometían a una misma autoridad.

La familia se forma a través de una combinación de factores biológicos, psicológicos, sociales y económicos. Ackerman (22) señala la importancia de las relaciones familiares en la formación de la personalidad al decir que ningún individuo puede vivir solo, que aquéllos que tratan de hacerlo están destinados a desintegrarse como seres humanos porque la vida es una "experiencia compartida". En los primeros años se comparte casi exclusivamente con los -- miembros de la familia y esta última es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso, de enfermedad y salud.

La familia asegura la supervivencia y construye lo esencialmente humano del hombre. La satisfacción de las necesidades biológicas básicas es esencial para sobrevivir, pero es necesaria la experiencia familiar de estar juntos para que se desarrollen las cualidades netamente humanas.

Para este autor, los fines sociales que cumple la familia moderna son:

1.- Provisión de alimento, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida y proveen protección ante los peligros externos, función que se realiza mejor bajo las condiciones de unidad y cooperación social.

2.- Provisión de unión social, que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares.

3.- Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar; este vínculo de identidad proporciona la integridad o fuerza psíquica para enfrentar experiencias nuevas.

4.- El moldeamiento de los roles sexuales, lo que prepara el camino para la maduración y realización sexual.

5.- La ejercitación para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social.

6.- El fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual.

Las actitudes y acciones emocionales de cualquier miembro de la familia se expresan en lo que necesitan, como intenta conseguirlo, que está dispuesto a dar con esta adquisición, que hace si no lo consigue y como responde a las necesidades de otros.

La teoría freudiana para Ackerman, centra la atención en el papel de la familia, pero da prioridad a los "instintos humanos" o sea al aspecto biológico del hombre y diluye la importancia de los estímulos sociales, aún cuando sí toma en cuenta los factores familiares en el desarrollo de la personalidad.

Enfocando más el aspecto limitante y represivo de la educación que los de aculturación: así la familia sería el medio para disciplinar los instintos biológicos fijos del niño y para forzar la represión de su descarga -

espontánea. Freud tendió a estereotipar los roles familiares, el hombre como figura dominante y la mujer subordinada. Al elaborar la teoría del complejo de Edipo aisla la relación padre e hijo de la totalidad de la experiencia familiar.

El enfoque conceptual de Freud llevaba hacia la separación de los procesos internos de la mente de los del ambiente social, quedando la teoría -- psicoanalítica incompleta ya que le da importancia al aspecto individual sin tomar en cuenta la dinámica de grupo familiar como un todo psíquico integrado.

Jung (23) distingue los principios paternos y maternos al describirlos como arquetipos. Dándole al padre el papel de agente del crecimiento y como principio de organización de la conciencia, de organización y polarización de las energías vitales que han sido alimentadas por la madre.

En cambio no hizo el análisis concreto de la forma en que ambos principios ejercían sus respectivas influencias en el desarrollo infantil.

Adler (24) observa que "un medio inadecuado puede crear dificultades para la vida y formar un carácter con diversos rasgos de los llamados neuróticos y psicóticos. Si los padres, por ejemplo, muestran poco o ningún cariño hacia el niño, éste no será capaz de reconocer el amor ni "hacer el uso -- adecuado de él". Para dar otros ejemplos, los padres pueden ridiculizar las expresiones de ternura del niño, haciéndole pensar, por lo tanto, que el -- amor es ridículo. O, un tercer ejemplo, el niño puede ser grandemente descuidado. Tales experiencias tienden a aislar al niño de los demás y a inculcarle la extrema dificultad de la vida y sus tareas.

Otto Rank (24) al investigar el desenvolvimiento del niño, utiliza -- conceptos sociológicos de la familia antigua aplicándoles a la familia actual; para este autor en la comunidad primitiva la vida sexual estaba relacionada con las ideas religiosas del grupo que determinaban la actitud predominante hacia el hijo ya que no existían la monogamia y la promiscuidad sino una especie de matrimonio de grupo. Los hijos pertenecían en común a todas las madres y, a veces, cuando eran mayores se les asignaba un "padre de elección" que al parecer actuaba como un preceptor; la ideología paterna apenas si --

existía. Después siguió una fase de transición, el matriarcado, durante la cual el hermano de la madre, funcionaba como jefe de la familia, esta etapa fué seguida por la familia actual en la cual se reconoce al padre como engendrador de los hijos, mientras la creación de un hijo es una función biológica genérica.

En la actualidad la madre adiestra al niño durante el primer período de su vida, mientras el padre lo reclama más tarde, pero tiene que compartir con la escuela, es decir, con la comunidad, la educación del niño. Desgraciadamente, el choque de las voluntades de los padres, suele hacer muy breve esta experiencia.

Otto Rank (24) a diferencia de Freud señala que en algunas circunstancias el niño, antes de desear la destrucción del padre, puede desear reunir a sus padres si siente que el conflicto entre ellos es una amenaza para su bienestar; señala también otro aspecto del problema: lo que el hijo significa para los padres ideológicamente, bajo qué luz lo ven y para qué lo destinan, -- pues para Otto Rank, el hijo es utilizado a veces por la comunidad y otras -- por los padres; frecuentemente es explotado y maltratado psíquicamente, pues le son proyectados muchos conflictos maritales. Pero el niño también se aprovecha del sentido de culpabilidad de los padres al explotarle. De este modo, recrea una situación dada en términos de sus necesidades y deseos.

Karen Horney (25) dice que las experiencias infantiles de un gran número de personas, que padecen de neurosis del carácter, demuestran que su medio tiene ciertas características típicas, como la falta de afecto auténtico. La principal razón de que el niño no reciba el cariño suficiente de sus padres, reside en la incapacidad de que tienen los últimos para darlo, debido a sus neurosis. Frecuentemente, la carencia de afecto se oculta, y los padres alegan, que lo hacen por el bien del niño. Las teorías educativas, la solicitud excesiva y la actitud de abnegación de una madre "ideal" son los factores básicos que contribuyen a una atmósfera que más que nada es la piedra angular de los futuros sentimientos de inseguridad.

Karen Horney no enfatiza sobre las funciones específicas paterna y materna dándole importancia solamente a la falta de amor genuino hacia los hijos.

Reidy J.J. (26) acepta al igual que otros autores la importancia de la familia en el desarrollo psíquico del niño. Para él la evolución de la personalidad atraviesa seis fases principales:

1.- Fase de la vida intrauterina en la cual las necesidades son básicamente físicas.

2.- Fase de la vida neonatal: en ésta el niño creará ansiedad permanente si no son satisfechas sus necesidades, que en esta fase son primordialmente físicas.

3.- Fase de la identificación primaria en la que el niño empieza a formar una unión fuerte con su madre. La fuerza de la personalidad del niño y su desarrollo positivo dependerán de esta unión. La carencia de esta unión produce pánico y retraimiento.

4.- Fase de individuación del niño, comienza a sentirse como un ser independiente que comienza a relacionarse con otros.

5.- Fase de la diferenciación sexual: el niño comienza a estar consciente de pertenecer a un sexo, y a identificarse en forma distinta con cada uno de sus padres. Si existe sólo uno de los progenitores o si hay severos conflictos entre los padres, el hijo tendrá dificultades en resolver sus sentimientos conflictivos sobre sus padres.

6.- Fase del desarrollo extrafamiliar: el niño comienza a interactuar con personas fuera de su familia, comienza a confrontarse con la realidad social.

Estas fases presentan una gran variedad de interacciones entre padres e hijos, no toda la conducta errónea de los progenitores produce resultados desastrosos en el carácter de sus hijos. Depende de la fortaleza o fragilidad del niño para manejar estos estímulos que le presente el medio familiar.

Según Meyer-Gross (27) el niño es más sensible al ambiente emocional que el adulto, sobre todo en la primera infancia, ya que el hogar constituye todo su ambiente, por lo tanto si las relaciones son inadecuadas y hay tendencias neuróticas por parte de los padres, sobre todo si alguno es inseguro e hipersensible existen grandes probabilidades de que el niño se sienta desdi-

chado, sufra crisis emocionales y de que aparezcan síntomas neuróticos o trastornos de la conducta. Esto reafirma los anteriores postulados de que el niño necesita amor y atención para sentirse seguro. Los padres al manifestar el afecto no deben tomar una actitud extremista (sobrepotección o desapego) ni ser ambivalentes ya que pueden causar trastornos impredecibles en el desenvolvimiento normal del niño. La falta de pautas generales de conducta y la actitud de indulgencia excesiva pueden dar los mismos resultados anteriores.

Tashman (28) señala que el hombre es producto de la familia. Si se quiere conocer la verdadera naturaleza del hombre debemos remitirnos a sus primeras relaciones, la familia. Esta es única y diferenciada del ambiente social donde se localiza; modela en forma particular al niño de acuerdo a lo que ella es, y lo predispone a reaccionar en la forma en que los miembros de la familia se relacionan entre ellos y con él. El individuo es subproducto de las relaciones emocionales de otras personas, y debido a su primitiva dependencia e impotencia, inevitablemente viene a ser estructurado por lo que preexistía en él y por las condiciones que lo rodean.

Jackson (29) sostiene, igual que el autor anterior, que las relaciones individuales en todas las situaciones de grupo e interpersonales descansan sobre los fundamentos que le fueron proporcionados al individuo dentro de la familia. Este autor dice que "virtualmente en todas las sociedades la familia es el portador primario de los instrumentos culturales que el niño tiene que adquirir para hacerse una persona". Por tanto estos grupos deben favorecer la forma del pensamiento, de comunicación y de acción que le lleven de un proceso de desarrollo normal hacia la independencia.

Flügel (30) en 1921 ya mencionaba que los problemas familiares repercutían en el desarrollo mental "resulta totalmente obvio, dice aún en el examen superficial, que de la atmósfera psicológica de la vida doméstica, con el complejo de emociones y sentimientos que en las condiciones sociales actuales de ella, derivan y dependen las diversas relaciones, que deben ejercer un efecto muy considerable en el carácter y el desarrollo".

Los últimos progresos en el estudio de la conducta humana indican que este efecto es aún mayor que lo que generalmente se supone. Parecería que cuando un niño adopta una actitud hacia los miembros de su círculo familiar,

está determinando al mismo tiempo, en gran medida, algunos de los principales aspectos de sus relaciones con sus semejantes en general; y que la perspectiva y punto de vista de un individuo, para el tratamiento de muchos de los más significativos problemas de la existencia humana, pueden expresarse en función de la posición que ha adoptado frente a los problemas y dificultades que surgen dentro del relativamente estrecho mundo familiar.

Para Herbert Carroll (31) son cuatro las necesidades básicas del ser humano:

- Seguridad física
- Seguridad emocional
- Seguridad de éxito
- Seguridad de status social

La seguridad emocional durante la niñez "el tanto y el cuanto se le -- frustre, determinará el tipo de personalidad que ha de desarrollar el individuo con el tiempo". El éxito o fracaso de las relaciones familiares dependen mucho de la incompatibilidad de los padres, si congenian éstos hay gran probabilidad de que no les falte a los hijos aquella clase de ambiente que se requiere para su mejor desarrollo emocional.

La importancia de un clima de seguridad es tan importante que, incluso en el recién nacido es comparable a las de sueño, nutrición, calor y contacto con la madre; al respecto dice Arieti (32) "el niño que es amado se da cuenta de que es un niño deseado, de que sus padres disfrutaban de él, de que le prodigan cuidados no porque deben, sino porque desean hacerlo. Al sentir que es deseado, siente que es digno de ser deseado y amado, que pertenece, que es -- parte de la familia y de que al mismo tiempo se le reconoce y acepta como un individuo por su propio derecho".

El niño necesita aceptación para obtener su propia seguridad, para lograr su autoestima y autoaceptación, por consiguiente su seguridad debe haber sido aceptado y aprobado por sus padres, ya que en las actitudes de éstos, a través de aprobación o de rechazo, van a determinar su angustia dado los estímulos destructivos de los adultos, a los cuales necesita, si es rechazado llega a aceptar como forma de relación la destructividad, y con ello no estar ca

pacitado para lograr valoración real y objetiva de sí mismo.

Lidz, Fleck y Cornelison (33) hacen hincapié en que pocos factores son de tanta duración y trascendencia en el desarrollo de la personalidad anormal y normal, como la fuerza crítica del ambiente familiar temprano, que es donde se establecen las actitudes básicas hacia relaciones interpersonales posteriores. En la etapa infantil, pues se instaura la formación de sistemas proyectivos con los cuales el individuo percibe su mundo.

También Lidz considera la familia no como simple colección de individuos, sino como un verdadero grupo pequeño, que es un sistema social del cual el niño absorberá las formas instrumentales de su cultura y en el que aprende a conducirse como ser social, para que sea capaz de corresponder a las necesidades de la sociedad.

Los roles que desempeña en el seno de la familia serán la base de las actitudes que tome en su vida de adulto, y dentro de la familia. Las acciones de cada miembro afectan a todos los demás produciendo acciones y contra-acciones, modificando el equilibrio familiar. Su auto estima se ve afectada por la posición de la familia en la sociedad y por la forma en que otros lo consideran a él en calidad de representante de su familia.

En 1959 Ryckoff, Day y Wyne (34) publicaron un artículo en el que resumen sus experiencias clínicas respecto al papel de la familia en la formación de la personalidad. Toman a la familia como una unidad cuyas aspiraciones y vivencias se estructuran dentro de la concepción que es compartida por sus miembros desarrollándose un sentido de la identidad familiar, que permitirá la identidad individual a través de la probabilidad y selección, que los lleven a adoptar en forma adecuada los diferentes roles que le corresponden en la vida.

Ehrenwald (35) reconoce en tal grado la importancia de la influencia de la familia en la infancia para el desarrollo de la personalidad normal o anormal que llega a afirmar que "toda neurosis es inevitablemente una neurosis de familia". Considera que, -y en esto coincide con Jackson, Ackerman, Grotjahn y otros- las perturbaciones neuróticas no son de ninguna manera debidas exclusivamente a lo que sucedió al individuo en la prehistoria de su desa

rollo personal; no se derivan sólo de conflictos introyectados, existentes entre padres e hijos en el período infantil temprano, sino pueden ser provocados y sostenidos por factores ambientales originados en la familia del individuo, o sea, la neurosis no se limita ya a un conflicto intrapersonal en el sentido analítico ortodoxo, sino que es favorecida por la percepción que tiene el paciente de la dinámica familiar subliminal y supraliminal.

Matte-Langlois (36) sostiene que para que el ser humano no se sienta inseguro, solo y abandonado y logre su autonomía es necesario un ambiente familiar en el que exista armonía entre los padres y seguridad en el rol que desempeñen para que la relación con el hijo no vaya matizada de culpa o actitudes compensatorias que causen dependencia e impidan el logro de la autonomía.

Bowen y Brodie (37) hablan del divorcio emocional entre los padres y el grupo cismático que presenta la familia. Teniendo como característica estos padres el rigor y rigidez con que asumen su papel.

Aunque la mayoría de los autores enfatizan la importancia de que el niño crezca en el seno de una familia completa. Von Harnack (38) niega la afirmación de que la incompletud de la familia (presencia de ambos progenitores) sea suficiente para crear trastornos de conducta o de personalidad en los niños. Considera que se necesita una serie de factores adicionales para que se pueda concluir la influencia familiar en la aparición de estos trastornos.

Es en 1940 con Bruschi y Touraine (39) cuando se inicia el estudio organizado en familias de niños obesos, encontrando que las actitudes culturales y emocionales de la madre, su inseguridad y su angustia son las que van a determinar la reacción del niño ante el alimento.

En 1961 Bruschi da una concepción más amplia de cómo el niño, que crece en tales familias, deja de reconocer las señales psicológicas del hambre y la saciedad. Esto concuerda con la hipótesis de la "doble vinculación" en la esquizofrenia de Bateson et al (1956) citada también por Lidz "double - - bind" y definido como un tipo especial de aprendizaje del cual el niño en crecimiento no puede escapar: se le dan órdenes opuestas en las que el niño no podrá discriminar el significado de los mandatos; ejemplo "te ordeno que deso

bedezcas", estos mandatos negativos podrían ser expresados en la calidad afectiva de la frase o estar implícitos en la situación de interacción, o bien estar expresados directamente en el contenido verbal, además existe la prohibición a que el niño escape de la situación conflictiva. Cualquier conducta que adopte traerá consigo el castigo. Entonces la comunicación en la familia resulta patológica.

También los trabajos de Spiegel y Kluckhohn muestran la forma como las diferencias culturales entre los padres, o bien la rápida aculturación de una familia, pueden crear roles confusos en los niños y llevar trastornos de conducta.

Las investigaciones de interacción y dinámica familiar que han sido -- más fructíferas son aquellas que buscan un nexo entre el tipo de dinámica familiar y la etiología de la esquizofrenia; la noción de la madre esquizofrenogénica (Fromm - Reichmann) ha sido de tales investigaciones. Wyne (40) parte -- de la hipótesis de que los desórdenes del pensamiento en la esquizofrenia derivan de los patrones desordenados de interacción en la familia. La comunicación y la interacción están desarticuladas y fragmentadas, cambios o desvíos irracionales en el foco de atención impiden una continuidad real de interacción. El niño es forzado a conformarse con el sistema familiar y la imposición de sanciones lo aíslan afectivamente de otras fuentes de socialización.

El grupo Lidz sostiene teorías que vienen a ser una extensión y aplicación de los conceptos psicoanalíticos ortodoxos relativos a la terna familiar. Da importancia a la conformación de la familia por edad y sexo. Cuando se -- confunden los límites de generaciones se distorsiona el desarrollo de la identidad del niño. Este grupo distingue dos tipos de familias esquizogénica: -- una en donde la figura patológica dominante es la madre y otra que se caracteriza por el papel del niño como una víctima propiciatoria por una hostilidad crónica difusa no aceptada dentro de la familia.

Anne Marie Dührssen (41) da un especial valor a la personalidad de la madre para la aparición de trastornos de desarrollo psicológico en el niño. -- Se refiere sobre todo a madres ambivalentes que se han visto frustradas en su vida de adulto y que en consecuencia son impacientes, resentidas e irritables, que son incapaces de proporcionar la sensación de protección y seguridad aun-

que de hecho lo proteja o lo sobreproteja, marcando esta muestra de afecto -- cuanto mayores son los sentimientos de culpa. Esta actitud desconcertante en la madre impide que el niño se consolide interiormente; que su YO adquiera -- fuerza. El mismo se hará ambivalente, irritable, afectivamente lábil y fácilmente insatisfecho.

A su vez, Rof Carballo (42) coincide en lo esencial con Lidz al hablar de la familia como fuerza modeladora de la personalidad del niño, en la cual por ejemplo, la actitud de la madre no depende tan solo de sus cualidades personales, sino de su actitud hacia el cónyuge y, en forma aún más general hacia el matrimonio. En estos últimos puntos, Carballo y Dürsen concuerdan totalmente.

Carballo también concede importante papel a la borrosidad de los límites entre las generaciones, como por ejemplo cuando el padre se convierte en "otro niño" para la madre. Considera como otros factores nocivos para el desarrollo del individuo el no cumplimiento del papel de cada cónyuge, y la borrosa identidad sexual en cada uno de los padres.

Riskin (43) al buscar una metodología adecuada para estudiar la interacción familiar, llega a la conclusión de que no disponemos de herramientas -- adecuadas para evaluar la relación entre la interacción familiar y la formación de la personalidad. En sus estudios describe a la familia como un sistema en movimiento pero que tiende a mantenerse alrededor de un punto de equilibrio establecido a medida que evoluciona la familia. El sistema es dinámico no estático. Hay un proceso continuo de arribo de estímulos al sistema y por tanto una tendencia continua a que el sistema se desvíe de su punto de equilibrio.

Tal arribo (input) puede ser de tipo externo, como lo sería un cambio de empleo o una guerra, o bien ser interno, como el nacimiento de otro hijo, una muerte en la familia, o un cambio biológico como el comienzo de la pubertad. A través del tiempo la familia crea ciertas técnicas repetitivas o patrones de interacción para mantener su equilibrio cuando se encuentre en una situación de stress. Estas técnicas, que pueden ser características para una familia dada pueden denominarse mecanismos homeostáticos.

En este sistema dinámico a los hijos les corresponde una función importante para mantener en balance el sistema. Algunas de estas funciones que cumplen los hijos y que han sido descritas por Riskin son:

1). Si los padres son incapaces de hablar directamente el uno con el otro tienden a comunicarse "a través" de los hijos.

2). A los hijos se les premia indirectamente al actuar o al expresar algún deseo inconsciente de uno o ambos padres.

3). Se les puede conminar al hijo a esforzarse para obtener logros que apuntalen los sentimientos de autoestima de uno de los padres que tenga fuertes sentimientos de minusvalía y que, para compensarlos, no haya podido obtener el suficiente apoyo emocional del cónyuge.

4). Los padres podrán usar al hijo como "chivo expiatorio", como una forma de expresar la desaprobación mutua.

Riskin ha encontrado evidencias de que estos tipos de patrones de conducta tienden a estar asociados con patología en los hijos.

No solo se ha investigado la relación casual entre la familia y esquizofrenia sino también se ha visto a la familia como generadora de diferentes trastornos emocionales, enfermedades psicosomáticas, retraso escolar, etc.

En los estudios de Vogel (44) realizados en 18 familias seguidas, en un lapso de uno a cuatro años, observó que las alteraciones de las relaciones conyugales entre los padres, provocaban trastorno emocional en los niños. Y aún cuando la conducta manifiesta difería, apareciendo su conflicto como si fueran polos opuestos, los conflictos internos de cada cónyuge resultaron ser similares.

En la investigación hecha por Hau y Rüpell (45) en 450 pacientes en quienes la enfermedad psicosomática estaba plenamente diagnosticada encontraron que había relación entre ésta y la interacción familiar.

También el número de hermanos como también la incompletud de la familia demuestran que los factores externos de la constelación familiar influyen en los factores internos, es decir, en las formas específicas de vivencia y de conducta y en las relaciones de los miembros familiares entre sí y pueden

llegar a activarlos potentemente. Otro factor externo, esencial en la conste-  
lación familiar y que ha sido mencionado con frecuencia en la literatura psi-  
cológica, es la posición fraterna. Observando que en la posición fraterna me-  
dia se observa que es en esta posición en la que hay mayor diferencia entre -  
los dos sexos, ya que los pacientes varones reaccionan esencialmente con una  
problemática de rendimiento, de autoridad y de posesión, mientras que las mu-  
jeres (tanto en relación a la población total como a los varones) reaccionan  
sobre todo con síntomas de intranquilidad psicomotora y aislamiento.

En la misma investigación en los varones mayores son menos frecuentes  
las enfermedades de aparato digestivo y aumento considerable en el sistema --  
cardíaco circulatorio. En las mujeres mayores disminuyen las enfermedades --  
cardiocirculatorio y aumentan los "trastornos generales". Estos autores in--  
terpretan que ésto se debe a las exigencias y complacencias que tiene el pri-  
mogénito varón que puede satisfacer un deseo de los padres. Las pacientes --  
primogénitas mujeres presentaban síntomas psíquicos y depresiones, trastornos  
del intestino, etc. A las primogénitas mujeres por tanto parece que no se --  
les exige tanto como a los primogénitos varones, pero por otro lado parece --  
ser que es eso lo que constituye una problemática siempre inquietante y con--  
flictiva, sobre todo en relación a los hermanos menores.

En la posición del hermano menor hay la menor diferencia de la pobla--  
ción total y también entre varones y mujeres. Solamente en los trastornos --  
del sistema cardíaco-circulatorio hallamos correlación similar a la del primo-  
génito. Parece ser que la posición del hermano menor varón en una serie de -  
hijos atrae una vez más las expectativas y exigencias paternas y provoca una  
problemática de rivalidad, mientras que ésto resulta ser de importancia para  
la hija menor y hasta le resulta favorable el ser la "pequeña"

## ESTUDIOS SOBRE FAMILIA Y ASMA BRONQUIAL.

Con referencia a las investigaciones que se han hecho acerca de la relación que existe entre las alteraciones de la dinámica familiar y la presentación de crisis asmáticas. Nos lo puede ilustrar los estudios realizados en Holanda y en Heidelberg por Leitz y Marli (46). Estos autores sugieren que la separación de los niños de su casa es un agente muy beneficioso para el asma bronquial, de cualquier forma los pediatras reportan que una gran parte de niños, hospitalizados dentro de su propia comunidad por episodios agudos de asma, se volvieron asintomáticos dentro de un día sin medicación.

También se ha estudiado el efecto del asma en niños separados experimentalmente de la familia. En este experimento fueron evaluados niños asmáticos con alteración en su crecimiento psicológico.

Se estudiaron 25 niños médica y psicológicamente, en períodos en los cuales ellos vivieron con su familia y durante una separación experimental, en la cual no tenían contacto con sus familiares pero fueron atendidos en sus propias casas por un padre sustituto. Se observó que 13 niños respondieron positivamente y 12 niños respondieron en forma negativa, sin mostrar ninguna mejoría por la separación.

Daudet (47) realizó una psicoterapia con varios niños asmáticos y sus padres durante un período de un año y consideró la relación terapeutica más importante que el desarrollo del insight.

Narsot dijo que con la rutina psiquiátrica, el 53% de un grupo de 58 niños asmáticos parecían exhibir trastornos psicológicos especialmente, represión de la agresión y fijación patológica de la madre.

Desde un punto de vista experimental se realizó una investigación con 90 niños alérgicos y con 53 niños no alérgicos, fué hecha una escala en la que los niños alérgicos parecían más intensamente hostiles en sus vidas diarias y en sus sesiones de juego. De cualquier forma, se ha pensado que una función del síntoma alérgico es la expresión de hostilidad bloqueada hacia la madre.

Fain (48) describió a 30 niños asmáticos y a 30 niños no asmáticos de

records en Rorschach, fábulas de Desperets, TAT y entrevistas. El reportó -- gran dependencia entre los asmáticos y baja tolerancia a la frustración.

Loghn et Al (47) trabajaron con 79 niños asmáticos hospitalizados, los cuales distribuyeron unos enviándolos a su casa y otros quedándose internados en el hospital. Después de que los pacientes presentaron una crisis, sin evidencia respiratoria; los pacientes y sus madres fueron entrevistados, aplicán doles además unas pruebas psicológicas y su actuación fué contrastada con 19 niños hospitalizados de enfermedades no asmáticas interpretando las historias de pintura y bosquejos. Los asmáticos más a menudo producían lo que se podría considerar como temas intrauterinos, función de su dependencia, que en su propia salud, e historias de héroes que regresaban enfermos a casa y mejoraban lejos de ellas.

Yater (47) desarrolló un cuestionario tratando con los padres de los niños que tenían más libertad y control en los cuales la relación era más -- afectiva. El encontró que no había diferencia entre 33 madres de niños asmáticos, 24 madres de niños con eczema y 41 madres de niños con otros problemas médicos.

Margoli (48) usó el test de Blacky, que es una técnica de proyección -- para estudiar las defensas del ego y características del desarrollo psicose-- xual, en madres de niños asmáticos, con madres de niños con enfermedades reu-- máticas y del corazón y pacientes externos, en total fueron 75 sujetos. En -- las láminas de Blacky encontró más conflicto psicosexuales entre las madres -- de asmáticos pero no encontró diferencias notables entre los grupos.

Similarmente Dugo et Al (48) no encontraron relación entre la severidad del problema asmático y el nivel de disturbio de la situación familiar, como se probó en las intervenciones psiquiátricas, cuando las familias mejor y más pobremente ajustadas fueron comparadas, no hubo evidencia de la relación del asma con la severidad del disturbio y la respuesta del tratamiento.

Finalmente un interesante estudio hecho por Long et Al (49), en 1958 -- estos investigadores estudiaron la respuesta asmática ante la separación. Es -- tos estudiaron las reacciones de 18 niños asmáticos hospitalizados por presen -- tar crisis asmáticas cuyo agente provocador era el polvo de su casa. Después

los niños en el hospital no presentaron crisis asmáticas. Posteriormente en sus cuartos fueron esparcidas concentraciones del polvo de la casa sin que ninguno de ellos desarrollara el asma. Sólo se pudo sacar la conclusión de que el polvo no era suficiente para provocar el asma, y considerando que el factor fundamental era el ambiente del niño en su casa, tanto físico como psicológico, se alteró este ambiente alejando a los padres e introduciendo un padre sustituto, figura que se haría cargo del niño en su propia casa en un período aproximado de dos semanas. Este procedimiento cambió tanto los aspectos físicos como psicológicos.

1º Con respecto al nombre de personas presente, y 2º con respecto a las propiedades físicas asociadas con una persona y con otra, el perfume, el cigarro, la comida, etc.

Los sujetos fueron 25 niños asmáticos crónicos en edad escolar, que vivían con sus familias en la comunidad metropolitana de Denver. Usando como método la entrevista estos niños fueron divididos en dos grupos: aquellos en quienes los factores emocionales aparecieron clínicamente más altos, relacionados con el asma y aquellos en quienes los factores emocionales aparecieron más irrelevantes y menos reveladores.

#### RESPUESTAS AFECTIVAS A LA SEPARACION.

Para ver las respuestas afectivas de la separación se realizaron entrevistas con el niño, los padres y el sustituto.

Las respuestas de las madres se presentaron en diversa forma: en varias de las madres tuvieron un factor de ataque de ansiedad en los primeros días de la separación. En otras permitieron finalizar el experimento, pero posteriormente tomaron una actitud de ataques y crítica a la calidad del cuidado dado al niño por la madre sustituta y empezó a tener una recriminación hacia ella sobre su inadecuación; con la emergencia de ideas de suicidio.

La separación moviliza la ansiedad y causa una serie de conflictos que ordinariamente tardarían mucho en aparecer.

Similarmente al cambio de comportamiento de las madres, ocurren cambios en la conducta de los niños que se pudieron observar en la mejoría y en

la no mejoría del asma. Pero indica que en la manipulación experimental puede ser asociada con cambios profundos en los status emocionales en los niños y en sus familias particularmente a sus madres.

Es claro que en la familia la separación experimental puede reducir - en algunos casos y virtualmente eliminar los ataques de asma.

El factor de tales hallazgos se aplica solamente a casos muy seleccionados 10 en cada 25, y es enteramente consistente con la hipótesis de subgrupos puestos más adelante en los recientes años por varios investigadores.

Se ha interpretado por los presentes investigadores que esa hipótesis asume:

1º Los ataques típicos de asma que son usualmente provocados por una variedad de estímulos infecciosos, emocionales, alérgicos y mecánicos, etc.

2º Que no hay un requerimiento lógico para que una clase de estímulos provoque crisis de asma severa a un individuo dado. Un asmático severo puede tener ataques de asma instigado por toda clase de estímulos, con igual -- frecuencia que los demás asmáticos, pero depende del estado sensible en que se encuentre.

3º Dependiendo del tipo de estímulos psicológicos es lo que va a determinar el síntoma clínico del asma, por lo cual debe promoverse un tratamiento individualizado.

De cualquier forma un avance clínico en la evaluación de la relevancia de factores psicológicos en particular del paciente asmático, y su grado de psicopatología nos puede ser de gran ayuda pero no es muy confiable, a menudo la mejor información que pudiéramos conseguir es dada por el paciente, o en el caso de niños por su propio padre, a través de las entrevistas, aundo a ésto nosotros consideramos como instrumento de evaluación y/o de investigación del grado de psicopatología en las relaciones padres-hijos, a las - pruebas psicológicas.

De los artículos hasta aquí revisados, se puede concluir que no hay - un criterio unánime entre los investigadores. La investigación personal basada en el estudio de 8 familias de niños asmáticos, que presentaremos en es

te trabajo, nos permitirá posteriormente, llegar a algunas conclusiones rela  
cionadas con estos artículos.

En el presente estudio nosotros queremos enfatizar que esta forma de  
proceder puede ser, solamente, parte de un estudio proyectado de todos los -  
factores que afectan a la aparición del síndrome asmático en los niños.

C A P I T U L O            III  
MATERIAL Y METODOS Y PROCEDI  
DIMIENTOS.

Objetivo de la Investigación.

Tomando en cuenta los modelos básicos del concepto de multicausalidad en la patogénesis del asma, nuestro objetivo fué ver si existía una relación entre los factores psicológicos de la relación padres y pacientes que estuviera determinando las crisis asmáticas de estos últimos.

Para ésto consideramos tanto los fundamentos del modelo de especificidad: "Los fenómenos específicos psicopatológicos producen síntomas específicos psicosomáticos" (Alexander); como el modelo teórico de especificidad de respuesta individual: "Un gran número de estímulos pueden evocar un modelo de excitación afectiva que es altamente específico para cada individuo. Concomitante, el tipo de síntoma psicossomático que el individuo desarrolla dependerá primariamente — del modelo de su respuesta específica, mucho mas que la naturaleza del estímulo" (Long et Al).

Ya que en ambos modelos teóricos uno de los fenómenos descritos es la presencia de un alto índice de ansiedad, que si bien no es exclusivo de este padecimiento, nos pareció importante dentro de la multiplicidad de factores psicológicos que intervienen en la relación padre-hijo limitar esta investigación a — este elemento común a los autores revisados por nosotros, la ansiedad. O sea —

que nuestra búsqueda será en relación con la ansiedad dentro de un contexto familiar.

Con esto no pretendemos llegar a una conclusión definitiva, ni siquiera formular las bases psicológicas del asma o marcar las ventajas de un modelo teórico sobre otro, ya que no disponemos de material suficiente para hacerlo. El propósito de nuestro estudio, es ver en un enfoque clínico algunos factores emocionales que se encuentren tanto en los niños asmáticos como en sus padres. Considerando que ésto nos puede llevar a tener un conocimiento de uno de los factores psicológicos que están interviniendo para la aparición y la continuación del padecimiento en el niño asmático.

Tomando todo esto en consideración nos permitimos formular nuestra primera hipótesis:

Esta supone que la ansiedad va a encontrarse presente tanto en el paciente como en los miembros de la familia, y que estará relacionada fundamentalmente con el padecimiento asmático.

Nuestra segunda hipótesis supone que la comunicación estará alterada entre los miembros de la familia, ya que se considera que el asma es semejante a un sollozo contenido.

Y, como tercera hipótesis, y ya que la mayoría de los autores revisados concuerdan en que la ansiedad y la agresión son factores importantes dentro de la psicología del enfermo asmático suponemos que coexistiendo con la ansiedad - deberemos encontrar componentes agresivos importantes, especialmente de los padres hacia los hijos.

Estos datos podrán ser encontrados en una investigación utilizando pruebas psicológicas adecuadas y sensibles a estos aspectos.

Para lograr nuestro objetivo procedimos a realizar este trabajo sobre aspectos psicológicos en 8 familias de niños asmáticos, tomando la muestra de pacientes remitidos de la consulta de alergia al Departamento de Higiene Mental - del Hospital Infantil de México. Aunque en un principio se intentó trabajar con una muestra mayor; las 8 familias fueron seleccionadas de un grupo de 40 niños diagnosticados de asma, a los que se les realizó un estudio previo, para detectar la existencia de alteraciones en relación familiar. Se les aplicó única

mente dos pruebas proyectivas: Machover y C.A.T.

De estos 40 niños se utilizaron unicamente los números pares para reducir la muestra a 20 sujetos, a éstos se les aplicó todo el material que habíamos seleccionado para la investigación, pero en el transcurso de la aplicación algunas familias quedaron incompletas, ya que no asistieron a sus citas, razón por la cual solamente quedaron para nuestro trabajo 8 familias, a las cuales se les aplicó todo el material que posteriormente será explicado.

Se trabajó procediendo a hacer el estudio psicológico de todos y cada uno de los miembros de la familia con excepción de los niños menores de 4 años que son 3 en total.

Los adultos fueron estudiados mediante:

- 1.- Estudio económico-social
- 2.- Entrevista dinámicamente orientada de Fromm
- 3.- Estudio de la personalidad de los padres y dinámica familiar (G. Amara)
- 4.- Escala de Weschler para adultos
- 5.- Test de matrices progresivas (Raven)
- 6.- Test de Apercepción Temática (Murray)
- 7.- Psicodiagnóstico de Rorschach
- 8.- Test de frases incompletas (sachs)

En los niños se utilizaron:

- 1.- Escala de inteligencia para niños de Weschler
- 2.- Test de matrices progresivas (Raven)
- 3.- Test de apercepción temática para niños (bellak)
- 4.- Psicodiagnóstico de Rorschach
- 5.- Dibujo de la figura humana (Machover)
- 6.- Dibujo de la familia

Tratando de investigar la dinámica familiar se llevaron a cabo entrevistas complementarias a las pruebas psicológicas y al estudio económico social, pero nos vimos con tal cantidad de datos que resultaba imposible manejarlos, -- pues dado el tipo de pruebas y entrevistas utilizados, se obtuvieron datos sobre muchos otros aspectos de la personalidad que para el fin de este estudio no interesaban: por lo que en un intento de reducir los datos, decidimos tomar en consideración únicamente parte de este material, tanto en relación al número de suje-

tos como a las pruebas en sí.

Material.

En lo referente al material empleado unicamente utilizamos para este estudio:

- A) Encuesta socio-económica de González
- B) Escala de Inteligencia de Weschler (WAIS, WISC)
- C) Test de Apercepción Temática (TAT, CAT)
- D) Dibujo de figura humana de Machover
- E) Psicodiagnóstico de Rorschach

### ESTUDIO ECONOMICO - SOCIAL

El estudio económico-social se aplicó con el propósito de poder evaluar los niveles socio económicos de las familias estudiadas, ampliar y situar los - datos que nos proporcionaron las entrevistas dinámicas y las pruebas psicológicas.

### CLASIFICACION DE NIVEL SOCIOECONOMICO

La clasificación empleada está basada en 4 escalas que son:

a) Ingreso Per Cápita, b) Educación de la madre, c) Habitación y d) Fuente principal de Ingreso del sostén de la familia. Cada uno de estos criterios o escalas tiene 5 niveles progresivos. La calificación total, o sea la suma de las calificaciones contenidas en cada criterio, define el nivel socioeconómico de cada sujeto. Los escalones en cada criterio son los siguientes:

1). Ingreso Per-Cápita: se refiere al ingreso mensual total en pesos, dividido entre el número de miembros de la familia.

Los niveles de calificación para este criterio son los siguientes:

Primer Nivel: Promedio de ingreso mensual constante y mayor de \$1,300.00 M.N. per-cápita.

Segundo Nivel: Promedio mensual constante de \$700.00 a \$1,300.00 M.N. per-cápita.

Tercer Nivel: Promedio de ingreso mensual constante de \$300.00 a \$700.00 M.N. per-cápita.

Cuarto Nivel: Promedio de ingreso mensual constante de \$100.00 a \$300.00 M.N. per-cápita.

Quinto Nivel: Ingreso eventual o menor de \$100.00 M.N. Per-cápita.

2). La educación formal de la Madre: se refiere al grado máximo de estudio alcanzado por la madre del niño.

Los niveles correspondientes son:

Primer Nivel: Educación Universitaria o equivalente.

Segundo Nivel: Educación Preparatoria o Técnica.

Tercer Nivel: Secundaria o Comercio.

Cuarto Nivel: De tres a seis años de primaria.

Quinto Nivel: Analfabeta, o menos de tres años de Primaria.

3). La Habitación se refiere al tipo de residencia de la familia, el grado de comodidad que de ella obtiene y la tranquilidad económica que implica, ya sea propia, rentada, prestada, etc.

Los niveles en relación a este criterio son:

Primer Nivel: Propietario de casa sola con igual o mayor número de dormitorios, que el número de miembros de familia. Puede ser también departamento de lujo.

Segundo Nivel: Departamento o casa propia con número de dormitorios menor al número de miembros de familia.

Tercer Nivel: Casa o departamento rentado con características similares al primer nivel.

Cuarto Nivel: Departamento o casa rentada con características similares al segundo nivel.

Quinto Nivel: Casucha o vivienda. Cuarto o cocina para toda la familia.

4). La Fuente Principal de Ingreso: se refiere a la ocupación de la persona que sostiene económicamente el hogar.

Primer Nivel: Profesionista o negocio propio, (Gerente, Subgerente o Jefe de Departamento).

Segundo Nivel: Burócrata, oficinista, técnico, comerciante en pequeño o empleado de confianza.

Tercer Nivel: Obrero calificado o empleado menor.

Cuarto Nivel: Obrero no-calificado o aprendiz de obrero calificado.

Quinto Nivel: Obrero no-calificado o aprendiz de obrero calificado.

Como puede notarse de la descripción hecha, el valor más bajo en cada es

cala corresponde a la calificación numérica de 5 y el valor más alto en cada - escala, a la cifra de 1 o sea, la calificación es en realidad de rangos. La - calificación total por lo tanto, varía de 4 a 20, siendo la cifra de 4 la co- rrespondiente al rango más elevado en la clasificación socioeconómica.

#### ESCALA DE INTELIGENCIA DE WESCHLER.

Es un hecho aceptado que la prueba de Weschler no sólo da un rendimien- to intelectual cuantitativo, sino que también revela la reacción del sujeto an- te la situación de examen, las calidades de su verbalización, la efectividad o carga afectiva derivada de la estructura subyacente de la personalidad del su- jeto, principalmente ansiedad.

De la cual Anderson y Anderson (51) dicen: "la ansiedad se manifiesta - por intranquilidad, aprensión, temblor y otras expresiones corporales de ansie- dad y por una disminución de la atención y concentración. A esto se suele aña- dir un estado de animo decaído y una gran inhibición".

El síntoma principal de un estado de ansiedad, es una angustia aguda, - libremente flotante, que se manifiesta por inquietud, aprensión y otras mani- festaciones corporales de ansiedad, así como alteraciones de la concentración y de la atención. Se encuentran presentes una disminución en el humor y una - notable inhibición.

Las características más sobresalientes en la escala de Weschler son: un puntaje marcadamente disminuído en Retención de Dígitos (Alteración de la Aten- ción), un puntaje menos marcado, pero aún notoriamente disminuído, en Aritméti- ca (alteración de la concentración) y un nivel de ejecución disminuída (Ten- sión e ineficiencia resultante). El análisis cualitativo revela una tensión - fácilmente movilizable, múltiples ineficiencias temporarias, seguidas usualmen- te por rápidas correcciones, y ansiedad que trastorna tanto las manipulaciones intelectuales como motoras finas. La torpeza e incapacidad motoras, así como la alteración para planear y luego comprobar la adecuación con Bloques y el em- samble de objetos abaten el nivel de ejecución; pero hacen claro que la tensión y no el retardo depresivo, es responsable de dicho abatimiento. La dificultad para encontrar una palabra, la exteriorización de respuestas inacabadas o no - comprobadas y la búsqueda de formulaciones adecuadas son también típicas.

Por lo mencionado anteriormente tomamos en consideración fundamentalmente los subtests de Retención de Dígitos, Aritmética y Diseños con Cubos.

Machover.

Esta prueba, que consiste en la realización del dibujo de la figura humana se basa en la teoría de que al representar a una persona se va a integrar la idea que se tiene del ser humano y de sí mismo como tal.

En las pruebas que se les aplicaron a los sujetos tratamos de seleccionar los rasgos mas sobresalientes que pudieran considerarse comunes al grupo estudiado. Eliminando los que se encontraron presentes, pero que no se consideraban indicadores de ansiedad o agresión.

Para calificar estos datos nos basamos en la teoría de Karen Machover -- (54) buscando fundamentalmente los índices de agresión y ansiedad, así como los indicadores de problemas en la relación interpersonal. A continuación mencionaremos los que consideramos principales:

Sombreamiento: Cualquier grado o tipo de sombreado se considera -- una expresión de ansiedad. Como con otros tipos de proyección de conflicto, -- el área particular de la figura que está sombreada, se considera a la luz de -- una significación funcional.

La cabeza: Es el centro importante para la localización del propio yo. La cabeza es esencialmente el centro de los impulsos corporales. En los sujetos en quien se llega a observar la tendencia a aumentar desproporcionalmente el tamaño de la cabeza, es el varón inadecuado que representa la figura de la hembra usualmente relacionada a la imagen de una madre, con un cabeza mucho mayor que la figura del varón y la hembra, en el mismo juego de dibujos, el sexo en el cual se ha exagerado el tamaño de la cabeza, es el sexo al cual se le -- concede mayor autoridad social e intelectual. Quizas la cabeza grande que a -- dultos varones dependientes dan a la figura femenina en sus dibujos, representa una fijación emocional de la imagen de una madre que los mantiene, similar a la experimentada por el niño como una fase normal en su desarrollo.

De la expresión facial.-- Se ha probado que la expresión facial es una de las características del dibujo a la cual se le puede juzgar directamente -- con considerable confianza. Los juicios individuales diferirán en cuanto a la

exacta descripción de una expresión facial en un dibujo, pero, la unanimidad de juicio ha constituido más la regla que la excepción. Prescindiendo de la habilidad o pericia, encontramos que el sujeto inconscientemente representará su dibujo por una expresión de odio, temor, perplejidad, agresión, rebeldía, aplacamiento, docilidad, o aún de afecto inapropiado.

La boca.- El énfasis en la proyección de la boca puede estar expresado por omisión, refuerzo, tamaño especial, forma especial, sombra, borradura o desplazamiento.

Para nuestros objetivos tomamos las siguientes características de la boca; la boca detallada con los dientes a la vista, en el dibujo de un adulto, es considerada como índice de infantilidad, agresión oral. Los asmáticos pueden a menudo omitir la boca.

Los ojos.- Una parte considerable de la función de la comunicación social que se atribuye a la cabeza se halla considerada en los ojos de un individuo. Son un órgano básico para el contacto con el mundo exterior. Los ojos constituyen el punto principal de concentración para el sentimiento del propio "YO" y la vulnerabilidad de uno mismo. Más aún, los ojos previenen al individuo contra los elementos amenazadores del medio que le rodea.

Las orejas.- Si la oreja se destaca ya sea por el tamaño, reforzamiento, transparencia a través del pelo, forma, colocación del pelo, o borraduras, se puede presumir que haya estado particularmente sensibilizada en la psique del individuo que está dibujando. Esta sensibilidad puede fluctuar desde una apacible reacción al criticismo u opinión social hasta alucinaciones auditivas.

La nariz.- En la nariz lo que más nos puede detectar agresión son si las "ventanas" están señaladas con algún grado de énfasis. Esta interpretación debe hallarse generalmente sostenida por otros rasgos del dibujo estudiado.

Brazos y manos.- Considerados funcionalmente, los brazos y manos se hallan relacionados con la significación psicológica que se refiere primordialmente al desarrollo del yo y a la adaptación social. El rasgo más comúnmente omitido, son las manos, siguiéndolo de cerca en orden los pies. Si las manos son dibujadas, pueden a menudo aparecer con contornos imprecisos o si son oscuras (falta de confianza en los contactos sociales, en productividad, o en

ambas cosas). Las mismas pueden aparecer sombreadas vigorosamente, sugiriendo culpabilidad con relación a impulsos agresivos. Puede colocarse detrás de la espalda en forma evasiva. En general, la dirección y fluencia de las líneas de los brazos se relacionan con el grado y espontaneidad de la extensión dentro de medio ambiente.

Machover menciona: "un niño asmático, que buscaba el afecto de la madre demandando de ella demasiadas cosas, trazó brazos anormales largos, aunque los brazos eran de dimensiones sencillas, líneas onduladas, y no tenían fortaleza en ellos".

Los dedos de la mano.— Los dedos de la mano son extremadamente importantes en el patrón experimental o experiencial de una persona. Son los puntos reales de contacto, llevan el elemento en potencia para producir agresión.

Los dedos, por regla general, aparecen en los dibujos de los niños antes que las manos. En el adulto, el dibujo de los dedos, sin privilegio de las manos, se señala como un indicio de agresión infantil.

Un tipo de mano enguantada y desarrollo del dedo ha sido asociada también con agresión reprimida, pero es más evasivo y no perpetrada en carácter, tendiendo a ser asociada con arranques furtivos de agresión.

Pie.— Si el pie del cuerpo se encuentra hacia adelante o como un instrumento de ataque se interpreta como agresión.

#### MACHOVER EN NIÑOS.

La edad cronológica del sujeto materialmente no altera la interpretación de las características específicas de su expresión gráfica, ya que lo último se basa en la proyección de la imagen corporal y el significado básico funcional de sus partes. Sin embargo, la significación particular de un rasgo del dibujo de un individuo específico, debe ser referido a la apariencia de ese rasgo en el grupo de su edad, de manera que permita la evaluación de la extensión hasta donde el rasgo es una expresión "normal" de una fase evolutiva. Sin embargo, ninguna norma específica en términos de la expresión de la personalidad, a varias edades, ha sido establecida. Bastante se conoce acerca de expresiones pictóricas comunes de el niño en varias edades, no obstante, y en lo que toca a las fases evolutivas de la personalidad para que ella sea suficiente a darle un

respaldo permanente. Al estudiar los dibujos de los niños en sus varias edades, hallamos que el mayor énfasis se encuentra en los aspectos del dibujo que se refieren con más intimidad a las exigencias emocionales, experiencias significativas y problemas del niño en proceso de maduración.

Considerado funcionalmente, es natural para un muchacho de 3 a 4 años de edad, dibujar a una persona que más bien parece representar a una araña, — que a un ser humano, eso es, una especie de cabeza con patas y brazos adjunto a ella. Los estímulos sociales representados por la cabeza, el interés de la locomoción expresado en los pies y la manipulación y extensión dentro del ambiente que están representados por las manos, son normales en medida a la experiencia a esa edad. El tronco no ha entrado, sin embargo, significativamente en la conciencia del muchacho, como una experiencia diferenciada y significativa. Esto aparece en los dibujos más tarde que la cabeza y los apéndices. En un adulto este tipo de dibujo representaría regresión severa o retraso mental. Para considerar otro ejemplo de interpretación evolutiva, un dibujo de un niño normal puede bien estar falto de perspectiva y tener numerosas transparencias, ya que el pensamiento de un niño específico y concreto. Un muchacho usualmente dibuja lo que sabe y no lo que ve. Así, un vestido superpuesto sobre un — cuerpo, con transparencia es común, o aún mostrando el pelo a través del sombrero. Similarmente el error de perspectiva y transparencias en el dibujo de un adulto, sin embargo, se consideran serias irregularidades que reflejan un — juicio muy pobre, enfoque pobre de un problema, y una débil discriminación en las partes esenciales. La perseveración, tan común en dibujos de niños, puede reflejar la alegría de repetir modelos motores satisfactorios mientras que en los dibujos de adultos, la perseveración puede indicar un bajo C.I. deterioro, o refugio neurótico, seguro, rutinario y áreas limitadas de actividad. También podemos encontrar sombreado, frecuentemente en los dibujos de los niños. — Aunque se retiene la significación interpretativa del sombreado de un niño puede relacionarse a la inseguridad general en relación al mundo de los adultos, más bien que a la patología individual.

T. A. T.

El TAT es un método que consiste en presentar estímulos a la imaginación, registrarla y analizarla. Está basado en la teoría de que en la composición de

relatos en torno a un cuadro estímulo, el individuo hace operar material de sus propias experiencias, en parte por las percepciones inmediatas del estímulo y en parte por la asociación consciente y preconscious. En el logro de estas imágenes se ponen en juego y, por tanto, se expresan, impulsos conscientes o inconscientes, las defensas y los conflictos del individuo, permitiendo al experimentador perspicaz poner de manifiesto el contenido de tales características de la personalidad y hacer ciertas conjeturas acerca de su desarrollo y estructura.

Murray (55) dá un criterio para examinar los relatos en base a cinco de sus elementos:

- 1).- El héroe.
- 2).- Las necesidades del héroe.
- 3).- La presión, o sea, las fuerzas que pueden favorecer o perjudicar al individuo.
- 4).- El tema.
- 5).- El desenlace.

En el Test de apercepción temática intentamos ver si los resultados obtenidos correspondían con las de las otras pruebas; para tales fines seleccionamos las láminas 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 17, 18.

El propósito al tomar en consideración estas láminas fue doble: por una parte nos permiten explorar agresión, angustia y por otra establecer como estaban manejadas en cuanto a la utilización de mecanismos de defensa, así como también el tipo de relaciones interpersonales que cada uno de los casos, establece.

#### C. A. T.

El Children's Apperception Test fué presentado en 1949 por Leopold Bellak (56), psiquiatra del Medical College de New York, en colaboración con Sonya Sorrel Bellak. Está destinado a la exploración de los factores de la dinámica de la personalidad sobre relatos inventados por el examinado en base a una serie de láminas de escenas animales ya que en opinión del autor los niños se identifican más fácilmente con los animales que con las personas.

Para definirlo brevemente el CAT es un Tat para niños de tres a diez a--

ños. (Murray mismo introdujo a Bellak en el empleo del TAT). Las láminas del CAT han sido confeccionadas mediante personajes animales con vista a crear una situación del cuento infantil y de mantener la exploración en el ámbito del mundo mágico del niño.

El CAT permite recoger información sobre la estructura de la personalidad, el tipo dinámico, la convivencia familiar y la conducta del niño frente a los principales problemas de crecimiento, masturbación, etc.

Está constituido por una galería de 10 láminas (fotografías de dibujos confeccionados por Violeta Lamont, numeradas en un orden estandar, que dramatizan con animales las situaciones y problemas infantiles básicos y más comunes en el niño: alimentación (1), actitud frente a los padres, como pareja (2) e individualmente (3), rivalidad fraterna (4), miedo a la soledad por la noche (5), (6) y (9), agresión (7), convivencia familiar (8) y limpieza (10).

El análisis se realiza atendiendo a los siguientes items:

- a). Tema principal
- b). Rasgos del héroe
- c). Rasgos psicológicos de los personajes
- d). Identificación con los héroes
- e). Elementos adicionados a la lámina
- f). Elementos de la lámina omitidos
- g). Miedos
- h). Conflictos significativos
- i). Tipos de castigo
- j). Desenlace
- k). Madurez, etc.

Hecha la catalogación de las respuestas, se pasa a la interpretación, siguiendo aquí los principios del TAT, que son: consideración de los datos significativos (los que recurren y los que se desvían de las normas interindividuales intraindividuales), conjuntos dinámicos, etc. En suma el CAT dá a conocer los factores dinámicos de la conducta del niño frente a su ambiente (hogar, escuela, etc.).

Si bien el procedimiento de análisis e interpretación realizados según la técnica de una previa catalogación de los datos constituye el procedimiento

de elaboración más fecundo y seguro, se puede también recoger el material útil siguiendo la técnica breve y expeditiva de la inspección: lectura del total, - subrayado de los significativo y enlace interpretativo, pasos que se cumplen, - prácticamente en un solo proceso.

### RORSCHACH

El Rorschach (57) es una técnica basada en la presentación de un estímulo inocuo para suscitar asociaciones libres, susceptibles de revelar la personalidad, la psique, y que permite observarla sin trauma para el individuo.

El Psicodiagnóstico de Rorschach está integrado por diez láminas. Las láminas I, IV, V, VI y VII presentan manchas cuyos tonos varían desde el gris tenue hasta el negro intenso. Además de los tonos gris y negro, las láminas - II y III tienen manchas de color rojo. Las láminas VIII, IX y X son multicolores: son puros los colores de las láminas VIII y X, y sucios los de la lámina IX.

En la administración de la prueba se siguió el método originado por el propio Rorschach. En la calificación se obedeció el criterio de Klopfer (58), señala que la aplicación de la prueba tiene por objeto obtener material proyectivo en bruto que posteriormente ha de ser valorado. Para ello es necesario - que el material sea lo más rico posible, y que no existan influencias sobre el sujeto, capaces de provocar distorsiones de dicho material.

### RORSCHACH NIÑOS.

Dado que muchos signos que en el adulto tiene un valor patológico, en el niño pueden considerarse normales. Es muy difícil hacer una clasificación general de todos los determinantes y contenidos considerados patognomónicos - por lo tanto para la calificación e interpretación de los Rorschachs aplicados a los pacientes asmáticos se tomaron en cuenta algunos signos que señala la - Dra. Louise Bates Ames (59) como indicadores de patología. A continuación mencionaremos dichos puntos:

I.- 5 "Las respuestas de sombreados y claroscurros son sospechosos si se presentan más de una vez en un protocolo de extensión normal".

II.- 6 "La presencia de más de una respuesta de movimiento inanimado en

el protocolo infantil sugiere una cantidad excesiva de tensión contenida o agresividad".

III.- 10 "Una cantidad excesivamente alta de A% (por encima de 60% en el niño) indica tanto en el niño como en el adulto, estereotipia.

IV.- "Después de los 3 a 6/12 presentar menos de una respuesta humana por protocolo supone falta de interés en la otra gente ó carencia de reacción ante ella.

V.- "Al igual que en los adultos fueron consideradas las respuestas atómicas, (las de radiografía no se tomaron en cuenta porque no se presentó ninguna) y aquellos contenidos que tuvieron un tono agresivo o siniestro. Dentro de los fenómenos especiales estipulados por Bohm (60) se consideraron:

- 1.- Fabulación
- 2.- Respuesta de defecto
- 3.- Referencia al yo
- 4.- Contenidos agresivos y siniestros
- 5.- Shock al gris
- 6.- Shock al color
- 7.- Shock al rojo

Por la frecuencia en que aparecieron, aún cuando no estaban detectando los aspectos que nosotros consideramos como importantes son:

- a).- Contenido oral
- b).- Desvitalización
- c).- Contenidos paranoides

Según Binder (60) "es la visión de una amplia superficie de un color uniforme y difuso que libera en cada uno de nosotros un estado de animo. Sin embargo, el grado de reactividad varía mucho de un individuo a otro, y que para la pequeña superficie de la mancha de tinta provoque una reacción fuerte, mórbida, en el sujeto, éste debe tener una susceptibilidad anormal, producto de una perturbación profunda. "Las respuestas de claro oscuro, indican que el sujeto se abandona sin resistencia a la impresión desagradable del carácter negro de las manchas. Incapaz de movilizar las fuerzas de defensa, se rinde en forma pasiva" Loosli (60). Hertz (60), dice: que las respuestas de claro oscuro están relacionadas con la vida emocional central y expresan emociones difu-

sas y profundas".

Para Piotrowski (60) "todas las respuestas de sombreado se consideran -- como signos de ansiedad, de incertidumbre, de un sentimiento de estar expuesto al peligro, de duda respecto al método más apropiado para dominar un ambiente hostil en potencia".

En Rorschach sólo se tomaron aquellos determinantes y contenidos que -- nos dieron un índice de la existencia de ansiedad y agresión. Se utilizó la -- calificación de Bruno Klopfer y se agregaron algunos de los fenómenos esencia-- les dados por Edwal Bohn y Roy Shaffer. Para obtener una clasificación más -- completa.

A). Los determinantes que Klopfer considera que detectan la presencia -- de ansiedad son:

FK, KF, K, Fk, C, CF, FC', Fm, mF, m.

B). Los contenidos que se tomaron en consideración fueron:

Respuestas de contenidos anatómicos y radiografías.

C). Los fenómenos especiales que se tomaron en cuenta fueron:

Los tiempos de reacción ante las láminas que se traducen como Shock al gris, Shock al color, Shock al rojo, Shock al blanco; también las respuestas -- O, respuestas de Defecto, referencia al Yo, Ego, Contenidos Agresivos y Para-- noicos.

A). DETERMINANTES:

Para ilustrar la forma en que fueron calificadas las respuestas presen-- tamos algunos ejemplos: tomados de nuestros protocolos.

### FK

Son para las respuestas de tres dimensiones o profundidad en el sentido de vis-- ta o perspectiva, con algunos objetos más cercanos y otros más alejados de e-- lla. E indican que el individuo está haciendo un esfuerzo por comprender y to-- lerar su angustia.

Ejemplos:

1.- "esta es una isla, a lo lejos, está apartada está sola, no hay nada" Encuentra: "porque no se ve otra especie, pues porque ahí se ven rocas o peñaz-- cos desde arriba por la forma en que estan, son redondos o picudos". Lam. III-- W. Padre 7.

## KF

Son para las respuestas sombreadas para dar un efecto difuso, no estructurado pero tridimensional al material de la mancha. Pero con forma vaga o indefinida. Se relaciona con la angustia creada por la frustración de necesidades afectivas, y el individuo no ha creado defensas adecuadas para manejar esta angustia.

1.- "Esto me parece como nubes en el cielo".

Encuesta: "porque tiene una figura chistosa porque se ve como espuma, como humo, como nube, como patito, como un muñequito con una colita porque este tiene pelo como para arriba". Lam. VII-D lateral. Madre 1.

## K

Igual que la anterior nada más que no parece forma o estructura. Si se dan más de tres respuestas K indica una preocupación por las necesidades afectivas más allá de lo común.

Ejemplo:

1.- Me parece una nube como cuando va a llover que se ven tramos más claros y otros más oscuros".

Encuesta: "porque hace años cuando era niña tirada en el pasto, me ponía a observar a las nubes y veía diferentes maneras. Unas me gustaban, me causaban gusto y otras desesperación. Porque es triste y se ve gris y negra. Una nube nada mas gris como cuando va a llover." Lam. IV-W. Madre 2.

## Fk, kF, k.

Sugieren las respuestas que se califican con Kf, kF y k una extensión tridimensional proyectada sobre un plano dimensional. Al dar una respuesta k, una persona está empleando el sombreado para introducir tres dimensiones en el material, pero de su esfuerzo solo resulta la sugestión de un plano bidimensional. La radiografía y el mapa topográfico permanecen chatos aún cuando haya una sugestión intelectual de tres dimensiones. Y parecen indicar la existencia de angustia con respecto a necesidades afectivas que el individuo intenta ocultar por medio de la intelectualización.

Con la Fk el sujeto sugiere control de angustia más a través de medios intelectuales:

Ejemplo:

1.- "una radiografía de la pelvis tal vez, también manchada".

Encuesta: "Todo menos lo rojito", "porque se ve como hueso renegrido, porque - así se ven las radiografías de manchadas", "el hueso así largo". Lam. II-W. Ma dre 1.

#### En el determinante C' :

Pertenece a las respuestas de color acromático, son respuestas en las - cuales el sujeto usa como color en la formación de sus conceptos los elementos acromáticos - el gris, negro o blanco de las láminas- y se califica C' cuando algo sin forma es designado como gris blanco o negro. Si las respuestas C' aparecen en protocolos con muchas respuestas cromáticas, aquellas parecen ser - una simple extensión de la receptividad con respecto al color, que implica una reacción rica y variada a toda clase de estímulos presentados por las manchas. Sin embargo, en un registro con pocas respuestas cromáticas, las respuestas C', parecen indicar una responsividad a los estímulos externos amortiguada y vaci- lante.

#### Ejemplos:

1.- "Esta es un mancha negra, no le encuentro figura, es una mancha en un papel doblado en dos y reproducida igual".

Encuesta: "Porque aqui está a la mitad y está igual a la otra que claro todas estan iguales, pero como a ésta no le encontré semejanza a nada". Lam. VI-W. - Madre 8.

#### CF'

Se le da a las respuestas de un objeto de forma semi-definida o vaga, es desig nada como negro, blanco o gris. Y al igual que en la anterior el uso del som- breado como color acromático es interpretada como respuesta amortiguada al co- lor.

#### Ejemplos:

1.- "Esta parece una mariposa de noche que tiene las alas desgarradas y al revés se ve que va caminando por el suelo".

Encuesta: "Por lo negro así como son las mariposas de noche porque tiene su -- cuerpo y sus alas, sus patas y sus cuernitos y es obscura como las que vuelan en la noche". Lam. V-W. Madre 2.

#### FC'

Es cuando un objeto de forma definida es designada como negro, blanco o gris; e igual que en las anteriores.

1.- "Una cara de conejo".

Encuesta: "Por sus orejas muy paradas, aquí se le ve su cola medio raboncita y trompita, medio chatitos; les veo sus ojos, estos blancos y su piel negra". — Lam. VII-D detalle lateral. Madre 6.

Los determinantes Fm, mF y m.

Se usan para clasificar conceptos que emplean ideas de fuerza mecánica o que son de naturaleza abstracta. La clasificación de Fm implica la percepción de movimiento inanimado en un concepto que tiene una forma definida y reconocible. Ejemplo:

1.- "Un hombre bajando en paracaídas".

Encuesta: "porque así lo vi, así con sus brazos estirados y cogiendo del paracaídas, así, bajando suavemente. Lam. X-D central inferior. Padre 6.

mF

Es usada para objetos con forma semidefinida.

Ejemplo:

1.- "Parecen dos caballitos de mar que van cayendo".

Encuesta: "Porque tienen piquitos y la cabecita como la de un caballito que va cayendo así porque está su cabeza volteada, para abajo". Lam. II-D rojo central.

m

Esta clasificación es utilizada para conceptos que implican fuerza abstracta — donde la forma es completamente indefinida. Indican tensión, angustia, parecen estar en relación con conflictos internos y tendencias represivas. Si hay más de una puede representar fuerzas internas o externas que el individuo no puede controlar y que por lo tanto amenazan su Yo. Si aparece una m indica — que el individuo es consciente de sus fuerzas hostiles o amenazas contra su personalidad. Y la ausencia de m en sujetos con conflictos puede sugerir un signo de peligro.

Piotrowski considera a m como indicador de represión y Loosli opina que es un síntoma de energía sin empleo que contribuye a activar un área de conflicto interno.

Bockner y Hapern consideran que m refleja tensiones dentro del indivi—

duo, que no han sido relajados son una constante fuente de frustración y mantiene la irritación. Todas las formas de m sugieren la "expresión de una actitud deseada o de un modo de vida con el convencimiento de que es poco probable de que nunca llegue a ser logrado".

Ejemplo:

1.- "Una explosión atómica". Lam. IX. Detalle rojo inferior completo. Paciente 8.

Encuesta: "Porque luego pasan en la TV explosiones atómicas, porque parecen como nubes, así aventando como gases".

#### B). CONTENIDOS.

En la literatura revisada encontramos que las respuestas con un contenido de tipo anatómico denotan ansiedad y preocupación por el esquema corporal - así como probables índices de preocupaciones de tipo hipocondríaco. Con respecto a las respuestas cuyo contenido fueron de radiografías algunos autores - opinan entre ellos Piotrowski, Klopfer, Bohm, etc., señalaban que estos tipos de contenidos denotan ansiedad pero intelectualizada.

Es interesante hacer notar que dentro de las respuestas de tipo anatómico predominan las de tráquea, laringe, esófago, pulmones y pelvis. Las cuatro primeras nos podrían sugerir una relación con el aparato respiratorio y especialmente con el problema que estamos investigando.

1.- "se me sigue figurando la tráquea, la laringe y los pulmones".

Encuesta: "No se dos cosas que estoy viendo el diagrama tuve problemas respiratorios, espasmos de glotis y las mariposas las figuro negativas, será por eso que las estoy asociando y el estomago porque antes era muy comelón, por las formas. Pulmones también por la forma". Lam. IV-D parte inferior de la columna central. Padre 4.

2.- "El tubo digestivo y de la tráquea hacia abajo. Una hernia con estrangulamiento (se rie) y aquí una mariposa en la parte superior".

Encuesta: Porque se le figura esto? "por la falta de continuidad". "La mariposa está obstruyendo la respiración, el sombreado se me figura que está encima del tubo digestivo". Porque se le figura? Por la forma, que es de diferentes colores. Lam. VI-D columna central completa con las ramificaciones superiores. Padre 4.

## RESPUESTAS ANATOMICAS.

El contenido anatómico refleja una sensibilidad, concerniente con la expresión de impulsos destructivos. Paradójicamente aquellos individuos que actúan fuera de sus impulsos no desarrollan contenidos anatómicos. Los records de un grupo acusado de asaltar, violar, atacar, era conspicuamente libre de alguna respuesta anatómica.

Sin embargo, en la medida que un individuo es motivado por impulsos destructivos pero es inhábil para expresarlos directamente es como desarrolla los contenidos anatómicos. La cuestión de como existe esta relación no puede ser contestada por los contenidos. Sin embargo parece razonable que impulsos destructivos guían el concernimiento de la integridad del cuerpo y sus partes. Esto es, los impulsos destructivos pueden muy bien conducir a una anticipación de la represalia, venganza o desquite, y ambos destrucción y venganza parece ser concebida como daño corporal.

En general individuos que dan anatomía ósea intentan resolver los problemas presentados por impulsos hostiles reprimidos, inhibiendo la expresión o desarrollando formaciones reactivas contra y/o negando, contradiciendo o rehusando su hostilidad en una variedad de formas.

Estos contenidos de anatomía osea es una contradicción de acting out y es dado por personas quienes son rígidas y ansiosas en sus relaciones interpersonales. Dos grupos principales de personas enfatizan contenidos de anatomía osea.

- 1.- Aquellos con desordenes psicosomáticos y,
- 2.- Algunos miembros de las varias profesiones médicas.

Personas con desordenes psicosomáticos comprende el segundo grupo que produce anatomía osea de contenidos, resultando lo esperado. En los desordenes psicosomáticos la expresión de hostilidad es inhibida pero impulsos destructivos sostienen a afirmar ellos mismos en su intensificada reactividad psicosomática. (Debe ser notado que este no es todo para un desorden psicosomático; el conflicto sobre la expresión de hostilidad es solo uno de los muchos síndormas psicosomáticos).

Anatomía Visceral, estos contenidos son asociados con expresiones ver-

bales abierta de hostilidad en contraste con los de anatomía osea. Ejemplo de ambas:

1.- "Esto parece otro hueso de un craneo".

Encuesta: "Como el craneo siempre son huesos formados de una parte derecha e izquierda simétricos". "Un hueso de un craneo son simétricos". "Tienen sus porciones distribuidas en la misma forma". Lam. V-W.

2.- "Deben ser algunos esquemas de los médicos o dibujos anatómicos a colores".

Encuesta: "Porque tiene la forma como esquema o dibujos para localizar que hacen los doctores". Lam. IX-conjunto.

3.- "Una parte del intestino" "La parte donde está el hígado".

Encuesta: "Por su forma de hígado por las tres formas que estan formando el hígado, los pulmones en la otra parte del hígado. su color da la impresión de una cosa esponjosa".

#### RESPUESTAS DE RAYOS X.

Ocurren en grupos clínicos. En general es asociado con bajo nivel inteligencia e indica Atleast Average inteligencia. Cuando RX ocurre en un record en el cual hay señales de esquizofrenia, la psicosis atípica.

RX: Tiende a ser desarrollada por personas quienes son morbidamente aprensivas acerca del daño corporal o quienes figurativamente, están ahogadas o estranguladas por una penetrante y paralizante ansiedad.

Como ejemplos daremos los siguientes:

1.- "Parece una radiografía como si fuera la parte torácica de un cuerpo con la cadera".

Encuesta: "Porque se ven las costillas". "Porque he visto otras, porque es más ancho, porque he visto otras así, las recuerdo así, porque así las he visto, con las manchas a los lados, no estan muy bien detalladas". Lam. II-D toda la parte negra. Padre 6.

2.- "Esta es una radiografía manchada de algún hueso".

Encuesta: "Porque me ha tocado ver las de Fernando. Porque así son de negras, así se ve en el dibujo". Lam. I-W Conjunto. Madre 1.

3.- "Se me figura una radiografía y nada más".

Encuesta: "Porque he visto otras así, esas sombras y esos claros como si fuera

la columna por eso le digo que parece radiografía de esa parte". Lam. IV parte superior de la columna central. Padre 6.

### C). FENOMENOS ESPECIALES.

Bohm y Shaffer hicieron una lista de 60 fenómenos especiales como complemento de la calificación de Rorschach con la finalidad de obtener una calificación más completa. Estos fenómenos especiales están basados en la manera como el sujeto emite las respuestas así como los contextos que pueden ser significativos y que no se pueden codificar en la calificación formal de Rorschach. Como ya mencionamos con anterioridad escogimos aquellos fenómenos que son relevantes al problema que tratamos.

En primer lugar mencionaremos los shocks los cuales se detectan a través de los tiempos de reacción entendiéndose por esto el período de tiempo que transcurre entre la presentación de cada lámina y la aparición de la primera respuesta.

#### a).- Shock al gris.

El shock al gris fué introducido a la literatura por Hans Binder y consiste, según este autor en este establecimiento súbito de alteraciones del proceso del razonamiento, en un estupor ante la presentación de una lámina oscura, en la lámina 4, la alteración se señala por un rechazo o por otros signos de represión, de los que el mismo Binder indica los siguientes: Formas mal vistas estereotipia trivial, alteraciones de la sucesión "percepción desusada de la imagen". No existe siempre en los contenidos de estas respuestas una relación compleja sino que, al contrario representaron una "huida de lo convencional". Ejemplos:

#### 1.- Tal vez parece algún animal disecado. (VI-W-25)

Encuesta: Porque así se ve, con la carita así nada mas que este tiene dos caritas. Nada mas la cabecita lo de abajo se me parece pico. Madre 1.

#### 2.- Que chistoso todos están unidos de enmedio como pegadas. Estos me parecen como nubes que hacen en el cielo. (VII-W-50"). Madre 1.

Encuesta: Porque tienen una figura chistosa. Porque se ven como espuma, como humo. Como nube. Como patito, como un muñequito con una colita porque este tiene su pelo como para arriba.

El shock al gris como veremos está ligada en la mayoría de los casos,

en oposición al shock del color, con la angustia. El orden de frecuencia donde se encuentra en las diferentes láminas oscuras: IV, VI, VII, I, V. "Su valor según Oberholzer (60) es en general, un miedo de la angustia", pero también una angustia, ante lo desconocido o ante lo nuevo". Este miedo ante situaciones nuevas y desconocidas por lo general suele presentarse en la lámina I llamandose "represión de la adaptación".

El shock al gris sobrecomprensado es análogo al shock al color de la misma naturaleza, pero aparece más frecuentemente que éste. También aquí hay que distinguir dos cosas: signos claros de shock al gris y una acumulación de respuestas originales.

1.- Me parece una nube cuando va a llover porque se ven tramos blancos y otros más oscuros. Por lo gris y negro están tristes por esos. IV-W-O. Madre 2.

2.- Una cabeza de búfalo. IV-W-O. Madre 6.

Encuesta: Por sus cuernos, su copete una especie de lana pachana y su trompa.

Si se encuentran alteraciones de shock en las láminas negro-rojas y coloreadas (II-III-VII-X) sin que el rojo se destaque como especialmente perturbador, se acepta sólo el shock al color, si tales alteraciones se muestran única<sup>mente</sup> en la lámina II y (o) III mientras que las interpretaciones en las láminas VII-X tienen lugar con facilidad se acepta sólo el shock al rojo. Si existe shock cromático (alteraciones sólo, o también, en las láminas VIII-X) y se señala expresamente el rojo como perturbador en las 3 últimas láminas o (casi siempre) en las láminas II y III, lo mejor es anotar shock de color más — shock al rojo.

El valor del shock al rojo no está aún aclarado; pero probablemente, no tiene un origen ni un valor sintomático únicos, pues este color puede hallar se ligado tanto con representaciones de la libido (amor, corazón, pasión, etc), como agresivas y sádicas (sangre, guerra).

Según M. Loosli-Usteri (59) sería signo de una "angustia ante la agresión", probablemente incluso con mayor frecuencia puede expresar la angustia — ante la propia agresión y sería síntoma de una represión de la agresión.

Como puede aparecer el shock al rojo es decir, que respuestas le si—

guen, se puede deducir, según Loosli-Usteri, conclusiones sobre el grado de represión. Si tras el shock al rojo se da una respuesta en una mancha de este color, pero sin utilización del mismo, existe una actitud ambivalente hacia la agresión. Si después del shock al rojo se dá una respuesta de color a él - hay que pensar que la agresión está en vías de romper la represión.

#### SHOCK AL COLOR.

##### 1.- Lam. II-D-(rojo) 45"

Una mariposa. Encuesta: esto rojo y toda la marca de arriba lo rojo, por su color y la forma que tiene esos picos así como lo que tiene la mariposa y las alas no parejas como hojas. Madre 6.

El shock al color.- Es el fenómeno del Rorschach más frecuente y también el más importante en la práctica. Es una conducta estuporosa menos pronunciada que el fracaso y motivada por un estímulo afectivo del color. En algunos casos, este estupor puede ser tan intenso que lleve hasta el rechazo; el "fracaso" es, pues, frecuentemente, pero no siempre, una forma del shock cromático.

Muchos más frecuentes son, sin embargo, las formas atenuadas, que pueden aparecer en las más diversas variantes; cualquier alteración importante en el curso regular de la asociación en la presentación de la lámina coloreada (y en parte también de las negras y rojas) es un signo de shock al color.

Los modos de aparición del shock al color.

##### I.- Shock al color manifiesto:

- 1.- Sin elaborar: manifestaciones afectivas de rechazo con palabras categóricas.
- 2.- Elaborado: manifestaciones afectivas aprobatorias con palabras terminantes.

##### 1.- Lam. VIII-D-30"

Estos son unos osos. Madre 7.

Encuesta: Por su forma. Porque son de color rojo. Que van subiendo.

##### 2.- Lam. IX-D-140"

Estos parecen unos monitos de esos como toltecas. Madre 7

Encuesta: Por la forma en que está el cuerpo.

#### ESTEREOTIPIA ANATOMICA

Es la preferencia por respuestas anatómicas en el grupo del contenido. La estereotipia se caracteriza sólo por el predominio de una clase de contenidos que casi siempre se hallan dispersos sobre todo el protocolo en varios pequeños grupos.

Rorschach opinaba que la estereotipia anatómica se limitaba a los complejos intelectuales y a los hipocondríacos, epiletoides. Y se dice que en protocolos con estereotipia anatómica señala una preocupación narcista por el esquema corporal. Si esta estereotipia anatómica encontramos perseveración — nos puede hablar de una neurosis hipocondriaca.

Vemos que no es necesario poner ejemplos ya que sería una repetición — de las respuestas de partes anatómicas, y además se encuentran descritas en la hoja 2.

#### RESPUESTAS E<sub>Qe</sub>

Essencial quality emotional. Las respuestas que contienen una expresión mímica especial por ejemplo: caras riéndose con maldad, viendo amigablemente, angustiadas, burlonas, etc. Aparecen según Guidham, en sujetos inteligentes con datos artísticos creadores y, según la experiencia de este autor, — tienen una especial afinidad con el talento escénico.

Según Merei Neiger (61) tales respuestas permiten deducir rasgos paranoicos que proyectan un contenido psíquico subjetivo. Ejemplos:

1.— Aquí veo como cabeza de un hombre. Lam. VII-D.

Encuesta: Una mascara muy fez. Porque tiene facciones muy toscas con aspecto diabolico y de ultratumba. Madre 8.

2.— Lo negro parece la cara de un mono grande abierta. Lam. III-D.

Encuesta: Por la forma que tiene, está riendo, Madre 1.

#### RESPUESTAS "O"

Las respuestas "O" han sido, en general, poco observadas fuera de la literatura americana:

Existen cuando el paciente da dos o tres respuestas de una tirada con "O" entre ellas. Por ejemplo:

"Un murcielago o una mariposa" Lam. V-W Paciente 3.

"Parecen 2 elefantitos de juguete para los niños. De adorno para la —

tele de pijama. O parecen unos hielos de los paisajes que se ven en las nevadas. Lam. VII-D superior. Madre 2.

Las respuestas "O" son siempre, según Zulliger (69) un signo de cierta inseguridad del juicio o de miedo a la responsabilidad (miedo a ligarse). Ha sido observada por los psicoasténicos, psicópatas inseguros y neuróticos angustiados. Por otro lado también implica un deseo de no comprometerse.

#### REFERENCIA AL YO

Consisten en su forma más ordinaria en proyecciones de la propia personalidad en la interpretación. O también producir una observación intercalada sin motivo. En formas más matizadas las autoreferencias consisten habitualmente sólo en referencias a vivencias propias.

Las referencias en general, tienen el carácter de egocentrismo infantil.

1.- Lam. II-D. Madre 5.

Unos animales subiendo. Por la forma parece un Chincol, así yo he visto unos animales medio raros.

2.- Lam. I-W. Madre 3.

Unas radiografías. Por el color y porque yo las he visto de las de mi esposo.

#### SUJETOS.

Como mencionamos anteriormente, nuestra muestra, que primeramente fue de 20 familias elegidas al azar, se vió reducida por diversos factores, ejemplo: algunos pacientes no residían en el D.F. ni tenían posibilidades de permanecer en el mismo el tiempo necesario para la terminación del estudio; o ambos padres trabajaban y no podían asistir o bien no les interesaba continuar, por lo que se tuvieron que eliminar por estas razones y por los escasos datos recolectados. Así mismo se omitió en la presentación de este trabajo el material recabado con los hermanos y tíos a los que se les había aplicado el estudio.

Por lo tanto para este estudio sólo se tomaron en cuenta:

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| a) Los padres de los pacientes | 7 |
| b) Las madres de los pacientes | 8 |
| c) Los propios pacientes       | 8 |

MUESTRA DE SUJETOS

	AÑOS	MESES	SEXO	OCUPACION	ESCOLARIDAD
FAMILIA I					
Padre	33		Masc.	Odontólogo	Profesional
Madre	31		Femn.	Labores del hog.	Secundaria
Hijo 1	9	2	Masc.	- - -	4º año de Primaria
<u>Paciente</u> 2	7	4	Masc.	- - -	2º año de primaria
Hijo 3	5	2	Femn.	- - -	Kinder
Hijo 4	2	6	Masc.	- - -	- - -
Hijo 5	1	6	Femn.	- - -	- - -
FAMILIA II					
Padre	37		Masc.	Dibujante	Preparación Técnica
Madre	34		Femn.	Labores del hog.	Secundaria
<u>Paciente</u> 1	12		Masc.	- - -	6º año de primaria
Hijo 2	11		Masc.	- - -	5º año de primaria
Hijo 3	9	3	Femn.	- - -	2º año de primaria
Hijo 4	4		Masc.	- - -	- - -
FAMILIA III					
Madre	29		Femn.	Enfermera	Enfermería
Paciente	10	10	Masc.	- - -	5º año de primaria
FAMILIA IV					
Padre	30		Masc.	Odontólogo	Profesional
Madre	30		Femn.	Labores del hog.	Secretaria
Hijo 1	7		Femn.	- - -	1º año de primaria
<u>Paciente</u> 2	6		Masc.	- - -	Preprimaria
FAMILIA V					
Abuelo	61		Masc.	Obrero	2º año de primaria
Abuela	60		Femn.	Labores del hog.	3º año de primaria
Tía	35		Femn.	Secretaria	3º año de facultad
<u>Paciente</u>	6		Masc.	- - -	- - -
FAMILIA VI					
Padre	37		Masc.	Comerciante	Secundaria
Madre	37		Femn.	Labores del hg.	Secundaria



		AÑOS	MESES	SEXO	OCUPACION	ESCOLARIDAD
Hijo	1	9		Femn.	- - -	3º año de primaria
<u>Paciente</u>	2	7		Femn.	- - -	1º año de primaria
Hijo	3	6		Femn.	- - -	Preprimaria

#### FAMILIA VII

Padre		34		Masc.	Comerciante	6º año de primaria
Madre		34		Femn.	Labores del hog.	1º año de secundaria
Hijo		11		- - -		5º año de primaria
<u>Paciente</u>		10		- - -		4º año de primaria
Hijo		8		- - -		3º año de primaria

#### FAMILIA VIII

Padre		44		Masc.	Empleado	Secundaria
Madre		37		Femn.	Labores del hog.	Sec. y Comercio
<u>Paciente 1</u>		12		Masc.	- - -	6º año de primaria
Hijo	2	10		Masc.	- - -	6º año de primaria
Hijo	3	5		Femn.	- - -	Kinder

#### PROCEDIMIENTOS

Para la aplicación de las pruebas así como para los cuestionarios y entrevistas, se estableció primero un clima de confianza con el sujeto, para permitir que sus respuestas fueran espontáneas y que no se sintiera tenso durante el estudio.

Todo el material fué aplicado en forma individual ya que las pruebas utilizadas tienen su índice más alto de confiabilidad cuando se aplican en esta forma.

Las instrucciones que se les dieron eran las recomendadas por los autores en cada caso y se procedió a la aplicación primero de las pruebas proyectivas y posteriormente de las psicométricas en el caso de los adultos para evitar que pudieran manejar la situación de examen suponiendo que hubieran respuestas "malas" y "buenas".

Todas las entrevistas y pruebas fueron realizadas en los consultorios - del Depto. de Higiene Mental del Hospital Infantil de México, por considerar -

que reunían los requisitos de comodidad, iluminación y aislamiento que se consideren óptimos para el trabajo de Psicología Clínica.

#### TRATAMIENTOS DE LOS DATOS

En tanto que nuestra muestra al azar, no es representativa no consideramos conveniente que se manejara en forma estadística, pues la dispersión de los datos es muy amplia y no es significativa. Por lo tanto simplemente se -- presentarán en cuadros de concentración, para poder localizar los resultados -- obtenidos por cada sujeto en cada una de las pruebas aplicadas, cuando los tests permitan una calificación cuantitativa. (Weschler) (Rorschach), y se enlistarán las características mas sobresalientes encontradas por nosotros, en las pruebas en que los datos no fueran computables con ejemplos que permitan ver la forma -- en que valoramos las historias de TAT, CAT o los dibujos del Machover.

Queremos hacer hincapié en que los datos que presentaremos no son todos los que se obtuvieron de la batería aplicada, sino unicamente los que se relacionaban con el objetivo expuesto al inicio de este capítulo, o bien los que -- sin formar parte de nuestra hipótesis de trabajo , se encontraron con tanta frecuencia, que nos pareció oportuno incluirlos.

También quisieramos señalar que en la prueba de Rorschach, los determinantes se tomaron en cuenta en tanto a su presentación dentro de los protocolos sin valorar para su interpretación los porcentajes esperados, ni su significación específica de acuerdo a otros factores como podría ser la edad del sujeto, ésto es importante señalarlo, especialmente en lo referente a los niños.

CAPITULO IV  
RESULTADOS.

A continuación procederemos a describir los resultados obtenidos en las pruebas, por todos y cada uno de los sujetos.

En primer lugar, presentamos el cuadro de los datos obtenidos en la encuesta socio-económica de González.

CUADRO

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA DE ACUERDO AL NIVEL SOCIOECONOMICO

<u>N I V E L</u>	<u>FAMILIAS</u>	<u>T O T A L</u>
ALTO (4 a 8 puntos)	2	2
MEDIANO (9 a 15 puntos)	6	6
BAJO (16 a 20 puntos)	0	0
<u>T O T A L</u>	<u>8</u>	<u>8</u>

PUNTAJE TOTAL	FAM.	1	2	3	4	5	6	7	8
		3	3	2	1	3	3	3	3
		3	4	2	3	5	4	3	4
		4	4	2	3	2	4	2	2
		<u>1</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
		11	13	8	8	14	14	10	12

Las cifras expresadas, evidencian que las familias estudiadas, fluctuaban en promedio de 8 a 14; lo cual puede considerarse como calificativo de familias con nivel socioeconómico medio, tendiente a bajo.

En la escala de inteligencia de Weschler se trató de observar si las discrepancias de los subtests de Aritmética, Retención de Dígitos y Diseños -- con Cubos, eran significativos en relación con Vocabulario. Es decir, si estas discrepancias tenían un valor igual o mayor a 3, pues se considera que esta cifra marca la variabilidad "normal" entre los diversos subtests de la prueba de Weschler.

#### WESCHLER NIÑOS

	E.V.	E.E.	E.T.
1.-	87	86	85
2.-	108	111	110
3.-	108	108	109
4.-	108	118	114
5.-	79	75	75
8.-	140	128	138

#### WESCHLER NIÑAS

6.-	103	108	106
7.-	111	100	107

#### NIÑOS

	ESCALA VERBAL	ESCALA DE EJECUCION
1.-		
Información	7 - - 3	Cuadros Inc. 8 - 2
Comprensión	5 - - 5	Historietas 9 - 1
Aritmética	5 - - 5	Cubos 6 - 4

1.-

Analogías 20 + 6  
 Vocabulario 10  
 Dígitos 7 - - 3

Rompecabezas 9 - 1  
 Clave 7 - 3

2.-

Información 15 - + 1  
 Comprensión 10 - - 4  
 Aritmética 11 - - 3  
 Analogías 20 + 6  
 Vocabulario 14  
 Dígitos 7 - 7

Cuadros Inc. 16 - + 2  
 Historietas 10 - - 4  
 Cubos 10 - - 4  
 Rompecabezas 10 - - 4  
 Clave 7 - 7

3.-

Información 11 - 0  
 Comprensión 16 - + 5  
 Aritmética 12 - + 1  
 Analogías 10 - - 1  
 Vocabulario 8 -  
 Dígitos 11 - + 3

Cuadros Inc. 16 - - 5  
 Historietas 18 - - 3  
 Cubos 15 - + 4  
 Rompecabezas 16 - + 5  
 Clave 12 - + 4

4.-

Información 11 - + 2  
 Comprensión 12 - + 3  
 Aritmética 12 - + 3  
 Analogías 10 - + 1  
 Vocabulario 9  
 Dígitos 13 + 4

Cuadros Inc. 13 - + 4  
 Historietas 12 - + 3  
 Cubos 12 + 3  
 Rompecabezas 13 + 4  
 Clave 13 + 4

5.-

Información 8 - 0  
 Comprensión 7 - - 1  
 Aritmética 4 - - 4  
 Analogías 7 - - 1  
 Vocabulario 8  
 Dígitos 5 - - 3

Cuadros Inc. 8 - 0  
 Historietas 5 - 3  
 Cubos 4 - 4  
 Rompecabezas 6 - 2  
 Clave 6 - 4

8.-

Información 15 - - 2

Cuadros Inc. 15 - - 2

## 8.-

comprensión	20 - + 3	Historietas	15 - - 2
Aritmética	14 - - 3	Cubos	10 - - 7
Analogías	20 - + 3	Rompecabezas	16 - - 1
Vocabulario	17	Clave	14 - - 3
Dígitos	12 - - 5		

NIÑAS

## 6.-

Información	9 + 1	Cuadros Inc.	13 + 5
Comprensión	9 + 1	Historietas	16 + 8
Aritmética	7 - 1	Cubos	10 + 2
Analogías	14 + 6	Rompecabezas	6 - 2
Dígitos	15 + 7	Clave	15 + 7
Vocabulario	8		

## 7.-

Información	15 + 7	Cuadros Inc.	6 - 1
Comprensión	10 + 3	Historietas	9 + 2
Aritmética	14 + 7	Cubos	9 + 2
Analogías	18 + 11	Rompecabezas	16 + 9
Dígitos	9 + 2	Clave	7 0
Vocabulario	7		

De los 6 varones todos tuvieron discrepancias iguales o mayores de 3 en dichos subtests, lo que nos indica que el 100% de los niños tienen factores de ansiedad y hemos expresado que se describe gran ansiedad en el asmático.

En Aritmética los sujetos 2, 3 y 4 obtuvieron puntaje de -3 y +3 esto corresponde al 50%, ya que sólo son 6 varones los que se incluyeron en este cómputo pues los otros 2 pacientes eran niñas. El sujeto 5 obtuvo un valor de -4 y los sujetos 1 y 8 obtuvieron discrepancias de -5.

En el subtest de Dígitos los sujetos 1 y 5 obtuvieron puntajes de -3 y el sujeto 3 obtuvo una discrepancia de +3.

El sujeto 4 obtuvo un puntaje de +4 y los sujetos 2 y 8 obtuvieron -7 y -5 respectivamente.

En los diseños con cubos el sujeto 5 tiene una discrepancia de +3.

Los sujetos 1, 2, 3 y 5 obtuvieron puntajes de +4 y -4 y el sujeto 8 obtuvo -7 como discrepancia de este subtest en relación a vocabulario.

Con todo esto podemos observar que los índices de ansiedad son muy marcados en los sujetos de esta exploración. Puesto que en estos subtests que se consideran sensibles a la angustia todos obtuvieron las discrepancias descritas anteriormente.

En los casos 1, 2, 5 y 8 todas las discrepancias tuvieron un valor negativo y en los casos 3 y 4 las discrepancias tuvieron un valor positivo. Lo que parece señalar que los primeros sujetos de este estudio ha sido afectado en su rendimiento en este subtest por el factor ansiedad bajando su puntuación, y los segundos la han manejado en forma intelectual.

En esta exploración, con las niñas pacientes de asma sólo encontramos discrepancias significativas en la paciente 6, en el subtest de retención de dígitos en el que obtuvieron puntaje de +7.

No podemos dar relevancia por ser muy pocos los elementos para un análisis que pudiera reportar resultados válidos, para hacer una diferenciación por sexos o una valoración estadística.

### MACHOVER EN LOS NIÑOS

A los niños, también se les aplicó la prueba de dibujo de la figura humana, siguiendo la Técnica de Karen Machover, en ellos se pudo observar una variación de rasgos entre los que tratamos de encontrar aquellos que se podían considerar comunes para así compararlos con las otras pruebas aplicadas. En esto podemos ver:

1.- Que las figuras femeninas tienen los rasgos considerados como indicadores de agresión, como podrían ser las manos en garra y dedos agudos, etc. Los mencionados en el capítulo anterior.

2.- Que en general, dibuja primero las figuras correspondientes a su sexo.

3.- Que existe frecuente borrar y sombreados que indicarían angustia.

4.- La figura femenina en un 60% de los pacientes están mejor realizados que la figura masculina.

5.- No hay indicación de movimientos en otros dibujos.

6.- Sólo en un dibujo se omitió una parte fundamental (Boca, paciente 1).

7.- En 6 de los sujetos los dibujos son menores a la mitad de la longitud del papel empleado.

Por estos datos podemos concluir:

1º Que la angustia se encuentra presente.

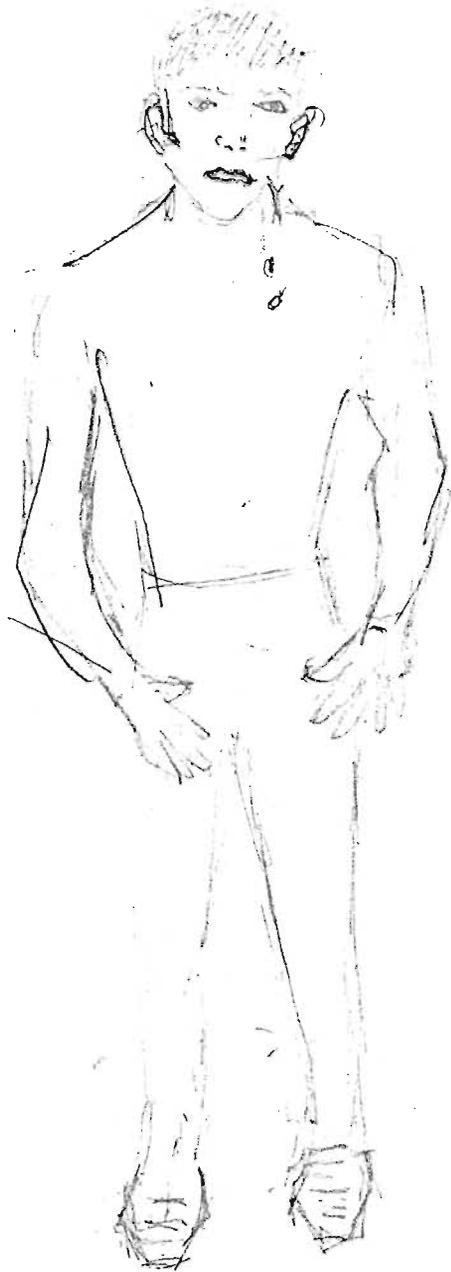
2º Se encontraron además sentimientos de inferioridad, aunque no podemos establecer una relación de causa a efecto con la angustia.

3º La figura femenina es percibida más amenazante que la masculina.

4º Existe una actitud pasiva frente a los estímulos exteriores.

5º Globalmente se pueden considerar dibujos adecuados para la edad de los pacientes a excepción del paciente cinco que realizó dibujos muy infantiles y poco diferenciados.

Presentamos 2 ejemplos de los dibujos realizados por los pacientes 2 y 7 en esta prueba.

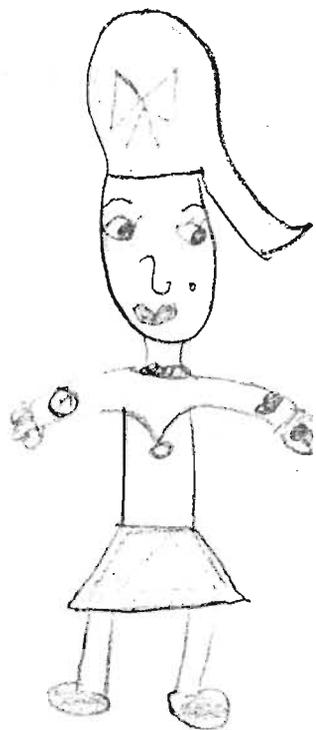


MASCULINO

PACIENTE 2

1





Femenino.  
10 años.

PACIENTE 7



## TEST DE APERCEPCION TEMATICA PARA NIÑOS DE BELLAK

En el test de Apercepción Temática para niños de Bellak las características más sobresalientes alrededor de las cuales giraron los temas de las historias, fueron las siguientes:

1.- Las relaciones entre los miembros que integran la familia se basan en agresión, ya sea entre los padres o de los padres a los hijos.

2.- En casi todos los niños existe un sentimiento de frustración, impotencia y fracaso a pesar de que posean necesidades de logro.

3.- Esto a su vez está provocando sentimientos hostiles de los niños hacia los padres, que no pueden expresar abiertamente por los sentimientos de culpa que provocan.

4.- La expresión de la agresión por lo tanto, se establece a nivel de fantasía.

5.- El modo como intentan manejar sus experiencias es a través de la manipulación tratando de despertar sentimientos de compasión y/o de culpa a los padres, por medio de su enfermedad.

6.- Por lo general el tipo de madre que describen los niños se caracteriza por ser: dominante, manipuladora, limitante, que brinda escaso o ningún afecto.

7.- La figura paterna en la mayoría de los casos es ausente, débil, pero ejerce una clase de autoridad irracional y que no brinda apoyo, protección y afecto.

8.- Existe mucha rivalidad entre los hermanos para obtener la atención de los padres, de manera especial de la figura femenina.

## EJEMPLOS DE HISTORIAS TIPICAS DEL CAT

### 1.- Lámina III Paciente 1

"Este era un león que quería comerse a un ratón y le puso un queso y el león - lo vió y quería agarrar al ratón y después que lo agarro y que se lo come".

### 2.- Lámina IV Paciente 2

"Había 3 canguros: uno chiquito, otro más grande y la mamá. Y entonces salió un día la hijita con su triciclo y su mamá al campo a comer".

"Llegando a su casa se acostaron y al otro día amanecieron malos, malos de gripe, catarro y resfriado". "Y entonces un día le dijo: "mamá quiero salir al - campo a comer, le dijo la mamá no puedes porque estas malo".

"Un día la mamá ya estaba bien y salió a un mandado y entonces la hijita se escapo, y se fué al campo. Cuando regreso su mamá se puso muy triste por la hijita y se mató ¿Porque se mató? "Porque estaba triste y no quería ser mala". - "Porque era mala? Porque tenía al diablo. ¿Porque tenía al diablo? Porque quería a la otra hijita y a esta no.

### 3.- Lámina II Paciente 6.

"Se andan jalando la reata y hasta atrás el chiquito, luego el otro. ¿Quién es el otro? El papá, la mamá esta y los hijos de una osa.

"La mamá le anda quitando la reata a papá y el hijito quiere la reata y el papá no se la quiere prestar".

"Dice la mamá que se la preste un ratito, el papá dice que no porque es de él y la mamá y el hijito andan jalando hasta atrás. El papá dice: que no se la presta porque hay veces ella ya la uso". Dice la mamá no nunca la usas y el - hijito dice no, no es cierto nunca la usa, dice la mamá prestasela poquito y - dice el papá no, no se va a caer aca, él que se va a caer eres tú, si no se la prestas. Y dice el hijito jala más y dice no hijito porque luego te caes aca y dice el papa'te vas a caer acá y si te caes yo no tengo la culpa la tiene tu mamá. Dice el hijito ¡Ay papá si no me la prestas te vas a caer tú". Dice la mamá te vas a caer donde estan las piedras y te vas a matar. El hijito dice - jala, jala mamá si me caigo mi papá tiene la culpa.

### 4.- Lámina IX Paciente 2.

Había una vez un conejito. Que el papá está dormido en una cama y la mamá fué a cortar unos mangos, limones y naranjas.

Cuando llego la mamá coneja, el conejito estaba dormido, lo despertó la mamá le dijo ya es hora de comer y le dió su leche y sus huevos y sus zanahorias." "Un día se escapo el papá porque estaba enfermo y fué a la cruz roja y entonces la mamá se enfermó y entonces la mamá enfermo más y se la tuvieron que — llevar a la cruz roja, y también al conejito. Qué va a pasar? Los papas se — van a aliviar, pero el conejito va a morir porque se enfermó más que la mamá y el papá. Porqué enfermó más el conejito? Porque está chiquito y es debil, — Qué hicieron los papas? se pusieron tristes, y se enfermaron más y después — también ellos se murieron. De qué murieron? de catarro, tos y de gripe.

## RORSCHACH

Se tomaron en cuenta todos los determinantes que incluían claro oscuro FC', C'F, C', F, Fc, c, K, KF, FK, FK, por ser los que consideramos se relacionan con la angustia.

Debido a la escasa frecuencia con que se presentaron las respuestas con este tipo de determinantes en forma aislada preferimos tomarlos en su conjunto, estableciéndose los resultados como sigue:

Respecto a este tipo de determinantes pudimos observar que lo presentaron todos los niños excepto el paciente perteneciente a la familia 4. El paciente de la familia 1 dentro del total de sus respuestas presentó 3 calificadas con estos determinantes que corresponden a un 27%; el paciente número 2 — dió 6 respuestas que corresponden al 35% del total. El sujeto 3 obtuvo en esta prueba un 16% correspondiendo a 2 respuestas. El niño 8 obtuvo un 12% del total de respuestas siendo estas 9 con estos determinantes.

Los sujetos 5, 6 y 7 dieron una respuesta cada uno fluctuando los porcentajes entre el 3 y el 7% y el sujeto 4 como ya dijimos no presentó ninguna respuesta de este tipo. (ver tabla).

En los determinantes m y sus combinaciones solamente los sujetos 2, 5 y 8 presentaron respuestas que pudieran calificarse en esta forma, haciendo notar que en los demás sujetos de la investigación estuvieron ausentes.

En el sujeto 2 se obtuvieron 2 respuestas de este tipo en cambio, en el sujeto 5 se obtuvieron 3, y en el niño de la familia 8 se encontraron 8 respuestas del 1% total de 70 respuestas.

Siguiendo a Bates y Ames con respecto a las respuestas de sombreado y — claro obscuro podemos decir que nuestros resultados si son significativos globalmente ya que se presentaron con una frecuencia de 1 a 9 veces.

Sin embargo haciendo un análisis individual de los sujetos 4, 5, 6 y 7 no podemos afirmar categóricamente que sean significativos ya que existieron otras variaciones en el protocolo de acuerdo con los cuadros esperados para cada edad por lo que no podemos concluir que sean la tensión, angustia, y agresión las que estén determinando estos resultados en los aspectos que estamos interpretando.

Así mismo es significativo la presencia de m y sus derivados que sólo puede atribuirse a los niños 2, 5 y 8; ya que de acuerdo con estos dos autores la presencia de más de uno de estos en un protocolo infantil puede sugerirnos agresividad reprimida o explícita, y una tensión intensa interior, ansiedad o lucha entre emociones en conflicto como indicación de que el sujeto siente que sus impulsos íntimos son hostiles.

Es interesante hacer notar que en los niños que dieron respuestas de m y sus posibles combinaciones también reportaron un número importante de respuestas al claro oscuro.

### B. CONTENIDOS.

En este inciso se hará la descripción de la distribución de la frecuencia de aparición de los contenidos Humano, Animal y Anatómicos.

En nuestros niños estudiados las respuestas con contenido Animal fueron altamente frecuentes en detrimento de la aparición de respuestas de Contenido Humano. Los porcentajes que se obtuvieron fueron muy elevados en relación a lo esperado para su edad. Por ejemplo en el niño número 1 se espera un porcentaje de A de un 42% siendo el porcentaje observado de un 81%; el niño número 6 obtuvo un porcentaje de 84% es decir que ambos niños de 7 años duplicaron el porcentaje de A esperado. Los niños 4 y 5 cuya edad cronológica es de 6 años y en los cuales el porcentaje esperado es de 48% dieron porcentajes de 72 y 73% respectivamente. Los niños números 3 y 7 cuya edad es de 10 años y en los que se espera un porcentaje de 49% reportaron porcentajes de 58% y 100%; en cambio los sujetos 2 y 8 cuyas edades son 11 años 5 meses y 12 años respectivamente y que son los mayores del grupo estudiado, obtuvieron un 35% de respuestas A; pero en estas edades no conocemos la distribución característica por lo que no se puede comparar.

Por los resultados obtenidos de estos niños, que fueron objeto de estudio, muestran un pensamiento rígido y estereotipado y aún cuando los Contenidos Humanos de los pacientes 4, 5 y 6 están ligeramente arriba del porcentaje esperado. Haciendo un análisis cualitativo se observa que son predominantemente contenidos Hd o bien (H) y ninguno de estos 8 pacientes presentó respuestas H lo cual nos está indicando que existe intereses en lo humano pero que las rela

ciones con las gentes que les rodea o bien se les dificulta integrarlas o se -  
inclinan a alejarse por temor a la relación.

Ahora mencionaremos las respuestas con contenido Anatómico. Solamente los niños 2, 3, 4 y 8 presentaron respuestas anatómicas. Los pacientes 2, 3 y 4 con una frecuencia de 2 y el paciente número 8 sólo presentó una respuesta - de Contenido Anatómico. Esto corresponde al 50% de los sujetos en contraposición de las madres de estos niños asmáticos en que ninguna de las respuestas - con Contenido Anatómico se relacionan con el aparato respiratorio. En los niños: podría deberse (sin poder afirmar) a falta de información debido a su corta edad y nada más el niño de la familia número 2 cuya edad es de 10 años dió una respuesta de pelvis y el niño 3 otra de coccix lo cual puede deberse a la profesión de la madre (enfermera).

#### FENOMENOS ESPECIALES.

Ahora haremos una breve descripción de los fenómenos especiales que fueron más frecuentes y relevantes para nuestro objetivo.

A). Fabulación a pesar de que la fabulación en la infancia es considerada como normal como se explicó en el punto cinco después de los 7 años podría ser tomada como signo patognomónico. En nuestros niños estudiados se observó su presencia; el sujeto 1 y el sujeto 7 en una ocasión, en el sujeto 8 en 6 ocasiones; en el sujeto 5 en 7 ocasiones. Con referencia al fenómeno especial llamado respuesta de defecto se encontró en los sujetos 2, 3 y 8 en los 2 primeros con una frecuencia de uno y en el número 8 con 3 de las llamadas respuestas de defecto.

Referencia al Yo. Este fenómeno fué localizado en 6 de los niños. En los sujetos 2 y 5 en 2 ocasiones, en el sujeto 3 en 7 ocasiones, en el 6 en 3 ocasiones y en el 7 una ocasión al igual que en el paciente 8.

Todos estos fenómenos nos estan hablando de la presencia de inseguridad, sentimientos de limitación o coartación; de la existencia de sentimientos hostiles que no manifiestan en forma abierta, de angustia y tensión interna y de bloqueo y represión ante los estímulos afectivos. La expresión de necesidades efectivas es mínima así como el contacto con sus semejantes, ya que sus relaciones con ellos la han vivenciado alejados o existiendo dificultad para miti-

garlos.

En cuanto a contenidos Agresivos y Siniestros, estos se encontraron en 5 de los pacientes: en el paciente 2 con una respuesta de este tipo, el paciente 4 dos respuestas calificadas en esta forma; en el paciente 5 con 7 respuestas, en el paciente 7 con 3 respuestas, en el paciente 8 tuvo 3 respuestas también.

Estos contenidos que pueden en determinadas ocasiones considerarse normales en un protocolo infantil las incluimos por considerar que la edad de nuestros pacientes rebasa el límite en que esto se consideraba "Normal" y porque refuerza la impresión obtenida por los determinantes de que hay un temor al M.A. percibido en forma agresiva.

El shock al color se encuentra en los niños neuróticos de cualquier edad tan regularmente como en los adultos y el shock al gris es todavía más frecuente que aquel. Lo último no es extraño, puesto que el shock al gris está ligado con la angustia fóbica, especialmente con la angustia ante lo oscuro, que, como sabemos, es mucho más frecuente en la infancia que en la edad adulta.

El fenómeno denominado shock al Gris se encontraron en los pacientes 2, 3, 4 y 8. Los pacientes 4 y 7 dieron una respuesta. Los pacientes 2 y 3, tres respuestas cada uno.

El shock al color fué dado en una ocasión por el paciente 2, 4, y en 3 ocasiones por el paciente 6 y en 2 ocasiones por el niño número 2.

El niño de la familia número 3 tuvo en 3 ocasiones el shock al rojo.

El paciente 8 en una sola ocasión presentó este fenómeno.

Por esto podemos observar que todos los pacientes observados son impactados ante situaciones estressante en relación con la angustia y el afecto.

RESULTADOS DEL RORSCHACH

NIÑOS

	LOCALIZACION				DETERMINANTES				
	N	W	D	Dd y S	F+	F-	FC	CF	C
1.-	11	2	9		5	2			
2.-	17	3	12	1S	5	1		2	
		1Ws							
		1							
3.-	12	7	3	2	5	1			
		2							
4.-	18	13	2	3	8	8			
5.-	15	5	8	1	3	2			1
6.-	13	7	6		6	1			
7.-	27	5	20	2	0	0			2
8.-	70	5	51	14	27	5	2	1	

DETERMINANTES

	FC'	C'F	C'	Fc	CF	c	K	KF	FK	Fk	Cn
1.-	3										
2.-	4	1							1		
3.-				1			1				1
4.-											
5.-							1				
6.-	1										
7.-				1							
8.-	1		3	2			1	1	1		

DETERMINANTES

	M	FM	Fm	mF	m
1.-		1			
2.-	1		1	1	
3.-		2			
4.-		2			
5.-	2	2	2		1
6.-		6			
7.-		27			
8.-	4	22	5		3

CONTENIDOS

	A	Ad	H	Hd	Anat	OBJ	SEX	GEOG	ARQ	Bot	Alim	ROPA	Manc
1.-	9		1							1			
2.-	5	1	1	1	2	2	1	1		1	2	2	
3.-	5	2			2		1						2
4.-	7-	3		3	2								
	(3)												
5.-	11		(2)							2			
6.-	9 1		(1)	1									
	(2)												
7.-	24	3											
8.-	25	9	4	7	1	11				7	2		1

CONTENIDOS

	Rayos	Fuego	Cielo	Piedra	Nube	Estrella	Explosión
1.-							
2.-							
3.-							
4.-							
5.-	1	1	1				
6.-							
7.-							
8.-				1	2	1	1

RORSCHACH

NIÑOS

RESPUESTAS ANATOMICAS

- 1.- Ninguna
- 2.- VIII Huesos como de pelvis  
X Forma de células
- 3.- VII Una cornamenta como de alce  
X Hueso como de coccix
- 4.- III Una calavera  
VI Los huesos de adentro de la espalda
- 5.- Ninguna
- 6.- Ninguna
- 7.- Ninguna
- 8.- IV un corazón

-----  
RESPUESTAS "O"

Ningun paciente dió respuestas de este tipo.

-----

CONTENIDO AGRESIVO Y SINIESTRO

- 1.- Ninguna
  - 2.- I 1 "tenazas"
  - 3.- Ninguna
  - 4.- I 1 "un señor feo porque tiene cuernos"  
II 1 Tiburón
  - 5.- 7 respuestas
  - 6.- Ninguna
  - 7.- I Un vampiro (murciélago) que va a tomar sangre"
  - 8.- X Un señor bailando muerto.
-

## FENOMENOS ESPECIALES

### Caso 1.-

- 1 Fabulación
- 1 Eqa
- 1 Perseveración animal
- 2 Probables Fc
- 2 Shock al color

### 2.-

- 2 Respuestas de defecto
- 1 Contenido agresivo
- 2 Referencias al yo
- 1 Desvitalización
- 1 Eqa
- 3 Shock al gris
- 1 Shock al color

### 3.-

- 7 Referencia al yo
- 1 respuesta de defecto
- 1 Eqa
- 3 Shock al gris
- 3 Shock al rojo

### 4.-

- 4 Criticas de objeto
- 1 Contenido siniestro
- 1 Perseveración cabeza (3)
- 1 Contenido agresivo
- 1 Transparencia de espalda
- 1 Estereotipia de partes corporales
- 1 F - H - V
- 1 Shock al gris
- 1 Shock al color

6.-

- 4 Referencias al yo
- 3 Shock al color
- 1 Perseveración rinoceronte
- 1 Fuga a la banalidad
- 2 Diminutivo
- 1 Alteración amnésica al hallazgo de la respuesta

7.-

- 3 Contenido agresivo
- 7 Contenidos agresivos orales
- 1 Fabulación
- 1 Referencia al yo
- 1 Perseveración de mariposas
- 1 Shock al gris

8.-

- 3 Respuestas de defecto
- 3 Contenido agresivo
- 6 Fabulación
- 1 Contenido paranoide
- 3 movimiento flexión "escondidas"
- 3 movimiento extensión
- 5 contenido oral
- 1 Ege
- 1 Contenido siniestro
- 1 Símbolo sexual
- 2 Contenidos de desvitalización
- 3 Diminutivos
- 1 Orejas
- 1 Respuesta de aumento "sin sostén"

	N esperado	N	W		D		
1	7 (18)	11	2 (51%)	18%	9	81%	(41%)
2	11 5/12	17	4	23	12	70%	
3	10 10/12	12	7	58	3	25	(34%)
2 fallos							
4	6 (16)	18	12	72	2	11	
5	6 (16)	15	5	33	8	53	
6	7 (18)	13	7	53	6	46	
7	10 (16-17)	27	5 (52%)	18	20 (40%)	74	
8	12	70	5	7	51	72	

CLAROBSCURO %

	Claro oscuro		Clob %		m
1	(0-1)	3	27	(0-1)	0
2		6	35		2
3		2	16		0
4	(-1)	0	0		0
5		1	6		3
6		1	7		0
7	(0-1)	1	3	(0-1)	0
8		9	12		8

		A + Ad	%
1	(42%)	9	81
2		6	35
3		7	58
4	(48%)	13	72
5	(48%)	11	73
6	(42%)	11	84
7	(49%)	27	100
8		25	35

## RESULTADOS DE LA EXPLORACION DE LOS PADRES: WESCHLER.

De los resultados obtenidos a través de esta prueba es interesante hacer notar que en todos los sujetos adultos del sexo masculino estudiados presentaron discrepancias en los subtests de Aritmética, Retención de Dígitos y Diseños con Cubos con respecto al subtests de Vocabulario, tomándose a éste como base por considerarse el que menos se altera en cualquier tipo de enfermedad sea de etiología orgánica o psicogénica.

Sin embargo solamente 4 sujetos (1, 4, 5 y 7) presentaron discrepancias con un valor igual o mayor de 3. Podemos decir que el 57% de sujetos estudiados presenta índices de ansiedad en esta prueba, a excepción de sujeto siete (7) que presentó en diseños con cubos una discrepancia con un valor de -5 que no podríamos atribuir al factor ansiedad, sino más bien a la presencia de daño cerebral el cual se corrobora con la discrepancia tan marcada que se observa entre su rendimiento a nivel verbal y el de tipo práctico.

En el subtest de Aritmética solamente los sujetos 4 y 5 presentaron una discrepancia significativa con un valor de -7 y -4 respectivamente.

Con respecto al subtest de retención de dígitos los sujetos 7 y 1 dieron una puntuación de -3.

En el subtest de diseño con cubos los sujetos 1, 4, y 5, mostraron una discrepancia con un valor de -3 puntos y como ya se dijo el sujeto 7 presentó una discrepancia de -5.

En Aritmética solamente el 28% de nuestros sujetos presentó una alteración significativa en esta área lo cual nos viene a indicar que cuando se requiere de una atención activa estas personas fallan debido a una presencia de ansiedad, en cambio el 72% restante parece ser que pueden controlar su ansiedad utilizando un control intelectual para ello.

En relación al subtest de Retención de dígitos también el 28% de los sujetos mostraron alteraciones significativas. Lo cual viene a indicarnos que cuando se requiere de una atención pasiva en la que no se necesita el control intelectual, este disminuye y por lo mismo permite que se manifieste su ansiedad.

En relación con la construcción con cubos vemos que el 57% de estos su-

jetos mostraron dificultad para la realización de estos diseños que requieren análisis y síntesis.

También es importante señalar que, en general, en el grupo de padres - las discrepancias que se obtuvieron con respecto a su rendimiento poseen un - valor negativo y los sujetos 2 y 4 presentaron discrepancias con valor positivo pero que no puntuaron por arriba de 2 o sea que no fueron significativas.

DISTRIBUCION DE LOS COCIENTES INTELECTUALES (WAIS) EN LOS  
PADRES DE LOS NIÑOS ESTUDIADOS.

	<u>WAIS</u>	<u>PADRES</u>	
	E.V.	E.E.	E.T.
1.-	118	98	110
2.-	108	114	111
3.-			
4.-	124	102	105
5.-	100	105	102
6.-	100	97	99
7.-	98	55	78
8.-	99	103	100

DISTRIBUCION DE LOS PUNTAJES Y DISCREPANCIAS OBTENIDAS EN LOS SUBTESTS DE LA -  
ESCALA DE WAIS EN LOS PADRES DE LOS NIÑOS ESTUDIADOS.

<u>ESC. VERBAL</u>		<u>ESC. EJECUCION</u>	
1.-			
Información	13 - 0	Clave	12 - 2
Comprensión	17 - + 3	Cuadros Inc.	11 - 3
Aritmética	13 - - 1	Cubos	11 - 3
Analogías	11 - - 3	Historietas	9 - 5
Dígitos	11 - - 3	Ensamb. Obj.	5 - 9
Vocabulario	14		
2.-			
Información	14 - + 4	Clave	11 - + 1
Comprensión	10 - 0	Cuadros Inc.	16 - + 6
Aritmética	12 - + 2	Cubos	9 - - 1
Analogías	12 - + 2	Historietas	12 - + 2
Dígitos	10 - 0	Ensamb. Obj.	9 - - 1
3.- <u>No hay</u>			
4.-			
Información	17 - + 3	Clave	8 - - 6
Comprensión	18 - + 4	Cuadros Inc.	14 - 0
Aritmética	7 - - 7	Cubos	11 - - 3
Analogías	14 - 0	Historietas	12 - - 2
Dígitos	15 - + 1	Ensamb. Obj.	6 - - 8
Vocabulario	14		
5.-			
Información	10 - - 3	Clave	11 - - 2
Comprensión	12 - - 1	Cuadros Inc.	15 - + 2
Aritmética	9 - - 4	Cubos	10 - - 3
Analogías	14 - + 1	Historietas	12 - - 1
Dígitos	11 - - 2	Ensamb. Obj.	12 - - 1
Vocabulario	13		

ESC. VERBAL

6.-

Información	10 - - 1
Comprensión	9 - - 2
Aritmética	9 - - 2
Analogías	12 - + 1
Dígitos	9 - - 2
Vocabulario	11

7.-

Información	12 - + 2
Comprensión	10 - 0
Aritmética	9 - - 1
Analogías	11 - + 1
Dígitos	7 - - 3
Vocabulario	10 -

8.-

Información	12 - + 1
Comprensión	9 - - 2
Aritmética	10 - - 1
Analogías	11 - 0
Dígitos	6 - - 5
Vocabulario	

ESC. EJECUCION

Claves	6 - - 5
Cuadros Inc.	9 - - 2
Cubos	11 - 0
Historietas	9 - - 2
Ensemb. Obj.	9 - - 2

Clave	9 - - 1
Cuadros Inc.	1 - - 9
Cubos	5 - - 5
Historietas	4 - - 6
Ensemb. Obj.	2 - - 8

Clave	7 - - 4
Cuadros Inc.	11 - 0
Cubos	10 - - 1
Historietas	10 - - 1
Ensemb. Obj.	10 - - 1

## MACHOVER - PADRES

En las pruebas que se le aplicaron a los sujetos tratamos de seleccionar los rasgos sobresalientes que pudieran considerarse comunes al grupo estudiado.

Para calificar estos datos nos basamos en la teoría de Karen Machover, buscando fundamentalmente los indicios de agresión y ansiedad, así como los indicadores de problemas de relación interpersonal. A continuación mencionaremos los que consideramos principales.

En las pruebas que se les aplicaron a los padres, se tomaron en cuenta la frecuencia con que aparecieron estos datos. A continuación describimos el orden de aparición de los mismos, aclarando que sólo se mencionan los que están en relación con el objeto señalado:

- 1.- El dibujo de la figura femenina está más pobremente estructurado o hay un marcado contraste entre las dimensiones del dibujo hombre-mujer.
- 2.- En la figura femenina se han enfatizado las manos; excesivamente grandes; toscas o como garras, lo que nos indicaría agresión tomando en cuenta las historias de posesividad.
- 3.- Sombreamiento de las áreas sexuales tanto en el dibujo del hombre como en el de la mujer.
- 4.- La figura femenina es revestida de características "masculinas".
- 5.- Hay un excesivo sombreado en el dibujo en forma general.
- 6.- Se señala intensamente la línea central.
- 7.- Las actitudes sugieren poca estabilidad, tanto por posturas del dibujo como por su colocación en el espacio.
- 8.- Énfasis en el sombreado o desproporción en los ojos y orejas.

De todo esto podemos concluir que los sujetos de nuestro estudio tienen gran dificultad en su relación con la mujer, la que es vista como una figura agresiva y dominante, ocasionalmente con características masculinas. La sexualidad es vivida con gran angustia.

Existe gran inseguridad e infantilismo ya que solamente 2 sujetos rea-

lizaron figuras que pudieran reconocerse como adultos.

Podemos también observar que hay temor al medio ambiente al que se percibe en forma peligrosa.

Las características más sobresalientes tomando los T.A.T. en su conjunto son los siguientes:

a). La mayoría de los padres estudiados mostraron una falta de aceptación del rol paterno, siendo irresponsables, lo cual parece derivarse de una situación de dependencia, que se manifestó ya sea hacia las figuras parentales o hacia la mujer y que deja traslucir, falta de madurez e infantilismo. También predominó una actitud ambivalente con respecto a la figura femenina ya que a pesar de que la devalúan dependen de ella.

b). La relación heterosexual la viven con conflicto, ya que la mujer sólo es un objeto sin valor propio; otras veces la actitud que asumen los varones frente a la mujer es de sometimiento, tomando actitudes infantiles.

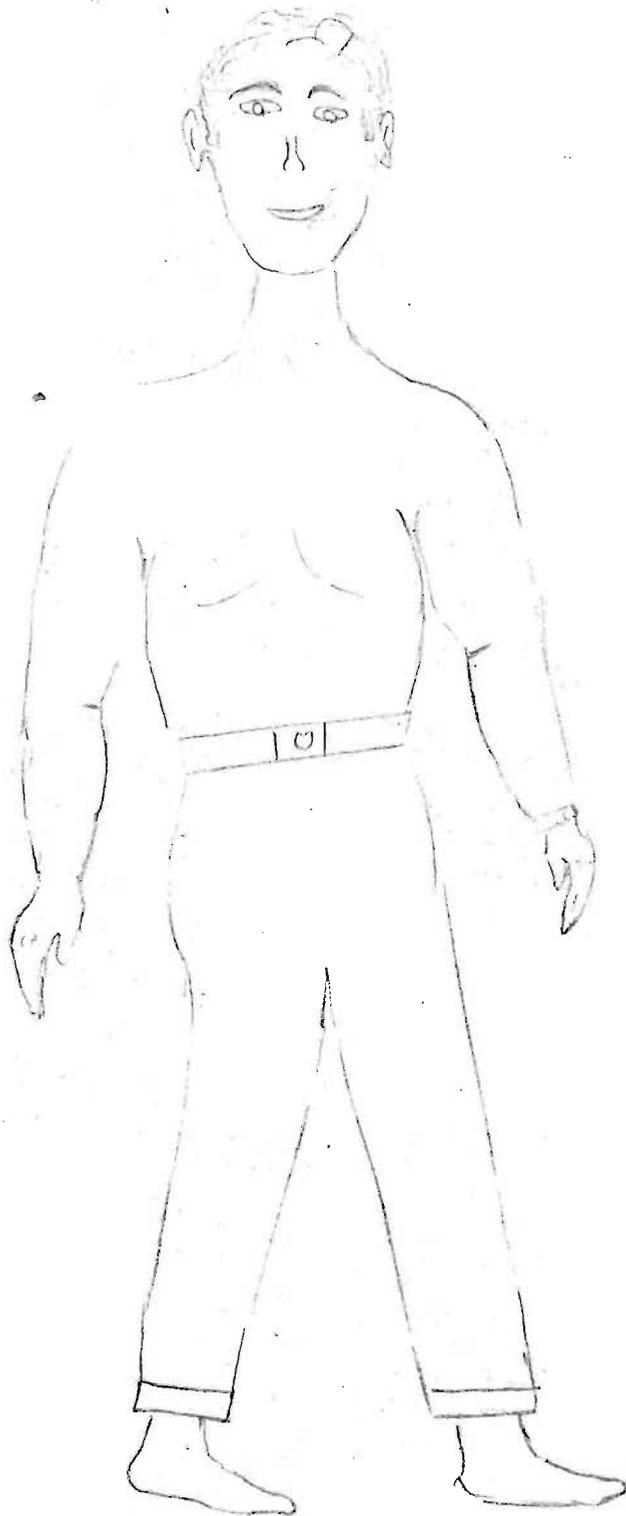
c). Otro dato muy importante, es que en los protocolos de los padres no aparece la relación padre e hijo, inclusive en algunos casos los sujetos se identifican con la figura de los hijos.

Por los datos obtenidos en estas pruebas vemos que en el grupo de padres que realizaron estos protocolos; todos se ven impactados por los afectos, sin poder manejarlos, ya que al no aceptar su agresión se ven imposibilitados para encauzarla en forma positiva y emplean como mecanismos defensivos, la racionalización, intelectualización y represión. Esto afecta también sus relaciones interpersonales ya que al no manejar la agresión, su acercamiento a la gente es temeroso y desconfiado creando únicamente relaciones superficiales, ambivalentes o de franca dependencia.

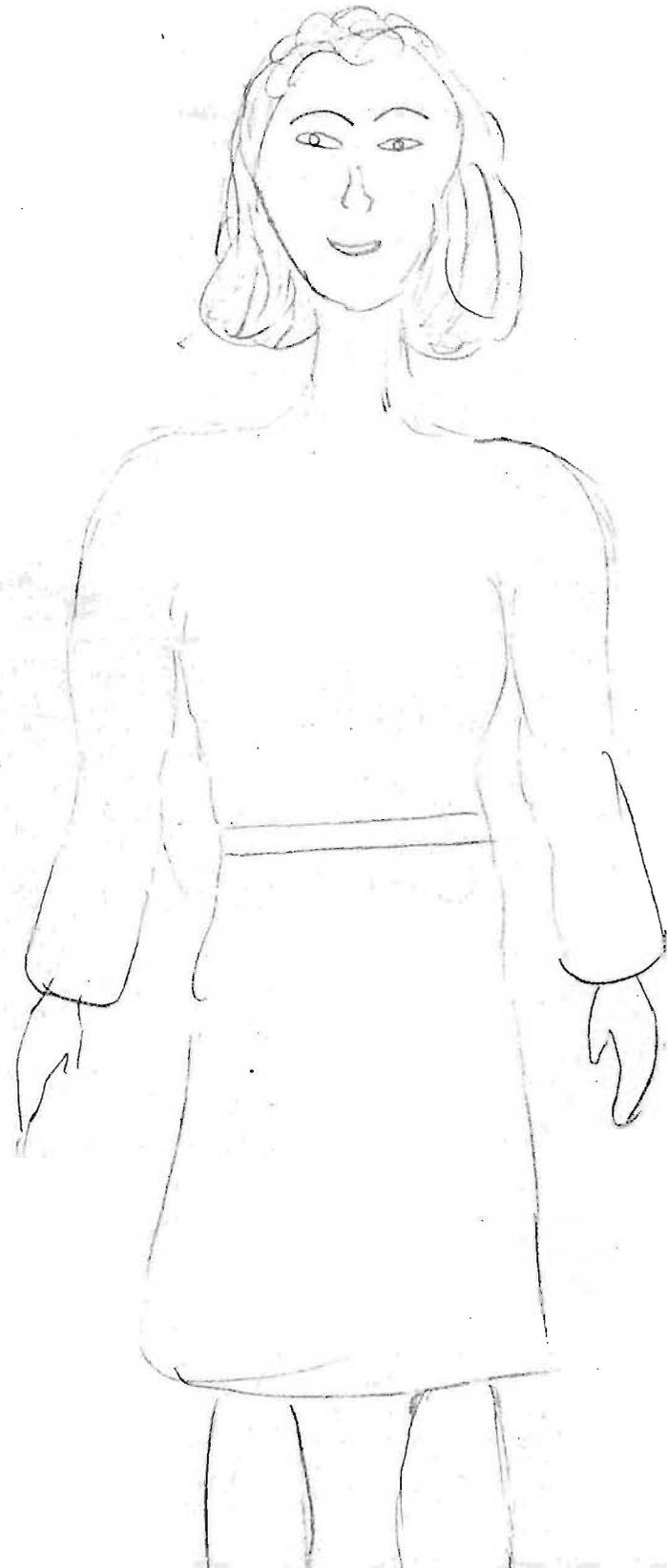
En conjunto dan la impresión de inmadurez, de no aceptación de sí mismos, así como tampoco de su rol como padres, y esposos, ya que aún son dependientes de sus propias familias.

FAM 1

117



Dibujo 1



## RESULTADOS DEL T.A.T. EN LOS PADRES.

Las características más sobresalientes tomando los T.A.T. en su conjunto fueron las siguientes:

1). La mayoría de los padres estudiados mostraron una falta de aceptación del rol paterno, siendo irresponsables, lo cual parece derivarse de una situación de dependencia, que se manifestó ya sea hacia las figuras parentales o hacia la mujer y que deja traslucir, falta de madurez e infantilismo. También predominó una actitud ambivalente con respecto a la figura femenina ya que a pesar de que la devalúan dependen de ella.

2). La relación heterosexual la viven con conflicto, ya que la mujer sólo es un objeto sin valor propio; otras veces la actitud que asumen los varones frente a la mujer es de sometimiento, tomando actitudes infantiles.

3). Otro dato muy importante, es que en los protocolos de los padres no aparece la relación padre e hijo, inclusive en algunos casos los sujetos se identifican con la figura de los hijos.

Por los datos obtenidos en estas pruebas vemos que en el grupo de padres que realizaron estos protocolos; todos se ven impactados por los afectos, sin poder manejarlos, ya que al no aceptar su agresión se ven imposibilitados para encauzarla en forma positiva y emplean como mecanismo defensivos, la racionalización, intelectualización y represión. Esto afecta también sus relaciones interpersonales ya que al no manejar la agresión, su acercamiento a la gente es temeroso y desconfiado creando únicamente relaciones superficiales, ambivalentes o de franca dependencia.

En conjunto dan la impresión de inmadurez, de no aceptación de sí mismos, así como tampoco de su rol como padres, y esposos, ya que aún son dependientes de sus propias familias

### EJEMPLOS TIPICOS DE LAS LAMINAS DEL T.A.T. DE LOS PADRES.

#### 1.- Lámina 7 VH Padre 1.

Es un padre que se ha casado cuando la edad era muy avanzada, el hijo a pesar de su apariencia, es muy joven, sin embargo, no ha tenido oportunidad de contarle sus problemas de adolescente, es más, el joven ha vivido siempre en --

una ciudad lejana y sólo en las vacaciones han podido disfrutar del calor del verdadero hogar.

Su padre es un hombre grande pero trabajador, ha deseado siempre lo mejor para sus hijos y los ha creado siguiendo siempre una trayectoria recta.

Llega el momento que su padre muere y él queda al lado de su madre y hermanas, que como mujeres que son no pueden comprenderlo o ayudarlo en sus problemas propios de hombre, entonces él vive aislado hasta que encuentra una persona con la que vive intensamente hasta hacerla su esposa.

#### 2.- Lámina 18 GF Padre 6

Una señora tuvo una única hija pero desde que nació la niña vino enferma, la madre se dedicó por completo a ella le daba toda su ternura, sabía que su hija no tenía remedio, se dedicó por completo a ella sin importarle todo lo que le rodeaba, así la niña creció siempre triste, y la señora quedó muy sola cuando la niña murió.

#### 3.- Lámina 3 BM Padre 7

Este joven está bastante enfermo es una enfermedad ya irremediable y es por lo que está bastante triste y ya con la moral bastante baja, viendo que no tiene remedio su enfermedad, ya pensando que Dios lo regocaja que le quite de padecer.

Los dos por mas esfuerzo que han hecho no les ha sido posible rehabilitar a este joven.

¿Qué va a hacer? Está bastante desesperado por no poder conseguir su alivio y no poder estar normal igual que la otra gente, él ya no tiene esperanzas de nada al ver que todos los esfuerzos de los médicos han sido frustrados. ¿Qué piensa él hacer? ya que se ve en las condiciones en que se encuentra nada más espera la muerte.

#### 4.- Lámina 7 BM Padre 8

El padre bueno que siempre da un consejo sano no importa la edad que tiene uno. Siempre hay que recurrir a él sin temor, con toda confianza.

Ahora que ya soy hombre casado sigo recurriendo a él para que me guíe y me enseñe su sabiduría y él nunca dice que no. Problemas aunque sean íntimos él me aconseja y me dice que le enseñe yo a mis hijos como él me enseñó a mi.

¿Sobre que le pide consejos? De como tratar las distintas épocas a nuestros hijos, ser un amigo para ellos que no teman y así que platiquen con cada uno abiertamente.

## RESULTADOS DE RORCHARCH - PADRES

A continuación señalaremos el tipo de determinantes que presentaron -- nuestros sujetos; como ya se mencionó, sólo se tomaron en cuenta aquellos que se consideraron indicadores de ansiedad según la técnica empleada (Klopper).

Con respecto a los determinantes K, FK, KF, y Fk:

a). En los sujetos del sexo masculino se observó que se presentaron ese tipo de determinantes en todos ellos a excepción de los sujetos 5 y 8.

b). El determinante denominado FK, lo presentaron los sujetos 4, 6 y 7, con una frecuencia de uno en cada una de estas personas.

c). La KF es un determinante que únicamente se presentó en el sujeto 1, con una sola respuesta valorada con este determinante.

d). En cambio el determinante K no apareció en ninguno de los padres.

e). Solamente los sujetos 2 y 6 presentaron respuestas con el determi-- nante Fk con una frecuencia de 1 y 2 respectivamente.

A pesar de que se esperaba un mayor número de estos determinantes en -- nuestros sujetos, vemos que por la frecuencia de éstos, no podemos considerarlos significativos ya sea haciendo un análisis individual o tomando al grupo -- en un conjunto.

Nuestros sujetos presentaron dentro del escaso grupo de determinantes -- K.-K,KF,FK y Fk,- una preferencia por las FK y Fk y aunque estos últimos re-- quieren cuando menos una inteligencia Término Medio, los datos obtenidos no -- permiten concluir que este factor: Inteligencia, sea determinante aunque si -- puede estar influyendo en el manejo que hacen del claroscuro.

Las respuestas del sombreado, según las describió Binder serían de dos clases: 1.- Las que se caracterizan por la difusión (hd), suscitadas, de acuer-- do con lo observado, por el humor interior general del sujeto, distinguido del contacto emocional con el contorno (color); y 2.- Aquellas que se caracterizan por el uso del sombreado como un aspecto superficial (FB) que refleja la sensi-- bilidad del individuo y su capacidad para usar experiencias sensibles como ayu-- da para la adaptación. Un exceso de estas respuestas (Fb) indicaría una extre-- mada sensibilidad, próxima a la sensualidad; la ausencia de ellas; falta de re

finamiento en contacto con el mundo objetivo. Binder observó especialmente la claridad u oscuridad de las respuestas de sombreado, advirtiendo que, en el caso de hd, las respuestas difusas, oscuras, estaban asociadas con humores desagradables, y las claras con humores de matiz agradable. De tal modo, las respuestas claras (Fb) se apartan de las oscuras en cuanto indican delicadeza de la sensibilidad en contraste con la morbosidad, depresión y ansiedad. En las respuestas oscuras (Fb) el individuo manifiesta un tipo de adaptación cohibida, excesivamente consciente.

Una más amplia diferenciación de las respuestas del sombreado, debido a Klopfer, ofrece las siguientes claves interpretativas:

a). k, K - una tensión interior de una naturaleza "libremente flotante", generalizada; k representa un esfuerzo ineficaz para intelectualizar la ansiedad y, por tanto, acompaña los sentimientos de inadecuación intelectual;

b). FK - una tendencia a la introspección en un intento de lograr perspectivas sobre la vida interior,

c). Fc, c - corresponde más precisamente a la (Fb) de Binder, que es indicadora de sensibilidad o tacto. Ambas añadirían que estas respuestas acusan una verdadera adaptación perturbada por cierta clase o grado de autoconciencia;

d). C' - un elemento frío o rígido en la personalidad, que adquiere diferentes valores en función de su relación con otras respuestas, especialmente las respuestas de color. El empleo de elementos acromáticos puede revelar impresionabilidad artística, si se hallan en un registro caracterizado por muchos elementos cromáticos. Por otra parte, en un registro con pocas respuestas de color fuerte, C' manifiesta tendencias depresivas.

e). Las respuestas V, o respuestas de paisaje, equivalentes en cierto modo a las Fk de Klopfer, son interpretadas por Beck como indicios de sentimientos de inadecuación, de vacuidad interior, de pequeñez, de distanciamiento del mundo exterior.

En relación a los sujetos estudiados, encontramos que dentro de la categoría C' de determinantes -C', C'F, FC'- únicamente el sujeto 5 dió una respuesta con este determinante C'.

Y los sujetos 2, 4 y 8 dieron respuestas que calificamos con el signo -

FC'. El sujeto 4 dió 2 respuestas y los sujetos 2 y 8 dieron una respuesta cada uno.

Como en el caso anterior aquí nuestros pacientes dieron un número escaso de estos determinantes que por lo tanto no resultan significativos.

Las respuestas de textura la incluimos por relacionarlas con la expresión de necesidades afectivas.

El sujeto 8 nos dió una respuesta de c.

Y los sujetos 1, 2, 4 y 6 dieron una respuesta cada uno excepto el padre designado con el número 6 que dió 2 respuestas del determinante Fc.

Los resultados son poco significativos. La ausencia de este tipo de respuestas nos indicaría dificultad para la adaptabilidad afectiva.

Tomando globalmente todos los determinantes de claro oscuro observamos que se inclinan a las respuestas en que predomina la forma, lo cual es índice de un control intelectual de la percepción y dado el alto porcentaje de F% podemos inferir cierta rigidez en el control que ejerce el individuo sobre diversos aspectos de su personalidad; en este caso, angustia.

A excepción de dos padres todos los demás tuvieron un porcentaje de F que fluctuó de 55 a 70%.

Observamos que los determinantes que implican tensión interna Fm, mF y m, se presentaron en todos los padres, a excepción del padre 5 y del padre 7 predominando en este tipo de determinantes la m.

El sujeto número 1 presentó una respuesta de Fm y otra de mF.

El padre de la familia 2 presentó una sola respuesta de Fm. y el padre de la familia 4 presentó una respuesta de m. El sujeto 6 tuvo respuestas tanto con el determinante Fm así como m siendo el número total de 3.

El sujeto número 8 dió dos respuestas con el determinante m.

Haciendo una relación entre todos los determinantes de movimiento -M, -FM, m- vemos que hay una predominancia general en estas personas a dar respuestas de movimiento en figuras de animales que según Klopfer implica una tendencia a actuar de manera impulsiva así como de falta de adecuada madurez y control emocional.

Por el tipo de respuestas obtenidas podemos inferir que en general son sujetos que expresan su impulsividad de manera agresiva, lo que aunado a la presencia de respuestas cuyo determinante son las m y sus posibles combinaciones parecen confirmarnos que si existen:

- a). Presencia de agresividad
- b). Presencia de tensión interna

Podemos inferir de los resultados de la cuantificación de determinantes que se encontraron en las pruebas aplicadas a los padres:

- a).- Que la angustia no se manifiesta de manera libre y flotante.
- b).- Que la angustia se manifiesta como tensión interna.
- c).- Que expresan mayor agresividad que angustia.

CUADRO M, FM, m

RORSCHACH PADRES.

<u>Padres</u>	<u>M</u>	<u>FM</u>	<u>m</u>	<u>Totales</u>
1	2	4	2	8
2	1	2	1	4
3	-	-	-	0
4	2	2	1	5
5	2	5	0	7
6	4	7	3	14
7	2	4	0	6
8	4	6	3	13

A continuación describimos la frecuencia de aparición de Contenidos Anatómicos y Radiográficos. Estas respuestas se presentaron en todos los padres de los niños asmáticos con exclusión del padre # 7.

El padre 1 dió 6 respuestas que corresponden a un 43%; el padre 2 dió 4 respuestas a las que corresponde un 22%, el padre de la familia 4 dió 10 respuestas de este tipo que de acuerdo con el número total de respuestas corresponde al 34%, el sujeto 5 obtuvo un 45% de acuerdo a las 9 respuestas anatómicas que dió; el padre de la familia 6 con cuatro respuestas anatómicas le corresponde el 15%. El padre 8 dió 7 respuestas que equivalen al 35%. Por todo esto podemos observar que la variación de porcentajes es del 15 al 45% lo que está indicando que existe un alto componente de ansiedad en lo referente a aspectos somáticos y del esquema corporal. Es importante hacer notar que dentro de las respuestas anatómicas se encontraron referencias a órganos del aparato respiratorio lo que nos permite localizar aunque no de una manera genérica que dentro de todo el esquema corporal hay una focalización hacia la zona afectada por el padecimiento de los niños objeto de este estudio.

De los datos arrojados con respecto al Shock en general vemos que el Shock al color lo mostraron con mayor frecuencia los padres de estos niños asmáticos en un 88%. En segundo término el shock al gris se presentó en un 57% de los papas y por último el shock al rojo lo presentaron nada más 2 padres correspondiendo ésto al 28% del total de los sujetos.

El shock al color que, en general, en los padres de nuestro estudio se presentó nos está indicando que a todos ellos les impacta los estímulos de tipo afectivo que vienen del exterior observando que su manera de reaccionar es inadecuada debido a que en las respuestas de color pocas veces se presentó la forma que implica control, los padres 2, 5 y el 4 dieron una respuesta de este tipo una vez cada uno exceptuando el padre 5 que la dió 2 veces. En cambio las respuestas que implican un predominio del color sobre la forma superaron las que implican forma y color, dando un total de 7. Los padres de las familias 5 y 6 dieron una respuesta cada uno. El padre 7 dió 2 respuestas y el padre 8 presentó 3 respuestas calificadas así.

De las respuestas de color puro, o sea donde la forma no está presente y que implican falta de control sobre los impulsos, las encontramos en los pa-

dres 1, 7 y 8 con una frecuencia de 1 en los primeros mencionados y de 2 en el último. Reflejándonos esto que el modo como expresan los afectos es en forma impulsiva y en ocasiones explosiva y sin ningún control. Lo cual viene a corroborarse si lo relacionamos con los resultados obtenidos con las respuestas de FM, M y m. Estos datos también nos están hablando de la afectividad que predomina en ellos y que se caracteriza por ser lábil, egocéntrica e inmadura.

Por la presencia del shock al gris podríamos añadir que en más de la mitad de estos padres existe estupor ante situaciones que puedan ser angustiantes reflejándonos una inhabilidad para manejarlos.

Así tenemos que el padre 1, reaccionó así en una ocasión, el padre 5 - en tres ocasiones, y el 6 en 2 ocasiones y el 7 tres veces consecutivas.

El shock al rojo como ya se especificó fué dado por los padres 1 y 7 - pero diferenciándolos por el modo en como fueron dadas las respuestas.

En el caso 1 a pesar de que presenta shock al rojo, la agresión la saca en forma explosiva; en cambio en el caso 7 al presentar shock al rojo, hay represión, por miedo a su propia agresión, siguiendo el criterio dado por Loosli Usteri.

#### REFERENCIA AL YO

##### RESPUESTAS "O"

Esta clase de fenómeno hizo su aparición en todos los padres estudiados exceptuando el caso 7. La frecuencia de aparición fluctuó de 1 a 10 veces, esto nos refleja la inseguridad de los sujetos y su necesidad de autoafirmarse, impresión que se relaciona con el siguiente fenómeno especial: las respuestas "O"; que estuvieron presentes en los papás 1, 2, 4, 5 y 8 y que por otra parte parece implicar un deseo de no involucrarse o comprometerse en la situación de prueba.

##### RESPUESTA EGe

Este fenómeno fué presentado en 4 padres: 1, 2, 4 y 5 con una frecuencia de 1 a 4. La clase de expresiones faciales que predominaron en nuestro grupo fueron de tipo agresivo, amenazante o bien de cautela o de estar a la expectativa. Estando presente este tipo en todos los padres puede hablarse de rasgos paranoides en todos ellos. Los contenidos agresivos se presentaron de

5 al 20% y los paranoides del 3 al 12%.

Creemos conveniente añadir otro tipo de contenido que aunque no podríamos afirmar que tenga una relación directa con nuestros propósitos de exploración se presentó. El contenido a que nos estamos refiriendo es el sexual el cual apareció en 4 de los casos: 1, 2, 4 y 5.

## RESULTADOS DE LA EXPLORACION DE LAS MADRES WESCHLER (WAIS).

En los resultados que se obtuvieron de la calificación de la prueba de Weschler en su escala para adultos, que se aplicaron a las madres de los pacientes de este estudio se observó, que también presentaron, al igual que los varones, discrepancias en los subtests de Aritmética, Retención de Dígitos y Diseños con cubos en relación con el subtest de Vocabulario.

En 5 de los casos (2, 3, 4, 5 y 6) existen discrepancias con valor igual o superior a 3 de lo que equivale a un 62% de los sujetos estudiados, lo que nos indicaría que estos presentaron índices de ansiedad en esta prueba.

Es importante hacer notar que los sujetos 4 y 7 presentaron discrepancias de -7 y -5 en el subtest de Diseño con Cubos, lo que no podríamos atribuir únicamente a factores de ansiedad sino tal vez a una posible lesión orgánica que podría comprobarse por la discrepancia entre las escalas de ejecución y verbal.

En el subtest de Aritmética no encontramos ningún sujeto que presente discrepancias significativas.

En cambio en el subtest de Retención de Dígitos los sujetos 2, 3 y 4 dieron una puntuación de -4 y el sujeto 5 dió una discrepancia de -3.

Y en Diseños con Cubos, el sujeto 5 dió un puntaje de -3, el sujeto 3 dió un puntaje de -4 y los sujetos 7 y 4 dieron puntajes de -5 y -7 respectivamente como ya se mencionó antes.

En conclusión sólo en los subtests de Retención de Dígitos y Diseños con cubos encontramos discrepancias significativas.

En retención de Dígitos el 50% de los sujetos presentaron alteraciones lo que indica que cuando permite que se relaje el control intelectual utilizando únicamente una atención pasiva, aflora la ansiedad.

En el Test de Construcción con cubos observamos que en el 50% de las madres el estado de ansiedad esta afectando sus capacidades de análisis y síntesis.

Es notorio que todas las discrepancias en estos subtests tienen un valor negativo con respecto al subtest de vocabulario, que teóricamente se base -

en las capacidades innatas del individuo.

DISTRIBUCION DE LOS COCIENTES INTELECTUALES (WAIS) EN LAS MADRES DE LOS NIÑOS ESTUDIADOS.

	<u>WAIS</u>	<u>MADRES</u>	
	E.V.	E.E.	E.T.
1.-	100	99	100
2.-	104	97	101
3.-	112	114	113
4.-	113	99	108
5.-	98	92	95
6.-	93	100	96
7.-	101	80	91
8.-	106	106	105

- - - - -

DISTRIBUCION DE LOS PUNTAJES Y DISCREPANCIAS OBTENIDAS EN LOS SUBTESTS DE LA -  
ESCALA DE WAIS EN LAS MADRES DE LOS NIÑOS ESTUDIADOS

MADRES

ESCALA VERBAL

ESCALA DE EJECUCION

1.-

Información	10 - - 2	Clave	8 - - 4
Comprensión	8 - - 4	Cuadros Inc.	9 - - 3
Aritmética	11 - - 1	Cubos	12 - 0
Analogías	10 - - 2	Historietas	12 - 0
Cubos	10 - - 2	Ensamb. Obej.	8 - - 4
Vocabulario	12		

2.-

Información	12 - + 1	Clave	5 - - 6
Comprensión	13 - + 2	Cuadros INC.	12 - + 1
Aritmética	10 - - 1	Cubos	10 - - 1
Analogías	12 - + 1	Historietas	9 - - 2
Dígitos	7 - - 4	Ensamb.	11 - 0
Vocabulario	11 -		

3.-

Información	12 - - 1	Clave	10 - 3
Comprensión	13 - 0	Cuadros Inc.	9 - 4
Aritmética	10 - - 3	Cubos	9 - 4
Analogías	13 - 0	Historietas	16 + 3
Dígitos	9 - - 4	Ensamb. Obj.	9 - 4
Vocabulario	13		

4.-

Información	14 - + 1	Clave	9 - - 4
Comprensión	13 - 0	Cuadros Inc.	9 - - 4
Aritmética	12 - - 1	Cubos	6 - - 7
Analogía	13 - 0	Historietas	16 - + 3
Dígitos	9 - - 4	Ensamb. Obj.	9 - - 4
Vocabulario	13		

ESCALA VERBAL

5.-

Información	9 - + 1
Comprensión	10 - + 2
Aritmética	6 - - 2
Analogías	11 - + 3
Dígitos	5 - - 3
Vocabulario	8

6.-

Información	7 - - 4
Comprensión	8 - - 3
Aritmética	9 - - 2
Analogías	8 - - 3
Dígitos	10 - - 1
Vocabulario	11

7.-

Información	11 - 0
Comprensión	10 - - 1
Aritmética	9 - - 2
Analogías	12 - + 1
Dígitos	9 - - 2
Vocabulario	11

8.-

Información	10 - - 2
Comprensión	11 - - 1
Aritmética	12 - 0
Analogías	9 - - 3
Dígitos	12 - 0
Vocabulario	12

ESCALA DE EJECUCION

Clave	10 - + 2
Cuadros Inc.	11 - + 3
Cubos	5 - - 3
Historietas	9 + 1
Ensamb. Obj.	8 0

Clave	8 - 3
Cuadros Inc.	9 - 4
Cubos	10 - 1
Historietas	13 + 2
Ensamb. Obj.	6 - 5

Clave	9 - 2
Cuadros Inc.	9 - 2
Cubos	6 - 5
Historietas	4 - 7
Ensamb. Obj.	7 - 4

Clave	8 - 4
Cuadros Inc.	11 - 1
Cubos	11 - 1
Historietas	11 - 1
Ensamb. Obj.	17 - 5

Como podemos observar, tanto en padres como en madres, los niveles de ansiedad fueron altos, bloqueando fundamentalmente capacidad de análisis y síntesis.

## TEST DE APERCEPCION TEMATICA EN LAS MADRES

Después de seleccionar las láminas del Test de Apercepción Temática de Murray que se aplicaron a las madres, tratamos de sacar los datos sobresalientes que se presentaron en el grupo por considerarlos representativos de este.

En primer lugar encontramos que existe agresión hacia el esposo, por no satisfacer las necesidades de la mujer; tanto en aspectos de status económico y social, como a nivel afectivo.

En segundo lugar, los hijos son vistos como una necesidad dentro de su vida marital, pero sin que se les desee.

En tercer lugar, los hijos son utilizados, con grados espectativos sobre ellos, tanto para que solucione la situación económica de la familia como por que permiten ligar al marido e impiden el abandono de este.

En cuarto lugar, hay marcada agresión hacia los hijos; esta agresión - con excepción de un caso no se manifestó en forma abierta, sino que la intelectualiza o la niega, en algunos casos toma la forma de sobreprotección.

En quinto lugar, la relación hombre-mujer en plan adulto resulta frustrante; fundamentalmente en relación a los puntos expuestos anteriormente.

En sexto lugar, el componente depresivo en todas las madres es muy alto.

En séptimo lugar, las relaciones que establecen son convencionales sin que exista realmente interés ni compromiso en estas.

Los mecanismos de defensa más usados en las madres son: evasión, racionalización e intelectualización.

Hay una falta de comunicación entre los hijos y las madres y de estas con los esposos así como una gran devaluación a la figura masculina. La frustración se registra en casi todas ellas.

EJEMPLOS DE LAMINAS TIPICAS DEL T.A.T. DE  
LAS MADRES.

1.- Lámina 1 Paciente 6

Es un niño observando un violín tapándose un oído, tal vez pensando como tocarlo.

Le pondremos José, está observando su violín con tristeza porque ya no lo va a poder tocar, porque ya ha quedado sordo y el violín era la ilusión del niño.

¿Por qué se ha quedado sordo? por una enfermedad se le reventó el oído - ¿Qué enfermedad? anginas. ¿Qué va a pasar con el niño? El niño está desilusionado porque no va a volver a oír su violín. ¿Qué va a pasar? Un día va tratar de entender a la gente por medio de las manos.

2.- Lámina 4 Paciente 1

"El pasado". Bueno ella es una muchacha muy bonita, no se donde pueden estar, en una casa debe haber hecho algo que le molestó a él, él trata de explicarselo, él parece que no se deja convencer, ni siquiera la vé. Se ve a un personaje guapo también tiene su casa un cuadro con un niño, tal vez por causa de ella se provocó esta escena se debe sentir mortificada y él triste, tal vez se lleguen a comprender y su vida vuelva a ser feliz. ¿Qué fué lo que hizo ella que le molestó a él? Alguna cosa que a él le desagrada que haga por ejemplo; tal vez no tenga la comida lista y ella le explique el motivo por el cual no la tuvo a tiempo. El cuadro no es un niño sino que es un calendario con una mujer. Me pareció un niño al principio.

3.- Lámina 13 MF Paciente 2

Se me hacen unos jovenes, que él violó a ella, porque está se ve desvestida, se ve exhausta, como si hubiera perdido el sentido, como languida.

Y él se ve arrepentido o avergonzado, se ven como jovenes y que les puede traer consecuencias. Se ve como una casa muy rustica. ¿Por qué la violó? - Porque la quería, aunque quien sabe, ella se ve exhausta como si no tuviera conocimiento.

¿Porqué ella no lo aceptaba? Porque quizá ella tenía ideas muy puritanas. Quizá ella no lo quería suficiente. ¿El qué va hacer? No se, se ve avergonzado quizá él afronte la situación.

4.- Lámina 8 Bm      Paciente 3.

Este es un niño que padece -"qué enfermedad será?"- de anginas, su mamá lo lleva al médico. Después de haberlo sometido a exámenes el médico dice que tiene que operarse al niño, pero antes hay que someterlo a un tratamiento. Si el niño responde favorablemente no habrá necesidad de operación, el niño tenía pánico a las infecciones pero más miedo le tenía a la operación. Después que su madre le explicó con que motivo eran las inyecciones él aceptó el tratamiento, terminando el tratamiento volvieron al médico y con cuanto gusto recibió la noticia que ya no era necesario la operación. ¿? Aquí es la idea que él tiene, él ya se ve en la sala de operaciones alistandola para quitarle las anginas. ¿ ? Yo no lo ví como un rifle sino como el complemento de la operación.

### MACHOVER - MADRES.

Al igual que al realizar el estudio de los padres se tomaron globalmente los resultados de todos los sujetos; entre los que se encontraron las siguientes características importantes:

1.- En ninguna de las madres se obtuvo un dibujo que pudiera reconocerse como un adulto.

2.- Realización de la figura masculina con una dimensión menor que la del hombre o representando menor edad.

3.- Marcado énfasis en la línea central o una exageración de los detalles de los vestidos y accesorios.

4.- Tres de los sujetos realizaron primero la figura del hombre.

5.- Las actitudes son estáticas y con excepción de una, no representan movimiento.

6.- La expresión y manejo de líneas indican agresión.

7.- Las figuras son muy sombreadas a veces en forma arbitraria.

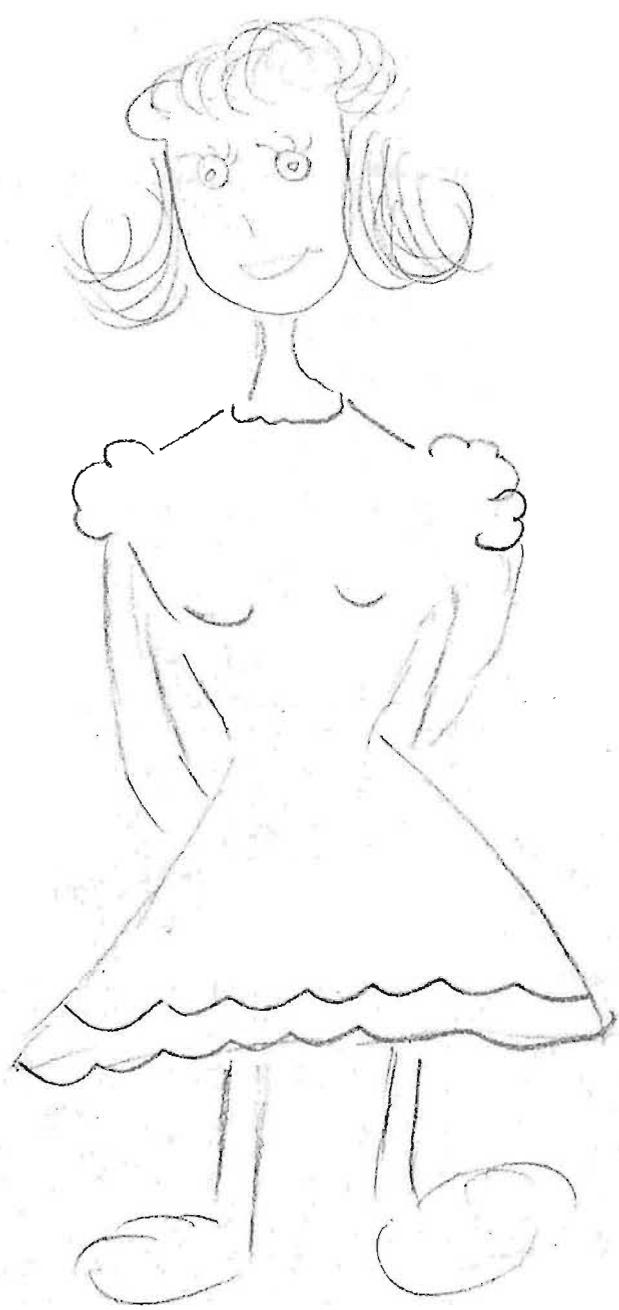
8.- En la mitad de los casos las figuras del hombre era sombreada, poco estructurada; y/o con las facciones "borrosas".

9.- Dentro de las historias elaboradas para cada uno de los dibujos - una característica sobresaliente en las madres fué la formulación de una vida con el hombre poco satisfactoria.

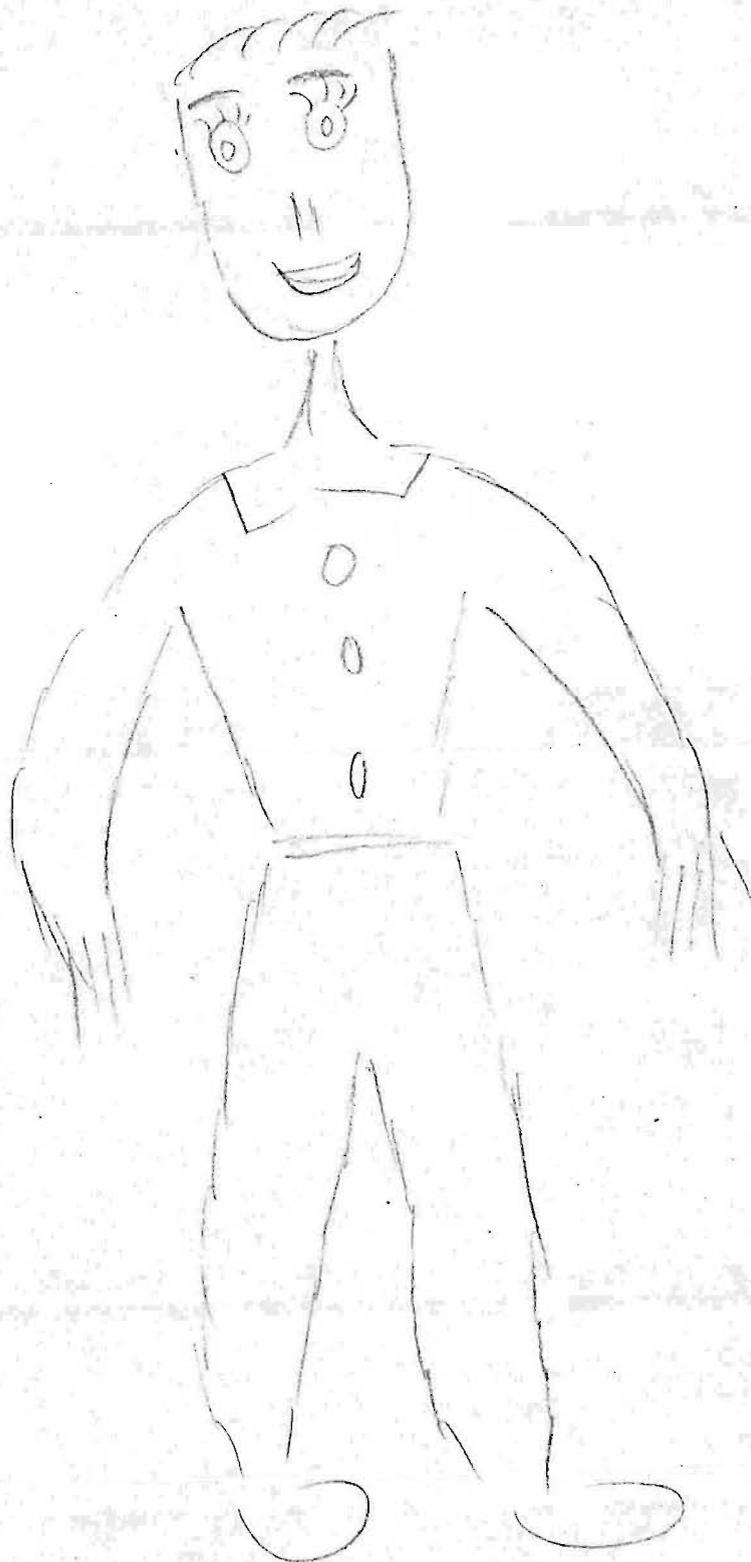
A través de estos datos considerados los más comunes al grupo se puede inferir que las madres de los niños de esta investigación, son personas con un gran infantilismo y dependencia y con dificultad en la relación con el hombre.

Es evidente una gran ansiedad y poca capacidad para manejarla. Se perciben aisladas del medio ambiente con una actitud pasiva, que puede tal vez referirse a una forma de dominio, sumisión, cuyas características se han expresado en diversos trabajos sobre psicodinámica S. Moreno, Octavio Paz, J. Silva - Mackaby, etc.

FAM 4.



DIBUJO 1



DIBUJO 2

## RESULTADOS DE LA EXPLORACION DE LAS MADRES RORSCHACH

Vamos a señalar la distribución y frecuencia de los determinantes que se encontraron en las pruebas de Rorschach que se aplicaron a las madres de los pacientes:

Los determinantes denominados con las letras K, KF, FK, y Fk sólo se presentaron en las madres de las familias 1, 2, 3 y 8 o sea un 50% de los sujetos estudiados.

El determinante Fk lo presentó únicamente la madre 8 y en una sola ocasión.

El determinante KF lo presentó también sólo un sujeto, el número 1 con dos respuestas de este tipo.

El determinante K lo presentaron los sujetos 1 y 2; el primero en una ocasión y el segundo con 2 respuestas.

El determinante Fk lo presentaron los sujetos 1 y 3 con una frecuencia de 3 y 1 respectivamente.

Únicamente la madre 5 no dió respuestas con ninguno de estos determinantes.

Los resultados en este caso no son significativos ya que el total de 10 respuestas calificadas con este tipo de determinantes 6 corresponden a un sujeto, (el número 1).

Con respecto a los determinantes C', C'F y FC' observamos que fué utilizado en las pruebas de los sujetos 1, 2, 4, 6 y 8.

Los sujetos que fueron calificados con el signo C' fueron los números 1 y 8 con una respuesta calificada con este determinante.

Las respuestas calificadas con C'F estuvieron ausentes en nuestros sujetos.

Los determinantes FC' se encontraron presentes en las madres de las familias 2, 4, 6 y 8 con una frecuencia de uno en los sujetos 2 y 8; con una frecuencia de 2 en la familia 4 y estuvieron presentes en 5 ocasiones en la madre de la familia 6.

Como podemos observar las frecuencias sólo son significativas para un -

sujeto, en esta ocasión el número 6, que presentó como ya dijimos antes 5 respuestas calificadas con FC'.

A continuación describimos la forma de aparición de los determinantes - Fc, cF y c. Solamente el primero estuvo presente en los estudios realizados - con las madres y los otros 2 no se presentaron en ninguna ocasión.

El determinante mencionado Fc se presentó en las pruebas de los sujetos 1, 2, 6, 7 y 8: en los sujetos 1 y 2 en una ocasión, en el sujeto 6 se presentó 4 veces y en los sujetos 7 y 8 tuvieron una frecuencia de 2 cada uno.

Los resultados de esta distribución no son significativos si se analiza por grupos de determinantes excepto para el sujeto 6.

Si hacemos un análisis global del número de respuestas con los determinantes arriba descritos veremos que en 4 de las madres si es significativo. Por ejemplo: la madre perteneciente a la familia número 1 obtuvo un porcentaje de 36 con respecto al número total de respuestas que dió. La madre número 2 dió un porcentaje de 30; la madre 6 dió un porcentaje de 45 y la número 8 de 25.

En cambio la madre perteneciente a la familia número 3 sólo el 5% del número total de sus respuestas tuvieron este tipo de determinante; la madre número 4 sólo presentó el 16% con estos determinantes de su número total de respuestas. En la madre número 5 no se presentó ninguno de estos y en la madre número 7 sólo dió 2 respuestas que equivale al 9%.

Es decir, que en el 50% de nuestras madres estudiadas sí son significativos los resultados.

Es interesante también señalar la escasa aparición de respuestas con determinantes Fc y sus combinaciones que significaría una pobre expresión de necesidades afectivas.

Los determinantes que significan tensión interna Fm, mF y m se presentaron en 5 de los sujetos, los números 1, 2, 4, 5 y 8.

El determinante Fm se presentó en una ocasión en los sujetos 1, 4 y 5 y se presentó en 2 ocasiones en el sujeto 8.

El determinante mF lo presentó únicamente el sujeto 8 en 2 ocasiones y el determinante m lo presentaron los sujetos 2 y 8 en una ocasión cada uno.

Tomados los resultados en su conjunto, aunque la frecuencia de aparición de estos determinantes es limitado a excepción de la madre 8, no deja de ser significativo si los comparamos con las frecuencias de los otros determinantes de movimiento en algunas de las madres.

Por ejemplo: la madre correspondiente a la familia 2 al igual que la 4 y la 5 presentaron un desequilibrio significativo en la proporción de respuestas de movimiento. En favor de las respuestas que indican impulsividad y en detrimento de las que señalan angustia y tensión interna así como el control de los impulsos.

Estos resultados se presentaron en el 50% de los casos. En cambio la madre 8 tuvo un notable ascenso en las respuestas de tensión, con tendencia a reaccionar en forma impulsiva.

Tomados los resultados en comparación con las otras respuestas de movimiento (M y FM) todas caen dentro de una misma línea excepto en el sujeto 8, en el que es un número bastante elevado y en el sujeto 1 en que es única la respuesta de movimiento.

Respecto a los fenómenos especiales iniciaremos la relación referente a los shocks.

Llama la atención en todos los protocolos de las madres, la presencia de shock en todas sus manifestaciones. De los datos que se obtuvieron podemos indicar que el 100% de las madres presentaron shock a las láminas de color.

En segundo término está el shock al gris que corresponde el 87% de los sujetos. Y por último shock a rojo que se presentó con una frecuencia de 37%.

Por el shock al color observamos que todos estos sujetos se ven impactados ante los estímulos afectivos externos. Y que a pesar que dan respuesta Forma-Color sigue predominando la impulsividad a través de respuestas Color-Forma (CF) Color (C), FM. Nada más el caso 7 presenta control sobre la afectividad y los casos 3 y 6 presentan una proporción igual de respuestas FC, CF, C y FM.

En el shock al gris que estuvo presente en 7 de los sujetos podemos describir con una frecuencia de 1 en los casos 4 y 6. En 2 en los casos 2 y 3, en los casos 1 y 5 de 3 y finalmente de 4 en el caso número 7.

Esto nos permite decir que con excepción de uno en la totalidad de nuestros casos se presentó estupor ante las láminas que sugieren angustia reflejando su falta de habilidad para manejarlo.

#### SHOCK AL ROJO.

Fué presentado con una frecuencia de 1 a 2 por las madres 1, 5 y 6. Todas las respuestas corresponden a un manejo represivo de la agresión por miedo a ella. Tomando el criterio de Loosli-Usteri.

#### REFERENCIA AL YO Y RESPUESTAS "O"

Este fenómeno lo pudimos observar en 6 casos de un grupo de 8 madres con una frecuencia de 1 a 6: los casos 1 y 7 lo presentaron en 1 ocasión, el 6 en 2 ocasiones, el 3 en 3, el caso 8 en 5 y el caso 2 en 6 respuestas de este tipo.

Las respuestas "O", estuvieron presentes en 5 sujetos con una frecuencia de uno en los casos 3, 7 y 8 de 3 en el caso 2 y de 5 en el caso 5.

Tanto este fenómeno como el anterior reflejan inseguridad y necesidad de autoafirmación. Como podemos observar se encontraron presentes en todos los sujetos.

El llamado fenómeno EQe fué encontrado en 5 de los sujetos con una fre—cuencia de 1 a 2. Lo incluimos dentro de esta selección por que el tipo de ex—presiones mencionados en general reflejan angustia ante la hostilidad del medio ambiente. Por lo tanto también incluimos los contenidos agresivos y paranoides. Los primeros se presentaron en 4 casos con una frecuencia que oscilaba entre 4 y el 10% y de los segundos con una frecuencia de 2 a 16% por lo que podemos concluir que en todos nuestros sujetos se corrobora la impresión de que viven con gran angustia los estímulos del exterior.

Dentro de la gran variedad de contenidos obtenidos en las pruebas se reunieron en un grupo las respuestas Anatómicas y Radiográficas dichas respuestas se presentaron de 1 a 8 ocasiones en todas las madres, excepto el caso 7, corrrespondiéndoles un porcentaje que va de 5 a 33% de acuerdo al número de res—puestas totales.

CUADRO M, FM, m

RORSCHACH MADRES

<u>Madres</u>	<u>M</u>	<u>FM</u>	<u>m</u>	<u>Totales</u>
1	0	0	1	1
2	1	6	1	8
3	0	1	0	1
4	0	3	1	4
5	3	5	1	9
6	1	2	0	3
7	1	0	0	1
8	3	3	5	11

## C A P I T U L O V

### CONCLUSIONES.

De la evaluación de datos obtenidos en este trabajo llegamos a las conclusiones siguientes:

En todos los pacientes sujetos de este estudio debido a la forma de selección de la muestra heterogénea, no se encontró ninguna característica común, aunque el grupo fué pequeño y era de esperarse que no se encontraría relación significativa.

Sin embargo, en todos los sujetos, a pesar de ser un grupo heterogéneo, tanto en los niños -pacientes-, como en los adultos -padres-, se encontraron signos de angustia. Esto parece corroborar nuestra hipótesis de trabajo. En cada uno de los subgrupos (padres, madres, pacientes) esta angustia se presenta en forma diversa, y unida a otras características de personalidad los singulariza y nos permite llegar a las siguientes conclusiones:

A.- En los niños:

1.- Existen alteraciones en las relaciones interpersonales, con gran dificultad para la comunicación y casi siempre ésta lleva un componente agresivo. Esto está de acuerdo con las características que French y Alexander consideraban en el niño asmático (Cap. II) y nos enfatiza la importancia de los aspec-

tos orales en la personalidad del niño asmático.

2.- La propia agresividad no es aceptada y no se manifiesta, hay tendencia a negarla o a satisfacerla en forma de fantasía, ya que de manifestarla ésto implicaría entrar en contacto con el ambiente y no debemos olvidar que, como -- mencionamos en el punto anterior, el asma puede considerarse como el sustituto de una comunicación interrumpida (la inhibición del impulso a llorar).

3.- En general se encuentran elementos de inferioridad y minusvalía.

Estos elementos no fué posible diferenciar si existían previamente a la aparición del asma y aún más, es imposible asegurar si pudieran ser cuantitativamente hablando de mayor intensidad que en niños no asmáticos. Podemos suponer que gran parte de estos elementos depresivos pudieran ser consecuencia -- del impacto emocional que sobre el niño producen las crisis asmáticas, si bien no se descarta la posibilidad contraria.

4.- En todos los casos se pudo observar que los niños utilizan su enfermedad para obtener un control sobre la presencia y la cercanía de los padres (manipulación). Esto nos indicaría que si bien la enfermedad en un principio fué utilizada como un "vehículo para la expresión de sentimientos por parte de -- los niños" posteriormente les permite manipularlos y "obtener" ganancias secundarias". Esto en cierta forma correspondería a la "demanda excesiva de -- atención de los padres" mencionada por Rogerson y citada por nosotros en el -- cap. II.

5.- La figura femenina que podemos considerar una representación de la madre o del sustituto, es percibida en forma dominante, limitante y poco gratificante en los aspectos afectivos, como habían enunciado Shöebel, Ackerman y otros autores, (cap. II).

6.- Las figuras parentales, especialmente la paterna es poco capaz de brindar protección ante la agresión y la hostilidad del exterior, por lo tanto el niño se siente desprotegido e inseguro, aumentando su dificultad para comunicarse.

7.- En algunos casos se pudo detectar rivalidad con los hermanos para obtener "algo" de los padres. Este "algo" no pudo ser aclarado si era afecto, atención o, tal vez, protección. En todo caso es posible suponer que la enferme-

dad podría ser una forma de sobresalir de entre el grupo de hermanos, esto es taría en relación con lo mencionado en el punto número 4.

8.- Ante situaciones en las que hay que dar una respuesta emocional no saben reaccionar así como también ante la angustia.

B.- De lo referente a los padres:

9.- En todos ellos se encontraron datos suficientes indicadores de ansiedad, aunque ésta se manifiesta en diferentes formas, es importante hacer notar que en la mayoría de los sujetos se encontró una focalización hacia el aparato -- respiratorio, lo que nos sugiere que están plenamente conscientes del problema de su hijo y que éste los está afectando en la manifestación de su angus--  
tia localizándola en los hijos y en cierta forma, evitando que enfrenten sus propios problemas en la relación con el cónyuge.

10.- También pudimos observar que la figura femenina es vista por los padres, al igual que los hijos, con angustia, se le ve posesiva y dominante, sin que puedan llegar a tener una buena relación con la misma, ya que hiper o infravalorada en ninguna forma puede establecer una comunicación de igual a igual.

11.- Predominantemente los padres de los niños estudiados, establecen cierta dependencia hacia la esposa al igual que hacia los otros adultos con los cuales se relacionan. Esto refuerza el por qué son vistos por sus hijos incapaces de brindar protección.

12.- Se encuentran muy ligados a sus propias familias y esto, podría explicar porqué en su vida adulta solamente pueden establecer relaciones de dependen--  
cia, ya que aún se encuentran envueltos en la urdimbre afectiva de sus fami--  
lias pasadas.

13.- Son sujetos poco maduros emocionalmente, no se perciben a sí mismos como adultos y son incapaces de aceptar las responsabilidades que esto implica, lle--  
gando a reaccionar, en ocasiones, en forma francamente infantil, también coin--  
cide con la percepción de sus hijos, en igual forma sin embargo.

14.- No aceptan el rol paterno, ya que se encuentran funcionando aún en el pa--  
pel de hijo y tal vez por esto existe hacia sus propios hijos, en algunos ca--  
sos, rivalidad inconsciente y una conducta agresiva; expresada frecuentemente

como autoridad irracional.

C.- En el estudio que se hizo de las madres.

15.- Pudimos observar que en ellas la angustia también se encuentra presente, pero referida más a aspectos sexuales que en relación con el hijo, el que ocupa un lugar secundario dentro de sus intereses, los cuales se encuentran centralizados en su propia vida, antes que en el niño o en su enfermedad. Esto nos permite percibir la poca comunicación que tienen con éste y el poco interés que pueden tener en la satisfacción de sus necesidades primarias.

16.- La relación con el hombre es problemática, en todos los casos la vida marital ha resultado frustrante, tanto en niveles económicos como de status social. Existe una gran tendencia a exigir al marido éxito y relevancia social que dadas las características de éstos les resulta muy difícil de obtener, -- creando un círculo vicioso de exigencia y frustración.

Estos dos puntos coinciden con los postulados de Margoli (cap. II) en lo referente a los conflictos psicosexuales de las madres de los niños asmáticos, -- que al parecer son la parte central dentro de la personalidad de éstas.

17.- Existe gran inseguridad de su papel en el mundo y de la afectividad de sus relaciones interpersonales, se sienten fracasadas y ponen sus expectativas en función de sus hijos; pero tomando a éstos como objetos para la realización de sus propias ambiciones y utilizándolos de acuerdo a sus intereses -- en un intento de compensación.

Esta interpretación coincide con Little y Cohen (cap.II).

18.- Toman, en su vida de relación una actitud pasiva, tratando de crear dependencias, pero a su vez permiten que los esposos dependan de ellas, resintiéndolo pues a su vez sus necesidades no se satisfacen.

19.- Las necesidades afectivas no se manifiestan, pues solo establecen relación a niveles muy superficiales, sin que realmente llegue a entablar una comunicación, esta situación trae como consecuencia que en todas ellas existan fuertes componentes depresivos.

20.- Queremos señalar que aunque de acuerdo a la literatura revisada esperába

mos encontrar un alto índice de agresión, ésta en el estudio realizado, aunque se encontraba presente, no era en forma abierta lo que parece indicarnos que sólo se manifiesta canalizada en actitudes ambivalentes por parte de los adultos.

21.- Los miembros adultos de esta investigación emplean los mecanismos de intelectualización y racionalización en forma preponderante lo que también podría explicar porque no se manifiesta más abiertamente la agresividad.

22.- Aunque se realizó una valoración psicométrica, no se pudo establecer una relación entre C.I. y los otros elementos encontrados en el estudio.

Si tratamos de integrar los datos tanto de los padres y las madres con los de los pacientes encontramos que dentro de la familia del niño asmático - éste se encuentra aislado, desprotegido ante un medio al que percibe hostil, y ante el cual no se atreve a manifestar su propia agresión pues no se le ha enseñado como realizarlo ya que las figuras más cercanas no le satisfacen sus necesidades de seguridad y las siente más amenazadas si las expresa se siente más abandonado y la comunicación con éstos es defectuosa; y al mismo tiempo - ellos tampoco manifiestan sus impulsos agresivos, sino que a través de mecanismos defensivos, impiden que el niño la reconozca como tal y aprenda a manejarla. Podríamos decir que el problema del niño asmático es básicamente un problema de comunicación con los miembros de la familia, en la que él ocupa un lugar secundario, se siente inseguro, abandonado e indefenso, y para obtener la atención de los padres utiliza la enfermedad. Su comunicación es bloqueada y simbólica, implicando el "llanto reprimido" esto puede condicionar la conducta de la madre y el niño. La imagen paterna del paciente está de acuerdo a la imagen proyectada por el propio padre, que es una imagen débil - como una figura aparente, más cercana, preocupado por su hijo, pero sin comprenderlo ni protegerlo, no fué posible encontrar ninguna referencia específica en los autores revisados sobre la imagen paterna y tuvimos que atenernos únicamente a los datos obtenidos por nosotros que, sin embargo, encajan con los resultados globales de la dinámica familiar bosquejada en nuestros resultados.

La madre a su vez aparece como una persona muy frustrada con un marido que no la satisface y depende de ella, como un sustituto de sus propias figuras pa-

ternas y con el cual no puede comunicarse sino en niveles superficiales y así parece canalizar en mucho su agresión al hijo frente al que aparece castrante. La interacción es de exigencia de parte del hijo hacia los padres, de la madre hacia el padre y éste tratando de crear una liga de dependencia sin aceptar su rol paterno, lo que hace sentirse al hijo desprotegido. Podemos inferir que el padecimiento puede ser sostenido por la familia como una forma de canalizar la angustia y permitiendo una cohesión entre los adultos que de otro modo tendrían que establecer otro tipo de relación o bien enfrentar la desintegración emocional de la propia familia que en todos los casos se encontró, sin interés de los padres hacia el cónyuge y sosteniendo únicamente una relación superficial. Ocultando la agresión que esto les causaba y sin percatarse de la situación que estaban viviendo.

Podemos concluir con la explicación esquemática de la relación de los padres e hijos. Se establece un círculo vicioso en el cual la relación que se establecía es interrumpida por la no satisfacción de las necesidades afectivas. El hijo requiere de la madre, pero no le proporciona dicha satisfacción, a su vez las 2 figuras parentales son incapaces de proporcionarse mutuamente satisfacción quedando la comunicación interrumpida.

## C A P I T U L O VI.

### SUMARIO Y SUGERENCIAS.

Habiendo revisado los diversos conceptos de medicina a través de la -- Historia, y más específicamente los de Medicina Psicosomática, hemos visto -- que existe dentro de los conceptos modernos, la tendencia a relacionar este -- tipo de padecimientos con la situación familiar. Por ésto nos pareció inter -- sante realizar un estudio tanto de los miembros de la familia como de los pa -- cientes.

Nuestra intención no era encontrar una respuesta definitiva a las in -- cógnitas que se plantean dentro del estudio de la medicina psicosomática y la dinámica familiar, sino simplemente conocer algunas características importan -- tes de los padres y los niños con una enfermedad específica, el asma. Y den -- tro de estas características nos limitamos a las que nos parecieron comunes -- tanto a padres como a pacientes, la ansiedad y la agresión.

Para sustentar las hipótesis propuestas se revisaron con -- ceptos diferentes sobre Psicología, Medicina Psicosomática y Dinámica Familiar.

Como material se utilizaron las pruebas de Weschler (WAIS Y WISC) TAT y CAT, Machover y Rorschach.

Los datos se tomaron en cuenta únicamente en lo referente a los índi --

ces buscados, eliminando los que incluían otro tipo de características.

Los resultados que ya fueron descritos y analizados anteriormente nos permitimos resumirlos de la siguiente manera.

- 1º.- Los niños -pacientes- presentaron serios problemas en la comunicación -- con los miembros de su familia. En todos hay graves componentes de ansiedad y agresión siempre encubierta.
- 2º.- Los padres de los niños, en nuestro estudio, aparecieron como sujetos -- muy infantiles y dependientes. Los cuales no aceptaban su rol de padres.
- 3º.- Las madres son personas muy frustradas, con grandes ambiciones que no -- son satisfechas por sus maridos. También se encontraron conflictos en -- el aspecto psicosexual y en la relación con los hijos, que generalmente son utilizados por ellas.
- 4º.- Estas características descritas, se entrelazan formando un círculo vicio -- so de continua exigencia y frustración, en el cual el asma sirve como -- válvula de escape de la tensión familiar y al mismo tiempo como lazo de unión entre ambos padres y el paciente.

Dadas las características de la muestra, y la forma en que fué llevada la investigación, estos resultados no son concluyentes ni definitivos pues para ésto haría falta cuando menos un grupo testigo y un control de las variables que en este caso no se llevó a efecto. Así como una diferenciación de los significados específicos de los resultados en cada uno de los sujetos. -- También podría ser interesante investigar estos mismos factores dentro de -- otras enfermedades psicósomáticas o en grupos de niños asmáticos con familias de diferente nivel socioeconómico o bien, realizar un estudio longitudinal de los casos.

En suma, en la medida en que se ratifiquen estos resultados será de -- utilidad tanto para el Psicólogo Clínico como para el Médico o el Investiga-- dor.

No obstante todas las limitaciones y las reservas con que deben tomarse los resultados obtenidos por nosotros, las conclusiones a las que llegamos nos permiten sugerir las siguientes recomendaciones.

- 1.- El estudio del niño asmático debe hacerse en forma integral.
- 2.- El estudio psicológico del niño es un factor determinante en la comprensión del síndrome.
- 3.- Los aspectos psicológicos deberán verse dentro del contexto familiar.
- 4.- Es indispensable la colaboración de la familia para el tratamiento del -- asmático.
- 5.- El tratamiento deberá ser combinado.
- 6.- El estudio experimental del niño asmático deberá hacerse tomando en cuenta todos estos factores y tratando de controlar las variables que en este estudio no se tomaron en cuenta.

BIBLIOGRAFIA

1. Bering, E.G. A History of Experimental Psychology, ed. 2. Appleton Century Crofts, New York, 1950.
2. Cobb, S. Neurology. In American Handbook of Psychiatry, S. Arieti, Editor, vol. 2, p. 1639. Basic Book New York, 1959.
3. Reeves, J.W. Body and Mind in Western Thought. Penguin Books, Baltimore, 1958.
4. Wolff, H.G. The Mind-body relationship. En An Outline of Man's Knowledge of the Modern World, L. Bryson, editor, p. 41 Mc Graw Hill, New York, 1960.
5. Feigl, H. Minnesota studies of Science. University of Minnesota — Press, Minneapolis, 1958.
6. Sigerist, H.E. A History of medicine, vol. 1. Oxford University Press, New York, 1951.
7. Staninbrook, E. Psychosomatic medicine in the nineteenth century. Psychosom. Med., 14: 211, 1952.
8. Kaplan, H.I., and Kaplan, H.S. An historical survey of psychosomatic medicine. J. Nerv. Ment. Dis., 124: 546, 1956.
9. French T.M. y Alexander F.C., Pollock Psychosomatic Specificity Vol. I
10. Kaplan, H.I., and Kaplan, H.S. An Historical survey of psychosomatic medicine. J. Nerv Ment
11. Alfred M. Fredman M.D. y Harold I. Kaplan, M.D. Comprehensive & Textbook of Psychiatry. The Williams and Wilkins Company, 1967. Baltimore.
12. Obra citada de Fredman and H. Kplan. Comprehensive Textbook of Psychiatry.
13. Gómez Orozco. Urgencias en los padecimientos alérgicos "Urgencias Pediátricas" PP 383 H.I.M.
14. Nelson Waldo. Tratado de Pediatría. Editorial Salvat 1962.
15. De la Fuente M.R. Psicología Médica F.CE México, Fondo de Cultura Económica, 1966.

16. Psychosomatic Medicine 1968 Volumén XXX Number 2
17. Psychosomatic Medicine 1964 Volumén XXVI Number 5
18. Psychosomatic Medicine 1969 Volumén XXXI Number 5
19. Psychosomatic Medicine 1969 Volumén XXXI Number 5
20. Psychosomatic Medicine 1969 Volumén XXXi Number 2
21. Psychosomatic Medicine Volumén XXX Number 6
22. Ackerman N.W. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares  
Editorial Hormé  
Distribuido: Editorial Paidos 2a. Edición 1966.
23. Jung C.G. Teoría del Psicoanálisis Plaza y James Barcelona 1961.
24. Mullahy P. Edipo Mito y Complejo  
Editorial "El ateneo"  
Buenos Aires 1953.
25. Horney K. La personalidad Neurótica de nuestro tiempo  
Editorial Paidos Buenos Aires 5a. Edición 1960.
26. Reidy J.J. "The emotionally disturbed child: problems Within the fa-  
mily" Southern Med. J., 53: 1127-32, Sep. 1960.
27. Mayer-Groos, Slater a. Roth, Clinical Psychiatry, London Cassell and --  
Co., Ltd., 1960.
28. Tashman, Harry S. La Familia Neurótica de Nuestro Tiempo  
Buenos Aires, Edit. Psique 1962.
29. Jackson, Don D., The Etiology os Schizophrenia. New York,  
Basic Books Inc., 1960.
30. Flügel, J.C. Psicoanálisis de la familia  
Edit. Paidos Buenos Aires 1961.
31. Carroll, Herbert A. Higiene Mental Dinámica del aparato Psíquico  
México, Cía. Editorial Continental 1961.
32. Arieti, Silvano Interpretation of Schizophrenia, New York, Robert Brun-  
ner, 1955.
33. Lidz, Th., Fleck, S. Cornelison, A et Al., Schizophrenia and the Fa-  
mily New York, International Universities Press,  
1965.
34. Rykoff, I., Day, J.Y. Wynne, L.C., "Maintenance of Stereotyped Roles -  
in the Families of Schizoplhenics", Arch. Gen. --  
Psychiat., 1:109-114. 1959.

35. Ehrenwald, J., "Family Diagnosis and Mechanisms of Psychosocial Defense", *Fam. Proc.*, 2, 121-131, 1963.
36. Matte-Langlois, J., *Famille, Vocation et Séminaire*, Paris, Les Editions du Cerf, 1966.
37. Brodie B.C. "Clinical Observations on incontinence de urinae", *Prov. M. ans S.J.*, 3:343, 1824. Citado por Barash Gliklich.
38. Von Harnack, G.A. *Nervöse Verhaltensstörungen beim Schulkind*, Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 1958 citado por Kuri S. Eleazer (Tesis) 1969.
39. Bruschi y Tourraine citado por Kuri S.E. y Peters de E.E. (Tesis) UNAM.
40. Wyne citado por Kuri S.E. y Peters de E.E. (Tesis) UNAM.
41. Dührssen, Annemarie. *Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugend - lichen*, Göttingen, Verlag für medizinische Psychologie, 1965.
42. Carballo, Rof *Urdimbre afectiva y enfermedad*, Barcelona, Edit. Labor, 1961.
43. Riskin, J., "Methodology for Studying Family Interaction". *Arch. Ge, Psychiat.*, 8, 343-348, 1963.
44. Vogel, E.F., and Bell, N.W. "The emotionally Disturbed as the Family - Scapegoat" *psychoan. and Psychol. Rev.*, 47: 21-42, 1960.
45. Hau, T.F. y Rüpell, A., "Zur Familienkonstellation bei Psychosomatisch Erkrankten". *Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische psychologie*, Stittcart, November 1966, pp. 211-219.
46. *Psychosomatic Medicine* 1967 Vol. XXIX No. 4
47. *Psychosomatic Medicine* 1967 Vol. XXIX No. 6
48. *Psychosomatic Medicine* 1965 Vol. XXVII No. 1
49. *Psychosomatic Medicine* 1968 Vol. XXX No. 4
50. González I. *Desarrollo y Experimentación de una Escala Socio-económica para el establecimiento de cuota en la Consulta Externa del Hospital Infantil de México.*, Tesis de T.S. Instituto Técnico Administrativo del Trabajo. México 1967.
51. Anderson y Anderson. *Técnicas Proyectivas del diagnóstico Psicológico.*

- 92  
152
52. Allport G.W. Psicología de la Personalidad Edit Paidos Buenos Aires - 1961.
  53. Martin Mayman, Roy Shafer, David Rapaport. Los Tests de inteligencia general en la estimación de la personalidad. Técnicas - Proyectivas del diagnóstico psicológico. Ediciones Rialp Madrid 1963.
  54. Machover Karen
  55. Murray Henry A. "Test de Apercepción Temática" Editorial Paidos 1964.
  56. Bellak L. "Test de Apercepción Infantil" Ed. Paidos 1967.
  57. Rorschach "Psicodiagnóstico" Editorial Paidos 2a. Edición 1955.
  58. Klopfer Bruno Técnica del Psicodiagnóstico de Rorschach Editorial Paidos Buenos Aires 1952.
  59. Ames L.B. y J. Learned "El Rorschach Infantil" Editorial Paidos Buenos Aires 1961.
  60. Bhom Ewald "Manual de Psicodiagnóstico de Rorschach" 2a. edición — Editorial Paidos Buenos Aires 1958.
  61. Beck Samuel J. El test Rorschach: test pluridimensional de personalidad. Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico Ediciones Rialp S.A. Madrid 1963.