

11226 32
20j



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA GENERAL
FAMILIAR Y COMUNITARIA
UNIDAD ACADÉMICA
CLÍNICA DR. IGNACIO CHAVEZ
I.S.S.S.T.E.

"EVALUACION DEL AUTOCONCEPTO EN EL NIÑO ASMÁTICO. ESTUDIO COMPARATIVO"

TESIS CON
CARRERA DE ESPECIALIDAD

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN.
MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A:
DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA



ASESOR DE TESIS:
DR. ARTURO VILLAFUERTE RAMIREZ

1992



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE.

TEMA	PAG.
MARCO TEORICO.....	1
DEFINICION DEL PROBLEMA.....	9
JUSTIFICACION.....	9
OBJETIVOS.....	10
MATERIAL Y METODOS.....	10
ASPECTOS ETICOS.....	12
RESULTADOS.....	13
ESCALAS DE RESUMEN.....	15
DISCUSION.....	18
BIBLIOGRAFIA.....	20

ANEXO I.

ANEXO II.

MARCO TEORICO.

Tal vez uno de los componentes de mayor influencia en la personalidad del niño sea el concepto de sí mismo. La autoestima o el concepto de sí mismo (los términos se usan indistintamente para referirse a los juicios que hacen los individuos acerca de sí mismos en relación con otros), es decisivo para el buen ajuste psicológico, la felicidad personal y el funcionamiento efectivo en los niños y en los adultos (1).

Los niños que por lo general tienen conceptos elevados de sí mismos poseen seguridad y confianza. Como esperan que se les recibirá bien y con éxito, no temen expresar sus ideas y seguir sus propios juicios. Además, la confianza en sí mismos les permite apartarse de la corriente general y considerar nuevas ideas (1)(2)(3).

En contraste, el niño con autoestima desfavorable o negativa, carece de confianza en sí mismo, por eso evita expresar sus ideas y opiniones, por temor a decir algo que cause desaprobación o rechazo, de ahí que en un grupo sea callado y retraído. Adopta actitudes defensivas y su tendencia a la autocondenación lo lleva a sentirse culpable, avergonzado, desvalido o inferior. Un niño con autoestima baja limita su interacción social, con lo que reduce sus posibilidades de establecer relaciones sociales amistosas y de apoyo con niños y adultos. No es sorprendente, entonces, que este niño tienda a la depresión y posea una imagen corporal negativa, e hacia bien manifieste trastornos psicosemáticos (1)(2)(3).

¿Que características y patrones de conducta podemos distinguir en los padres de los niños con alta e con baja auto-

estima?. En general, como en el caso del motivo hacia el logro, los niños con autoestima alta tienen padres con autoestima favorable. Estos padres, en contraste con los padres de niños con baja autoestima, son emocionalmente más estables, optimistas y constantes. Tienen expectativas altas para sus hijos y actúan como modelos adecuados, dando a sus hijos ejemplo, motivación y apoyo de manera constante y consistente (1)(2).

Por su parte los padres de los niños con baja autoestima, tienden a invalidar y criticar al niño, a verlo y tratarlo como si fuera una carga, de ese modo, las respuestas emocionales hacia sus hijos van desde la hostilidad hasta la indiferencia. Para disciplinar al niño frecuentemente utilizan el castigo corporal, acompañándolo con gritos y otras actitudes emocionales intensas (1)(2).

En cuanto a las relaciones de estos dos grupos de niños con sus coetáneos, las diferencias son aparentes y extremas. En general el niño con autoestima elevada resulta popular entre sus compañeros, muestra dotes de liderazgo, es entusiasta y participa con decisión en las actividades del grupo. Un niño alegre, amigable, bien parecido, seguro de sí mismo, extrovertido, inteligente y creativo, será no solo aceptado, sino también tendrá una posición prominente dentro del grupo de referencia (1)(2). Por el contrario, un niño ansioso, inseguro, indiferente a las actividades del grupo, que se afila y es hostil, demasiado agresivo e defensivo tendrá una posición baja en su grupo de referencia y puede incluso, ser rechazado. Es fácil notar que entre las características de un niño criado en un hogar democrático, los patrones de crianza que fomentan la necesidad de logro, la autoestima elevada y la aceptación en el grupo de referencia,

existe una relación estrecha (1)(2)(3).

Otros elementos importantes en la formación del autoconcepto del niño, son la raza y el estatus social, así como el económico (4)(5)(6).

El niño con autoestima baja pone en marcha una serie de mecanismos irracionales de protección que a la larga le generan mas problema. Por ejemplo, si ha "resuelto" el problema que le crean los adultos demasiado exigentes mostrándose complaciente, renunciando a sus derechos y aparentando que vive en conformidad con su papel de pasar inadvertido, es probable que su "solución" le cause dificultades, pues mientras le quede una chispa de vida le costará soportar un papel pasivo y de vez en cuando sentirá un fuerte impulso por hacer valer sus derechos y ser "el mismo". pero cuando ese impulso esté en pugna con la "solución" que ha encontrado, tendrá que hacer nuevos esfuerzos para "resolver" este conflicto mediante la dilucidación. Semejante conflicto es per turbador y produce ansiedad. Por lo tanto, actúa el "centinela" (tención emocional como centinela en el desarrollo de la personalidad) (7). El niño manifiesta síntomas como la tendencia a mantenerse quisquilloso e impresionable, a enojarse, a llorar con facilidad, a sentir muchos temores, a evitar a la gente, a no realizar en la escuela tareas que en realidad es capaz de cumplir, o hacer víctimas de su molestia a personas inocentes. Así como también a manifestar enfermedades psicósomáticas como el Asma o la Neurodermatitis.

Desde otro punto de vista, los niños con enfermedades crónicas como Asma, Epilepsia, Artritis Reumatoide Juvenil IRC, deformidades físicas, etc. tienden a sentirse diferentes al resto de los niños (inferiores, débiles, incompletos limitados, etc.) lo que les genera una disminución importan

te en la autoestima (8)(9).

Analizando la enfermedad desde un enfoque sistémico del individuo, podemos ver que la vieja dicotomía soma-psi que tiene sus orígenes en la vieja concepción del organismo como ente rígido por las leyes de la naturaleza, con ausencia de su significación a nivel de lo mental. La medicina oriental, por el contrario, parece más sabia que la occidental, si atendemos a las incursiones que en ella se han hecho a partir de un punto de vista que se ha dado en llamar "Medicina Holística" (10).

Aquí no se trata de postular que las variables psicológicas influyan sobre el funcionamiento orgánico, o a la inversa, sino de pensar la respuesta del individuo como global, ya sea que sus manifestaciones se den predominantemente en lo orgánico o en lo mental.

Esto lleva a pensar que la enfermedad es el modo como se expresa en uno u otro de dichos niveles la respuesta frente al stress. Esta respuesta puede a su vez conceptualizarse como teniendo un doble sentido en relación con el sistema en el que surge. Hablo aquí de sistema pensando en el individuo como totalidad, ubicado en otra totalidad que es la familia. El doble sentido que la enfermedad adquiere en relación con el sistema es, por un lado, el restablecimiento de la homeostásis, lo que configura su potencial autorregulador y, por el otro, el valor de "denuncia" del desequilibrio en el individuo. Dicha denuncia nos indica el carácter abierto del sistema, dado que por lo general implica el que se recurra a una instancia exterior al sistema, que cumple la función "curadora" (10).

Un ejemplo que ilustra lo que se acaba de mencionar es el siguiente:

Recientemente, investigadores norteamericanos, que tra-

bajan en el campo de la inmunología parecen haber confirmado lo que hace ya 50 años habían señalado sus colegas rusos a partir del trabajo pionero de Pavlov.

Partiendo de la suposición sobre la existencia de un lazo directo entre el sistema inmunológico y la "psique, estos científicos descubrieron que es posible condicionar a animales de laboratorio a producir las mismas respuestas inmunológicas a un estímulo, en ausencia de él, cuando está asociado con otro.

Concretamente, el estudio al que me refiero, consistió en asociar dos drogas administradas a ratas: una inócua (sacarina), y otra que actúa como inmunosupresor: ciclofosfamida. Después de varias repeticiones, se comprobó que la administración de sacarina sola, producía las mismas respuestas inmunológicas que la ciclofosfamida (10).

Si el efecto condicionante existe a este nivel, tal como lo prueban estos experimentos, el mecanismo del aprendizaje adquiere un valor trascendente en el campo de las relaciones mente-cuerpo, cuyo carácter de sistema postulaba ya lo que se conoce como Medicina Psicosomática (no hemos llegado realmente al enfoque holístico), aún cuando de un modo inespecífico. Postular por ejemplo que existen factores psicológicos que influyen sobre factores somáticos y viceversa habla de la existencia de un modelo analítico de vinculación entre variables dependientes e independientes según el acento que se ponga en cada situación estudiada.

Si bien este tipo de estudios representó un importante avance en cuanto a zanjar la dicotomía mente-cuerpo, no implica todavía una concepción sistémica holística, referida al individuo humano.

Esta última concepción debe abrirse camino frente a la creencia de nuestros especialistas acerca de que, por ejem

ple, el sistema inmunológico se autorregula. La autorregulación en este caso es la de un "subsistema"; el inmunológico que a su vez está vinculado también por mecanismo de regulación con otros subsistemas, siendo el "holo" mente-cuerpo el sistema, engarzado en el metasistema familia.

Lo que hasta este momento se ha tratado de postular, es que la articulación entre los diferentes subsistemas, del sistema u "holos" van a propiciar el estado de equilibrio o desequilibrio tanto en lo orgánico como en lo psicológico, y no como respuestas independientes, sino mas bien como simultáneas.

A su vez, el individuo o sistema, forma parte de un metasistema llamado familia, mediante el cual mantiene una interacción con otros individuos. De la armonía que se guarde entre los miembros de una familia (en las interacciones), va a depender el funcionamiento de esta. De tal modo que la aparición de un hijo con Asma en una familia va a romper la estabilidad del metasistema, cayendo entonces en un estado de crisis.

Si bien no se puede ser preclive a señalar pautas de funcionamiento familiar "sanus" versus "enfermas", porque se sabe que cada grupo familiar es único en cuanto a cual es su grado óptimo de funcionamiento, si podemos hablar de los tipos de respuesta de la familia a la enfermedad crónica que en este caso es el Asma Bronquial.

Concretamente pueden identificarse en cuanto al estilo de respuesta que una familia desarrolla ante la emergencia de la enfermedad, dos patrones de respuesta. Estos patrones constituyen dos modalidades opuestas, que en realidad se escalenan en un continuo de respuestas posibles.

Los dos estilos opuestos son;

a) la respuesta centrífuga, expresada en el desarrollo de una extrema cohesión interna en torno de la situación enfermedad. En este caso toda la familia gira al rededor del enfermo, que se convierte en el centro de las interacciones absorbiendo la energía, monopolizando la atención del resto de su grupo familiar y restando posibilidades de crecimiento y desarrollo a cada uno de los miembros de su grupo. En general en esta modalidad de respuesta, la familia vive en un estado de constante sobresalto, teniendo siempre presentes las posibles complicaciones de la enfermedad y los altibajos de su evolución. El riesgo de muerte puede estar presente constantemente.

b) la tendencia centrífuga, expresada en el desarrollo de conductas evasivas en torno a la situación enfermedad. Dicho tipo de conductas por parte de los miembros del grupo familiar se mejoran en general a expensas de la dedicación de uno de ellos al enfermo. Ello favorece la dependencia de este último, respecto a un miembro de la familia (generalmente la madre), quién "absorbe" el papel de controlar la evolución de la enfermedad. La actitud sobreprotectora se verifica en general como respuesta de un miembro de la familia, condicionando en cierta forma la evasión del problema por los restantes miembros de la familia (10).

Cuando se trata de una pareja que enfrenta la enfermedad de un hijo, esta es una de las respuestas que evaluamos como disfuncionales, en la medida en que existe un excesivo acortamiento de la distancia psicológica entre la madre y el hijo, con la consiguiente ubicación periférica del padre respecto a dicho binomio y el resquebrajamiento del vínculo conyugal (6).

Para la evaluación del autocconcepto se ha utilizado el Test de Tennessee, usado desde 1955 por el Departamento de

Salud Mental de Tennessee, el cual evalúa ocho esferas de la autoestima, las cuales son las siguientes: física, personal, moral, familiar, social, identidad, autosatisfacción y conducta. Para evaluar las ocho esferas se hacen 100 preguntas las cuales constan de cinco respuestas: 1) completamente falso, 2) casi totalmente falso, 3) parte falso y parte verdadero, 4) casi totalmente verdadero y 5) totalmente verdadero.

Las respuestas se pasan a la hoja de resultados, anotándose en el área destinada para cada una, cada respuesta tiene valores positivos y negativos. La interpretación del resultado se hace en base a la sumatoria de los valores positivos y negativos y a la resta algebraica y no algebraica de los mismos; se obtiene el rango numérico que hay entre el mayor y el menor de la suma de valores positivos mas los negativos.

El resultado de cada uno de las ocho esferas se grafica en la hoja percentilar o de perfiles, en donde se interpreta el nivel de autoestima del sujeto, los valores que quedan por debajo de la escala promedio, se consideran como autoestima baja; los que quedan por arriba de la percentil pueden interpretarse como respuestas defensivas del sujeto y el resto que se localizan dentro de las percentiles como "normales".

El Instituto Nacional de Perinatología (INPer), ha estado utilizando este instrumento, para evaluar el autoconcepto de la mujer embarazada, en diferentes condiciones sociales.

Para la correcta evaluación del Test, se recurrirá a la asesoría de los expertos en esta área del INPer.

DEFINICION DEL PROBLEMA.

En vista de que el Asma Bronquial es una de las enfermedades psicosomáticas, según French, Jasso y Kenneth, que se presentan con mayor frecuencia en la infancia, y que por su índole crónica y restricciones que provoca en la vida de los niños, puede llegar a alterarlos psicológicamente (Perrin J y Beeza-Facab). Por lo tanto es importante evaluar la autoestima en niños con enfermedad crónica (Asma Bronquial) para conocer si existen modificaciones en cuanto a la evolución de la enfermedad.

JUSTIFICACION.

El Asma Bronquial es la enfermedad crónica que se presenta con mas frecuencia en los niños y el tratamiento que se instituye es médico y la necesidad de un tratamiento psicológico pocas veces se valora.

Al reconocer que en esta enfermedad existe un componente psicológico, el manejo en forma integral y multidisciplinario podría mejorar la evolución de esta enfermedad.

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar el autconcepto en niños con Asma y en niños sin Asma.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

En base a la escala de Tennessee evaluar las siguientes esferas:

- 1.- Física (aspecto personal y estado de salud).
- 2.- Moral (valores personales).
- 3.- Personal (concepción de atributos y limitaciones personales).
- 4.- Familiar (interacciones familiares).
- 5.- Social (relaciones interpersonales).
- 6.- Identidad (como soy).
- 7.- Autosatisfacción (como me siento, como me percibo).
- 8.- Conducta (así como soy, es como yo actúe).

MATERIAL Y METODOS.

Tipo de estudio:

Descriptivo y Transversal.

Lugar, Tiempo y Universo de Trabajo:

Los pacientes serán captados de la consulta externa de la Clínica Dr. Ignacio Chávez y del Servicio de Alergología del Hospital Reg. Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE, en el período comprendido del 1º de Septiembre al 31 de Octubre de 1991. No se captarán niños en los Servicios de Urgencias u Hospitalización de pediatría para no enmascarar las posibles respuestas.

Criterios de Inclusión:

- Con Asma Bronquial diagnosticado previamente.
- Ambos sexos.
- Diez a catorce años de edad.
- Que tengan ambos padres.
- Que correspondan a la C. Dr. I. Chávez o al Hosp. Lic. A. Lóñez Mateos.
- Que estén de acuerdo en su participación en el estudio

Criterios de Exclusión:

- Que no sean asmáticos, o bien sea el primer cuadro de esta enfermedad.
- Que estén fuera del grupo de edad.
- Que no correspondan a la Clínica u Hospital antes mencionados.
- Que sean huérfanos, hijos de padres divorciados o padres solteros.
- Que no deseen participar en el estudio.
- Niños bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Criterios de Eliminación:

- Que el cuestionario se conteste en forma incompleta.

Definición del Plan y Procedimiento:

Al grupo estudiado se le aplicará el Test de Tennessee previo consentimiento por escrito de los padres. Del grupo total de niños asmáticos que se capte, dependerá el número de niños sin la enfermedad que se incluya para la aplicación del Test.

Las características del grupo control serán similares a las del grupo estudiado y se compararán los resultados en ambos grupos de trabajo.

Los datos serán analizados en base a la escala de Tennessee y se utilizarán escalas de resumen.

Para la correcta evaluación del Test, se recurrirá a la asesoría de los expertos en esta área del Instituto Nacional de Perinatología.

ASPECTOS ETICOS.

Se considera riesgo mínimo, ya que se manejan aspectos de tipo psicológico.

Se elaborará un formato, solicitando la autorización de los padres por escrito, para los niños que se incluirán en el estudio.

RESULTADOS.

Se estudió un total de treinta y dos niños, distribuidos en dos grupos, dieciséis con Asma y dieciséis sanos. De estos, quince presentaron, uno a dos ataques de asma por año controlándose en consulta externa, y solo uno presentó tres crisis en este año, requiriendo hospitalización por cuatro días en la última ocasión.

Durante la entrevista cada niño respondió sin dificultad el cuestionario, logrando discriminar entre cada una de las respuestas. El tiempo que se llevaron en llenar el cuestionario fué de 30 a 50 minutos.

En el cuadro I se observa la distribución por edad y sexo, donde el 50% corresponde a hombres y el resto a mujeres en cada grupo.

La variabilidad en las edades de los pacientes asmáticos fué la siguiente: de diez años fueron seis, tres de once años, de doce fueron tres, tres de trece años y de catorce solo uno.

En los niños sanos fueron dos de diez, de once años cuatro, cinco de doce años, cuatro de trece años y uno de catorce años.

En el cuadro 2 vemos que de los dieciséis pacientes con Asma, todos tuvieron la autoestima disminuida en el área de Identidad, al igual que los dieciséis del grupo control.

En cuanto al área de la conducta, siete del grupo de sanos presentaron autoestima baja en comparación con cinco de los asmáticos.

En la esfera personal no hubo diferencia significativa, ya que ocho del grupo control estuvieron bajos, en el grupo de estudio se presentaron siete.

En la esfera familiar fué la mas desacerde, ya que seis de los asmáticos tuvieron la autoestima baja y de los sanos solo uno.

En las áreas de auto-satisfacción, Física, Moral y Social no se observaron diferencias entre ambos grupos.

CUADRO I.

NIÑOS ASMATICOS Y SANOS POR EDAD Y SEXO.

EDAD	ASMATICOS				SANOS			
	NIÑOS		NIÑAS		NIÑOS		NIÑAS	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
10 AÑOS	3	13.7	2	12.7	1	6.2	1	6.2
11 AÑOS	2	12.5	1	6.2	3	13.7	1	6.2
12 AÑOS	2	12.5	1	6.2	2	12.5	3	13.7
13 AÑOS	1	6.2	0	12.5	2	12.5	2	12.5
14 AÑOS	0	0	1	6.2	0	0	1	6.2

PUENTE: TEST DE TENNESSEE.

CUADRO 2.
DISTRIBUCION POR AREAS DE AUTOCONCEPTO EN AMBOS GRUPOS.

ESFERAS EVALUADAS	ASMA		SAHO	
	No.	%	No.	%
IDENTIDAD	16	100	16	100
AUTOSATISFACCION	0	0	0	0
CONDUCTA	5	31.25	7	43.75
FISICA	12	75.00	12	75.00
MORAL	7	43.75	7	43.75
PERSONAL	7	50.0	7	43.75
FAMILIAR	6	37.5	1	6.25
SOCIAL	6	37.5	6	37.5

FUENTE: TEST DE TENNESSEE.

CUADRO 3.

NIÑOS ASMATICOS CON AUTOCONCEPTO BAJO POR SEXO.

ESPERAS EVALUADAS	NIÑOS		NIÑAS	
	No.	%	No.	%
IDENTIDAD	8	50	8	50
AUTOSATISFACCION	0	0	0	0
CONDUCTA	2	12.5	3	13.75
FISICA	5	31.25	7	43.75
MORAL	3	18.75	4	25.0
PERSONAL	4	25.0	3	13.75
FAMILIAR	3	18.75	3	13.75
SOCIAL	3	18.75	3	18.75

FUENTE: TEST DE TENNESSEE.

DISCUSION.

Como sabemos, en el desarrollo psicológico del niño, es fundamental el papel que juega la familia y la sociedad, ya que si alguna de estas dos tiene una acción negativa sobre el niño, conducirá irremediamente a desajustes psicológicos sobre este.

Al analizar el área de identidad, donde el 100% de los niños de ambos grupos, estuvieron por debajo de las percentiles de normalidad, podría pensarse que de acuerdo al desarrollo psicológico normal del adolescente, según Erickson estos niños no se han podido identificar adecuadamente y mas bien se encuentran en un estado de confusión de rol, que probablemente podrán superar mas tarde.

En la esfera familiar, los resultados obtenidos también son interesantes, ya que la autoestima fué mas baja en el grupo experimental, y esto se puede correlacionar con las interacciones familiares que ocurren en las familias de asmáticos. En general la familia del niño asmático suele ser mas controladora que en el caso de los niños sanos. Esto en las edades del grupo de estudio, según Erick Erickson, provoca mas conflicto en las interacciones familiares, ya que el niño pretende buscar independencia y lo único que encuentra son restricciones que dificultan su desarrollo familiar.

Los resultados de alguna manera coinciden con lo observado por Ferrin y cols., en donde estudia la gravedad de la enfermedad en niños asmáticos, comparada con la percepción de la familia de esta. Encontrando que la enfermedad era mas grave en los hijos de padres con gran desajuste familiar y que percibían la enfermedad en sus hijos de modo mas severo.

En la esfera de conducta se encontró que los niños sanos tenían la autoestima mas baja que los asmáticos y esto se

puede deber a que los niños con asma crecen con mayor control sobre sus actos o costumbres, o sea que tienen un comportamiento más rígido, por que de esa manera se mantienen más tiempo asintomáticos. Por ejemplo, no pueden correr o brincar por temor a provocar una crisis de broncoespasmo, o bien se abrigan y no se exponen al frío o a cambios bruscos de temperatura como lo suelen hacer los niños sin asma. En fin deben ser más estrictos en su comportamiento.

En la esfera personal la diferencia fué mínima, por lo que no es muy valorable, por lo tanto se sugiere continuar el estudio con un número mayor de pacientes.

En base a lo que me preguntaba al inicio del estudio, acerca de si existían modificaciones en la autoestima de niños asmáticos, comparada con los niños sanos, creo que la respuesta ya se mencionó, la principal es a nivel de la esfera familiar y puede estar dada por los razonamientos ya expresados, por lo tanto, creo que si podría ayudarse a los niños asmáticos, mediante una adecuada orientación del paciente y su familia, para que juntos presenten un frente común a la enfermedad y puedan evitar deteriorar más el autoconcepto de estos niños, para brindarles desarrollo psicológico más estable.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Mussen. Aspectos esenciales del desarrollo de la personalidad en el niño; Cap. 9-10; 2a. Ed; Editorial Trillas México 1990; pp. 233.
- 2.- Aguilar G. Conductas problema en el niño normal; Cap. 1 1a. Ed; Editorial Trillas; México 1987; pp. 25.
- 3.- Rodríguez M. Autoestima; Editorial Manual Moderno: Méx. 1985.
- 4.- McCandless B. Conducta y desarrollo del niño; Cap. 12 3a. Ed; Editorial Interamericana; México 1934; pp. 480.
- 5.- Hurlock E. Desarrollo psicológico del niño; Cap. 11; 4a. Ed.; Editorial Mc Graw-Hill; México 1978; pp. 559.
- 6.- Gergen P. National Survey of prevalence of asthma among children in the United States, 1976 to 1980. PEDIATRICS January 1938; 81 (1), pp.1.
- 7.- Jersild A. Psicología del niño; Cap. XIX; 6a. Ed; Edit. Universitaria de Buenos Aires; Argentina 1972; pp. 527.
- 8.- Perrin J. Parental perceptions of health status and psychological adjustment of children with asthma. PEDIATRICS; January 1939; 83 (1), pp.26.
- 9.-Baeza-Bacab. El niño asmático y los deportes. Bol Méd. Hosp. Inf. Méx. ; Mayo 1987; 44 (5); pp. 283.
- 10.- Kornblit A. Somática Familiar; Edit. Paidós; México 1987.
- 11.- French y Alexander. Psicología y Asma Bronquial; Edit. Paidós; Buenos Aires 1966.
- 12.- Jasse L. Manual de procedimientos clínicos en pediatría Cap. 5.03; 2a. Ed; Editores Médicos; México 1984; pp. 117.
- 13.- Fenneth. Manual de problemas clínicos en Pediatría; Cap. Asma; Editorial Interamericana; México 1987; pp. 196.

I S S S T E

A QUIEN CORRESPONDA:

MEDIANTE ESTE DOCUMENTO ME DOY POR ENTERADO DE LA
FINALIDAD QUE PERSIGUE ESTE ESTUDIO, ACEPTANDO DE CON
FORMIDAD? QUE MI HIJO (A) PARTICIPE EN ESTA INVESTIGACION.

A T E N T A M E N T E

ANEXO I

INSTRUCCIONES

Escriba su nombre y el resto de la información solicitada en los espacios en la hoja de respuestas. Deje para después la información de los tres últimos espacios relativa al tiempo. Escriba solamente en la hoja de respuestas y no escriba en este folleto.

En este folleto encontrará una serie de afirmaciones en las cuales usted se describe a sí mismo, tal como usted se ve. Conteste como si usted se estuviera describiendo a sí mismo y no ante ninguna otra persona. NO OMITA NINGUNA AFIRMACION. Lea cada afirmación cuidadosamente y después escoja una de las cinco respuestas. En la hoja de respuestas, ENCIERRE EN UN CIRCULO el número de la respuesta que usted escogió; si desea cambiar la respuesta después de haber hecho el círculo, NO BORRE; escriba una "X" sobre la respuesta marcada y después ponga el círculo en la respuesta que usted desea.

Cuando esté listo para empezar, localice en su hoja de respuestas el espacio que dice "HORA EN QUE EMPEZO" y anote la hora; cuando haya terminado anote la hora en que terminó dentro del espacio que dice "HORA EN QUE TERMINO". Al comenzar, asegúrese que la hoja de respuestas y este folleto estén colocados de tal manera que los números de las afirmaciones y los de las respuestas coincidan. Recuerde trazar un CIRCULO alrededor del número de la respuesta que usted ha escogido para cada afirmación.

RESPUESTAS:

COMPLETAMENTE
FALSO
1

CASI TOTALMENTE
FALSO
2

PARTE FALSO Y
PARTE VERDADERO
3

CASI TOTALMENTE
VERDADERO
4

TOTALMENTE
VERDADERO
5

Esta escala se ha reproducido al pie de cada página a fin de ayudarle a recordar.

No pase a la página siguiente si no ha comprendido claramente las instrucciones.

1. Gozo de buena salud	1
3. Soy una persona atractiva.....	3
5. Me considero una persona muy desarreglada.....	5
19. Soy una persona decente.....	19
21. Soy una persona honrada.....	21
23. Soy una persona mala.....	23
37. Soy una persona alegre.....	37
39. Soy una persona calmada y tranquila.....	39
41. Soy un "don nadie".....	41
55. Mi familia siempre me ayudaría en cualquier problema.....	55
57. Pertenezco a una familia feliz.....	57
59. Mis amigos no confían en mí.....	59
73. Soy una persona amigable.....	73
75. Soy popular con personas del sexo masculino.....	75
77. Lo que hacen otras gentes no me interesa.....	77
91. Algunas veces digo falsedades.....	91
93. En ocasiones me enojo.....	93

COMPLETAMENTE
 FALSO

CASI TOTALMENTE
 FALSO

FARTE FALSO Y
 PARTE VERDADERO

1

2

3

CASI TOTALMENTE
 VERDADERO

TOTALMENTE
 VERDADERO

4

5



2. Me agrada estar siempre arreglado (a) y pulcro (a).....	2
4. Estoy lleno (a) de achaques.....	4
6. Soy una person enferma.....	6
20. Soy una persona muy religiosa.....	20
22. Soy un fracaso en mi conducta moral.....	22
24. Soy una persona roralmente débil.....	24
38. Tengo mucho dominio sobre mí mismo.....	38
40. Soy una persona detestable.....	40
42. Me estoy volviendo loco (a).....	42
56. Soy importante para mis amigos y para mi familia.....	56
58. Mi familia no me quiere.....	58
60. Siento que mis familiares me tienen desconfianza.....	60
74. Soy popular con personas del sexo femenino.....	74
76. Estoy disgustado (a) con todo el mundo.....	76
78. Es difícil entablar amistad conmigo.....	78
92. De vez en cuando pienso en cosas tan malas que no pueden mencionarse..	92
94. Algunas veces, cuando no me siento bien, estoy de mal humor.....	94

COMPLETAMENTE
FALSO

1

CASI TOTALMENTE
FALSO

2

PARTE FALSO Y
PARTE VERDADERO

3

CASI TOTALMENTE
VERDADERO

4

TOTALMENTE
VERDADERO

5

7. No soy ni muy gordo (a) ni muy flaco (a).....	7
9. Me agrada mi apariencia física.....	9
11. Hay partes de mi cuerpo que no me agradan.....	11
25. Estoy satisfecho (a) con mi conducta moral.....	25
27. Estoy satisfecho (a) de mis relaciones con Dios.....	27
29. Debería de asistir más a menudo a la Iglesia.....	29
43. Estoy satisfecho (a) de lo que soy.....	43
45. Mi comportamiento hacia otras personas es precisamente como debería ser.....	45
47. Me desprecio a mí mismo (a).....	47
61. Estoy satisfecho (a) con mis relaciones familiares.....	61
63. Muestro tanta comprensión a mis familiares como debiera.....	63
65. Debería depositar mayor confianza en mi familia.....	65
79. Soy tan sociable como quiero ser.....	79
81. Trato de agradar a los demás pero no me excedo.....	81
83. Soy un fracaso en mis relaciones sociales.....	83
95. Algunas de las personas que conozco me caen mal.....	95
97. De vez en cuando me dan risa los chistes colorados.....	97

COMPLETAMENTE
FALSO

1

CASI TOTALMENTE
FALSO

2

PARTE FALSO Y
PARTE VERDADERO

3

CASI TOTALMENTE
VERDADERO

4

TOTALMENTE
VERDADERO

5

8. No estoy ni muy alto (a) ni muy bajo (a).....	8
10. No me siento tan bien como debiera.....	10
12. Debería ser más atractivo (a) para con personas del sexo opuesto....	12
26. Estoy satisfecho (a) con mi vida religiosa.....	26
28. Quisiera ser más digno (a) de confianza.....	28
30. Debería mentir menos.....	30
44. Estoy satisfecho (a) con mi inteligencia.....	44
46. Me gustaría ser una persona distinta.....	46
48. Quisiera no darme por vencido (a) tan fácilmente.....	48
62. Trato a mis padres tan bien como debiera (use tiempo pasado si - los padres no viven).....	62
64. Me afecta mucho lo que dice mi familia.....	64
66. Debería amar más a mis familiares.....	66
80. Estoy satisfecho (a) con mi manera de tratar a la gente.....	80
82. Debería ser más cortés con los demás.....	82
84. Debería llevarme mejor con otras personas.....	84
96. Algunas veces me gusta el chisme.....	96
98. Algunas veces me dan ganas de decir malas palabras.....	98

COMPLETAMENTE
FALSO

1

CASI TOTALMENTE
FALSO

2

PARTE FALSO Y
PARTE VERDADERO

3

CASI TOTALMENTE
VERDADERO

4

TOTALMENTE
VERDADERO

5

13. Me cuido bien físicamente.....	13
15. Trato de ser cuidadoso (a) con mi apariencia.....	15
17. Con frecuencia soy muy torpe.....	17
31. Mi religión es parte de mi vida diaria.....	31
33. Trato de cambiar cuando sé que estoy haciendo algo que no debo..	33
35. En algunas ocasiones hago cosas muy malas.....	35
49. Puedo cuidarme siempre en cualquier situación.....	49
51. Acepto mis faltas sin enojarme.....	51
53. Hago cosas sin haberlas pensado bien.....	53
67. Trato de ser justo (a) con mis amigos y familiares.....	67
69. Me intereso sinceramente por mi familia.....	69
71. Siempre cedo a las exigencias de mis padres.....	71
85. Trato de comprender el punto de vista de los demás.....	85
87. Me llevo bien con los demás.....	87
89. Me es difícil perdonar.....	89
99. Prefiero ganar en los juegos.....	99

COMPLETAMENTE
FALSO

1

CASI TOTALMENTE
FALSO

2

PARTE FALSO Y
PARTE VERDADERO

3

CASI TOTALMENTE
VERDADERO

4

TOTALMENTE
VERDADERO

5

14. Me siento bien la mayor parte del tiempo.....	14
16. Soy malo (a) para el deporte y los juegos.....	16
18. Durmo mal.....	18
32. La mayoría de las veces hago lo que es debido.....	32
34. A veces me valgo de medios injustos para salir adelante.....	34
36. Me es difícil comportarme en forma correcta.....	36
50. Resuelvo mis problemas con facilidad.....	50
52. Con frecuencia cambio de opinión.....	52
54. Trato de no enfrentar mis problemas.....	54
68. Hago el trabajo que me corresponde en casa.....	68
70. Riño con mis familiares.....	70
72. No me comporto en la forma que desea mi familia.....	72
86. Encuentro buenas cualidades en toda la gente que conozco.....	86
88. Me siento incómodo (a) cuando estoy con otras personas.....	88
90. Me cuesta trabajo entablar conversación con extraños.....	90
100. En ocasiones dejo para mañana lo que debería hacer hoy.....	100

COMPLETAMENTE
FALSO

1

CASI TOTALMENTE
FALSO

2

PARTE FALSO Y
PARTE VERDADERO

3

CASI TOTALMENTE
VERDADERO

4

TOTALMENTE
VERDADERO

5