

116



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA

Tejem

FACTORES PSICOLOGICOS EN UN GRUPO DE NIÑOS
ASMATICOS Y NO ASMATICOS, EVALUADOS
CON CAT-H Y CAT-S

T E S I S
QUE PRESENTA
PALOMA ANGELICA
DE HINOJOSA VALLEJO
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA



MEXICO, D. F. 1995 DIRECTOR DE TESIS:
DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ

FALLA DE ORIGEN 1995



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.

**"LA PENA QUE NO SE
DESAHOGA EN LAGRIMAS
PUEDE HACER LLORAR A
OTROS ORGANOS".**

Henry Maudsley

**A mi madre
*Georgina Vallejo y Morales***

Que con su amor, confianza y comprensión
fue ejemplo de tenacidad, sembrando en mi
la semilla de la superación, llegando a ser
el pilar de mi carrera...de mi vida.

*A mis amigas:
Paty, Laura y Rebeca*

Por el cariño y apoyo incondicional que siempre me han mostrado

*A mis Ahijados
Livier, Sarah Elyne,
Lizbeth y Marco Antonio*

Porque con sus sonrisas e inocencia hacen de un día cualquiera una maravillosa experiencia

A Martha

Con quien aprendí que no hay obstáculos cuando existe una amistad verdadera

A la Familia Malvaéz

Porque han sido participes en mi formación personal y por los frutos de nuestra convivencia

A Nicolás y Francisco

Que por su amistad, e interés han participado en mi formación profesional

*† In Memoriam
A Juanito*

Quien con su estilo de vida demostró la calidad y grandeza del ser humano, además del gran amor que siempre mostró

*A mis padrinos
Martha de Barrón,
Jesús y Ma Luisa
González*

Porque su presencia ha sido una muestra de cariño y comprensión

*A mis primos
Martha, Fátima, Rosita,
Laurita, Juan Manuel y
Francisco Martínez*

A quienes con gratitud y cariño adeudo una infancia feliz

***A mis Primos:
Jesús, Carlos, Jorge,
Gerardo, Martín, Antonio,
Juan Eduardo y Leticia
González***

Quienes me han permitido
adentrar a sus vidas y
compartir gratos momentos

A Rosa Elena

Que con su juicio sincero,
objetivo e imparcial ayudó a
mejorar este trabajo

***A Manuel, Ma Lourdes y
Manolo***

Mi cariño por todo lo que
hemos compartido, y por los
lazos de hermandad que nos
unen

A Alfredo

Porque sus consejos
fueron un aliciente en esta
investigación

***† In Memoriam
A mi Abuelita Petrita***

Que con su ternura peinó
y dió impulso a mis alas para
volar

***A los Dres.
Guillermo y Melesia***

Porque han sido un
ejemplo a seguir en mi
formación profesional

***A la Dra.
Nelly Ramírez Ch.***

Quien con su entusiasmo
me motivó a no desistir en
mi anhelo

RECONOCIMIENTOS

Expreso mi más sincero y profundo agradecimiento al *Dr. José de Jesús González Núñez* quien con inteligencia, dirigió y apoyo en la culminación de este sueño.

Así como a los miembros del Jurado:

-*Mtra. Fayne Esquivel Ancona* por su dedicación y sugerencias provechosas.

-*Lic. Leticia Bustos de la Tijera* por sus atinados consejos y comprensión.

-*Mtra. Martha Cuevas Abad* por las enseñanzas que me ha transmitido.

-*Lic. Araceli Mendoza Ibarrola* por su interés y colaboración en la revisión de este estudio.

Extiendo mi agradecimiento al *Dr. José Huerta López (INP)* y al *Dr. Guillermo Wakida Kusunaki (PEMEX)* no tan sólo por su colaboración en el diagnóstico médico de los niños estudiados sino también por su muy valiosa crítica e interés para esta investigación.

Un especial agradecimiento al *Lic. José Antonio Delgado Núñez (Ed.Paidos)* por el interés y la gentileza de hacerme llegar el suplemento de la prueba empleada de este trabajo.

A la *Dra. Sara Margarita Zendejas Merino (SEP)* por su apreciable ayuda en la selección de los niños en las escuelas primarias.

RESUMEN

El asma bronquial es un padecimiento frecuente y de etiología compleja la cual representa una preocupación de salud pública.

En esta investigación se efectúa una revisión de la psicopatogénesis del padecimiento, así como también se retoman aspectos del desarrollo en la edad escolar como un marco de referencia.

En la metodología se realiza la aplicación de la *Prueba de Apercepción Temática Infantil versión Humana (CAT-H)* y su suplemento (CAT-S); con el interés de conocer los factores psicológicos que influyen en la psicodinamia del niño asmático y no asmático en la siguiente muestra:

30 niños con diagnóstico de asma bronquial y pertenecientes a consulta externa del Instituto Nacional de Pediatría; Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Hospital de PEMEX.

30 niños no asmáticos obtenidos de la Secretaría de Salud Pública de la Ciudad de México.

Finalmente se observa que existen diferencias cuantitativas en el factor dependencia y sólo cualitativas en los factores psicológicos tales como la agresión, el temor al abandono por parte de la figura materna y la rivalidad con los hermanos como parte de la psicodinamia en los niños asmático y niños no asmáticos.

INDICE

INTRODUCCION	1
CAPITULO I. PERSPECTIVA DEL ASMA BRONQUIAL	3
1.1.-Breve revisión histórica.	
1.2.-Definición de asma bronquial y epidemiología.	
1.3.-Anatomía y fisiopatología.	
1.4.-Semiología y clasificación.	
1.5.-Concepto de psicopatología y etiología en el asma.	
1.6.-El niño con asma bronquial y su familia	
1.7.-Estudios realizados con sujetos asmáticos.	
CAPITULO II. LA EDAD ESCOLAR	26
2.1.-Aspectos biofisiológicos.	
2.2.-Tipo de pensamiento.	
2.3.-Desarrollo moral.	
2.4.-Desarrollo psicosocial.	
2.5.-Aparato psíquico.	
2.6.-Mecanismos de defensa.	
2.7.-Relaciones objetales.	
2.8.-Agresión en el periodo de latencia.	
CAPITULO III. METODO	43
3.1.-Planteamiento y justificación del problema.	
3.2.-Hipótesis	
3.3.-Variables	
3.4.-Definición conceptual del problema.	
3.5.-Sujetos.	
3.6.-Muestreo.	
3.7.-Tipo de estudio.	
3.8.-Diseño.	
3.9.-Instrumentos y materiales.	
3.10.-Procedimiento.	
3.11.-Análisis estadístico.	

RESULTADOS	50
ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS	61
CONCLUSIONES	66
SUGERENCIAS	67
NOTAS	68
BIBLIOGRAFIA	73
ANEXOS	77
GLOSARIO	85

INTRODUCCION

La presente investigación está encaminada al conocimiento del asma bronquial en la niñez, padecimiento que a llegado a ser un desafío debido a su complejidad.

Algunos autores como J. W. Reed,¹ admiten que el asma bronquial es una enfermedad de etiología compleja en la cual se pueden encontrar factores alérgicos, climáticos, infecciosos, endocrinos y emocionales.

La importancia de los factores psicológicos en los mecanismos del asma infantil está demostrada por diversos hechos:

- Existencia de factores psicológicos en el desencadenamiento de las crisis.
- Características de la personalidad del niño asmático.

Estos como otros hechos permiten situar el asma en el grupo de la medicina psicosomática, la cual pretende precisar las relaciones que existen entre ciertas constelaciones psicodinámicas y el padecimiento, en los cuales se ha pensado qué condiciones psicológicas engendradas en las relaciones interpersonales juegan un papel codeterminante de importancia.

El asma bronquial es un padecimiento multifactorial y su manejo debe ser multidisciplinario, generalmente los médicos se limitan a indicar preventivos, broncodilatadores y antibióticos cuando éstos son necesarios, al igual que una educación al paciente de los factores que lo aquejan.

La falta de conocimiento de un padecimiento como lo es el asma, provoca tanto en los niños como en los padres angustias y temor ante la situación de crisis; de tal manera que el conocer sus causas nos ayuda a planear un mejor tratamiento integral.

Convencida de eso, me formulé las siguientes interrogantes ¿Existen diferencias en cuanto a los factores psicológicos de los niños asmáticos y los que no padecen asma? y de ser así, ¿Que otros factores psicológicos interactúan en esta psicodinamia?

Para responder a estas preguntas se formó una muestra de niños de seis a diez años de edad. A todos se les diagnóstico asma bronquial, en el departamento de consulta externa del INP, INER y Hospital de PEMEX.. A cada uno de los niños de manera individual se les aplicó la prueba del CAT-H y CAT-S, éstas debido a que son capaces de revelar indicadores significativos acerca de la estructura y dinámica latente de la personalidad del niño.

El análisis de datos se realizó a través de dos tipos de análisis, uno cuantitativo y otro cualitativo, para el primer análisis se recurrió a la escala nominal, con el objeto de aplicar la Chi cuadrada (χ^2) obteniéndose así las frecuencias de los puntajes de las pruebas aplicadas en los grupos. A partir de las frases utilizadas por los sujetos en sus historias se desarrollo el análisis cualitativo.

En el apartado de anexos se muestran dos casos de niños asmáticos y uno de un niño no asmático , con el objetivo de ejemplificar los datos obtenidos en dicha investigación. Así como también un breve glosario que incluye términos médicos con el fin de facilitar al lector el manejo de términos.

Previo a este tercer capítulo de metodología se presenta en el primer capítulo un panorama general sobre el padecimiento del asma bronquial abordando los siguientes tópicos; definición, etiología, semiología, y clasificación; además de estudios realizados en niños con éste padecimiento.

En el capítulo siguiente se hace una revisión a partir de los supuestos teóricos que tanto Piaget, Erikson, Freud, y Gesell tratan sobre el desarrollo del niño en edad escolar. Contando también con una explicación de las instancias de la personalidad del infante.

PERSPECTIVA SOBRE ASMA BRONQUIAL

BREVE REVISION HISTORICA

El concepto clínico de la palabra asma se encuentra registrada siglos antes de Cristo con Hipócrates (460-370 A.C.).² Sin embargo la primera descripción detallada del padecimiento suele acreditarse a Areteo de Capadocia, en el segundo siglo de la era Cristiana, quien enfatizó el estado de ansiedad, la rigidez y superficialidad de las respiraciones así como la angustiante sensación de su sofocación que es característica de un ataque asmático.³

En las escrituras del nuevo testamento se hace mención de que uno de los jueces que debían juzgar a Jesucristo no se presentó porque sufría de una crisis asmática.

Galeno (siglo II) con respecto al asma consideraba que el moco desempeñaba un papel importante en la patología.⁴

Moisés de Maimónides (1153-1204), describe el asma como precedente de un resfriado común, especialmente en las estaciones lluviosas así como también un factor emocional relacionado con su aparición.⁵

El Arzobispo de Canterbury (hermano del Rey de Inglaterra que vivió en el Siglo XV) padeció de asma e hizo venir a Jerónimo de Cardain el cual le diagnóstico que era sensible a las plumas.⁶

El primer libro dedicado al asma lo publicó Floyer en 1698, en el cual se define al padecimiento como estiramiento, compresión y constricción de los músculos bronquiales.⁷

En 1761, Morgagni establece al asma como un síndrome causado por factores ambientales en individuos susceptibles.⁸

Para 1850, Gerbardt perfila el concepto de que el asma es el resultado de la interacción de la predisposición hereditaria y factores ambientales, químicos y físicos.⁹

En el siglo XX, Muller establece la relación del asma y la fiebre del heno, posteriormente Koch, Portier y Richert, establecen la respuesta inmunitaria originando así el concepto de *hipersensibilidad*.¹⁰

En 1910-1911 Bob Asner es el primero que relaciona el asma con un fenómeno inmunológico, siendo el punto de partida para un trabajo minucioso de las enfermedades mediadas por un mecanismo inmunológico y no inmunológico.¹¹

En los reportes subsiguientes en el progreso del asma y de la alergia en general son, el desarrollo de la hiposensibilización (Noon y Freeman, 1911), el descubrimiento de los mediadores como la histamina.¹²

En 1918, Walter establece el término de asma intrínseca y extrínseca, que más adelante nos ayudará a determinar dos tipos de asma bronquial.¹³

En 1935 Franz Alexander fué el iniciador de la teoría relacionada con los trastornos psicósomáticos en el asma.¹⁴

La caracterización de la inmunoglobulina IgE en 1960 se debe a los Doctores Kimishige y Terveo Ishizaka (USA) y de los Doctores Johansson y K. Bennich de Suecia.¹⁵

Más tarde en 1967, el Doctor Ishizaka y su esposa aislaron la IgE del suero de pacientes alérgicos valorándose un cambio radical donde se observaba como responsable de las reacciones alérgicas.¹⁶

La descripción de la hipersensibilidad tipo I y la teoría del balance B-adrenérgico fué descrita por Szentivany en 1968.¹⁷

DEFINICION DE ASMA BRONQUIAL Y EPIDEMIOLOGIA

El término de asma proviene de la palabra griega Azo que significa jadeante, es decir, respiración agitada.¹⁸

La complejidad del padecimiento, en cuanto a su etiología y factores que interactúan en la psicodinámica del enfermo, hace difícil su definición.

Bustos y Bracamontes (1977), definen el asma como: "Un padecimiento bronquial que se caracteriza por crisis periódicas de dificultad de respiración y se manifiesta por fatiga, sibilancias y tos".¹⁹

En una definición más completa la Psiquiatría considera el asma bronquial como: "Una enfermedad caracterizada por ataques de disnea respiratoria, debida a diversos factores tales como espasmos, edema y obstrucción de los bronquios por tapones mucosos. Además el árbol bronquial normalmente se acorta y constriñe durante la respiración. El proceso obstructivo produce los síntomas y signos del asma" (Caso, 1982).²⁰

Los Doctores Ramírez, Flores, Pedroza y Valle (1986) definen el asma bronquial como "Un padecimiento de las vías respiratorias que se caracteriza por el estrechamiento periódico de los bronquios lo que produce un obstáculo a la respiración".²¹

Expertos en el tema han intentado dar una definición del asma. Sin embargo postular una definición de este padecimiento no ha sido tarea fácil. Clínicos, fisiólogos, inmunólogos y patólogos han dado sus diferentes puntos de vista para lograr unir en una amplia definición éstas expectativas. El acuerdo general reconoce la siguiente definición:

"Asma es una enfermedad pulmonar con las siguientes características: 1) obstrucción de las vías aéreas que es reversible (pero no completamente en todos los pacientes) ya sea espontáneamente o con tratamiento. 2) inflamación de las vías aéreas y 3) incremento en la sensibilidad de las vías aéreas ante una variedad de estímulos".²²

El asma es una de las enfermedades pulmonares crónicas más frecuentes convirtiéndose en un problema de salud pública. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que es difícil sacar estadísticamente un porcentaje de la población afectada, debido que los signos y síntomas son semejantes a otras enfermedades.

En Suecia (1954), los distintos estudios estadísticos señalaron que el asma se presentó en el 1% de la población general, siendo la población infantil la más afectada (.73%).²³

En el Hospital de México los padecimientos alérgicos constituían el 68% de la consulta externa, en el año de 1960 del cual al asma le correspondía el 1.25% mientras que en la U.S. National Health Survey (1959-1961) comunicó la prevalencia de enfermedades alérgicas en 7.4% y asma 2.6%.²⁴

En 1980 y 1985, se realizaron en México especialmente en la capital, estimaciones del 1% de la población, mismo que se eleva al 5% si se consideran solamente los menores de 14 años. Para 1981 se reportó dentro del agrupamiento de asma, enfisema y bronquitis crónica, una tasa de mortalidad de 9.43 por 100 mil habitantes colocándose en el 5o. lugar como causa de muerte en el grupo de edad preescolar (de uno a cuatro años).²⁵

En los Estados Unidos de Norteamérica se considera que el asma es causa de morbilidad en más de 8.5 millones de personas hasta 1984. Siendo la décima causa de consultas pediátricas. En el periodo comprendido de 1980 a 1987, se estimó un incremento del 29% en la población estadounidense, señalando que 10 millones de personas tenían asma en 1984.²⁶

Por ésta misma época, el dar de "alta" a los pacientes en Hospitales se estimó en 6% como primer diagnóstico. Sin embargo, de 1970 a 1987 incrementó cerca del triple. Entre 640 millones, se estima el total de visitas al National Ambulatory Medical Care Survey, debido al asma.²⁷

El cálculo de muerte causado por asma también incremento en un 31% (2891 personas murieron en 1980, 4360 personas fallecieron en 1987). El asma es generalmente tratado en consulta externa y en 1985, había 6.5 millones de visitas registradas con diagnóstico de asma.²⁸

En estadísticas nacionales, el asma durante la infancia ocupa más del 90% del total de consultas dadas en el servicio de neumología del Hospital de Pediatría del Instituto Mexicano del Seguro Social.²⁹

Desde 1990, se ha estimado que la prevalencia del asma en el mundo es del 5%. Las estimaciones sobre la prevalencia del asma en los niños, en diferentes partes del mundo son muy variadas. Por ejemplo, en los países escandinavos la tasa de prevalencia en niños de 7 a 14 años varió un 0.8% en Copenhague y un 1.4% en Estocolmo. En el Reino Unido la cifra fue de 1.8% en el grupo de 6 a 15 años, en Australia la tasa aumentó de 4.6 a 20% en un grupo de seguimiento de los 7 a los 10 años y en México se estimó una frecuencia del 5%.³⁰

En este mismo año, el Doctor Gómez reportó que en el Departamento de Neumología Pediátrica del Hospital General del Centro Médico "La Raza" del IMSS de 3000 consultas al año, el 60-65% fueron por asma de difícil control.³¹

La mortalidad global tanto en niños como en adultos en México es baja. Sin embargo, esto varía de acuerdo a la edad, mientras que en el niño se encontró en 1991 un índice del 1%, en el adulto oscilaba del 2 al 4%.³²

En México no ha variado significativamente de 1993 a 1994, el padecimiento de asma en la población corresponde a un 5%.³³

En este mismo año se considera que entre un 5% y un 7% de la población mundial sufre asma y los últimos estudios realizados sitúan en 2 millones el número de afectados, estimándose también que la población laboral de los países occidentales pierde anualmente una media de veinte días laborales a causa de esta patología.³⁴

El asma se puede presentar a cualquier edad desde niños lactantes hasta la edad adulta. Sin embargo, existe un predominio en las edades preescolar y escolar.³⁵

En la distribución por sexo se ha observado, que el masculino predomina a más del doble que el femenino, con una relación aproximada masculino/femenino de 1:0.4. Invertiéndose la proporción en la edad adulta.³⁶

Se ha podido notar que el asma se presenta principalmente en las zonas de climas más fríos, zonas industriales y contaminadas. También se observa que se presenta más frecuentemente en áreas urbanas y aquí en México cerca de los litorales, en donde existe un alto índice de humedad durante todo el año. Así como se puede identificar en específicas épocas del año, como lo son las épocas invernales y otoñales.

ANATOMIA Y FISIOPATOLOGIA

Los bronquios forman parte del aparato respiratorio, se originan a partir de la bifurcación de la tráquea, hasta la formación de los alveólos. Se dividen primeramente en bronquio izquierdo y derecho, este último es más largo, en tanto que el izquierdo es más grueso. Los bronquios primarios se dividen en secundarios y de ellos parte los de tercer orden. Al final se bifurcan formando los sacos alveolares.

Su forma es cilíndrica, y pierden el esqueleto fibrocartilaginoso de la tráquea.

El epitelio es monoestratificado, constituido por células cilíndicas y ciliadas.³⁷

La vascularización proviene de las arterias derivadas de la aorta. Estos vasos corren a lo largo de los bronquios dividiéndose al mismo tiempo que ellos hasta llegar al lóbulo. Proporcionan también los vasos vasorum de la arteria pulmonar.

Las venas bronquiales colectan sangre, al pasar por los pilares y ahí se dirigen a la vena ácigos, la innervación proviene del vago y del simpático.³⁸

Podríamos definir el asma como un evento en el cual existe reducción del diámetro de las vías respiratorias de pequeño calibre, debido a que patogénicamente el asma es una enfermedad por obstrucción de las vías respiratorias, como resultado de la combinación de la contractura muscular lisa bronquial, edema e inflamación, así como secreción de moco viscoso. Afecta a las vías respiratorias de pequeño y gran diámetro, pero no a los alveólos.

Estas anomalías conducen a un aumento de la resistencia del flujo aéreo, una reducción del volumen espiratorio forzado y de los valores del flujo, y una hiperinflamación del pulmón con atrapamiento del aire. El aumento del trabajo respiratorio provoca una sensación de dificultad para respirar y generar desequilibrios en la relación ventilación y perfusión alveolar, lo que causa hipoxemia.³⁹

El aspecto más importante de la fisiopatología y por ende la más estudiada, es la hiperreactividad principal de los bronquios, aunque también se menciona en otros segmentos de las vías respiratorias superiores. Se manifiesta en diversas células situadas en este sistema: las mucosecretoras, las musculares lisas, cébadas, basófilos y otros. La hiperreactividad es desencadenada por numerosos factores y la intensidad es directamente proporcional al número, frecuencia e intensidad de exposición de los mismos. Aunque se desconocen los factores precisos de las causas de hiperreactividad.⁴⁰

La inflamación es una serie de cambios secuenciales del tejido conjuntivo vascularizado en respuesta a una lesión. Cuando ocurre el daño tisular, el tejido lesionado libera una gran cantidad de mediadores químicos que aumentan el flujo sanguíneo local y la permeabilidad de capilares venosos y vénulas, permitiendo que escapen hacia los tejidos células, líquido y proteínas. El resultado es un edema extracelular local y un infiltrado de diversas células inflamatorias.⁴¹

La inflamación de la vía respiratoria es un proceso complejo que se inicia después de un estímulo adecuado (por ejemplo, infección respiratoria viral, alergia o inhalación de irritantes) y como resultado de la estimulación las células inflamatorias primarias (epiteliales, mastocitos y macrófagos) liberan mediadores que inducen una respuesta inflamatoria local, tanto directa como indirectamente, mediante el reclutamiento y la activación de células afectoras secundarias: eosinófilos, neutrófilos, monocitos, linfocitos y plaquetas, que a su vez liberan productos celulares (histamina, citocinas, etc.) que aumentan y perpetúan la respuesta inflamatoria la cual se puede acompañar de dos componentes adicionales muy importantes: la hipersecreción de moco y la descamación de la superficie epitelial.⁴²

Además de los cambios celulares descritos, la estimulación del sistema nervioso no-adrenérgico no-colinérgico por medio de terminaciones nerviosas amielínicas de fibra C puede ocasionar un reflejo que libere neuropéptidos que pueden inducir contracción del músculo liso bronquial, edema bronquial, exudación de plasma de la microvasculatura e hipersecreción mucosa.⁴³

Después de un estímulo apropiado la vía aérea con hiperreactividad puede presentar respuestas inmediata y/o tardía. La respuesta asmática inmediata (RAI) se caracteriza por iniciar rápidamente, alcanzar su máxima expresión en unos 15 minutos y mantenerse por espacio de dos horas; básicamente depende de broncoespasmos y afecta principalmente a la vía aérea mayor. Por su parte la respuesta asmática tardía (RAT) es de inicio lento y progresivo, alcanza su máximo en 12 horas y puede persistir por varios días, se asocia al asma nocturna, depende de un proceso inflamatorio y básicamente afecta a la vía aérea pequeña.⁴⁴

SEMIOLOGIA Y CLASIFICACION

Es importante recordar que no existen dos niños asmáticos iguales, cada paciente tiene un patrón de sensibilidad personal.

Los síntomas del asma son muy variables, en la mayoría de los niños se inicia con alteraciones mínimas como decaimiento o irritabilidad, falta de apetito, palidez, síntomas nasales: comezón de la nariz, estornudos frecuentes, salida de moco claro transparente, algunos de estos síntomas pueden verse aumentados con el ejercicio, la risa, el llanto o los cambios bruscos de temperatura.⁴⁵

Los siguientes signos son los que se localizan en un niño asmático:

- 1) Tos productiva (con flemas)
- 2) Estertores y sibilancias
- 3) Aumento de la frecuencia cardíaca
- 4) Hundimiento entre costillas y arriba de la clavícula
- 5) Amaratamiento de labios y uñas (sianosis)
- 6) Aumento del diámetro de tórax
y en grados muy severos
- 7) Estados de coma.

Por esta razón el niño asmático no puede introducir suficiente oxígeno a sus pulmones y le cuesta más trabajo eliminar el bioxido de carbono producido en el organismo.

En 181 pacientes se encontraron padecimientos asociados, observándose en la gran mayoría infecciones de vías respiratorias superiores, entre estas la rinosinusitis fué la más frecuente, seguido de rinofaringitis.⁴⁶

La Dra Canseco, en el Hospital General de México (1991), al efectuar la anamnesis, la gran mayoría de los pacientes refirió sintomatología característica de la crisis asmática: tos en 249 pacientes, dificultad respiratoria en 243, rinorrea en 129 y sibilancias en 51 pacientes. Es decir, la presencia de tos, dificultad para respirar y las sibilancias fueron las manifestaciones clínicas más frecuentemente mencionadas por el familiar del paciente. Corroborándose la mayoría de ellas al momento de la exploración así como en otros estudios realizados acerca de la sintomatología del niño asmático.⁴⁷

Esta entidad cuando se presenta en fase activa se conoce como crisis asmática, y cuando en los pacientes la crisis persiste más de 24hr. y no responde a los agentes terapéuticos se considera como status asmático.

El Dr. Kociak identifica diferentes etapas de la enfermedad con los siguientes términos:

1. **Sibilpool** Corresponde a la serie de padecimientos en los cuales aparece dentro de la sintomatología posible, generalmente como complicación, la crisis o broncoespasmos, entre ellos, podemos mencionar: rinitis, bronquitis, aspiración de cuerpo extraño y muchas más.

2. **Criadas** (Contracción de crisis de disnea sibilante) Se trata de un segundo paso en el proceso, en el cual se encuentra ya instaurado el síntoma, dependiendo de otros factores o estímulos que por asociación han adquirido la característica de estímulos condicionados (el frío, la cama, la noche, el ejercicio, etc.) independizándose relativamente del padecimiento original.

3. **Feedback** Un tercer nivel en el cual queda establecido el problema de manera más compleja, representando ya la presencia de una verdadera enfermedad psicósomática, entendida como aquella que posee mecanismos de retroalimentación propios (algoritmos del 3er. nivel).⁴⁸

Bustos (1977), representa por medio de un esquema de pirámide escalonada distintos grados de asma en la infancia:

Primer escalón: Estado Preasmático. En esta etapa el niño todavía no ha presentado síntomas de dificultad respiratoria ni sibilancias, es decir el conjunto de factores que habitualmente preceden a la aparición del asma, presentando una de estas dos situaciones: eczema del lactante o alergia nasal.

Segundo escalón: Asma por Infección. Estos niños ya tienen la crisis periódicas de dificultad respiratoria, pero siempre desencadenadas por una infección.

Tercer escalón: Asma no infecciosa. En esta etapa las crisis de asma se presentan relacionadas con la exposición del niño a una sustancia a la cual es particularmente muy sensible. El asma no infecciosa es más habitual en niños de edad escolar, como es caso del grupo de niños asmáticos de nuestro estudio.

Cuarto escalón: Asma presente. Cuando el asma no se presenta esporádicamente, sino que el niño padece en forma continua un cierto grado de estrechez bronquial, decimos que el niño tiene asma permanente. El paciente vive tomando broncodilatadores o se habitúa al uso constante de aerosoles o calmantes que le dan cierto alivio, aunque pasajero. Su vida se altera marcadamente. El esfuerzo físico, los juegos y aun la risa, le producen espasmo bronquial y así el niño vive en un estado de equilibrio bronquial inestable.

Quinto escalón: Asma de alto riesgo. Son niños que tienen un asma de marcada severidad. dependencia de los corticoides para poder subsistir; con frecuencia han sido internados, la deformación torácica es apreciable y los pocos casos de muerte por asma en la infancia se encuentra en este pequeño grupo.⁴⁹

Es importante recalcar que no todos los niños pasan por cada uno de los escalones, es decir no todos los niños del primer escalón pasarán al segundo escalón, ni todos los del segundo al tercero, ni todos los niños siguen ordenadamente los escalones algunos saltan etapas.

La posibilidad de curación es más sencilla en los primeros escalones, es decir la precocidad del diagnóstico y del tratamiento es fundamental en todo niño asmático.

Actualmente, la clínica utiliza en su clasificación dos tipos de asma. El Dr. Walter (1918) estableció el término de asma intrínseca y extrínseca, de las que se mencionan algunas características: 50

Antecedentes de eczema y/o rinitis	Raramente existen antecedentes alérgicos.
Antecedentes de asma en la familia	Historia familiar generalmente negativa
Pruebas cutáneas usualmente positivas y aumento de IgE.	Pruebas cutáneas e IgE usualmente negativas
Llamada también asma alérgica, que esta caracterizada por accesos súbitos de bronco espasmos con sibilancias, disnea y otros síntomas de disnea y otros síntomas respiratorios	No se reconoce factores alérgicos en su producción, y su edad de aparición es generalmente superior a los 35 años. Existen frecuentemente patología infecciosa de base y ocasionalmente antecedentes de atopia.
Entre las crisis, el individuo permanece prácticamente asintomático. Los accesos asmáticos son agudos.	Los accesos asmáticos son de mayor importancia y de peor pronóstico que el asma extrínseca.

Existe también otra clasificación en el asma bronquial y es según al grado de severidad: 51

LEVE La frecuencia de las exacerbaciones de tos y sibilancias no son a menudo más de una o dos veces por semana, hay pocos signos clínicos o síntomas de asma entre las exacerbaciones, tienen un buen grado de tolerancia, pero no toleran el ejercicio tan vigoroso, especialmente si es una rutina prolongada, la frecuencia de los síntomas nocturnos son de una o dos veces por mes, existe una asistencia satisfactoria a la escuela o el trabajo. En la función pulmonar no hay o hay un mínimo de evidencia de obstrucción de las vías aéreas en el espirómetro, la curva del volumen del flujo expiratorio es normal.

MODERADO Aquí las exacerbaciones de tos y sibilancias son más frecuentes, más de dos veces por semana y puede tener historia de exacerbaciones severas, pero raramente frecuentes, los síntomas nocturnos se presentan dos o tres veces por semana, la asistencia a la escuela o al trabajo se ve afectada. En la función pulmonar los signos de obstrucción de las vías es evidente en el espirómetro, se muestra la curva del volumen del flujo reducido.

SEVERO Existen diariamente sibilancias, severa frecuencia en las exacerbaciones, las visitas al Dr. y al hospital son por el departamento de urgencias (2 o 3 veces por año), seguramente con insuficiencia respiratoria, la tolerancia al ejercicio es muy pobre con marcada limitación de las actividades. Consideradamente, el sueño nocturno es interrumpido por el asma, presentando en las madrugadas el pecho cerrado. La asistencia al trabajo o la escuela es pobre.

CONCEPTO DE PSICOSOMATICIDAD Y ETIOLOGIA EN EL ASMA

El término psicossomático proviene de las palabras griegas Psyché (espíritu o alma) y Somá (cuerpo).⁵²

La medicina psicossomática se concibe generalmente como la parte de la medicina que se ocupa de la psicogénesis de los trastornos somáticos.

El efecto psicológico que una enfermedad puede producir en un paciente estará en función de la personalidad previa de éste.

La respiración constituye la primera función fisiológica posnatal que realiza el organismo fetal independientemente del organismo de la madre, siendo la respiración el primer paso hacia la independencia biológica del niño con respecto a la madre. En el paciente asmático esta función está inhibida por el espasmo de los bronquiolos, en este sentido el ataque de asma expresaría una protesta contra la separación. El umbral de sensibilidad alérgica depende del estado emocional del paciente.⁵³

La consideración de factores emocionales como participantes del problema del asma, la encontramos hacia el año de 1835 en que Lefevre lo menciona en su artículo " investigaciones sobre el asma".⁵⁴

Posteriormente Trousseau en 1873 reconfirma la observación considerando como causas: la herencia, la influencia del medio, las estaciones y los factores emocionales.⁵⁵

Desde el punto de vista psicodinámico, la respiración es una especie de testigo fisiológico de autonomía, siendo la primera necesidad que acarrea la separación del niño del organismo materno, es precisamente la respiración y por tanto, el aumento masivo de la descarga fisiológica a través de esta función provoca el estado de angustia, o por lo menos su raíz fisiológica. A este respecto Freud incluye el asma dentro del grupo de las organoneurosis y el síntoma como equivalente de "llanto no expresado" con una conexión entre angustia y el problema respiratorio, explicando la angustia básica como un mecanismo de defensa del organismo ante situaciones percibidas como peligrosas.⁵⁶

De esta manera podemos mencionar dos tipos de modelos: Un modelo psicossomático y Un modelo de desarrollo.

MODELOS PSICOSOMATICOS

a) De conversión. En este modelo el problema es visto de manera semejante a una conversión histérica: el síntoma se considera como una representación simbólica de fantasías reprimidas alrededor de impulsos no aceptados, es un mecanismo pregenital (Deutsch, 1959; Freud, 1936; Fenichel, 1964).

b) De especificidad, Alexander lo refiere a un conflicto dinámico específico.

c) De déficit, Marty y M'Uzan lo consideran como ausencia de la capacidad de elaboración de fantasías y experimentar sentimientos.⁵⁷

MODELOS DE DESARROLLO

a) Modelo Psicoanalítico. Deutsch(1959) argumenta que las enfermedades de la infancia temprana afectan un órgano o sistema y posteriormente por estimulación externa el sistema asociado se ve alterado, produciéndose el desorden psicossomático.⁵⁸

Un trastorno psicossomático ocurre cuando los afectos y las emociones no se pueden expresar abiertamente, es entonces cuando la alergia se queda encerrada en el cuerpo de forma crónica y altera el funcionamiento de uno o más órganos de forma permanente o durante algunos períodos cíclicos donde el mal funcionamiento del órgano acumula o dá contenido a la expresión de un conflicto. No es la simple acumulación de energía, sino el simbolismo que adquiere, lo que le da sentido al trastorno psicossomático, siendo el simbolismo entendido como el contenido inconsciente que encierra el trastorno.⁵⁹

El asma bronquial es una enfermedad psicossomática, propiamente dicha o mayor, de etiología plural.⁶⁰

Deben coincidir varios factores entre ellos un elemento psicológico, para que se declare el asma: la infección, la disregulación de la broncomotricidad, un cierto número de consideraciones psicológicas particulares y además, el contacto con un antígeno desencadenante. Si no se reúnen estas características, la enfermedad no se manifiesta. Existen sujetos en los que el terreno psicossomático asmático puede evidenciarse sin que tengan jamás asma, hasta que un día sobrevienen las condiciones psicológicas o infecciosas adecuadas.⁶¹

Algunos autores mencionan que para que la enfermedad se presente se requiere de múltiples factores entre los cuales son de mayor importancia:⁶²

- 1.- La predisposición hereditaria.
- 2.- Factores alérgicos.
- 3.- Infecciones respiratorias.
- 4.- Cambios climáticos.
- 5.- Ejercicio
- 6.- Contaminación ambiental.
- 7.- Factores psicológicos.

PREDISPOSICION HEREDITARIA Un porcentaje importante de los pacientes con asma tienen el antecedente de algún familiar que ha cursado la enfermedad u otro padecimiento de tipo alérgico aunque no necesariamente tiene que existir tal antecedente. Cuando ambos padres son asmáticos la posibilidad de que los hijos desarrollen asma es del 75% y cuando sólo uno de ellos la padece el porcentaje es del 50%.⁶³

FACTORES ALERGICOS La alergia es una respuesta exagerada de un organismo ante un estímulo. Para que una alergia se manifieste es necesaria la conjunción de la predisposición genética y la exposición al medio.⁶⁴ A estos pacientes les falla la regulación del anticuerpo de la alergia, que recibe el nombre de inmunoglobulina E (IgE). La alergia se refiere que el 90% de los asmáticos menores de treinta años de edad son alérgicos. La alergia como factor contribuye al asma, debe sospecharse cuando: 1) Hay una historia familiar de enfermedades alérgicas, 2) la presencia clínica incluya exacerbaciones estacionales, 3) que exista rinitis alérgica u otras enfermedades alérgicas concomitantes, 4) presencia de eosinofilia leve o moderada (300 a 1,000 mm³), 5) el paciente sea menor de 40 años. Entre los alérgenos más comunes están los pólenes de árboles, de pastos, esporas de hongos de humedad, polvo, insectos y sus excretas, caspa, saliva, y orina de animales.⁶⁵

INFECCIONES RESPIRATORIAS El virus sincitial respiratorio es uno de los más involucrados, su frecuencia es más alta en los niños de cero a los cinco años de edad. Su presentación clínica puede ser como bronquiolitis, aunque también se menciona diarrea, conjuntivitis, sinusitis, faringitis y estas pueden ser consecuencia de la primer crisis asmática.⁶⁶

CONTAMINACION AMBIENTAL Como factores desencadenantes del asma se mencionan al ambiente contaminado de las grandes ciudades como principal, aunque bien participan las industrias, los agentes químicos que son inhalados por los pacientes, dando así respuestas mediadas por IgE, IgG., principalmente a causa del ozono, dióxido de azufre y dióxido nitroso.⁶⁷

En un estudio realizado por la Dra. Canseco (1991), se reporta que el clima juega un papel importante hasta en el 92% de los pacientes y de este el frío y la lluvia fueron los principalmente mencionados. El polvo fué otro factor importante referido en estos pacientes (85%). Las infecciones respiratorias se mencionan en el 76%, el ejercicio y los factores emocionales son referidos con menor importancia.⁶⁸

El tabaquismo fue referido como factor familiar frecuente asociado a estos pacientes, habiéndose negado como factor desencadenante, sin embargo es conocido que juega un papel importante como factor irritante.

Otro factor, que se ha estudiado en relación al asma, es la depresión, éste como un factor determinante y mortal en casos de niños que han sufrido por un divorcio, abandono o muerte y los que se han criado en familias conflictivas.

Así no los sugiere en un comunicado de Cincinnati el Dr. Fisher "En mi experiencia personal de chicos que mueren de asma, generalmente había una situación de familia deshecha o el ataque había sido tan intenso que morían antes de recibir ayuda. (De the New York Times).

Un artículo publicado en el mismo año corrobora lo descrito por el Dr. Fisher, el cual señala que existe la hipótesis real, de la relación de niños con asma y síntomas depresivos y ansiedad.⁶⁹

Cannon (1991), también pudo demostrar que los bronquiolos son sensibles a los cambios emocionales. Por ejemplo: con el miedo se dilatan. Es bien sabido que la frecuencia, el ritmo y la profundidad de la respiración se alteran en los estados de miedo o angustia. Aunque nadie duda que la alergia juega un papel importante en la mayoría de los casos de asma, cada día se presta mayor atención a los aspectos psicológicos, cuya participación ha sido reconocida de tiempos atrás.⁷⁰

Uno de los múltiples factores que afectan el asma bronquial infantil es precisamente las emociones, ya que estas repercuten sobre las funciones orgánicas en todas las personas aun en los niños pequeños. Todas las emociones tienen alguna relación con la respiración. Ante una situación de riesgo, se altera el ritmo respiratorio.

Los conflictos emocionales, actuando sobre una predisposición orgánica, pueden desencadenar enfermedades. Las emociones pueden actuar sobre los bronquios de los niños asmáticos de la misma manera que los alérgenos o las infecciones. Una contrariedad, una

situación de angustia, de ansiedad o de temor, la inseguridad provocada por los celos, por la ausencia del padre o de la madre, por la muerte de un ser querido y, en general, cualquier dificultad en el grupo familiar o escolar son vividas con intensidad y pueden provocar directamente una crisis de asma o crear las condiciones para que los otros factores actúen con mayor facilidad.

Kociak propone una explicación del asma en relación a los siguientes conceptos:

1. En un primer momento las crisis asmáticas son producidas por factores externos como infecciones, problemas alérgicos que al repetirse provocan una mayor responsividad de los bronquios ante diversos estímulos en forma de broncoespasmo. A esta etapa le llama ASMA A

2. Debido a la participación de elementos del medio ambiente social, sobre todo la familia y el aparato médico que actúan a través de información parcial o confusa, prejuicios sobre la enfermedad, falsas generalizaciones, etc. se va aumentando el espectro de elementos capaces de desencadenar la crisis asmática

3. Un tercer factor lo constituyen estímulos internos, provenientes del mismo sujeto a nivel cognitivo (temores, prejuicios, confusión respecto a la información, etc.) capaces mediante condicionamiento previo, de provocar también la crisis. A las fases 2 y 3 los denomina ASMA B.⁷¹

Una literatura importante al respecto de la psicogénesis del asma y de la cual nos apoyaremos para este estudio, es la realizada por Weiss ⁷² que llegó a la conclusión de que los ataques de asma se desarrollan como una reacción a la separación de la madre.

El descubrimiento de la anafilaxis y el consecuente descubrimiento del significado de los factores alérgicos en la génesis del asma tendió durante un tiempo, a dirigir la atención fuera del significado de los factores nerviosos o emocionales, en forma tal que un cierto número de antiguas monografías sobre el asma, mencionan escasamente la posibilidad de la psicogénesis del asma o la descartan como una rara ocurrencia.

Se hace así sumamente arduo probar, en un caso determinado, que un ataque de asma haya sido precipitado por factores emocionales, tanto más cuanto que es difícil asegurarse de que alguna sustancia no investigada, a la que el paciente puede ser alérgicamente sensitivo, no haya sido la responsable del ataque. Sin embargo, no pueden ser descartadas, como desprovistas, de significación, las numerosas comunicaciones sobre los ataques de asma que parecen haber sido precipitados por emociones agudas; y a éstas como a otras evidencias de estricta asociación entre disturbios emocionales y enfermedad asmática, debe concedérsele por lo menos, un alto valor sugestivo, aunque sea difícil excluir la posibilidad de que actúe también algún factor alérgico desconocido.⁷³

Numerosos son los casos encontrados en la literatura de French y otros autores. Un caso de Kenzie, ejemplifica esta situación, quien precipitó un ataque de asma en un paciente que era sensible a las rosas, presentándose ante éste con una rosa de papel.⁷⁴

SITUACIONES PRECIPITANTES DE ATAQUES DE ASMA.

I. *Emociones súbitas intensas*, las emociones más frecuentemente encontradas son el temor y la rabia, pero existen también otras emociones intensas, citadas ocasionalmente, como originarias de ataques de asma. Es bien sabido que los pacientes asmáticos comunican

también el ejercicio exagerado y el apresuramiento. Contrastando con lo anterior, en 1882 hay una serie de casos en los que un ataque de asma fue aparentemente curado por una emoción fuerte. Al respecto Dekker menciona que este alivio de los ataques de asma por las emociones fuertes es debido a la liberación de adrenalina que produce la estimulación del simpático que acompaña a dichas emociones.⁷⁵

II. *Asma y llanto*. Weiss compara el ataque de asma al llanto del recién nacido. Ello está de acuerdo con la idea de Halliday de que los ataques están asociados con llantos y sollozos.⁷⁶

III. *Conflictos sexuales*. Un número muy intenso de los casos comunicados parecen encontrarse asociados con conflictos concernientes a la sexualidad. La exacerbación de ataques recurrentes de asma, se comunican como asociados con relaciones sexuales ilícitas que los padres desapruaban o sobre las que el paciente siente culpa, con celos de los padres o de la pareja conyugal, con resistencia a la sexualidad en el matrimonio, con incompatibilidad conyugal y peleas entre ambos cónyuges, con relaciones extramaritales, etc.⁷⁷

IV. *Perturbaciones en la relación de dependencia*. Como se ha visto Weiss llegó a la conclusión de que los ataques de asma se desarrollan como una reacción a la separación de la madre. Se dice que es sorprendente la frecuencia con que los ataques de asma son comunicadas como siguiendo inmediatamente a disputas familiares. Parecería que estos pacientes son particularmente sensibles a todo lo que perturba la armonía y atmósfera protectora del ambiente del hogar. En un número de casos comunicados a estos autores los ataques de asma siguieron al reproche de padres y maestros. Las rivalidades con hermanos y hermanas son particularmente perturbadoras de la relación de dependencia del niño con la familia.⁷⁸

V. *Peligros o desgracias a parientes inmediatos*. Este muy ligado al anterior, nos dice que existen también comunicados, muchos casos de ataques de asma que siguieron a la muerte del padre o de la madre o accidentes reales, que amenazaron a hermanos o a hermanas.⁷⁹

VI. *Identificación con ataques disneicos de otras personas*. Un número de los casos comunicados, sugiere la existencia de un mecanismo de identificación con el asma u otra condición disneico de un pariente próximo. La experiencia psicoanalítica podría conducirnos a esperar que la identificación con la madre estuviera basada sobre conflictos más profundos, surgiendo quizá el temor del paciente a la pérdida del amor de la madre y de sentimientos de culpa con respecto ella.⁸⁰

VII. Una gran cantidad de las comunicaciones demuestran una *utilización secundaria de los ataques de asma*, en el deseo de lograr determinados fines, por ejemplo: eludir el servicio militar, algún trabajo específico, etc.⁸¹

Un estudio con los pacientes de los autores citados y de sus reacciones en el análisis, nos hace ver que este temor agudo al desvío de la madre no sólo se encuentra presente cuando los pacientes tienen ataques de asma, sino que también transcurre como una continua corriente subterránea, más o menos profundamente reprimida a través de sus vidas.

Algunos autores han observado, que el ataque agudo de asma ocurre substituyendo a un grito reprimido, como reacción ante un temor agudo a la pérdida del amor a la madre: Este

temor de pérdida a la madre puede ser movilizado por: 1°. La perspectiva de una separación física verdadera (abandono del hogar), 2°. situaciones tentadoras que están amenazadas con el desvío de la madre.⁸²

El estudio de las defensas del paciente asmático contra el temor de pérdida de la madre, nos conduce a otra impresión que se relaciona con las situaciones precipitantes de ataques de asma. El ataque asmático ocurre cuando las defensas del paciente se resienten. Esto puede suceder: 1o. cuando el peligro de perder a la madre se hace demasiado agudo o 2o. cuando la amenaza de separación de la madre toma al paciente por sorpresa, en circunstancias en que su Yo no está preparado para ello.⁸³

En las investigaciones de French y Alexander, se observó que los ataques asmáticos tienden a ser precipitados por situaciones de conflicto emocional de un carácter bastante uniforme y típico. Parece muy probable, por lo tanto, que los factores emocionales puedan ser capaces de disminuir el umbral de sensibilidad del paciente a sustancias que pueden estar presentes en el ambiente físico.

El grito del niño es, al principio, una respuesta fisiológica cuya función es la de establecer la respiración al nacer. Muy tempranamente adquiere un significado psicológico interpretado como una reacción de desamparo ante las necesidades que el niño es incapaz de satisfacer. Después de un tiempo, el niño aprende que gritando consigue a la madre, y el llanto se hace entonces, secundariamente, un medio para atraer a su lado la confortante presencia de la madre. De este modo el significado psicológico primario del grito (llanto) es la reacción al desamparo ante una masa abrumadora de excitaciones, que el Yo es importante para dominar.⁸⁴

Son especialmente frecuentes las situaciones infantiles en las que el paciente fue más o menos rechazado por la madre o por ambos, padre y madre. La madre estaba demasiado preocupada con sus propias ambiciones o con sus propios problemas emocionales neuróticos como para dar amor adecuado a su hijo, aunque, a menudo, sobrecompensaba este rechazo inconsciente con una actitud excesivamente protectora para con él. Habitualmente, en estos casos, el padre era demasiado pasivo o bien estaba demasiado absorbido por sus propios intereses que le impedían dar al niño una seguridad suficientemente efectiva para contrarrestar la inseguridad resultante de la actitud de la madre.⁸⁵

Otto Rank dentro de su Teoría del Trauma del Nacimiento, incluye el asma como un equivalente de angustia y ésta como resultante de la separación del niño del organismo materno.⁸⁶

Para Fenichel el asma es un tipo de neurosis de conversión pregenital, en el cual. "El ataque asmático es, ante todo un equivalente de angustia. Es un grito en procura de ayuda, dirigido a la madre, a quien el paciente trata de introyectar por la respiración," con el fin de estar permanentemente protegido.⁸⁷

A partir de los años 30, además de las descripciones clínicas se realizan un gran número de investigaciones partiendo del enfoque psicodinámico. En 1932, Franz Alexander pionero del enfoque psicosomático de la enfermedad expone la "teoría de la especificidad" en la que plantea que existen conflictos específicos como base de la alteración de sistemas orgánicos específicos,

a través de tres factores:⁸⁸

1) Constitucional, que se refiere a determinada vulnerabilidad de ciertos órganos o "predisposición orgánica", es decir la sensibilidad a alérgenos.

2) Un patrón de conflicto emocional característico

3) Un elemento precipitante o condición externa

En el caso del asmático, Alexander define el sistema respiratorio como el órgano vulnerable predispuesto, casi siempre por factores alérgicos que reacciona sistemáticamente por un conflicto emocional relacionado generalmente con el miedo a la separación y pérdida de afecto, especialmente en relación con la madre.⁸⁹

Pierre Marty por su parte afirma que el niño necesita de las funciones maternas de consuelo y modificación de vivencias psíquicas y físicas dolorosas para mantener la ilusión de hacer uno con ella. Es esto lo que le permite digerir, eliminar, dormir, resumiendo, funcionar somáticamente sin problemas, y posibilita que poco a poco la unidad madre-niño se vaya diferenciando en una madre y un niño. La representación de la madre ideal y peligrosa a la que hizo referencia, también fue observada, por una vía clínica diferente, por P.Marty (1980). En el orden psicósomático, cuando habla de los sujetos que sufren alergias, Marty observa que una representación de la madre ideal (...) crea un desajuste (entre la representación de ellos mismos y de la madre real) que se traduce en un conflicto interior despedazante y desorganizante.⁹⁰

Renata Gaddini se ocupa de los trastornos psicósomáticos infantiles y estudia este trastorno en su origen, como respuesta a dificultades en la relación madre-niño e investiga la formación del objeto transicional y su precursor en el marco de la relación dual, y la contrapone a las enfermedades psicósomáticas que se producen cuando el objeto transicional no se formó. Muestra que cuando esta creación no se produce aparecen en cambio los trastornos psicósomáticos tempranos: el cólico, el balanceo y el asma.⁹¹

Como marco conceptual propone usar el desarrollo de un objeto transicional (OT) en la infancia como el signo de un modo positivo, y el desarrollo del síntoma psicósomático como negativo. Siendo esta una visión compatible con la de Winnicott (1966).

El concepto de espacio transicional implica el puente que el infante construye desde la pura subjetividad a la realidad objetiva, compartida: la representación simbólica de la reunión con la madre después de la separación al nacer tiene lugar en este espacio transicional.⁹²

Durante los primeros meses de vida el infante no puede diferenciarse del objeto. Sus estados emocionales, vivenciados intensamente, corresponden a hechos internos y externos. Todavía no ha integrado ninguno de estos acontecimientos en una gestalt, no ha ligado aquellos que podrían unirse en un patrón de comprensión, ni tampoco emergió del estado de fusión con la madre y dijo "soy yo". Hasta los cinco o seis meses de edad, la relación del infante con el objeto es altamente subjetiva. A medida que se va alejando del objeto, va descubriendo que lo necesita; lo "crea", en tanto el objeto está ahí esperando ser creado y volverse un objeto catectizado, como lo plantea Winnicott (1969). Empieza a evolucionar en el momento en que la madre aparece: la primera creación -el objeto transicional- tiene lugar en ausencia de la madre.⁹³

Desde 1967, los autores han estado comprometidos en el estudio de los objetos transcendentales y el proceso de individuación en tres grupos sociales. La investigación que involucra el estudio del desarrollo de los síntomas psicósomáticos demostró que la

involucraba el estudio del desarrollo de los síntomas psicósomáticos demostró que la frustración, la aflicción y la angustia deben ser experimentadas en un equilibrio óptimo, con una función materna suficientemente buena; de otro modo, no se construye el puente del objeto transicional. En "la función materna suficientemente buena" la madre renuncia a sus otros intereses, y no perturba la vida interior del niño. Esto crea un equilibrio positivo. Pero cuando la madre insiste demasiado en darle el objeto" al bebé, y cuando se sobre enfatiza el símbolo", el bebé se desespera, y el objeto es desechado o decaetecizado.⁹⁴

El O.T. consiste en aspectos del medio materno que el infante seleccionó para representar, aspectos que él experimenta mediados a través de sus propias sensaciones corporales. Esto coincide en el tiempo con un aumento de tensión relacionado con el crecimiento, cuando el habla y la locomoción se están estableciendo simultáneamente.

El objeto o la modalidad con que encuentra reaseguro evoca la reminiscencia de sensaciones somáticas que reviven el tiempo feliz de la reunión postnatal con la madre. Para que este símbolo de reunión sea creado, es necesario que este tiempo feliz se pierda después de haber tenido la oportunidad de experimentarlo de una manera óptima. Las sensaciones de la piel combinadas con la estimulación kinestésica derivada de la situación de sostén están contenidas en esta creación, provocando modelos de funciones somáticas de las que luego se desarrollarán modelos psíquicos. El O.T. aparece sobre la base de estas experiencias tempranas, representando la primera reunión simbólica con la madre. La angustia de separación, las fantasías de reunión, la totalidad de la fase simbiótica, y el proceso de separación-individuación surgen de la amenaza de pérdida. La necesidad de asegurarse la sobrevida después de perder el objeto induce al niño a crear el O.T. Todavía no es un objeto con realidad externa, pero tiene la capacidad de ser un objeto, en un sentido simbólico.⁹⁵

Se denominan objetos precursores (O.P.) de los objetos transicionales, a aquellos objetos que, teniendo la capacidad de consolar al niño, sin embargo no han sido descubiertos o inventados por el niño. Son provistos por la madre, o son partes del cuerpo del niño o de la madre.

Estos autores encontraron que el proceso de apego al O.T. (la presentación simbólica de la reunión con la madre perdida) tiene lugar cuando el niño se siente abandonado o solo en el espacio y en el tiempo vacíos entre el self en desarrollo y la madre. Muy pronto el O.T. va a servir como una poderosa defensa contra la angustia que surge de la amenaza de separación y abandono, angustia que surge particularmente en relación a la desconexión de la realidad y a la separación del objeto que se produce mientras que se queda dormido.

La formación del síntoma psicósomático tiene lugar a lo largo del mismo continuum del desarrollo que la creación del O.T., pero es más bien una resultante psicofísica que una psicológica. Desde el punto de vista psicofísico encontraron que los síntomas psicósomáticos tempranos surgen en el infante como una defensa contra la pérdida súbita, ya sea la pérdida del pecho o la pérdida del O.P. para ser chupado en un momento en que la boca y el mecanismo de incorporación tiene una investidura máxima. El infante se siente abandonado, con una protección insuficiente o ausente, y en el síntoma somático busca una especie de reunión con su madre.⁹⁶

El asma, aparece hacia el final del primer año o en los primeros años de vida después del período del desarrollo normal del O.T. En estos casos, aparentemente la madre se retira demasiado abrupta o duramente, y no gradúa la adaptación a las necesidades cambiantes y en expansión del niño, cuyos procesos de crecimiento lo empujan hacia la independencia y la aventura. Cuando la madre falla en la adaptación a su niño en momentos en que la necesidad del niño no ha creado el O.T. éste puede sentir la amenaza de aniquilación, y volverse a manifestaciones somáticas tales como el asma. Ninguno de estos niños asmáticos de mediana o severa gravedad desarrollaron un objeto transicional. Esta observación confirma la hipotética relación recíproca entre el O.T. y la enfermedad psicósomática temprana.

Joyce McDougall centra el interés de su trabajo "Un cuerpo para dos" en una forma patológica especial de resolver la dificultad de la individuación, separación del bebé de la madre. Pero la separación y diferenciación pueden ser temidas y la lucha contra la división primordial puede dar lugar a compromisos variados y como consecuencia este fenómeno es una forma original de solución autoagresiva que Joyce McDougall encontró en ciertos sujetos que establecen un corte radical entre psique y soma por querer resguardarse de una conmoción afectiva insostenible y preparan así el terreno para la somatización.⁹⁷

Mc Dougall,(1974) lo relaciona básicamente con la incapacidad de simbolizar las demandas instintivas, debido al tipo de interacción en las primeras etapas de la vida, caracterizada por pocas relaciones de contacto de ejercitación y juego sensorial proximal(tacto, olfato, gusto) y muy estimulados visual y auditivamente. Esta restricción de funciones sienta las bases de serias patologías en el proceso de simbolización. Las madres de estos pacientes son descritas como con dificultad para ser receptivas con el hijo y contener las descargas de ansiedad y hostilidad.⁹⁸

EL NIÑO CON ASMA BRONQUIAL Y SU FAMILIA

En donde parece haber una mayor congruencia con respecto al asma bronquial es en el perfil psicológico o características de personalidad que sostienen que el niño asmático tiene: un elevado grado de sensibilidad en las relaciones humanas, una disminución de la creatividad, una inhibición intelectual y un trastorno importante en torno de la relación objetal con debilidad de los mecanismos de defensa del Yo, creándose en el niño estados de dependencia y ansiedad, se encuentran también niños asmáticos que presentan un comportamiento muy dinámico y agresivo.⁹⁹

Al respecto el Dr. González Núñez señala que generalmente son sujetos dependientes, con necesidades de ser aceptados y atendidos, funcionan mediante conductas reactivas para no mostrar el resentimiento que tienen hacia los padres y la necesidad de amor y aceptación. Sienten que la vida es injusta con ellos, se agreden sadomasoquísticamente y utilizan mecanismos defensivos de tipo obsesivo para evitar la salida de su agresión. Se hallan hambrientos de suministros narcisistas y, bajo la apariencia de confianza en los demás, se esconden elementos paranoides.¹⁰⁰

Resumiendo el planteamiento de Kociak por medio de los siguientes listados y del cual solo fue retomada el área de nuestro mayor interés (emocional o afectivo) que incluyen las características del paciente asmático :

- Poseen un buen nivel de adaptación a base de postergar sus propias necesidades, por lo que han sido llamados: enfermos de cordura" - Baja autoestima.
- Dependencia extrema de la situación externa: viven pendientes de las expectativas de los demás.
- Dificultad para establecer relaciones afectivas profundas.
- Dificultad para expresar afectos, en especial aquellos considerados como negativos; tristeza, enojo.
- Incapacidad para el disfrute de situaciones positivas, ponderación de lo negativo.
- Desconexión afectiva: las situaciones traumáticas no dejan huella.
- Negación de conflictos psíquicos, solamente admiten problemas orgánicos.
- Ignorando su enfermedad muestran un "buen ajuste" a la realidad.
- Niegan ideas de gravedad o peligro de muerte.
- Sentimientos de vergüenza y enojo ante la enfermedad.
- Expectativas negativas y autoevaluación.
- Distorsión de las necesidades de seguridad.
- Ambivalencia ante situaciones externas potencialmente peligrosas: frío, alérgenos, etc.
- Incapacidad de vivir el cuerpo como fuente de placer, por el contrario, es vivido como fuente de conflicto frente a la "sobreadaptación".¹⁰¹

En relación a la percepción de sí mismos como enfermos de asma, existen una serie de contradicciones que van desde una actitud de negación de la enfermedad como problema real, hasta sentimientos de indefensión y desesperanza que algunos autores describen como aprendidos (Kociak, y Bayes) Situación que confirma la Dra. Blanco al observar en su estudio las respuestas de los adolescentes en comparación con los niños, en relación a sentimientos que le produce la enfermedad, presentando los adolescentes un índice mayor de impotencia, lo cual nos habla de un camino más largo como enfermos asmáticos, que han propiciado el desarrollo de un sentimiento de indefensión o desamparo.¹⁰²

Los autores Hardcastle y Duguid,¹⁰³ trabajaron predominantemente con niños, comunicaron que de entre 23 niños "no menos de 17 eran demasiado mimados y sobreprotegidos por sus padres hasta llegar a un extremo patológico". Asociada con esta actitud de exagerada protección para los niños, estos desarrollaban también una marcada ansiedad y una falta de confianza en sí mismos. Los autores concluyen que "si nos permite generalizar de este pequeño grupo de casos, podemos hablar de una personalidad del *asma prurigo* La característica de esta personalidad asma prurigo, que mostraban los pacientes, puede ser sintetizada así: gran inteligencia en los pruebas verbales con poca capacidad de ejecución; una marcada y excesiva ansiedad, falta de confianza en sí mismos, una considerable agresividad y egocentrismos latentes".

Los niños que sufren de asma desarrollan sentimientos de ansiedad, de desamparo e inseguridad y una tendencia a adherirse a sus padres, los cuales desarrollan una actitud demasiado protectora hacia ellos, simplemente como una reacción ante el miedo a los ataques de asma en sí. por otra parte los ejemplos mencionados anteriormente ponen de manifiesto de que en algunos de los casos citados en este estudio las actitudes demasiado protectoras de los padres existían ya antes del comienzo del asma y tenían una motivación más profunda tal como la necesidad de supercompensación por no haber querido realmente al niño o el miedo de perder el único hijo que sobrevive después que varios han fallecido.¹⁰⁴

French señala que algunos de los niños que estaban bajo tratamiento psicoterapéutico, era debido a su conducta especialmente agresiva. A pesar de las divergencias, la personalidad de los pacientes parecían tener un hecho común. Por debajo de su conducta más superficial, todos sufrían de una inseguridad profundamente asentada y de una necesidad, más o menos intensa, de amor y de protección parental. En sus fantasías inconscientes alternaban constantemente entre el papel del padre y el papel del niño desamparado; Este mecanismo de gratificación compensatoria de las propias necesidades, lo manifestaban suministrando ayuda a las necesidades de los otros. French, asegura que este es uno de los mecanismos más importantes por medio del cual normalmente, el niño dependiente y sin ayuda se transforma en el hombre o mujer maduros capaces de asumir responsabilidades para las necesidades de los otros.¹⁰⁵

La tendencia compensatoria a buscar satisfacciones sustitutivas, dando a los demás lo que él mismo necesita, lo sitúa en conflicto con su propia inseguridad emocional, suspirando por el amor y protección de la madre. Es realmente incapaz de renunciar a sus propias demandas por el amor de la madre en favor de algún otro. El niño a quien está tratando de dar, se hace su rival y le provoca sentimientos de celos y odio; pero estos celos y odio tan sólo aumentan el peligro de pérdida del amor de la madre y la necesidad resultante de adherirse a ella para protegerse y reasegurarse.¹⁰⁶

Siegfried Bernfeld ofrece las siguientes observaciones sobre los niños asmáticos. "Todos los niños mostraron notoriamente rasgos orales, una identificación pasiva con la madre, el padre juega claramente un papel inferior en la vida emocional de los niños no estando en relación estrecha con ellos y teniendo poca influencia en su educación". Tiene este autor la impresión de que existen tres manifestaciones que sugieren un factor psicológico en dicho trastorno.¹⁰⁷

1. Todos los niños asmáticos responden a la condición asmática y a los ataques de asma en la misma forma. No lo menciona espontáneamente en las entrevistas; niegan o disminuyen su importancia; nunca se quejan de sufrir de asma y casi nunca de estar molestos por ello. Por supuesto no es que les guste, pero habitualmente encuentran alguna ventaja en su situación.

2. El asma tanto como que es, un rasgo familiar, está abrumadoramente asociada a la madre y a la línea materna. Este hallazgo puede que está relacionado con la tendencia hacia la identificación con la madre, ya mencionada.

3. Es muy notable que, muy frecuentemente, el asma en forma apreciable o desaparece enteramente, cuando se coloca al niño en un ambiente diferente de la situación familiar habitual. Esto parece cierto, aunque no sin excepciones, aun si el cambio de medio se refiere a un clima considerado menos favorable para el asma.

Las defensas que caracterizan el funcionamiento psicológico de los enfermos psicósomáticos son: **la negación** que se manifiesta en la dificultad de reconocer la asociación del problema orgánico con elementos emocionales, también recurre a **la represión** que constituye una manera de evitar el sentir nuevas frustraciones ante sus constantes demandas, que siempre en el psicósomático son parte de las ganancias secundarias que obtiene con su enfermedad. **La formación reactiva** es una forma de asegurar o proteger al sujeto de su hostilidad encubierta bajo un exagerado trato de amabilidad y atenciones, pero siempre con la sensación de que va a ser gratificado. La culpa que le causan estos deseos adquieren un sentido masoquista y vuelca la agresión hacia sí mismo, esto es, destruyendo o alterando el funcionamiento de un órgano.¹⁰⁸

FAMILIA DEL NIÑO ASMÁTICO

El hogar de un niño asmático presenta características muy especiales. el clima afectivo y los comportamientos predominantes, por lo general, están centrados directa o indirectamente en el pequeño paciente.

La conducta de la familia se muestra según reportes en una actitud de sobrealerta y atención de parte de cada uno de los miembros de la familia, con la participación importante del padre, quien es percibido como más tranquilo y objetivo que la madre, descrita como más alterada emocionalmente por el problema del chico. French senaflala que un número considerado de pacientes han sido niños particularmente buenos y que se caracterizan en su vida adulta por una tendencia a ayudar y a dar a los demás. Por otra parte en algunos casos se registra la alteración emocional de los hermanos y de algunos otros miembros de la familia (abuelos, tios). Así mismo, el reconocimiento por algunos pacientes de privilegios y atención especial por la enfermedad contrastando con la negación rotunda de otra parte del grupo de esta situación especial, volviéndose a encontrar la oscilación entre admitirse diferente, presente también cuando se interroga sobre su percepción del futuro como paciente asmático, la mayoría niega que ésta influya en su vida y por otro lado reconoce sentimientos de desesperanza. Lo mismo ocurre en la situación de impedimentos por la enfermedad en la cual la mayoría de los adolescentes contesta negativamente, los niños admiten limitaciones sobre todo a actividad física y recreativas.¹⁰⁹

Este clima tan especial se instala desde ese primer momento en el que los padres son sorprendidos por el respirar ruidoso de su hijo. El momento difícil es resuelto con la llegada del médico y con la medicación efectuada, pero lo que no se resuelve y, por el contrario, empieza a estructurarse, es el ambiente emocional que se instala en esa casa. Con iguales o distintas características de intensidad según las personas, por lo general se trata de evitar que se repita ese momento tan dramático que fue la primera crisis. Para ello se trata de proteger al niño de todo aquello que presuntivamente pueda enfermarlo. Es habitual el control sobre la respiración del niño, sobre todo cuando duerme. Una forma cómoda de controlarlo es tenerlo cerca.

Las madres de estos niños mostraban ciertas actitudes y rasgos de carácter de sorprendente uniformidad. Tales mujeres eran intensamente "narcisistas" y presentaban actitudes ambivalentes o rechazantes hacia el niño. La actitud positiva, parecía estar primeramente, al servicio de una gratificación "narcisista". Los padres de los niños asmáticos, no entran fácilmente bajo una caracterización común, demostraron ser hombres pasivos que no se interesaban muy enérgicamente por las actividades de los niños.¹¹⁰

El frío es una generalizada preocupación entre las madres de niños asmáticos, las que suelen llegar a restricciones exageradas. Son frecuentes los problemas de escolaridad provocada por temor al día frío o lluvioso y es habitual el temor al enfriamiento provocado por el baño en las mañanas.

Algunos alimentos pueden ser temidos, lo que determina a veces someter al niño a dietas estrictísimas, sin indicación médica, que termina por debilitarlo.

La actividad física también es temida como causa de enfermedad, por ello se lo limita en juegos que impliquen mucho despliegue de movimientos. Todos estos temores orientan el proceso educativo y actualiza permanentemente la enfermedad. Se sabe que un niño que crece con el sentimiento de ser un enfermo se siente distinto. Sus carencias y necesidades no satisfechas van determinando una actitud pasiva y dependiente y, sobre todo, se instala el miedo a enfermarse. Y es claro que no hay mejor manera de enfermarse que tener miedo a la enfermedad.

La Dra. Blanco encontró las siguientes características en la familia del niño asmático: ¹¹¹

- Sentimientos de desesperanza e indefensión.
- Sentimientos de rabia e impotencia ante la enfermedad.
- Sentimientos de rabia y resentimiento hacia las restricciones impuestas por la enfermedad.
- Dificultad para establecer relación cercana con el paciente.
- Atención selectiva hacia el paciente cuando tiene las crisis.
- Conductas de rechazo y sobreprotección alternadas.
- Sentimientos de culpa por antecedentes hereditarios directos o de algún familiar cercano.
- Resentimiento al cónyuge por posibles antecedentes hereditarios de su parte.
- Inseguridad en el manejo de las crisis por temor de que se trate de una manipulación del paciente.

Durante la práctica médica, algunos alergólogos señalan que el sistema familiar sufre modificaciones ante los debates de los accesos asmáticos, observándose los siguientes aspectos: ¹¹²

Amalgamadas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Familias muy unidas 2. Reglas de la casa o límites mal definidos 3. Intervención de todos los miembros de la familia entre sí 4. Roles, pensamientos y sentimientos de cada quien se confunden.
Rígidas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reglas o límites bien definidos 2. Poco flexibles a nuevas situaciones 3. La autoridad siempre está en lo correcto y no permiten sugerencias de personas extrañas.
Que no solucionan los problemas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cierran los ojos a los conflictos 2. No les gusta discutir 3. Desvían la atención a otras cosas sin tanta importancia.
Que involucran al niño enfermo en sus problemas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Este tipo de reacción familiar puede hacer que el niño presente una crisis asmática cuando los padres empiezan a discutir.
Sobreprotectoras	<ol style="list-style-type: none"> 1. Centrada en el niño enfermo y actuada por todos los miembros de la familia aún los abuelos.

El niño que crece en este ambiente de limitaciones y temores se hace inseguro, tiene dificultad para enfrentarse con situaciones nuevas, siempre exige la presencia de la madre o de alguien que le dé apoyo. Tiene miedo a encarar la vida por sí mismo. Corre el riesgo de llegar a adulto con algunas de esas limitaciones y será incapaz de actuar con seguridad frente a las situaciones importantes de la vida.

Es evidente que si se admite el predominio de este tipo de madre, el niño sólo puede estar dominado por la inseguridad y la ansiedad y que deseando depender de su madre, vive en el temor de ser separado de ella. Según Bekei, la percepción del rechazo materno crea en el niño un gran resentimiento que no se atreve a expresar por miedo a perder definitivamente el amor de su madre, colocándose así, en una situación de dependencia absoluta y regresiva. Vive en un estado de ambivalencia, con sus deseos de protección por una parte y la necesidad de maduración y de independencia por otra. Esta ambivalencia provocaría la angustia que sería la característica básica de todos los niños asmáticos.¹¹³

Un niño ingresa en su familia por la matriz de su madre. En esos nueve meses no hay separación entre la madre y el niño, hay una unión total y una protección máxima pero, desde el momento del nacimiento, desde que se corta el cordón umbilical, se instala una lenta y paulatina separación. En los primeros años la protección todavía es necesaria y la separación es escasa.

Si el interjuego entre separación y protección se ha hecho armoniosamente, si no ha habido separación precoz o acelerada, si no se ha sufrido protección prolongada, la familia ha funcionado adecuadamente, el niño ha madurado y ha desarrollado su personalidad.

ESTUDIOS REALIZADOS CON SUJETOS ASMATICOS

Dentro del marco de las teorías de la personalidad, surge un campo de investigación que está ligado también a la teoría de la especificidad, enfocado a la búsqueda de rasgos característicos en pacientes con diversos padecimientos. En relación al enfermo asmático, se realizan multitud de estudios con ese fin, utilizando además de algunos instrumentos tradicionales (Rorschach, TAT, Catell, Eysenck y otros) otros diseñadores *ex profeso*, tales como: listas checables y escalas entre la que destaca la escala de Miedo-Pánico (panic-fear) elaborada a partir de la selección de 15 ítems del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI): 22, 37, 79, 128, 172, 179, 187, 217, 362, 367, 371, 462, 487, y 555 y validada en 1977 por Dirks contra el ASC (Asthma Symptoms Check List) y que ha sido utilizada en numerosos estudios como instrumento central.¹¹⁴

En otro tipo de estudios a base de cuestionarios se reportan como rasgos atribuidos al asmático los siguientes: hipersensible, con represión de la hostilidad, conflicto de dependencia sobre todo hacia la madre, depresivo, con fijación oral-anal.¹¹⁵

En 1963, Fink y Henry refirieron que el cociente intelectual, de su muestra de 18 adolescentes que presentaban asma, oscilaba entre promedio y normal bajo. Sólo un caso presentó una inteligencia superior al término medio.¹¹⁶

Otro grupo de investigadores, en el mismo año, midieron el C.I., con la escala de Inteligencia Wechsler para niños, en 150 niños que presentaban asma crónica de difícil control. Encontraron muy pocos niños con retraso (5%), y un porcentaje considerable en comparación con la población general de Denver obtuvo un C.I. por encima de 120.¹¹⁷

En 1968 y 1971, Jaidar aplicó la prueba de Apercepción Temática de Murray (TAT), en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez", a sujetos entre 5 y 12 años. Comparó grupos de niños con asma alérgica y con asma infecciosa. Sin embargo no encontró diferencias significativas en los dos grupos.¹¹⁸

En 1975, Williams investigó con la misma prueba (TAT), a niños de 10 y 11 años de edad con diferentes niveles de severidad, señalando que los niños con asma mostraron conflicto de dependencia -independencia, un fuerte vínculo madre-hijo y ansiedad al manejar la separación. Predominando los temas de encierros.¹¹⁹

Norman Aaron logró establecer varias diferencias de personalidad entre niños asmáticos, alérgicos y normales, usando las respuestas del T.A.T.. Algunas de las diferencias encontradas fueron: los asmáticos se mostraron significativamente más hostiles que los normales, pero no con el padre del mismo sexo, en los asmáticos y los alérgicos aparecieron sentimientos generales de soledad y de rechazo por parte de los padres, significativamente más que los normales.¹²⁰

Algunas investigaciones con un enfoque psicosocial, lo definen como: inteligente pero inhibido, con agresividad encubierta, constricción neurótica, miedos irracionales, inseguridad, necesidades de dependencia de la madre además de: pobre adaptación social, neurosis obsesiva, personalidad inmadura, y algunos casos con problemas de alcoholismo.¹²¹

Estas enfermedades, como el asma, el infarto de miocardio, la úlcera, entre otras parecen presentarse en personalidades de un narcisismo frágil, con problemas importantes de dependencia; ofrecen con frecuencia un conflicto referido al deseo de dependencia y han tenido relación distorsionada con la madre. A veces se desencadena por una depresión latente, o por una depresión en sí mismo.¹²²

En un estudio realizado en el Hospital "Gabriel Mancera" de la Ciudad de México con la revisión de cien casos se llegó a la conclusión que los niños que desarrollan el asma bronquial aún sin un cuadro inicial característico, es alta la frecuencia de datos indicativos de actividad atópica.¹²³

LA EDAD ESCOLAR

Para comprender el desarrollo de un niño, hay que considerarlo como una persona integrada, con sus características propias de su individualidad así como aquellas que se van dando por la etapa de desarrollo en la que esta viviendo.

ASPECTOS BIOFISIOLÓGICOS

En los cambios neurológicos podemos observar que el proceso de mielinización sigue y prácticamente esta terminada hacia los trece años lo cual va dar lugar a la sustitución de dientes temporales por los normales.

Donde notamos un avance absoluto es en su desarrollo motor, en esta edad hace absolutamente todo, conducta motora y fina, dándose así control en la musculatura por lo que termina este tipo de desarrollo.

En el lenguaje, los problemas de articulación mejoran, queda dominada la "rr" a los siete años y medio aproximadamente.

Empieza a tener una construcción complicada, aparecen verbos, predicados en cuentos largos, uso de lenguaje (capacidad para inventar historias).

En el crecimiento físico existe muy poca diferencia en peso y estatura entre los niños y niñas pequeños, aunque los niños por lo común son ligeramente más pesados y más altos. Sin embargo el crecimiento repentino puberal se produce en las niñas antes que en los niños y entonces tienden a ser más altas. Los niños de la misma edad muestran un amplio rango de estatura, lo cual refleja a su vez la amplitud de diferencias individuales en todos los aspectos del desarrollo.¹²⁴

En esta tabla se muestra las tallas y los pesos aproximados en los niños de seis a los diez años de edad. (AMP).

6	113.2	20.330
7	118.9	22.625
8	124.6	25.350
9	130.4	28.340
10	136.1	32.070

TIPO DE PENSAMIENTO

De acuerdo con Jean Piaget, los niños construyen de forma activa su propio mundo cognitivo. Piaget considera que el desarrollo cognitivo tiene lugar de acuerdo a una secuencia invariante de cuatro períodos que en términos generales, están relacionados con la edad.¹²⁵

En el comienzo está el nivel senso-motor de acción directa sobre lo real, y luego viene el nivel de las operaciones concretas, desde los siete- ocho años, que afectan igualmente a las transformaciones de lo real, pero por acciones interiorizadas y agrupadas en sistemas coherentes y reversibles (reunir y disociar, etc.); y entre ambos hay, de dos a tres a seis-siete años, un nivel que no es de simple transición, porque se halla seguramente un progreso sobre la acción inmediata, que la función semiótica permite interiorizar, este señalado ciertamente también por obstáculos serios y nuevos, para pasar de la acción a la operación.¹²⁶

El primer obstáculo para la operación es, pues, la necesidad de reconstruir en ese nuevo plano que es el de la representación lo que ya estaba adquirido en el de la acción. En segundo lugar, esa reconstrucción entraña entonces un proceso formador análogo.

En el período de las operaciones concretas (de 7 a 11 años), puede llamarse concretas en el sentido de que afectan directamente a los objetos, es decir, el niño sólo puede actuar sobre la realidad. Los niños en este período empiezan a pensar de forma abstracta, entendiendo conceptos como número, clasificación y conservación, el cual está compuesto por dos estadios:¹²⁷

- 1) Operaciones simples (7, 8 a 9, 10 años).
- 2) Completamiento de sistemas de clases y relación (9, 10 a 11, 12 años).

Pasos para pasar a la internalización:

- 1) Reconstrucción. Representar en una imagen mental lo que ya estaba adquirido por la acción.
- 2) Descentración. La transición de un estado inicial en el que todo está centrado en el cuerpo y la acción propios a un estado de descentración en el que estas están ubicadas en el universo.
- 3) Socialización. A un proceso de socialización en el que se va haciendo unos cambios en los aspectos afectivo, emocional como producto de la interacción.

Las operaciones permiten tener una serie de nociones para conocer la realidad. Nos permite establecer la igualdad de dos series. Permite hacer suma, resta y división.

-Operación Intelectual: Se define como operaciones a aquel tipo de esquemas mentales que son generalizables, reversibles y ordinales en sistemas de conjuntos, de tal manera que podemos decir que las operaciones son acciones internas, que se coaccionan para formar sistemas cada vez más complejos y estrechamente integrados.

Las Operaciones Intelectuales pueden ser de dos tipos:

A) Operación Lógica: Basadas en tipos de transformaciones en colecciones discretas, son aspectos de la realidad que tienen un principio y un fin claramente determinado (1,100)

B) Operaciones Infralógicas: Aspectos basados en colecciones continuas, ya que no es fácil determinar su inicio, ni su fin y son más difícilmente de substancializar (-9 a 12-), complementadas hasta los doce años.

Igualdad entre dos series o correspondencia biunívoca o correspondencia término a término Vr gr. hay menos o más sin necesidad de contar.¹²⁸

Operaciones Lógicas

A) Clasificación.

Constituye así mismo un agrupamiento fundamental, cuyas raíces pueden buscarse en las asimilaciones propias de los esquemas senso-motores. Nociones en las cuales el niño tiene que ordenar frente a una serie de objetos o conjuntos.

Etapas

1a. De dos a cinco años

Es la colección de figuras, en ésta edad el niño acomoda las figuras en formas de carros, triángulos, etc.

2a. De los cinco a siete años

Son las causiclasificaciones, los niños ante la instrucción de hazme montoncitos de todos los que se parezcan, el niño tiende a agrupar de los grandes y los chicos.

3a. De los siete a los diez

Se le llama clasificación operatoria, establece jerarquías sin centrarse en cada parte

B) Seriación o Relaciones

Que consiste en ordenar los elementos según sus dimensiones crecientes o decrecientes. Se le pide al niño que ordene del más pequeño al más grande de los palitos

Etapas

Son las etapas por las que pasa el niño para la seriación:

1a. De los dos a cinco años

No son capaces de establecer una relación con uno de los miembros de una serie " no hay seriación "

2a. De los cuatro, cinco a seis años.

El niño construye por ensayo y error la ordenación está limitada por la capacidad de serie "cuasiseriación"

3a. De los seis a ocho años.

Tiene claro el establecimiento de uno a uno, ya tiene una forma de construcción

C) Correspondencia Biunívoca

Es la estrategia de apairar uno a uno dos colecciones, es decir, con la posibilidad de correspondencia se puede derivar si una tiene más número de miembros o las dos son iguales (vr gr. poder decir que hay mayor número de alumnos que de bancas).

Etapas

1a. De los dos a los cuatro años

El niño grafica.

2a. De los cuatro a los seis años.

El niño es capaz de establecer una serie equivalente en número al modelo, pero cuando se transforma una de las series, se pierde la igualdad (es un paso intermedio) transformación

3a. De los seis a los ocho años.

Independencia de la distribución que haya mantiene la correspondencia.

Noción de espacio y tiempo

Dentro del *Espacio* se encuentran colecciones continuas, que no tienen un principio o un fin determinado, lo que ocurre son cambios en el interior de los objetos vr. gr. se le presenta al niño un bloque, sobre la mesa, figura de madera, un palito, etc. y se le pide que construya uno igual.¹²⁹

Etapas:

1er. Nivel menos de los siete años.

El niño construye el edificio hasta que queda a la misma altura del modelo, sin tomar encuentra lo demás

2o. Nivel de los siete a los nueve años

El niño busca una forma de comparación entre la copia y el modelo, El niño busca un parametro de medición

3er. Nivel de los nueve a los once años

El niño busca algo más objetivo en el parametro ej. una regla.

Las operaciones de *tiempo* se pueden conseguir como una coordinación de los desplazamientos pero haciendo una abstracción de las velocidades.¹³⁰

1. Requieren de una operación de ordenación en el sentido de seriar los acontecimientos de acuerdo a su orden de seriación (cuatro años).

2. Se requieren operaciones de participación (recortar los intervalos y de inclusión) poner los más pequeños en los más grandes (de ocho o nueve años).

3. Establecer operaciones que permitan elegir un intervalo y transportarlo sobre otras duraciones de tiempo (once años).

Noción de Causalidad y Azar

Causalidad se dice que de acuerdo al conocimiento de nuestro mundo existe una gran cantidad de actividades que nos ayudan a comprender lo real:

hay cosas sencillas ___ causalidad

hay cosas difíciles ___ azar.

Piaget dice que el ¿por qué? de los niños es más para ampliación de comunicación, más que de conocimiento.

Las primeras nociones de causalidad son expresados en el periodo preoperatorio (cinco años). El niño busca una explicación de las cosas, no es una continuidad, ej. para

saber si ya hay causalidad: vr gr. se presenta al niño un vaso con agua y se le marca con una liga el nivel del agua y colocar azucar en presencia de él en el agua.¹³¹

Etapas:

1er Nivel. antes de los siete años
el azúcar desapareció

El sabor del agua va a desaparecer

2o. Nivel de los siete a ocho años

El niño acepta que el azúcar esta, el peso del agua con el azúcar tiene el mismo peso que antes

3er. Nivel de los diez a los doce años

El niño acepta que hay una conservación de peso, tiene peso diferente, hay combinación en ambas sustancias.

El *Azar* se entiende como la interferencia de dos series causales independientes que llegan a mezclarse (prototipos de fenómenos irreversibles), vr gr. se le presenta al niño una caja rectangular con diez canicas blancas de un lado y diez canicas rojas del otro lado.¹³²

Etapas:

1er Nivel menos de siete años

Los niños dicen que las blancas se pasan de color rojo y a la inversa, no comprende la mezcla.

2o. Nivel de siete a diez años.

El niño dice se va poder mezclar, pero si se sigue moviendo todas regresan al mismo lugar

3er. Nivel de los diez a los doce años

Se van a mezclar las rojas y las blancas y solo con las manos puede volverlas a poner en su estado inicial.

DESARROLLO MORAL

El desarrollo de los valores morales es un proceso racional que coincide con el desarrollo cognoscitivo. Los niños son incapaces de hacer juicios morales hasta que logran cierto nivel de madurez cognoscitiva y pueden dejar el pensamiento egocéntrico.¹³³

Juicio Moral

Es el acto cognoscitivo y se refiere al criterio que se forma el individuo a la oralidad de un comportamiento "Que clase de moral tiene"

Piaget piensa que existe dos niveles dentro de la construcción del juicio moral:¹³⁴

1) *Moral Heteronoma o Realismo Moral*

Abarca desde los tres a los siete, ocho años, es una moral absoluta en sus juicios, esta relacionada con un mundo concreto

2) *Moral Autonomo o Relativismo Moral*

Abarca de los siete, ocho años a los once, doce años de edad, termina con la conclusión de las operaciones formales, es una moral, donde el niño se desprende de sí mismo para ubicar independientes de otras personas y valorar el acto por la situación

	"El niño considera un acto o todo bueno o todo malo y piensa que todo el mundo lo considera así"	"El niño es capaz de ponerse en el lugar de otros y acepta la posibilidad de más de un punto de vista"
REGLAS	"Son las reglas sagradas e inalterables, rígidas pero específicas"	"El niño reconoce que las reglas fueron hechas por las personas y pueden ser cambiadas"
INTENCIONALIDAD	"El niño tiende a juzgar un acto en base en consecuencias físicas reales sin tomar en cuenta la motivación o la intención"	"La motivación es llevada en base a sus intenciones"
RESPECTO POR LA AUTORIDAD	"El respeto es absoluto"	"Comprende que la autoridad es un ser humano y puede cambiar las leyes"
CASTIGO	"Está a favor, debe ser fuerte y físico, cualquier tipo de situación accidental es atribuida a un castigo si algo hizo antes"	"Está a favor, pero más leve y recíproco y pregunta la razón de los hechos"
JUSTICIA	"Supone que cualquier tipo de mala acción será castigada"	"Los percances naturales están disociados de un castigo"

La teoría de Sigmund Freud con respecto al desarrollo moral se basa en la influencia de *los complejos de Edipo y de Electra* para ayudar al niño a desarrollar el *superyó*. Después de que los niños se identifican con el progenitor del mismo sexo internalizan sus normas morales las cuales se convierten entonces en su propia conciencia.¹³⁵

En investigaciones se ha llegado a concluir que los padres de jóvenes delincuentes tienden a ser laxos e inconsistentes en su disciplina psicológica, relacionada con el cariño, con mayor probabilidad lleva a que las personas sean propensas a la delincuencia, en comparación con la disciplina física.¹³⁶

Los niños menores de siete años hacen juicios morales inmaduros puesto que se preocupan más por la magnitud de una ofensa, que por la intención que subyace a la acción. A medida que los niños maduran, juzgan el valor de un castigo no por su severidad, si no por las consecuencias materiales directas de la mala acción, y sienten que los castigos apropiados harán que los culpables se den cuenta de las respuestas de sus propias acciones.¹³⁷

DESARROLLO PSICOSOCIAL

Para efectos de esta investigación retomaremos algunos aspectos de interés relacionados con las etapas o períodos que consituyen las edades alrededor de seis a diez años aproximadamente, tomando en cuenta que un niño no es igual a otro y que éstos están en un proceso evolutivo constantemente.

Erik Erikson propuso una teoría del desarrollo psicosocial que comprende ocho etapas a lo largo de toda la vida, cada etapa depende de la solución con éxito de una crisis. La forma en que cada individuo resuelve cada crisis afecta al desarrollo de su personalidad. Vr. gr. al niño de edad escolar le preocupa mucho el hacer las cosas y demostrar que las hace mejor que cualquier otro.¹³⁸

En la etapa de la laboriosidad frente a inferioridad (de los 6 a los 12 años), el niño se familiariza con el mundo de las "herramientas" en el hogar y la escuela. Los juegos continúan, pero se esperan del niño el trabajo productivo y los logros reales. Es preciso que adquiera habilidades y conocimientos. Y como afirma Erikson. "Se puede describir al niño como un aprendiz del arte de aprender las tareas de la edad adulta".¹³⁹

El lapso entre los seis y doce años de edad, aproximadamente, fue denominada por Freud como período de la latencia. Sostenía que este periodo implicaba la consolidación y la elaboración de los rasgos y habilidades previamente adquiridas, sin que aparezca nada dinámicamente nuevo (Freud, S. 1949). El origen del placer es de tipo sensoriomotora: placer del conocimiento, habilidad, construcción, interacciones con grupos de amigos y sus rasgos son de diferenciación (elaboración de los rasgos anteriores), aprendizaje social y desarrollo de la conciencia.¹⁴⁰

En esta etapa el superyo se encuentra lo suficientemente desarrollado, de manera que el niño ha internalizado las normas para interactuar con la sociedad y en cierto modo posee una estructura de personalidad que no va a variar sensiblemente en etapas posteriores.

Un niño que halla seguridad en esta relación continuada con los padres y que ha logrado una solución satisfactoria a sus conflictos emocionales en las etapas anteriores, está gradualmente en condiciones de incorporarse a un grupo. Los resultados que logra en la escuela están de acuerdo con sus dotes básicas y habilidades adquiridas. Esta en condición de aceptar exigencias razonables por parte de los adultos con los cuales tiene contacto, y de aceptar las restricciones establecidas por la sociedad sobre sus impulsos.¹⁴¹

Gesell señala que, el *sexto año* de vida trae consigo cambios fundamentales somáticos y psicológicos. Es una edad de transición, incluso la química del cuerpo del niño sufre cambios sutiles que se reflejan en un aumento de la susceptibilidad a las enfermedades infecciosas.¹⁴²

El niño se encuentra, a menudo, bajo la compulsión de manifestar primero uno de los extremos de dos conductas alternativas y luego, muy poco después, el extremo exactamente opuesto.

No tiene dominio de sus impulsos motores ni de sus relaciones sociales. Es excesivamente enfático o bien vacila y se demora o intenta cosas demasiado difíciles para él. El cuerpo joven de un niño de seis años es flexible, sensible y alerta, reacciona con todo su sistema de acción.

Para el niño que comienza a asistir a la escuela, la maestra se vuelve por así decirlo, una madre auxiliadora con la cual va establecer un gran afecto.

Aproximadamente a los *siete años* se produce una especie de aquietamiento, atraviesa prolongados periodos de calma y de concentración. Es una edad de asimilación, una época en que sedimenta la experiencia acumulada y se relacionan las experiencias nuevas con las antiguas.¹⁴³

De acuerdo con esto, el niño de siete es un buen oyente, parece más introvertido que el niño de seis, usa la meditación como un mecanismo psicológico mediante el cual absorbe, revive y reorganiza sus experiencias.

Este necesita tanto sus momentos de reflexión como sus momentos de acción. El niño realiza adaptaciones tanto mediante su vida interior, como mediante su comportamiento externo.

Conquista cierto grado de separación respecto a la madre, desarrollando nuevas adhesiones a otras personas. Con frecuencia ansía tener un hermanito o hermanita. Revela un nuevo interés por su padre y por los compañeros de juegos mayores que él.

En el niño de *ocho años*, existen tres rasgos que son característicos en la dinámica de su conducta: velocidad, expansividad y valoratividad. Entendiendo a este último como la tendencia dominante del niño a valorar todo lo que sucede y lo que sucede por su causa.¹⁴⁴

El niño de ocho años comienza a parecer más maduro incluso en su aspecto físico. Sutiles cambios en las proporciones corporales presagian ya los cambios más marcados que advendrán con la pubertad. Sus ojos están capacitados para acomodarse tanto a las distancias lejanas como a las próximas. Alcanza un nivel de madurez en el cual los dos sexos comienzan a separarse. Su sensibilidad se agudiza y no le agrada que se le diga directamente lo que debe hacer. Sin embargo espera el elogio y lo solicita, pero no quiere que sus limitaciones sean objeto de burla. El temor a la muerte y al ridículo se presenta a la edad de ocho años, le gusta ganarse el reconocimiento de los demás. *vr gr.* es preferible un reglazo que el rincón, debido a que es más doloroso que los demás se rían y se burlen de él. Su sentido de sí mismo deviene de un sentido de status social y redefine constantemente sus relaciones de status con los camaradas, los hermanos y los mayores. Con frecuencia, critica severamente a sus hermanos.

Las relaciones con la madre y con la maestra reflejan la complejidad de estos modos de conducta impersonal. Ambos sexos demuestran por igual una gran admiración por sus padres, expresando su afecto en palabras y hechos, como también son susceptibles a los celos, demostrados más en el caso de la madre.

Es capaz de hacerse responsable, tener disciplina y asignar a otros con mutua crítica. Le gusta coleccionar cosas y muestra interés por el dinero, debido quizás al sentido de propiedad que ha adquirido.

Las tendencias expancivas en la cultura le engendran ciertas y nuevas curiosidades como son el interés de los recién nacidos; se plantea preguntas de sondeo sobre el origen de la vida y el matrimonio, esta extensión es a nivel tanto intelectual como emocional.

En esta transición adquiere nuevas formas de autosuficiencia que modifican profundamente sus relaciones con la familia, con la escuela y con sus amigos.

La automotivación es la característica cardinal del niño de *nueve años*. Es la clave para comprenderle en su progreso hacia la madurez, el niño posee una creciente capacidad de aplicar su mente a las cosas, por propia iniciativa o con ligeras sugerencias por parte del ambiente. Le complace poner a prueba su habilidad y le gusta perfeccionarla, por lo que puede y le gusta repetir las cosas una vez y otra vez.¹⁴⁵

Tiende a ser una persona relativamente bien organizada, muestra sentido de equidad y hasta de moderación en sus estimaciones y esperanzas, aceptando sus culpas.

El niño que tiene nueve años, generalmente es honesto, sincero, seguro y responsable. Le agrada que depositen la confianza en él y le agrada poder gozar de cierta libertad.

En la escuela, los grupos pueden incluir tanto varones como mujeres, pero las asociaciones espontáneas son casi siempre unilaterales.

También le gusta planear de antemano y preparar sus cosas, hacer inventarios y listas de control, le agrada clasificar e identificar, ordenar su información por lo que se puede observar a un niño bien organizado. Tiene un buen sentido de la equidad y como pudimos observar, es muy sensible a las ideas elementales de justicia.

Existen diversas formas de una nueva conciencia de los aspectos parentales y reproductivos del sexo. La mayoría de las niñas ya tienen conocimientos sobre la menarquia o el proceso menstrual. Demuestran pudor y curiosidad simultáneos respecto de la fisiología y la autonomía elementales del sexo.

La transición de *nueve a diez* generalmente tiene lugar sin tropiezos bruscos, en forma paulatina y constante. A su debido tiempo se hace perceptible un adelanto de la madurez en el comportamiento, las actividades, las emociones e ideas; bienes que hasta entonces habían sido estimados profundamente, son dejados a un lado.¹⁴⁶

Se observa una amplitud cada vez más grande de los gustos e intereses, que se deja sentir en las relaciones interpersonales en el hogar y en la escuela, y, de manera más privada, en el creciente yo interior del niño.

Al niño de diez años le gusta su hogar y se muestra leal con él. Las raíces de su apego penetran más hondo en torno a ambos padres. Le agrada participar en actividades que incluyen a toda la familia. Con los hermanos menores comprendidos entre los seis y nueve años, ya no se lleva tan bien; Tiene capacidad de protección que se manifiesta de manera natural en actitudes comprensivas hacia los niños pequeños y hacia los animalitos domésticos.

A los diez años, el niño gusta de presumir a los amigos, alagarlos mencionando los méritos distintivos. Combina interés específico por el detalle concreto con una gran diversidad de intereses.

Tiene características generales como la tratabilidad, fácil reciprocidad emocional e interés concreto y positivo por los hechos. Le gusta aprender, memorizar a gran escala, identificar o reconocer hechos. También tiende a mostrarse práctico y concreto en sus ideas y actitudes filosóficas con respecto al tiempo, la muerte, el espacio y Dios.

DESORDENES EN EL DESARROLLO

Algunos comportamientos problemáticos parecen tener por causa demora o anomalías del desarrollo relacionadas con la maduración biológica. Los niños con frecuencia superan estas condiciones, pero pueden sufrir efectos colaterales mientras tanto, *vr. gr.* el niño que tiene asma sufre de desventajas en su vida social, porque tiene

que evitar juegos donde tenga que correr sobre todo si es temporada invernal de modo que la aparición de cualquier desorden en el desarrollo de un niño requiere de atención.¹⁴⁷

APARATO PSIQUICO

Una de las principales piezas del sistema de conceptos de S. Freud, fue su firme creencia en la división de la psique en diferentes estratos en ocasiones opuestos entre sí.

Lo que una persona experimenta conscientemente es sólo una pequeña porción de su vida mental y puede ser, de hecho, una distorsión de los verdaderos motivos que existen inconscientemente. Los motivos de conflicto pueden crear tanta frustración para una persona que son excluidos de la conciencia, pero continúan funcionando inconscientemente para influir en la conducta.¹⁴⁸

La *conciencia* consiste en darse cuenta de lo que ocurre como resultado de la estimulación externa, del restablecimiento de las experiencias internas o de ambas en alguna combinación, es decir, el conjunto de ideas que nos representamos cotidianamente.

El *preconsciente* se forma de recuerdos latentes, los cuales pueden pasar deliberadamente al consciente o surgir a través de asociación con experiencias actuales, ya que estas podemos evocarlas a voluntad. Como señala S. Freud (1923) "a lo latente, que sólo es inconsciente en un sentido descriptivo y no en un sentido dinámico lo denominamos preconsciente, y reservamos el nombre de inconsciente para lo reprimido dinámicamente inconsciente".

El *inconsciente* caracteriza a ciertos procesos dinámicos que no llegan a la conciencia a pesar de su eficacia e intensidad, y a los cuales ningún esfuerzo de la voluntad ni ningún acto de memoria puede traer a la experiencia consciente. Sin embargo, su función se revela a través de los sueños, los lapsos y otros.

S. Freud concibió que la personalidad no sólo estaba compuesta por los tres sistemas mentales anteriores, si no que también estaba formada por sistemas opuestos que se encuentran continuamente en conflicto entre sí, a los que denominó con el nombre de *ello* (*id*), *yo* (*ego*) y *superyo* (*superego*).¹⁴⁹

El *Ello* (*id*), está presente ya al nacer. Está constituido por necesidades tan básicas como el hambre a las cuales se les llamo instintos de vida, alimentados por una energía libidinal. El *id* demanda la gratificación inmediata operando mediante el principio del placer, el cual persigue la inmediata gratificación de los instintos, proceso primario.

El Yo (ego), se desarrolla poco después del nacimiento, cuando el niño se da cuenta de que no todo lo que quiera lo obtendrá automáticamente, sirve de mediador entre el deseo y el deber de hacer, es el agente controlador, el cual procura ser racional y realista, por lo que opera mediante el principio de realidad, por lo cual una persona idea un plan y entonces lleva a cabo algún tipo de acción para ensayar ese plan (prueba de realidad), proceso secundario.

El superyó (superego), aparece en la infancia y opera mediante el principio de perfección. Representa los valores que sus padres y otros componentes sociales comunican al niño como ideales, y esta formado por el yo ideal y la conciencia, por lo que es el aspecto moral y social de la personalidad, busca eliminar los impulsos y se esfuerza por alcanzar objetos morales o ideales.

MECANISMOS DE DEFENSA

El desarrollo del *Ego* o del *autoconcepto* del niño en edad escolar está amenazada por todas partes, para mantener su fuerza, los niños desarrollan *mecanismos de defensa* muchos de los cuales se mantienen durante la vida adulta.¹⁵⁰

Anna Freud, en su libro sobre el yo y los mecanismos de defensa, señala que el término defensa aparece por primera vez en 1894 en el estudio de Freud sobre las neuropsicosis de defensa y lo emplea en éste y otros trabajos para describir las luchas del yo contra las ideas y afectos dolorosos e insoportables. Más tarde, Freud abandona el término y lo sustituye por el de represión. No es hasta 1926, en un apéndice complementario a su escrito "inhibición, síntoma y angustia", que Freud retoma el viejo concepto de defensa como designación general de todas las técnicas de que se sirve el yo en los conflictos que eventualmente puede conducir a la neurosis, reservando el término de represión para uno de esos métodos de defensa.¹⁵¹

Esta autora señala que S. Freud en sus diferentes trabajos introduce nueve métodos de defensa del yo, que son: represión, regresión, proyección, formación reactiva, aislamiento, anulación, introyección, vuelta contra sí mismo y transformación de lo contrario, a los que se agrega un décimo que es la sublimación. Métodos que intervienen en los procesos de resistencia del yo y la formación de síntomas.¹⁵²

Para esta autora los mecanismos de defensa sirven para la lucha del yo con su vida instintiva y se hallan motivados por tres principales tipos de angustia a los que está expuesto: la angustia instintiva, la angustia objetiva y la angustia de consciencia.¹⁵³

Los procesos o mecanismos defensivos son aquellos medios psicológicos que el yo utiliza para solucionar los conflictos que surgen entre las exigencias instintivas y la necesidad de adaptación al mundo de la realidad, bajo determinadas influencias del ambiente familiar y social.¹⁵⁴

Para entender que sucede en los aspectos psicodinámicos, es necesario hacer una breve descripción de algunos de los mecanismos de defensa mencionados.

Negación de la Realidad.-Proteje al yo de la realidad dolorosa negándose a percibirlo o a enfrentarsele.

Fantasia.-Evita situaciones dolorosas, satisfaciendo el deseo frustrado en forma imaginaria.

Racionalización.-Trata de demostrar que nuestra conducta es "racional" y justificable, para tener la aprobación del yo socialmente.

Proyección.-Culpa de las dificultades a otros o atribuye a el otro, nuestros deseos.

Represión.-La persona puede bloquear el acceso a la consciencia de ciertos impulsos que pueden ser dolorosos o peligrosos para la persona.

Formación Reactiva.-Impide que deseos peligrosos lleguen a expresarse manifestando una actitud o tipo opuesto de conducta y utilizandolos como barrera.

Regresión.-Retrae a un nivel de desarrollo anterior que implica respuestas menos maduras

Identificación.-La persona copia inconscientemente las características del otro.

Introyección.-Tendencia a absorber el medio o la personalidad de otros en la propia psique hasta el punto de reaccionar ante los sucesos externos como si fueran internos.

Compensación.-La persona disimula las debilidades destacando rasgos favorables y compensando la frustración de una área mediante satisfacción exagerada.

Desplazamiento.-Descarga sentimientos acumulados sobre objetos menos peligrosos que aquellos que han provado dicho sentimiento.

Aislamiento Emocional.-Retrae al individuo en la pasividad para protegerse del daño.

Intelectualización.-Retira el interés afectivo de situaciones dolorosas o se aísla a actividades incompatibles en comportamientos impermeables a la lógica.

Sublimación.-Encuentra salidas inofensivas para la tensión asociados con las necesidades frustradas, culturalmente refinadas.

RELACIONES OBJETALES

El niño escolar aprende a comparar sus propios progenitores con los de los otros niños; establecen nuevas relaciones con otras personas que ejercen autoridad sobre él y sobre todo se da cuenta de que los progenitores mismos no son omnipotentes como le habían parecido al niño pequeño. Durante el largo período de total dependencia con respecto a los padres el niño ha seguido sus órdenes y prohibiciones e imitando muchas actitudes, hasta que una parte de él mismo se moldeará según el patrón que las figuras parentales le ofrecieron. Para comprender un poco más esto hacemos una breve revisión de las relaciones objetales.

Los comienzos de la psicología del self se puede datar en 1914 con el ensayo sobre narcisismo, donde S. Freud a borda por primera vez el problema de las relaciones de objeto. En cuanto a la elección de objeto que puede realizar el ser humano, divide entre

elección de objeto narcisista, refiriéndose a que se elige el objeto en función de lo que uno es, o cree ser; y elección de objeto analítica, referido a que se elige el objeto de acuerdo a la persona que nos cuidó en el periodo de dependencia. En 1921 S. Freud se refiere a las dos tareas fundamentales que debe realizar el niño para lograr su independencia psíquica y que son las siguientes:¹⁵⁵

a) La elección de objeto (cual de los padres ha de ser el modelo sexual hacia el que orientará sus necesidades instintivas).

b) La identificación con un objeto (cual de los progenitores adquirirá su modelo de rol, su identidad sexual y el carácter de su ego).

Como lo señala Pedro Michaca en su obra sobre el desarrollo de la personalidad y las teorías de las relaciones de objeto, las funciones yoicas garantizan el mantenimiento de la estructura, es decir, son las que se encargan de realizar las transacciones necesarias para el equilibrio, la coherencia y la continuidad permitiendo que la estructura siga operando, frente a presiones que provengan del exterior (estímulos ambientales) o del interior (impulsos que buscan descarga).¹⁵⁶

Bellak (1970), señala que las tres áreas de funcionamiento yoico quedarían de la siguiente manera:¹⁵⁷

Área de contacto con el mundo exterior

- Prueba de la realidad
- Sentido de realidad del sí mismo y del mundo
- Juicio de realidad
- Relaciones de objeto

Área de control y modulación de los impulsos

- Regulación y control de afectos e impulsos
- Funcionamiento defensivo
- Regresión adaptativa al servicio del yo

Área de mantenimiento de la estructura

- Función sintomática integrativa
- Funcionamiento autónomo
- Barrera de estímulos
- Dominio y competencia
- Pensamiento

Si como lo considera Bellak, las vicisitudes de la relación de objeto temprana van a condicionar en otras etapas de la vida, en mayor o menor medida, el funcionamiento de las áreas de autonomía primaria, y el sentido de realidad del sí mismo y del mundo, de las cuales depende la prueba de realidad, el estudio de cómo influyen las figuras parentales y otras figuras de relación en etapas tempranas de la vida; será indispensable no sólo para evaluar el desarrollo emocional del niño, sino también como base para diseñar intervenciones tanto a nivel preventivo de orientación como a nivel remedial de tratamiento.¹⁵⁸

El término relación de objeto u objetal, lo definen Laplanche y Pontalis en el diccionario de Psicoanálisis como: "*El modo de relación del sujeto con su mundo, relación que es el resultado complejo y total de una determinada organización de la personalidad, de una aprehensión más o menos fantasmática de los objetos y de los tipos de defensa predominantes*".¹⁵⁹

AGRESION EN EL PERIODO DE LATENCIA

Los niños pequeños, en todos los periodos de la historia, han demostrado rasgos de violencia, de agresión y destrucción.¹⁶⁰

La agresión es una fuerza hipotética, instinto o principio que se supone que actúa sobre una amplia gama de actos y sentimientos. Se le considera con frecuencia como antitético de sexo o líbido en cuyo caso es utilizado para hacer referencia a impulsos destructivos. Aún cuando es utilizado como sinónimo de destructividad, existe la controversia de si es un impulso primario, esto es, si hay un instinto agresivo destructivo o es una reacción contra la frustración. Las opiniones también difieren acerca de si es un instinto con sus propias metas o si proporciona la energía que permite al yo superar los obstáculos que están en el camino de la satisfacción de otros impulsos. La casi universal tendencia de los analistas de equiparar agresión con odio, destructividad y sadismo está en contra tanto de su etimología (*ad-gradior*, me muevo hacia) como de su tradicional significado del dinamismo, autoafirmación, expansividad, impulso.¹⁶¹

El uso psicoanalítico deriva de los últimos textos de S. Freud en los cuales el autor concibió a la agresión como un derivado del instinto de muerte.¹⁶²

Anna Freud aseguró, que en la psicología pre-analítica se considera a la niñez como un periodo más o menos pacífico de crecimiento progresivo en el que los impulsos instintivos, cuando aparecían, no hacían más que desempeñar el papel de elementos perturbadores. La psicología psicoanalítica, en cambio, les atribuye a estos impulsos innatos el papel principal en la conformación de la mente y la estructuración del carácter.¹⁶³

De acuerdo con la teoría psicoanalítica de la sexualidad, existen desde el nacimiento en adelante, fuentes difusas de excitación sexual en diversas partes del cuerpo, y de ellas dan origen a los impulsos sexuales pregenitales de la vida infantil.

En el psicoanálisis freudiano, la conducta agresiva de los niños se observó primeramente en las ocasiones en que aparecían en conjunción con su conducta sexual. Así, se descubrió que los niños pequeños, cuando perseguían sus metas sexuales pregenitales, manifestaban un grado importante de falta de consideración por los sentimientos de los demás, de hostilidad hacia el ambiente, de sadismo, agresión y destructividad. Y sobre todo se descubrió que el periodo culminante de agresividad coincidía con la etapa anal de la sexualidad.¹⁶⁴

Investigaciones posteriores sobre las funciones del yo y el papel que cumplían en los procesos de satisfacción de los deseos condujeron a la clasificación tentativa de la agresión como un "instinto del yo". Se descubrió que el niño reaccionaba con la agresión siempre que no se gratificaba un deseo instintivo o que se lo coartaba deliberadamente a través de la intervención del ambiente.

En el desarrollo posterior de su teoría de los instintos, S. Freud (1920) decidió atribuir naturaleza y origen instintivo a las manifestaciones agresivas y les otorgó por consiguiente en su evaluación el mismo status que a las manifestaciones del sexo. Según este supuesto, que se conoce como la "teoría de los instintos de vida y muerte", todo el repertorio de los impulsos instintivos se agrupa bajo estas dos fuerzas principales: La fuerza de la vida que sirve a los propósitos de la preservación, la propagación y la unificación de la vida, y el instinto de muerte o fuerza destructiva que sirve a la meta opuesta de hacer las conexiones establecidas y destruir la vida.¹⁶⁵

El sexo representa la fuerza de la vida; la agresión la fuerza destructiva. Cuando los impulsos agresivos no están por alguna razón fundidos con los impulsos sexuales, se manifiestan tendencias puramente destructivas, criminales y, en esta forma, incontrolables e inmanejables.¹⁶⁶

El desarrollo de la agresión se halla inseparable y unido a las fases de desarrollo de la sexualidad infantil. En cada uno de los niveles del desarrollo sexual (oral, anal, fálico) los impulsos agresivos se manifiestan en formas diferentes, y a través de sus manifestaciones les prestan fuerzas a las experiencias de la vida amorosa del niño.¹⁶⁷

En la etapa de latencia, el niño utiliza los mecanismos de defensa como método para la eliminación o transformación de los conflictos sexuales pregenitales.¹⁶⁸

La represión de los conflictos agresivos y destructivos elimina de la conciencia del niño las intenciones hostiles y los deseos de muerte contra los progenitores amados, sin afectar su existencia en el inconsciente. El niño desarrolla entonces tendencias reactivas de excesiva amabilidad, horror a la violencia, entre otros.

Otros mecanismos son la proyección y el desplazamiento de la agresión, los impulsos agresivos y destructivos se proyectan hacia fuera; esto es, se deja de sentirlos como parte del mundo interior del niño y se los adscribe en cambio a personas del mundo exterior, por lo general las mismas personas hacia las cuales se dirigía la hostilidad originaria.

Cuando se funden con los impulsos eróticos, los impulsos agresivos se ven libres de sus cualidades destructivas y hacen contribución decisiva a los propósitos de la vida, es decir se ha sublimado la agresión.¹⁶⁹

DEPENDENCIA

Es el modo de relación interpersonal en que uno necesita de otro a quién de algún modo se haya supeditado. El problema de la dependencia se plantea con especial crudeza en el seno de la familia entre padres e hijos. Los niños se hayan sometidos a sus padres por necesidades de vida pero la tendencia natural de los padres a protegerlos puede llegar a sobrepasar los límites necesarios a una hiperprotección que coarta la necesaria libertad de los hijos. Unas veces el niño hiperprotegido reacciona en contra y otras se somete pasivamente.¹⁷⁰

En el primer caso se originan conflictos si los padres no tienen flexibilidad suficiente para reconsiderar su propia conducta adaptándola a las circunstancias.

Cuando el niño se somete sin más existe el peligro de que se convierta en un sujeto meramente pasivo.

Sólo una actitud despierta de los padres para mantener con sus hijos unas relaciones que sin ser autoritarias mantengan la autoridad y sin ser condescendientes con todo mantengan la mutua confianza, puede ser garantía de una dependencia sin traumas.

METODO

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

Uno de los mayores intereses en la psicología, en especial, de la psicología clínica es el analizar al hombre como una unidad biopsicosocial. El asma bronquial es un ejemplo de esta interacción compleja que opera a niveles fisiológicos y psicológicos.

Dentro del marco teórico se hizo mención a investigaciones como la de French (1944),¹⁷¹ que sostiene que el ataque de asma ocurre substituyendo a un grito reprimido como reacción a un temor agudo a la pérdida del amor a la madre y por consiguiente una intensa rivalidad con los hermanos. Así como en la existencia de una hostilidad marcada en el niño asmático.

A estos factores se le han sumado dos más, con respecto a la original propuesta, debido a que en la aplicación se observaba de manera evidente en las historias: una fuerte dependencia y temas relacionados con rasgos orales.

Una manera de poder observar estos factores es por medio de la aplicación de pruebas proyectivas que son consideradas como recursos capaces de revelar indicadores significativos acerca de la estructura y dinámica latente de la personalidad del individuo.¹⁷² En este caso se utilizó la prueba de apercepción temática infantil con figuras humanas (CAT-H) debido a que los sujetos fueron niños de 6 a 10 años de edad y como sugiere Bellak, L. (1979) "La forma humana sería más adecuada al desarrollo intelectual de algunos niños entre los 7 y 10 años de edad".¹⁷³ También, se utilizó el suplemento del mismo test (CAT-S), este con el objeto de observar los efectos psicológicos que el problema somático tiene sobre el niño que padece asma, pues proyecta tales desórdenes en el estímulo.¹⁷⁴

En función de lo anterior, el problema de investigación fue conocer si el asma bronquial infantil influye en la dinámica del niño, es decir; ¿Existe diferencias en cuanto a los factores psicológicos de los niños asmáticos y los que no padecen asma? y si es así, ¿Que otros factores psicológicos interactúan en esta psicodinamia?.

HIPOTESIS

HIPOTESIS CONCEPTUAL

El asma bronquial infantil influye en los diversos factores psicológicos como es el caso de la agresión, la rivalidad con los hermanos, la dependencia, los rasgos orales y el temor al abandono por parte de la figura materna.

HIPOTESIS DE TRABAJO

Ha Existen diferencias en la rivalidad con los hermanos en niños asmáticos y no asmáticos.

Ha Existen diferencias en cuanto a la agresión de los niños asmáticos y no asmáticos.

Ha Existen diferencias entre el niño asmático y el niño no asmático en relación al temor al abandono de la figura materna.

Ha Existen diferencias en cuanto al factor dependencia en niños asmáticos y no asmáticos.

Ha Existen diferencias entre los niños asmáticos y no asmáticos en relación a los rasgos orales.

Ho No existen diferencias en la rivalidad con los hermanos en niños asmáticos y no asmáticos.

Ho No existen diferencias en cuanto a la agresión de los niños asmáticos y no asmáticos.

Ho No existen diferencias entre el niño asmático y el niño no asmático en relación al temor al abandono de la figura materna.

Ho No existen diferencias en cuanto a la dependencia en los niños asmáticos y no asmáticos.

Ho No existen diferencias entre el grupo asmático y el grupo no asmático en relación a los rasgos orales.

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

El asma bronquial infantil.

VARIABLES DEPENDIENTES

Factores psicológicos:

- Temor al abandono de la figura materna.
- Rivalidad con los hermanos.
- Agresión.
- Rasgos orales.
- Dependencia.

DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES.

Asma Bronquial: Es una enfermedad pulmonar con las siguientes características 1) obstrucción de las vías aéreas que es reversible a veces espontáneamente otras con tratamiento 2) inflamación de las vías y 3) incremento de la sensibilidad a una variedad de estímulos.

Temor al abandono de la figura materna: Actitud de tipo emotivo relacionada con una situación de peligro, por la idea de perder el afecto, en este caso de la figura materna.

Rivalidad con los hermanos: Es la competencia que existe entre los hermanos que aspiran a obtener una misma cosa o persona.

Agresión: Cualquier comportamiento que pretenda dañar a alguien o algo.

Rasgos orales: Son las tendencias pertenecientes a lo oral, es decir relacionadas con la boca.

Dependencia: Es la tendencia a buscar la ayuda de otros para tomar decisiones o para llevar a cabo acciones difíciles.

SUJETOS:

La investigación se llevó a cabo con dos poblaciones independientes, cada una de éstas contó con treinta niños que cumplieron con las siguientes características:

EDAD	de 6 A 10 años	de 6 a 10 años
PADECIMIENTO	asma bronquial	sin asma bronquial
GRADO SEVERIDAD	leve, moderado	-----
ESCOLARIDAD	primaria	primaria
SEXO	femenino, masculino	femenino, masculino
No. HERMANOS	por lo menos uno	por lo menos uno
NIVEL SOCIOECONOMICO	bajo y medio	bajo y medio

MUESTREO

Los sujetos del primer grupo fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico debido, a que no se cuenta con el conocimiento de la población total que padece asma bronquial en la niñez. El segundo grupo fue elegido conforme a dos de las características del primero, con el objeto de poder comparar a los dos grupos en relación a su edad y sexo. Y ambos grupos, fueron seleccionados intencionalmente, ya que los sujetos cumplieron con las características antes mencionadas para poder ser elegidos.

La muestra de los niños con asma se obtuvo de la consulta externa de el Instituto Nacional de Pediatría, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, y del Hospital de PEMEX de la ciudad de México tales niños fueron diagnosticados con asma bronquial.

La muestra de los niños no asmáticos se obtuvo en tres escuelas primarias incorporadas a la Secretaría de Educación Pública de la ciudad de México.

TIPO DE ESTUDIO

Fue un estudio comparativo observacional, ya que en esta investigación existieron dos poblaciones en las cuales se comparó algunas variables, sin modificar los factores que intervinieron en el proceso, es decir, sólo se describió el fenómeno estudiado.

Fue un estudio de campo porque los sujetos fueron seleccionados en escuelas y consulta externa de la ciudad de México.

DISEÑO

El tipo de diseño que se empleó fue de tipo ex-post-facto, donde sólo se aplicó la prueba del CAT-H y su suplemento con el objeto de observar los factores psicodinámicos que interactúan en las dos muestras independientes (grupo asmático y grupo no asmático).

INSTRUMENTOS Y MATERIALES

Se utilizó la prueba de apercepción temática infantil con figuras humanas (CAT-H) y su suplemento (CAT-S) debido a que es un método (proyectivo) aperceptivo de investigación de la personalidad a través del estudio del significado dinámico de las diferencias individuales en la percepción de estímulos estandarizados.¹⁷⁴

En 1965, Bellak, el constructor del primer TAT infantil zoomórfico construye también el último TAT infantil antropomórfico mediante la versión humana del CAT-H (CAT humano).¹⁷⁵

En la construcción del CAT se intentó representar escenas que proporcionaran materiales relacionados con situaciones y problemas relevantes en la vida del niño (alimentación, agresión, soledad, interacciones con figuras parentales, etc.).¹⁷⁶

La prueba CAT-H fue diseñada con el objeto de facilitar la comprensión de la relación de un niño con figuras importantes con sus impulsos así como su suplemento que fue elaborado para mostrar los efectos psicológicos que el problema somático tiene sobre el niño que padece cualquier desorden psicossomático o hipocondríaco.¹⁷⁷

La validez de las técnicas proyectivas está basada en tres factores:¹⁷⁸

a) el estudio de las diferencias individuales y de las formas de deformación aperceptiva, mediante el descubrimiento de pautas reiteradas a lo largo de todo el registro: datos "intratest"; si existe una historia de falta de apoyo, amor y alimentos en casi todas las historias; podemos inferir de ello que el sujeto tiene una fuerte necesidad oral relacionada en apariencia con el sentimiento de carencia. De igual modo, si la mayoría de las historias concluye con la nota de infortunio dando a entender que la suerte está en contra de uno, de nuevo podemos inferir que este niño se siente desesperanzado y abrumado.

b) se puede comparar la conducta fantasiosa, como se revela en el test, con la conducta manifiesta y realizar inferencias sobre la base de estos datos "intraindividuales".

c) un enfoque normativo-estadístico de la validez de la inferencia basado en las diferencias interindividuales en la percepción.

DESCRIPCION DE LAS LAMINAS DEL CAT-H.

LAMINA 1

Unos niños están sentados alrededor de una mesa en la cual está un gran tazón de comida. A un lado está una figura humana vagamente bosquejada.

LAMINA 2

Una figura humana tira de un lado de una cuerda, en tanto que otras dos personas, una grande y otra chica, tiran del otro lado de la cuerda.

LAMINA 3

Un señor con una pipa y un bastón, en la esquina inferior de la derecha está un niño pequeño.

LAMINA 4

Una señora con un gorro en su cabeza, llevando una canasta en ella se encuentra una botella de leche; en sus brazos lleva a un niño, el cual lleva un globo. En una bicicleta va un niño más grande.

LAMINA 5

Un cuarto oscuro con una cama grande al fondo, una cuna en el primer plano en la cual hay dos niños pequeños.

LAMINA 6

Una tienda de campaña con dos figuras humanas que se encuentran dormidas y en el primer plano un niño acostado pero despierto.

LAMINA 7

Un adulto persiguiendo a un niño, a un lado un cazo sobre leña prendida.

LAMINA 8

Dos adultos están sentados en un sofá tomando tazas de té. Un adulto en primer plano está sentado en un taburete hablándole a un niño pequeño, en la pared un retrato de un adulto mayor.

LAMINA 9

Un cuarto, obscuro visto a través de una puerta abierta desde un cuarto iluminado. En el cuarto obscuro hay una cuna en la que está sentado un niño pequeño viendo a través de la puerta.

LAMINA 10

Un niño acostado boca abajo en las rodillas de un adulto; ambas figuras con un mínimo de expresión en sus rasgos. Las figuras están colocadas en el primer plano de un cuarto de baño.

DESCRIPCION DE LAS LAMINAS DEL CAT-S**LAMINA 1**

Muestra cuatro niños ratones en una resbaladilla. Uno se está deslizando hacia abajo, otro a punto de empezar a deslizarse, y dos están subiendo la escalera. Los números uno y tres sugieren individuos del sexo masculino; el dos y el cuatro sugieren sexo femenino.

LAMINA 2

Una situación de salón de clase con tres monos pequeños, dos sentados en escritorios típicamente escolares, uno de pie con un libro en la mano, y uno de los monos agarrándose la cola.

LAMINA 3

Esta lámina muestra a niños "que juegan a la casa". El papá ratón, con lentes demasiado grandes para él y obviamente pertenecientes a un adulto, está recibiendo una bebida que la "madre ratón" le está sirviendo y están dispersos a su alrededor juguetes y un muñeco bebé en su cochecito.

LAMINA 4

Un oso grande sentado en cuclillas, sosteniendo a un osito en su regazo y en sus brazos.

LAMINA 5

Esta lámina representa un canguro en muletas y con la cola y el pie vendados.

LAMINA 6

Un grupo de cuatro zorros -dos machos y dos hembras- están corriendo tras una meta a la vista y un macho se aproxima más a la meta.

LAMINA 7

Un gato está de pie ante un espejo viendo su imagen.

LAMINA 8

Un doctor conejo está examinando a un conejo niño con un estetoscopio; al fondo se ven unas botellas de medicina.

LAMINA 9

Un venado grande se está bañando en la regadera y está medio oculto por una cortina de baño. Un venadito está mirando a la figura más grande. Una bolsa para enemas cuelga de la pared.

LAMINA 10

Una gata, obviamente embarazada, con una gran barriga y un delantal.

PROCEDIMIENTO

Para esta investigación se realizó una selección de los sujetos conforme a las características antes mencionadas.

Al ser elegidos los treinta niños de cada grupo se pidió la autorización a los padres acorde a los lineamientos del Código Ético del psicólogo para la aplicación de las pruebas CAT-H y CAT-S.¹⁷⁹

La aplicación se llevó a cabo en dos fases:

Primero se asistió al hospital de PEMEX y a las Instituciones del sector salud, luego se recurrió a la SEP con el objeto de seleccionar al segundo grupo conforme a las características del primero.

Inicialmente se estableció el rapport con cada uno de los niños con la finalidad de crear un ambiente óptimo.

Posteriormente se le pidió al niño que contestará la ficha de identidad. (ver anexo 1)

Por último, conforme al manual de aplicación se le dió la siguiente consigna "Jugaremos a contar cuentos, tú los contarás mirando unas láminas, y me dirás qué sucede, qué están haciendo en el cuento".¹⁸⁰

La aplicación del CAT-H y CAT-S se realizó de forma continua.

Para llevar a cabo este último paso se le dijo al niño que se iba a utilizar grabadora con el fin de poder escuchar su voz terminado el juego y recordar de esta manera el cuento que elaboró.

La aplicación de cada niño fue de manera individual.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó tanto un análisis cuantitativo que muestra las diferencias significativas, como un análisis cualitativo que señala las discrepancias en las respuestas del grupo de niños asmáticos y el grupo de niños no asmáticos.

Debido a que la investigación tenía por objeto comparar dos variables independientes se efectuó el siguiente método estadístico.

Para obtener el análisis cuantitativo de las variables se recurrió a la escala de medición nominal.¹⁸¹ Con el objeto de asignar valores numéricos a estas variables, en las cuales sólo significaron la ausencia (0) o la presencia (1) del factor psicológico.

Vr. gr. en el caso de la rivalidad con los hermanos el total de láminas (CAT-H y CAT-S) que sugieren el tema son cuatro láminas (la 1, 4, 4S, 6S), por lo que se esperaba que el

niño sólo mencionará cuatro historias relacionadas con la rivalidad con los hermanos durante la aplicación. Si era de esta manera no se puntuaba, pero si el niño mencionaba el tema en otras laminas (adicción), sin interesarnos (en éste análisis) de cuantas veces más introdujó el tema, se puntuaba como uno.

Conforme a estos datos se continuo a utilizar el método de la prueba chi cuadrada (χ^2), para investigar si en los diferentes grupos los factores de agresión, rivalidad con los hermanos, temor al abandono por parte de la figura materna, dependencia y los rasgos orales se presentaban.

RESULTADOS

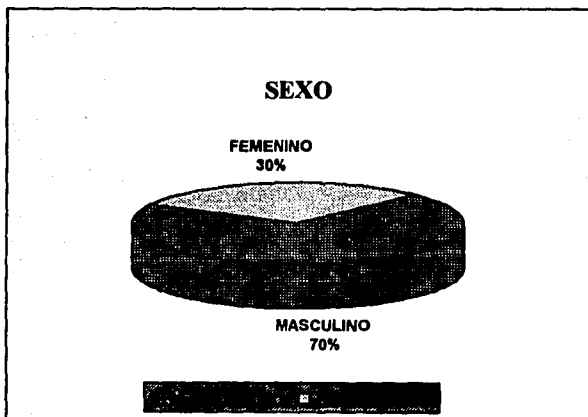
Antes de enunciar los resultados, es conveniente hacer notar dos puntos:

a) existieron algunas variables eliminadas, como es el número de pacientes que acudieron a consulta externa, con patología relacionada con alergia, pero que no reunían los requisitos para ser considerados como asmáticos.

b) recordaremos que el grupo de niños no asmáticos fue elegido conforme a dos de las características del primero, con el objeto de comparar a los dos grupos en relación a su edad y sexo.

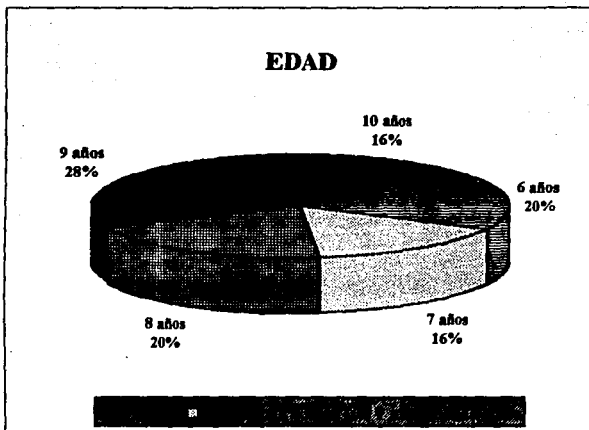
De acuerdo con estas observaciones llegamos a los resultados siguientes:

Con respecto al sexo, encontramos un porcentaje mayor de sujetos del sexo masculino (70%), en relación con el femenino (30%), en una proporción del 2:1. (Gráfica 1)



Gráfica 1. Porcentajes de la variable sexo en los sujetos de la muestra.

Con respecto a la edad, predomina la de nueve años obteniéndose ocho casos (28%), seguido de manera equitativa la de seis y ocho años contando con seis casos cada uno (20%), así como la minoría es de cinco casos para las edades de siete y diez años (16%).(Gráfica 2).



Gráfica 2. Porcentaje de la variable edad en los sujetos de la muestra.

En cuanto al grado de severidad en el asma, se presentan quince casos con asma leve y quince casos con asma moderada, correspondiendo un 50% para cada grado.

En el grupo asmático se reporta veinte casos con antecedentes de alergia y asma o bronquitis en familiares del pacientes(67%), mientras que en el grupo asmático sólo un caso se reporta con antecedentes de alergia.(tabla 1).

ASMATICO	20	10
NO ASMATICO	01	29

Tabla 1. Antecedentes del padecimiento en ambos grupos.

Con respecto a la cantidad de hermanos, el grupo de niños asmáticos reporta: de treinta niños, trece mencionan tener sólo un hermano y otros trece señalaron dos hermanos.(43%).(tabla 2).

6	6	5	1			
7	5	2	2		1	
8	6	2	4			
9	8	2	3	2		1
10	5	2	3			

Tabla 2. Señala el número de hermanos del grupo asmático en relación a su edad. (vr. gr. 6 niños de 6 años 5 reportaron tener 1 hermano y uno reportó tener 2 hermanos).

En el grupo de niños no asmáticos se reporta: de 30 niños, diecisiete mencionan tener dos hermanos (57%) y sólo siete un hermano (23%). (Tabla 3).

6	6	1	2	2	1	
7	5	2	3		1	
8	6	2	4			
9	8	2	3	1	2	
10	5		5			

Tabla 3. Señala el número de hermanos del grupo no asmático en relación a su edad.

El grupo de niños no asmáticos se obtuvo de manera aleatoria en tres primarias, eligiendo diez sujetos de cada una de las escuelas, con el fin de que la elección fuera equitativa.(Tabla 4)

M.M.J.	10
S.V.C.	10
N.V.C	10

Tabla 4. Señala como quedó conformada la muestra de los niños no asmáticos.

En grupo de niños asmáticos, la elección se hizo de manera aleatoria en el sentido de que también se eligieron tres lugares para la consulta externa, seleccionandose sólo los niños que cumplían con las características mencionadas anteriormente, quedando conformado el grupo de la siguiente manera: con veintidos niños del Instituto Nacional de Pediatría(73%), con tres niños del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (10%) y con cinco niños del Hospital de PEMEX (17%).(Tabla 5).

INP	22
INER	3
PEMEX	5

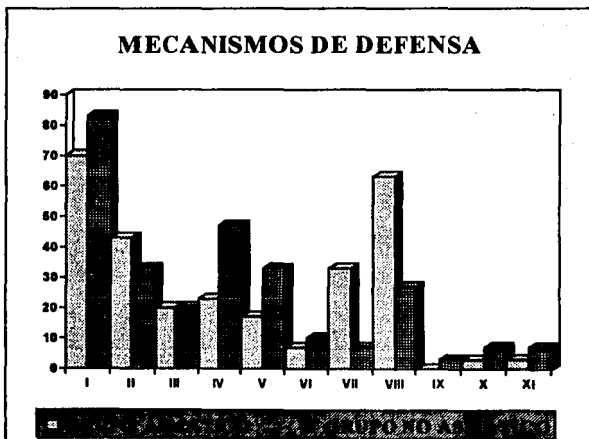
Tabla 5. Señala como quedo conformada la muestra del grupo asmático.

Con respecto a los mecanismos de defensa empleados en los niños durante la aplicación de las pruebas se encontro lo siguiente:

En el grupo de niños asmáticos, los tres principales mecanismos utilizados para sus historias fueron: la proyección en veintiun casos (70%), el desplazamiento en 19 niños (63%), y la negación en 13 niños (43%).

Encontrandose el mecanismo de represión y formación reactiva en quinto y sexto lugar respectivamente.

Mientras que en el grupo de niños no asmático fue la proyección empleada por veinticinco niños (83%), seguida de la represión por 14 niños (47%), la negación y la formación reactiva se utilizó por diez niños (33%).(gráfica 3).



Gráfica 3. Comparación de los mecanismos de defensa empleados por ambos grupos.

Con respecto a las variables o factores psicológicos que se compararon en los grupos se encuentra:

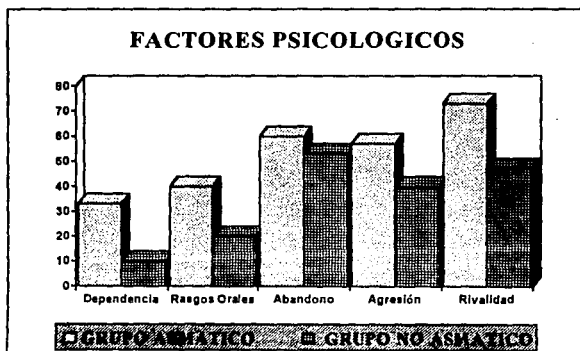
Que la variable dependencia puntúa tres veces más en los niños asmáticos que en los niños no asmáticos, en la cual se añade más veces historias relacionadas con este factor. Observándose esto en diez de los casos del grupo asmático (33%), y sólo en tres casos en el grupo no asmático (10%).

En la variable rasgos orales, doce son los sujetos asmáticos que añaden a sus historias objetos o situaciones relacionadas con el alimento u algún otro elemento oral, siendo el doble en comparación a los sujetos no asmáticos.

En el factor de temor al abandono por parte de la figura materna, se observa que ambos grupos añaden relatos asociados con el sentimiento y/o temor al abandono, sin mostrar diferencias entre los grupos (18 niños asmáticos y 16 niños no asmáticos).

La condición es similar en el caso de la agresión, donde se observa que tanto el grupo asmático como el no asmático añade a sus historias situaciones de agresión, encontrándose en el primer grupo diecisiete casos (57%), y doce casos en el segundo grupo (40%).

Relacionándose a la vez, con el sentimiento de rivalidad que se presenta en veintidos de los niños asmáticos (73%), así como en catorce de los niños no asmáticos. (Gráfica 4).



Gráfica 4. Señala el porcentaje de adiciones de los factores psicológicos en otras láminas.

En los resultados también se observa la mención de algunos objetos, de los cuales algunos están en la lámina y en otros casos son añadidos a las historias. Un caso que ejemplifica esto, es el caso de la televisión en diversas láminas, mencionada en un total de treinta y dos niños de ambos grupos de manera equitativa, utilizada con mayor frecuencia en la lámina número tres de la prueba CAT-H. (Tabla 6).

CUADRO	2	1	0	2	0
PIPA/FUMAR	2	1	2	4	3
BASTON	1	2	1	0	2
TV	3	3	4	4	2

Tabla 6. Atributos de interés señalados verbalmente en las historias.

En el suplemento de la prueba (CAT-S), la lámina número cinco nos da diferentes tipos de respuesta según el grupo.

En el caso del grupo asmático, trece de los niños (43%) respondieron que el canguro "fue machucado o atropellado" por x cosa; en ocho de los casos (27%), respondieron "se cayó", por distraído, jugueteo, etc. y en seis casos (20%) la respuesta es "por estar brincando".

En el caso del grupo no asmático, sólo la tercera parte respondió "fue machucado" (13%) y la mitad por "estar brincando" a diferencia del primer grupo. (Tabla 7).

FUE MACHUCADO O ATROPELLADO	13	4
POR CAERSE	8	8
POR BRINCAR	6	3
OTRA	3	5

Tabla 7. Tipo de respuesta empleada en la lámina no.5 (CAT-S) en ambos grupos.

En el caso de la lámina siete del suplemento, se observa que la respuesta es de tres tipos: "muy bonito" en diez niños asmáticos (33%), y siete no asmáticos (23%). En la respuesta "bonito" se duplica la cantidad en niños no asmáticos (57%) en comparación al primer grupo (27%). Se observa que ocho de los niños asmáticos (27%) no responden o evaden la pregunta, siendo en el grupo no asmático, sólo tres los que optan por esta opción. (Tabla 8).

MUY BONITO	10	7
BONITO	8	17
FEO	3	3
NINGUNA	8	3

Tabla 8. Tipo de respuesta empleada en la lámina no.7 (CAT-S) en ambos grupos.

En la lámina ocho del suplemento, se muestra muy significativa el tipo de respuesta. En el grupo asmático, la respuesta de la enfermedad que tiene el conejito, gira alrededor del asma bronquial, siendo la respuesta "asma" en doce casos (40%), "acceso de tos" en diez casos (33%), y cinco niños que se abstienen de responder (17%).

En el grupo no asmático, la respuesta común es "enfermo del corazón" (47%), seguido de gripa (17%). (Tabla 9).

TOS	10	4
ASMA	12	2
CORAZON	1	14
OTRAS ENFERMEDADES	0	3
NINGUNA	5	2
GRIPA	2	5

Tabla 9. Tipo de respuesta empleada en la lámina no.8 (CAT-S) en ambos grupos.

Con respecto al número de palabras empleadas, ambos grupos redactaron sus historias más largas en la prueba de apercpción tematica versión humana, a comparación del suplemento.

A siendose esto más evidente a la edad de ocho años, correspondiendo 1325 y 1155 del total de palabras en el grupo asmático y 1912 y 1578 el total de palabras en el grupo no asmático, con las pruebas CAT-H y CAT-S respectivamente.

Los niños de seis años en el grupo asmático realizaron sus historias más completas en comparación del grupo no asmático (suma total de 1627 y 1022 para el primer grupo y segundo grupo).

Sin embargo, los niños de mayor edad (de siete a diez años), en el grupo asmático efectuaron historias más cortas en comparación al otro grupo.(Tabla 10).

6	838	789	610	412
7	997	869	1010	817
8	1325	1155	1912	1578
9	1086	890	1470	1101
10	766	705	1297	978

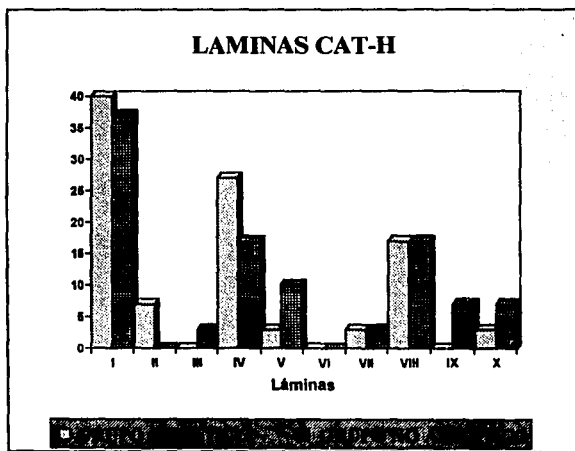
Tabla 10. Total de palabras empleadas en cada prueba con relación a la edad en ambos grupos

Con respecto al número de palabras empleadas por cada lámina, en la prueba del CAT-H, ambos grupos redactaron sus historias más largas en la lámina número uno, correspondiendo un 40% al grupo asmático y 37% al grupo no asmático.

La lámina número cuatro es la que ocupa un segundo lugar con respecto a la cantidad de números de palabras empleadas, con un 27% al grupo asmático y un 17% al grupo no asmático.

Un 17% de los niños de ambos grupos realizaron sus historias más largas en la lámina ocho de la misma versión.

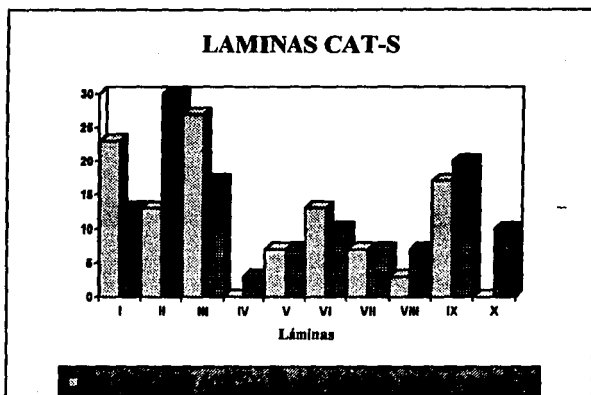
La lámina número seis es la menos larga, en ambos grupos, al igual que la lámina tres y nueve en el grupo asmático y la lámina número dos en el grupo no asmático.



Gráfica 5. Porcentaje de ambos grupos en relación al número de palabras empleadas en las láminas del CAT-H.

Con respecto al número de palabras empleadas por cada lámina en el suplemento de la prueba del CAT-S. El grupo no asmático realizó en la lámina número dos las historias más largas (30%), seguida de la nueve (20%), y la tres (17%).

En cambio para el grupo asmático, la lámina tres es la que se redacta más completa (27%), seguida de la lámina uno (23%) y la lámina nueve (17%).(Gráfica 6).



Gráfica 6. Porcentaje de ambos grupos en relación al número de palabras empleadas en las láminas del CAT-S.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Entre las enfermedades crónicas de la infancia el asma bronquial es ciertamente uno de los padecimientos más frecuentes, encontrados en los servicios de pediatría de los Hospitales e Instituciones de la ciudad de México, así como en otros países, esto puede ser observado en esta investigación, ya que en un tiempo corto de un mes y medio se recopilaron cuarenta niños, que reunieron el requisito para ser considerados como asmáticos (sin embargo, la aplicación sólo se llevó a cabo con treinta de estos niños).

Esto coincide con lo reportado en la epidemiología, donde la incidencia y prevalencia del asma bronquial es alta; mencionando que el 5% de la población en general tiene asma.^{32,33}

En cuanto al sexo, en este estudio la predominancia es del sexo masculino, con un 70%, ocupando el sexo femenino sólo un 30%, lo cual concuerda con la literatura, donde se reporta estudios con una relación de 2:1.³⁵ (ver gráfica 1)

La edad de los niños tuvo una mayor frecuencia a los nueve años (28%), seguido de la edad de ocho años y seis (20%). (ver gráfica 2)

El grado de asma presentada en los niños fue del 50%, con asma leve y 50% con asma moderada. (ver tabla 1)

En este mismo grupo se encontró que un 67% de los casos, tienen antecedentes familiares con asma, rinitis alérgica o bronquitis, siendo la madre o algún hermano el afectado, coincidiendo esto con lo reportado en la literatura, donde se menciona que uno de los múltiples factores que desencadenan el asma es la predisposición hereditaria, o a nuestro juicio una condición aprendida, o bien una identificación con ataques disneicos de otras personas.^{62,79}(ver tabla 1)

El número de hermanos reportado en el grupo asmático fue de uno o dos hermanos en 26 casos equitativamente, a diferencia del grupo no asmático donde siete casos reportaron tener un hermano y diecisiete reportaron dos hermanos.

Lo anterior se observó con el fin de encontrar una relación en las diferencias (si es que la había) con la rivalidad en los hermanos. Sin embargo, esto no fue posible por la semejanza en los resultados. (ver tabla 2 y 3)

La mayoría de los niños asmáticos que cumplieron con los requisitos para ser elegidos fueron del Instituto Nacional de Pediatría, con un 73% de los casos, a diferencia del Hospital de PEMEX que sólo obtuvo un 17% de los casos y con una minoría en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (10%). (ver tabla 5)

Los tres principales mecanismos de defensa empleados en los niños asmáticos durante la aplicación de las pruebas fue la proyección (70%), el desplazamiento (63%) y la

negación (43%). Esto coincide con lo reportado por el Dr. González Núñez, quien afirma que los enfermos psicossomáticos usan como mecanismos la negación, la represión y la formación reactiva, tomando en cuenta que el desplazamiento es un tipo de formación reactiva.¹⁰⁷(ver grafica 3)

En los niños no asmáticos, los mecanismos de defensa más empleados fueron la proyección (83%), la represión (47%), la negación y la formación reactiva (33%), utilizando las defensas de manera más equitativa.

En el análisis cuantitativo pudimos observar lo siguiente:

Con respecto a los factores psicológicos que se compararon en ambos grupos. En la variable dependencia encontramos diferencias estadísticamente significativas, ya que ésta puntua tres veces más en los niños asmáticos en comparación a los niños no asmáticos encontrándose que la chi cuadrada calculada (4.3) fue mayor que la chi cuadrada de tablas (3.8) con P menor 0.05.(ver gráfica 4) aceptando así la hipótesis alterna de trabajo que dice:

"Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al factor dependencia en niños asmáticos y no asmático. --

Estos resultados concuerdan con los hallazgos comentados por los autores revisados.^{98,103,112,114,118,120,121}. Así el Dr. González Núñez menciona que son sujetos generalmente dependientes, con necesidad de ser aceptados y entendidos.⁹⁹ French mencionó al respecto que eran niños que sufrían de una inseguridad profundamente asentada y de una necesidad de amor y protección parental.¹⁰⁴

En la variable de rasgos orales apesar de ser el doble de los sujetos asmáticos que añadieron a sus historias objetos orales, esto no represento una diferencia estadísticamente significativa en relación a los sujetos no asmáticos, encontrándose una chi cuadrada calculada ($\chi^2=2.856$) menor a la chi cuadrada de tablas.(ver gráfica 4)

Sin embargo en esta variable encontramos discrepancias en cuanto al comunicado de Siegfried Bernfeld quien señala que todos los niños asmáticos que trató mostraron en algún momento rasgos orales.¹⁰⁶

En cuanto al factor de temor al abandono por parte de la figura materna, se observa que ambos grupos añaden relatos asociados al temor o sentimiento de abandono sin mostrar diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=0.268$). Se observa que el 60% de los niños asmáticos tienen este temor al abandono, también registrado en los reportes de Bekei¹¹² y otros autores,^{104,118,120,121} esto también muy relacionado con el factor de dependencia.(ver gráfica 4)

En la variable agresión ambos grupos añadieron a sus historias situaciones de agresión, encontrándose diecisiete casos en el grupo asmático y doce en el grupo no asmático, correspondiendo una chi cuadrada calculada de 1.632. Lo cual nos da un indice, que en el

primer grupo, más de la mitad de los niños usan temas relacionados con la agresión. sin llegar a ser una variable estadísticamente significativa.

Sin embargo, estos resultados difieren de las observaciones realizadas por diferentes autores^{102,104} como es lo reportado por Norman Aaron, quien encontró más hostiles a los niños asmáticos en comparación con los niños normales.¹¹⁹ o quizás esto se deba a que utilizan mecanismos defensivos de tipo obsesivo para evitar la salida de su agresión, como sugiere el Dr. González Núñez.⁹⁹

En cuanto a los resultados obtenidos por medio de la chi cuadrada con respecto la rivalidad con los hermanos ($\chi^2=2.222$); indicó que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de niños asmáticos y el grupo de niños no asmáticos, haciendo notar que veintidos casos y catorce casos respectivamente añadieron a sus historias situaciones de rivalidad.(ver gráfica 4). Siendo este el factor más presentado en ambos grupos. Al respecto el Dr French (1944) reporta que la dependencia que tienen los niños asmáticos, se refleja a su vez en otras series de conductas como son el temor al abandono y la rivalidad con los hermanos.

Quedando conformada la aceptación de las hipótesis de nulidad de la siguiente manera:

No existen diferencias estadísticamente significativas en la rivalidad con los hermanos en niños asmáticos y no asmáticos.

No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la agresión de los niños asmáticos y no asmáticos.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre el niño asmático y el niño no asmático en relación al temor al abandono de la figura materna.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo asmático y no asmático en relación a los rasgos orales.

Otro factor que se observó en el grupo de niños asmático,(no se midió) es el estado de ambivalencia que presentan en situaciones dadas; como es en el momento de la aplicación.

En el análisis cuantitativo no observamos diferencias en algunas variables como lo son: la rivalidad con hermanos, la agresión, el temor al abandono y los rasgos orales.

Sin embargo para un análisis de tipo cualitativo podemos notar:

1) Que en el caso de las variables rasgos orales y rivalidad con los hermanos, algunos niños asmáticos que introdujeron estos temas en diferentes láminas, lo hicieron de manera repetitiva en sus historias, encontrándose que la media fue de 7.4 y en el caso de la rivalidad con los hermanos la media fue de 6.2 esperando que fuera la media de cuatro para ambos variables.

2) Que ambos grupos añaden temas relacionados con el sentimiento de abandono, siendo en el grupo no asmático más frecuente a la edad 8 años y en el grupo de niños asmáticos de 8 y 9 años de edad.

3) También a la edad de 8 años se encuentra el predominio de la dependencia con las figuras parentales en los niños asmáticos.

Es importante señalar la mención de algunos objetos en las historias, por ejemplo: el caso de la televisión, la mencionaron 32 niños de ambos grupos de manera equitativa, quizás debido a la influencia que existe de ésta en nuestra cultura.(ver tabla 6)

En el CAT-S, la lámina número 5 nos llama la atención el tipo de respuesta dado en el grupo asmático, el canguro fue "machucado o atropellado" por equis cosa. Tomando en cuenta uno de los mecanismos preferidos del niño asmático (desplazamiento), podríamos hacer una inferencia tentativa. Diciendo quizás que se sienten "atropellados por alguna figura parental" (ver tabla 7 y anexos 2 y 3)

En el caso de la lámina siete (CAT-S), podemos observar que hay una tendencia a pensar en forma egocéntrica (10 casos) o a evadir la respuesta, debido quizás a no querer hablar de la autoimagen.(ver tabla 8 y anexo3)

En el mismo suplemento, observamos en la lámina número ocho respuestas que giran alrededor de la enfermedad psicósomática en el grupo de niños asmáticos, por ejemplo: la enfermedad que se menciona es el asma, la tos y problemas de los pulmones, siendo un total de 22 niños los que lo refieren (ver tabla 9).Cumplíendose así el objetivo del suplemento que es: observar los efectos psicológicos que el problema somático tiene sobre el niño que padece asma.¹⁷⁴ (ver anexos 3 y 4)

Con respecto al total de palabras empleadas en las historias vemos que la media del grupo no asmático corresponde a 355 palabras por niño, mientras que el grupo de asmático se calculó una media de 302 palabras por niño. Siendo los niños de 7 y 8 años los que proyectaron historias más lasgas (media = 373), en el grupo número uno y en el otro grupo fueron los niños de 8 y 10 años de edad (media = 498.5).(ver gráfica 5)

La lámina que tuvo más número de palabras en ambos grupos fue la número uno del CAT-H y la lámina con un menor número de palabras para el grupo asmático fue la lámina número siete del CAT-S (autoimagen), pudiendo observar que hay un posible conflicto en este atributo, y en el grupo no asmático la lámina uno del CAT-S.(ver tabla 10 y gráfica 6)

Es importante hacer notar algunos puntos en el momento de la aplicación, que son los siguientes:

En el momento de la aplicación seis niños se negaron a realizar momentáneamente la tarea, de los cuales sólo uno era del grupo de niños no asmáticos. Después de alargar un poco el rapport en estos niños, conseguimos que cuatro efectuaran las historias, los otros dos niños (asmáticos), se negaron rotundamente, por lo que preferimos remplazarlos en la muestra.

También se pudo observar durante la aplicación que 16 niños asmáticos no se esforzaron por realizar las tareas, es decir, en el momento de la encuesta, estos niños evadían la pregunta o se negaban a contestar respondiendo "no se". Se observó que el primer grupo (asmáticos), siete niños tosieron durante la aplicación más de tres veces, mientras que esto se presentó más que en un caso en el segundo grupo.

CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como principal propósito encontrar si existen diferencias significativas con respecto a los diferentes factores psicológicos como son: la rivalidad con los hermanos, la agresión, el temor al abandono por parte de la figura materna, la dependencia y rasgos orales entre un grupo asmático y no asmático.

Mediante los resultados obtenidos en el análisis cuantitativo y en el análisis cualitativo podemos inferir lo siguiente:

No existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de rivalidad con los hermanos, la agresión, los rasgos orales y el temor al abandono por parte de la figura materna en los niños asmáticos y no asmáticos.

Existen diferencias estadísticamente significativas en la variable dependencia con las figuras parentales, mostrándose así que el niño asmático es un niño con falta de seguridad en sí mismo, con la tendencia a buscar la ayuda de los demás. Lo anterior se puede corroborar, en el número de palabras que el niño asmático dió en la lámina de autoimagen, donde algunos niños se sobrevaloran y otros tanto evaden la respuesta.

Como mecanismo de defensa pudimos observar en el niño asmático, que la proyección, el desplazamiento y la negación son los más utilizados en éste grupo.

Los niños sin asma, utilizan mecanismos de defensa variados y de manera más equitativa que el grupo asmático, siendo los de mayor frecuencia, la proyección, la represión, la negación y la formación reactiva.

Durante la aplicación fue de gran utilidad el suplemento de la prueba, ya que como lo sugería Bellak, nos sirvió para observar el efecto psicológico que el problema somático tiene sobre el niño. Ya que la lámina ocho nos arrojó datos de carácter asmático (enfermedades de tos, asma y pulmones) en los niños del primer grupo y no así en el segundo grupo (enfermedades del corazón, pansa y gripa).

Ligado a este tema esta la actitud del niño hacia la prueba, donde el problema somático salió a la luz en el momento de la aplicación (tosar y negarse a realizar la tarea).

SUGERENCIAS

Se sugiere para próximas investigaciones:

- 1) Usar una prueba proyectiva alternada con una no proyectiva, para observar si existe algún problema de psicomotricidad ambos grupos.
- 2) Tener una muestra mayor a la de este trabajo para ver si de ese modo la hipótesis de nulidad puede ser rechazada.
- 3) Controlar el grado del asma, estudiando de preferencia, el grado leve en un estudio y el nivel moderado en otro.
- 4) Aplicar las pruebas de apercepción temática infantil con la misma versión, es decir, trabajar con el CAT-A y CAT-S (ambos son figuras animales).

NOTAS

- 1.- Citado por Ajuariaguerra J. (1990)
- 2.- Citado por Blanco C. (1990); Canseco R. (1991); Salazar Q. (1982)
- 3.- Citado Canseco R. (1991) y Méndez C. (1989)
- 4.- Citado por Blanco C. (1990); Canseco R. (1991) y Méndez C. (1989)
- 5.- Citado por Blanco C. (1990) Salazar Q. (1982)
- 6.- Citado por Salazar Q. (1982)
- 7.- Citado por Canseco R. (1991)
- 8.- Id.
- 9.- Id.
- 10.- Id.
- 11.- Citado por Salazar Q. (1982)
- 12.- Id.
- 13.- Citado por Canseco R. (1991)
- 14.- Citado por Salazar Q. (1982)
- 15.- Citado por Canseco R. (1991) y Salazar Q. (1982)
- 16.- Id.
- 17.- Canseco R. (1991)
- 18.- Citado por Anda R. (1986); Blanco C. (1990) y Canseco R. (1991)
- 19.- Bustos J. G. y Bracamontes F. (1977)
- 20.- Caso A. (1982)
- 21.- Ramírez N., Flores V., Pedroza A. y Valle J. (1986)
- 22.- National Asthma Education Program Expert Panel Report (NAEPEPR) (1991)
- 23.- Salazar Q. (1982)
- 24.- Referido por Canseco R. (1991) y NAEPEPR (1991)
- 25.- Referido por Blanco C. (1990)
- 26.- Citado por Gómez Z. (1970); Méndez C. (1989) y NAEPEPR (1991)
- 27.- NAEPEPR (1991)
- 28.- Id.
- 29.- Méndez C. (1989)
- 30.- Alba M. (1994) y Gómez Z. (1990)
- 31.- Gómez Z. (1990)
- 32.- Canseco R. (1991)
- 33.- Alba M. (1993 y 1994)
- 34.- Alba M. (1994)
- 35.- Anda R. (1986); Canseco R. (1991); Méndez C. (1989) y Salazar Q. (1982)
- 36.- Id.
- 37.- Barnes P. J.; Rodger I. W. and Thomson N. C. (1989) y Salazar Q. (1982)
- 38.- Id.
- 39.- Id.
- 40.- Barnes P. J. et al (1989) y Canseco R. (1991)
- 41.- Barnes P. J. et al (1989) y Baeza M. y Sienrald J. (1993)

- 42.- Id.
43.- Id.
44.- Id.
45.- Ramírez N. et al (1986), Ramírez N. y León H.(1993)
46.- Méndez C: (1989)
47.- Canseco R: (1991)
48.- Citado por Blanco C. (1990)
49.- Bustos J. G. y Bracamontes F. (1977)
50.- Anda R: (1986) Barnes P. et al. (1989) y Gómez Z. (1990)
51.- NAEPEPR (1991)
52.- Citado por González Núñez J. J. (1992)
53.- Ajuarriaguerra J. (1990); Bellak L. (1977) y French F. M. y Alexander F. (1944)
54.- Citado por Blanco C. (1990)
55.- Id.
56.- Id.
57.- Citado por Blanco C. (1990)
58.- Id.
59.- González Núñez J. J. (1992)
60.- Ajuarriaguerra J. (1990)
61.- Haynal A. y Pasini W. (1984)
62.- Canseco R. (1991) Ramírez N. et al (1986), Ramírez N. y León H. (1993)
63.- Ramírez N. et al. (1986)
64.- Id.
65.- Alba M. (1988); NAEPEPR (1991) y Ramírez N. et al (1986)
66.- Alba M. (1988 y 1991) y Ramírez N. et al (1986)
67.- Alba M. (1991)
68.- Canseco R. (1991)
69.- Blakeslee S. (1989) y Creer T. (1992)
70.- Cannon (1991)
71.- Citado por Blanco (1990)
72.- Citado por French F. M. y Alexander F. (1944); Weiss E.B. y Stein M. (1993)
73.- French F. M. y Alexander F. (1944)
74.- Id.
75.- Citado por French F. M. y Alexander F. (1944)
76.- Citado por French F. M. y Alexander F. (1944); Weiss E.B. y Stein M. (1993)
77.- French F. M. y Alexander F. (1944)
78.- Weiss E.B. y Stein M. (1993)
79.- French F. M. y Alexander F. (1944)
80.- Id.
81.- Id.
82.- Citado por Ajuarriaguerra J. (1990); Bekei M. (1991); French F. M. y Alexander F. (1944)
83.- French F. M. y Alexander F. (1944)
84.- Citado por Bekei M. (1991); French F. M. y Alexander F. (1944)

- 85.- Ajuarriaguerra J. (1990); Bekei M. (1991)
 86.- Rank O. (1985)
 87.- Fenichel O. (1991)
 88.- Citado por Blanco C. (1990)
 89.- French F. M. y Alexander F. (1944)
 90.- Citado por Bekei M. (1991)
 91.- Marty P. referido por Bekei M. (1991)
 92.- Gaddini R. referido por Bekei M. (1991)
 93.- Citado por Bekei M. (1991)
 94.- Id.
 95.- Id.
 96.- Id.
 97.- Mc Dougal! referido por Bekei M. (1991)
 98.- Id.
 99.- Ajuariaguerra J. (1990); Haynal A. y Pasini W. (1984)
 100.- González Núñez J.J. (1992)
 101.- Citado por Blanco C. (1990)
 102.- Blanco C. (1990)
 103.- Referido por French F. M. y Alexander F. (1944)
 104.- French F. M. y Alexander F. (1944)
 105.- Id.
 106.- Id.
 107.- Citado por French F. M. y Alexander F. (1944)
 108.- González Núñez J. J. (1992)
 109.- French F. M. y Alexander F. (1944)
 110.- Mohr G.; Gerard M. y Ross H. citados por French F. M. y Alexander F. (1944)
 111.- Blanco C. (1990)
 112.- Ramírez N. et al. (1986); Sandoz y cols. (1989)
 113.- Ajuariaguerra J. (1990)
 114.- Citado por Rabadan F. (1985)
 115.- Id.
 116.- Id.
 117.- Id.
 118.- Jaidar V. A. (1971)
 119.- Citado por Rabadan F. (1985)
 120.- Citado por Bellak L. (1979)
 121.- Haynal A. y Pasini W. (1984)
 122.- Id.
 123.- Espinoza A. (1992)
 124.- Papalia E. D. y Olds W. S. (1990)
 125.- Dicarpio N. S. (1992)
 126.- Piaget J. y Inhelder B. (1974)
 127.- Id.
 128.- Id.

- 129.- Piaget J. y Inhelder B. (1974)
 130.- Id.
 131.- Id.
 132.- Id.
 133.- Papalia E. D. y Olds W. S. (1990)
 134.- Papalia E. D. y Olds W. S. (1990), Piaget J. y Inhelder B. (1974)
 135.- Papalia E. D. y Olds W. S. (1990)
 136.- Id.
 137.- Id.
 138.- Id.
 139.- Id.
 140.- Dicarpio N. S. (1992)
 141.- Id.
 142.- Gesell A. (1992). "El niño de cinco a seis años"
 143.- Gesell A. (1992). "El niño de siete a ocho años"
 144.- Id.
 145.- Gesell A. (1993)
 146.- Id.
 147.- Papalia E. D. y Olds W. S. (1990)
 148.- Dicarpio N. S. (1992)
 149.- Id.
 150.- Papalia E. D. y Olds W. S. (1990)
 151.- Freud A. (1986)
 152.- Citado por Esquivel F.; Heredia C. y Lucio E. (1994) y Freud A. (1986)
 153.- Freud A. (1986)
 154.- Id.
 155.- Michaca P. (1987)
 156.- Id.
 157.- Citado por Michaca P. (1987)
 158.- Id.
 159.- Citado por Esquivel F. et al. (1994)
 160.- Freud A. (1981)
 161.- Rycroft C. (1976)
 162.- Id.
 163.- Freud A. (1981)
 164.- Id.
 165.- Citado por Freud A. (1981).
 166.- Dicarpio N. S. (1992) y Freud A. (1981)
 167.- Freud A. (1981)
 168.- Id.
 169.- Id.
 170.- Diccionario de psicología. (1985)
 171.- French F. M. y Alexander F. (1944).
 172.- Bellak L. (1979)

- 173.- Id.
174.- Bellak L. y Sorel B.S. (1984)
175.- Bellak L. (1990)
176.- Id.
177.- Id.
178.- Bellak L. (1979)
179.- Sociedad Mexicana de Psicología (1990)
180.- Bellak L. (1990)
181.- Kerlinger F. (1991) Méndez R.; Namihara G.; Moreno A. y Sosa M. (1990) Zincer O. (1987)

REVISION BIBLIOGRAFICA

- Ajuariaguerra, J. (1990). Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona:Masson.
- Anda, Rizzo R. (1986). Asma Bronquial:experiencia clínica. Tesis de Posgrado Facultad de Medicina México:UNAM.
- Alba, M. Alergenos. (1991, Diciembre) NOVEDADES pC9.
- Alba, M. Alergias. (1988, Agosto) NOVEDADES pC9.
- Alba, M. Niños Asmáticos (1989, Junio). NOVEDADES pC8.
- Alba, M. Asma. (1993,Septiembre) NOVEDADES pC3.
- Alba, M. Asma. (1994, Agosto) NOVEDADES pC12.
- Baeza, M. y Sienna, J. Asma:inflamación e hiperreactividad bronquial. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 1993, vol.50 p832-35.
- Barnes, P.J.; Rodger, I.W. y Thomson, N.C. (1989) Asthma:Basic Mechanisms and Clinical Management. California:Academic Press.
- Bekei, M. (1991). Lecturas de lo Psicosomático. Buenos Aires:lugar.
- Bellak, L. (1977). Psicología de las enfermedades orgánicas. Buenos Aires:Paidós.
- Bellak, L.(1979). El uso clínico de las pruebas psicológicas del T.A.T., C.A.T. Y S.A.T. México:El Manual Moderno.
- Bellak, L. y Sorel, B.S. (1979). Test de Apercepción infantil:Suplemento. Buenos Aires:Paidós.
- Bellak, L. y Sorel, B.S. (1984). Manual for supplement to the Children's Apperception Test. California:WPS.
- Bellak, L. y Sorel, B.S. (1990). Test de Apercepción infantil con figuras humanas:Cat-H Manual. Buenos Aires:Paidós.
- Blakeslee, S. Asma y depresión.(1989, Junio). NOVEDADES pC8
- Blanco, C. (1989) Asma bronquial:una revisión y propuesta de programas de automanejo. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. México:UNAM.

Brazelton, B.T.; Bergman, A. y Simo, J. (1991). Simbiosis, individuación y creación del objeto. México: IIPC.

Bustos, J.G. y Bracamontes, F. (1977). El niño asmático: Libro para padres. Buenos Aires: Galerna.

Caso, A. (1982). Fundamentos de Psiquiatría. (2a. ed.) México: Limusa. p930.

Canseco, Raymundo R. (1991). Asma Bronquial: experiencia clínica en la unidad de pediatría del Hospital General de México de la S.S.A. Tesis de Posgrado Facultad de Medicina México: UNAM.

Cannon, (1991). El Concepto Psicossomático. México: Servicio de información Médica del Instituto Promeco.

Creer, T. Psychiatric complications of pediatric asthma. Department of psychiatric children's National Medical Center. 1992:69(4):285-90

Dicarpio, N.S. (1992). Teorías de la Personalidad. (2a ed.) México: McGraw Hill. México.

Diccionario de Psicología (2a. Edit.) Barcelona: Ediciones Orbis S.A. 1985

Dolto, F. (1984). La imagen inconsciente del cuerpo. España: Paidós.

English, H.B. y English, A.C. Diccionario de Psicología y psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós. 1977 p.223.

Espinoza, A. Evaluación inicial en el asma bronquial infantil: Revisión de 100 casos. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 1992, vol.49 p891.

Esquivel, F.; Heredia, C. y Lucio, E. (1994). Psicodiagnóstico Clínico del niño. México: El Manual Moderno.

Fenichel O. (1991) Teoría psicoanalítica de las neurosis Buenos Aires: Paidós.

French, F.M. y Alexander, F. (1944). Psychogenic factors in bronchial asthma. (A. Rascousky, Trad.) Buenos Aires: Paidós (Trabajo original publicado en 1941).

Freud, A. (1981). Psicoanálisis del niño. Buenos Aires: Paidós

Freud, A. (1986). El yo y los mecanismos de defensa. Buenos Aires: Paidós.

Freud, S. (1948). Inhibición, síntoma y angustia. Obras completas (vol.3 pp2833-2883). Madrid: Biblioteca Nueva. (trabajo original publicado en 1925).

Freud, S. (1948). El "yo" y El "Ello". Obras Completas (vol.3 pp2701-2741). Madrid: Biblioteca Nueva. (trabajo original publicado en 1923).

Gaceta UNAM (1994) Una actitud física exagerada acelera las probabilidades de asma.

Gesell, A. (1992). El niño de 5 a 6 años. México: Paidós Educador.

Gesell, A. (1992). El niño de 7 a 8 años. México: Paidós Educador.

Gesell, A. (1993). El niño de 9 a 10 años. México: Paidós Educador.

Gómez Zamorri J. (1990). Avances diagnósticos y terapéuticos del asma en pediatría y experiencia clínica. Tesis de Posgrado. Facultad de Medicina. México: UNAM.

González, Núñez J. (1992). Interacción Grupal. México: Nociones.

Haynal, A. y Pasini, W. (1984). Manual de medicina Psicosomática. (4a.ed.) México: Masson.

Hinojosa, R.H. (1988). Repercusiones de la dinámica familiar en el asma bronquial. Tesis de Posgrado Facultad de medicina México: UNAM.

Jaidar, V.A. (1971). Características psicológicas de los niños con asma bronquial. Tesis Facultad de Medicina. México: UNAM.

Kerlinger, F. (1991). Investigación del Comportamiento. (3a. Ed.) México: Mc Graw Hill.

Martin, B.R. (1976). Características de Personalidad un grupo de asmáticos. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.

Méndez, Cisneros J. (1989). Asma Bronquial en el Hospital Infantil de México: "Federico Gomez". Tesis de Posgrado Facultad de Medicina. México: UNAM

Méndez, R.; Namihara, G.; Moreno, A. y Sosa, M. (1990). El protocolo de investigación. México: Trillas

Mendoza, M. y Soto, S. (1986). Un estudio del Test Cat y Cat-H en dos grupos de preadolescentes. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.

Míchaca, P. (1987). Desarrollo de la personalidad. México: Pax.

National Asthma Education Program expert panel report, Definition and diagnosis. Journal Allergy Clinic Immunology 1991;88:427-38

- Papalia, E.D. y Olds, W.S. (1990). Desarrollo humano. México:Mc Graw Hill.
- Piaget, J. y Inhelder, B. (1974). Psicología del niño. Buenos Aires:Paidós.
- Rabadan, Fernandez.C. (1985). Análisis Psicodinámico en dibujos de un grupo de niños con asma. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología México:UNAM.
- Ramírez, N.;Flores, V.;Pedroza, A. y Valle, J.(1986). Asma Infantil:Una guía para el paciente asmático. México:Autor.
- Ramírez, N. y León H. (Colss.) (1993).Hablemos de asma. México:Fundación Glaxo.
- Rank O. (1985) El trauma del nacimiento (2a.reimpresión) Buenos Aires:Paidós
- Rycroft, C. Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires:Paidós. 1976.
- Salazar, Quiroga A. (1982).Asma Bronquial en el niño.Tesis de Posgrado Facultad de Medicina México:UNAM.
- Sandoz y Cols. (1989) Entendiendo el asma México:Autor
- Sami-Ali (1991). Pensar lo somático. Buenos Aires:Paidós.
- Sierra, M.J. (1989).Asma bronquial en el Hospital Infantil de México "Federico Gomez". Tesis de Posgrado. Facultad de Medicina México:UNAM.
- Sociedad Mexicana de Psicología (1990). Código Ético del Psicólogo. (2a ed.) México:Trillas.
- Weiss, E.B. y Stein, M. (1993) Bronchial Asthma Mechanisms and Therapeutics. California:Cataloging.
- Zincer, O. (1987). Psicología Experimental Bogota:Mc Graw Hill.

ANEXO 1

FICHA DE IDENTIDAD

NOMBRE

EDAD

FECHA DE NACIMIENTO

ESCOLARIDAD

DIRECCION

TELEFONO

MENCIONA A LOS MIEMBROS DE TU FAMILIA?

QUIEN VIVE CONTIGO?

NUMERO DE HERMANOS?

EDAD Y NOMBRE DE CADA UNO DE ELLOS?

CREES TENER ALGUN PROBLEMA?

PRACTICAS ALGUN DEPORTE?

CUAL (ES)?

TIENES MASCOTAS EN TU CASA?

HAS TENIDO ALGUN ACCIDENTE?

TIENES INTERVENCIONES QUIRURGICAS?

TIENES ALGUNA ENFERMEDAD?

PADECES ASMA BRONQUIAL? SI NO

DESDE CUANDO TIENES ASMA?

QUE SITUACIONES O COSAS TE PROVOCAN ASMA?

TE HAN HOSPITALIZADO A CAUSA DEL ASMA? SI NO

CUANTAS VECES?

CON QUE FRECUENCIA TE DA ASMA? (DIAS AL MES)

ALGUN FAMILIAR PADECE ASMA? SI NO

QUIEN?

QUE MEDICAMENTOS HAS UTILIZADO? (ANTES Y ACTUALMENTE)

ANEXO 2

EDAD: 10 años 5 meses

SEXO: Masculino

NIVEL SOCIOECONÓMICO: Medio

NOMBRE: A.J.M.O.

NÚMERO DE HERMANOS: 2

ESCOLARIDAD: Quinto Grado.

NIÑO NO ASMÁTICO

LAMINA 1

Son tres niños comiendo, ahí estaba su papá , entonces el niño dijo quiero más y el papá le dijo bueno, luego otro dijo: pásame, me sirves tantita sopa y le dijo bueno, (Quién pidió primero?) pidió primero de comer Luis y Ernesto pero Alberto no pidió.

LAMINA 2

Andaban jugando en la cuerquita Ernesto, Luis y Alberto, este Ernesto estaba jalando con gran fuerza pero lo estaban derrotando, así que este Ernesto tiró mucho pero no pudo hacer nada, luego Alberto estaba con su papá Ernesto Carlos.

LAMINA 3

Luego Alberto estaba con su papá Ernesto Carlos que le estaba contando un cuento de unos chivitos.

LAMINA 4

Luego éste andaba con su mamá en época de invierno, parece..., y estaba la mamá con un bebé y estaba Luis con la bicicleta, y la mamá cargaba leche y un globo.

LAMINA 5

Aquí los niños estaban en la cuna y los papas en la camota, y dijo el papá: bueno, buenas noches y la mamá también les dijo buenas noches.

LAMINA 6

Y luego fueron de ...como cerca de una cueva y el más pequeño se despertó, y quizó despertar a los hermanos pero le dió flojera y ya.

LAMINA 7

Entonces Alberto como le dió flojera se levantó y como no quiso levantar a sus hermanos entró a la cueva y encontró a un monstruo que lo quería comer " jo, jo ,te quiero comer. No, no".

LAMINA 8

Luego, este, este, una señora, no más bien, la mamá de Luis, entonces que habian unas personas aquí, este, este, era mi primo Gustavo y esta mi prima Elena y andaban diciendo de cosas y mi mamá estaba diciendo, te portas bien, sino no te voy a dar refresco y si me porte bien.

LAMINA 9

Luego, aquí está Ernesto cuando era chiquito, no? y le teme a la oscuridad y piensa que hay un mounstro en todas partes y tiene mucho miedo.

LAMINA 10

Aquí esta, mmmm, cuando te van a pegar, porque molesta a su hermano pequeño, porque el otro está grandote y por eso le van a pegar y ya.

LAMINA 1S

Hay unas arduillas que van este, se van a subir a la resbaladilla y hay uno que ya se está aventando, UUY!!!!.

LAMINA 2S

Hay unos changos estudiando , y uno de ellos está parado estudiando, uno está viendo a otro y el otro está viendo a la maestra.

LAMINA 3S

Unos que eston jugando al papá y a la mamá con un refresquillo.

LAMINA 4S

Es una osa que esta abrazando a su hijo y le está diciendo de cosas : "Hijo, quien sabe qué, que padre que estas aquí".

LAMINA 5S

Sí ya se que, solo que me recuerda una cosa, de mi brazo, solo que este lo tiene en la pierna y en la cola, esta lastimado, se me hace que se cayó por andar jugando o brincando " y pazzzz".

LAMINA 6S

Están corriendo, son unos perros, zorros o lobos, si están corriendo van a la escuela y uno está feliz y el otro está como parado triste con ganas de llorar porque va a perder.

LAMINA 7S

Se está viendo en el espejo un gato, se está viendo si está arregladito para salir.

LAMINA 8S

Un médico conejo que estaba viendo a un conejo que creo que está mal, esta malo el conejo, puede ser del corazón.

LAMINA 9S

Ahi está, está una jirafa bañándose y creo que va a bañar a su hija jirafa, porque como está muy chiquita y apenas va a saber cómo es la cosa, le está enseñando la jirafa grande mamá y ya.

LAMINA 10S

Ahi está una gata, ah sí, una gata que va ha ser mamá, porque trae la panza así, y está cocinando por el mantel , mandil.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

ANEXOS 3

EDAD: 8 años 3 meses

SEXO: Masculino

NIVEL SOCIOECONÓMICO: Medio

NOMBRE: A.R.S.

NÚMERO DE HERMANOS: 2

ESCOLARIDAD: Tercer Grado.

NIÑO ASMATICO

LAMINA 1

Están comiendo los niños, este es niño o niña? ella se llama Lucha, ella... Juana y ella... José, de la escuela, están comiendo carne y sopa y cuando acaban se ponen hacer su tarea.

LAMINA 2

Ahí están jugando a jalar la cuerda y el que se caiga pierde, este Juan y Rita..Raúl (está señalando).

LAMINA 3

Aquí, este se llama Juan y este Toño, Toño le cuenta un cuento a Juan y cuando se acaba ya se duerme, (Qué cuento?) de Caperucita Roja.

LAMINA 4

Aquí se van de compras...y compraron leche, pan, huevo y leche y de regreso a su casa, mientras que su mamá sube hacer la comida, el niño hace su tarea.

LAMINA 5

Aquí ya se durmieron todos, (Qué sueñan?) un cuento de unos animales.

LAMINA 6

Los dos niños están durmiendo y el niño chiquito ya despertó y su mamá ya está preparando la comida y el niño le va a ayudar.

LAMINA 7

El niño chiquito...y el chiquito se escapa porque no quiere bañarse y la mamá se escapa para que no se salga de bañar.

LAMINA 8

La niña de acá está platicando y su mamá está mandando al chiquito, yo creo que va a darle de comer a los pollitos, (se le preguntó qué decía la mamá al niño) lo que soñó (qué soñó?), no soñó nada.

LAMINA 9

Aquí el niño chiquito está soñando y, y, y, está abierta la puerta y alguien que se lo va a llevar (quién?) el malo que estaba acá abajo.

LAMINA 10

Acá su mamá le está pegando, o no, le está cambiando los pañales, si, le estaba cambiando los pañales porque estaban mojados y se los cambió en el baño.

LAMINA 1S

Aquí los hermanitos están jugando a la resbaladilla.

LAMINA 2S

Aquí están en la escuela y el que está parado le está platicando a la maestra, (Qué le platican?) que está, está leyendo Juan, éste se llama Carlos...y José.

LAMINA 3S

Su esposo y su esposa, que le estaba sirviendo café a su esposo y el niño está en la cuna y el quería jugar con su muñeco.

LAMINA 4S

Ahí un osito se está calentando con su papá, mamá y ya la mamá lo abraza y lo duerme.

LAMINA 5S

Ahí le paso un accidente porque venía brincando y venía un coche y lo atropegó.

LAMINA 6S

Ahí están corriendo para ir a su casa y correr.

LAMINA 7S

Ahí hay un gato que se está viendo en el espejo porque cree que está guapo.

LAMINA 8S

Ahí el Doctor lo está curando porque tiene una enfermedad, como la mía.

LAMINA 9S

Ahí se está bañando la mamá y el otro se está vistiendo, porque éste ya acabo, y este todavía no acaba (Quienes son?) Juan y su mamá.

LAMINA 10S

Su esposa comió mucho y engordó (Quién es?) Luisa.

ANEXO 4

EDAD: 10 años 5 meses

SEXO: Masculino

NIVEL SOCIOECONÓMICO: Bajo

NOMBRE: J.A.I.B.

NÚMERO DE HERMANOS: 2

ESCOLARIDAD: Quinto Grado.

NIÑO ASMATICO

LAMINA 1

Ahí es cuando su mamá les está dando de comer a sus hijos y ya que coman, y su mamá está ahí parada, sus hijos están esperando a que les sirva su mamá de comer a sus hijos (Quién es mejor?) no sé, pues, el hijo de acá, porque está más quietecito y el de acá está nada más agarrando la cuchara, con el otro está juegue y juegue, bueno, pongale que este se llama Alejandro, este Jorge y este Luis.

LAMINA 2

Ahora están jugando la cuerda, el de acá es nada más solo y el de acá son dos, el más chiquito le está ayudándole al otro y uno nada más está jalando solito. (Quién gana?) los de acá, los dos.

LAMINA 3

Ahí es cuando su papá, creo que su papá está sentado fumando una pipa con su bastón, ahí el niño nada más lo está viendo ahí sentado y nada más está ahí el señor sentado.

LAMINA 4

Ahí es cuando su mamá va de compras y ahí es cuando su hijo está yendo en la bicicleta y su mamá está cargando a su hermanito ya van para la casa o van de compras.

LAMINA 5

Ahí es cuando ya, pazz, todos están durmiendo, los dos hermanitos chiquitos se duermen en su cama y los dos papas...en su cama y los dos chiquitos están platicando, solo los dos.

LAMINA 6

Ahí es cuando, es cuando están soñando, los dos que están afuera que no están en la casa y el de acá el chiquito está jugando con las hojas. (Qué sueñan?) yo me imagino que están soñando que, bueno, es... que, bueno, es, en avión y el otro en un barco y el chiquito ahí jugando con las hojas.

LAMINA 7

Aquí me imagino que es como un genio y quiere agarrar al niño y el niño no se deja, y este...quiere huir, salir de ahí y el otro lo quiere agarrar. (Por qué lo quiere atrapar?) porque es más grande.

LAMINA 8

Ahí es cuando su mamá le está diciendo: A lo mejor que se salga para allá afuera a jugar, que los deje platicar a su mamá con los dos señores, y a la señora de acá, está tomando el té, pero está secreteando con el señor. (Qué dicen?) que a lo mejor el niño no está educado.

LAMINA 9

Ahí es cuando el niño chiquito está durmiendo, está...está durmiendo en su cuna, y está abierta la puerta y está viendo pa' fuera. (Tiene miedo?) si.

LAMINA 10

Ahí es cuando, creo que su hermanito le va a pegar, le va a dar sus nalgadas (por qué?), porque a lo mejor no se portó bien o lo van a bañar.

LAMINA 1S

Ahí es cuando los juegos están en una resbaladilla, y todos están resbalándose en la resbaladilla y los demás...y la zorrilla, ahí abajo, está jaloneando al otro para que la deje subir y la otra zorrillita ya se va a hechar a la resbaladilla (quiénes son?), son...como hermanos.

LAMINA 2S

Ahí es cuando unos changuitos, un, el de en medio está leyendo y los otros dos están escuchando lo que lee, lo que dice pa' que entiendan la lectura.

LAMINA 3S

Ahí es cuando está la famil...Ja fam, que está la ratoncita, que está con su esposo el ratón y le está sirviendo el té y en la...esa cuna, o como cuna esta' su hijo y la ratoncita y el ratoncito están platicando.

LAMINA 4S

Ahí es cuando la pandita está dando chichí a su pandita, lo está abrazando y la mamá está sentada dándole de comer.

LAMINA 5S

Ahí es cuando el cangurito está malito de su cola y de su pie, tiene dos, cómo se llaman?...esa... muletas. Está caminando, pero nada más con un pie, porque tiene lastimada su cola y su pie; (Por qué?) un accidente.

LAMINA 6S

Ahí es cuando, es cuando está, su familia de los zorros, están, me imagino que están jugando a las carreritas, porque hasta el último como si lo jalaran.

LAMINA 7S

Ahí es cuando un gatito se está mirando en el espejo, a ver si está guapo o feo, (como está?) está bonito.

LAMINA 8S

Ahí es cuando el Doctor, él, el Doctor está revisando al conejito a ver si está mal (esta malo?) no.

LAMINA 9S

Ahí es cuando, la, la, la mamá, este...venado es como venado, se está bañando en la regadera y su otro como su hijo la está mirando, se está poniendo los zapatos, y la que se está bañando, creo que se está lavando la espalda.

LAMINA 10S

Este...gatita, esta, la gatita o es gato?, nada más que se vistió de gata con un matel o, un mandil y está gordito (por qué está gordito?) porque come mucho.

GLOSARIO

ADENOIDES. Aumento de tamaño de las amígdalas faríngeas.

ALERGENO. Toda sustancia capaz de producir reacciones alérgicas.

ANAFILAXIA. Estado de sensibilidad alérgica exagerada y se desarrolla a las dos o tres semanas de la inyección de un antígeno.

ANTICUERPO. Sustancia específica producida como reacción a la introducción de un antígeno. Tiene actividad defensiva solamente contra antígeno.

ANTIHISTAMÍNICO. Medicamento que tiene acción contra la histamina.

ANTIGENO. Toda sustancia que, introducida en el organismo, provoca la formación de anticuerpos.

BRONCODILATADOR. Todo medicamento capaz de aumentar el calibre bronquial.

BRONQUIO. Parte de las vías respiratorias formada por los dos brazos en los que se divide la tráquea y sus ramificaciones.

BRONQUIOLOS. Ramificaciones terminales de los bronquios en el interior de un lóbulo pulmonar.

CORTICOIDES. Término genérico para designar sustancias químicas semejantes a la cortisona

DESENSIBILIZACIÓN. Procedimiento destinado a lograr aumento de la tolerancia de un organismo frente a un alérgeno, mediante su inyección progresiva y prolongada.

DISNEA. Es la dificultad que se presenta para respirar.

EDEMA. Aumento anormal generalmente por retención de líquido contenido en los intersticios de los tejidos.

EMG. Trazado que registra las variaciones de potencial eléctrico que se producen en los músculos.

HIPERSENSIBILIDAD. Aumento de la reactividad de un organismo frente a distintas sustancias. Es una forma de denominar a la alergia.

HISTAMINA. Principal sustancia derivada del aminoácido histidina que está presente en casi todos los tejidos.

IATROGÉNICO. Dic. de la enfermedad o síntoma producido por el médico o los medicamentos (corticoides).

INMUNOGLOBULINA. Es una de las cinco gammaglobulinas conocidas.

INYECCIÓN SUBCUTÁNEA. Introducción de una sustancia inmediatamente por debajo de la piel.

LINFOCITO B. Es el encargado de formar células plasmáticas que son las productoras de anticuerpos responsables de la inmunidad humoral.

MUCOSA. Membrana que tapiza las cavidades interiores del cuerpo y agrega una especie de moco.

RINITIS ALÉRGICA. Inflamación de la mucosa de las fosas nasales producida por reacción frente a diversos alérgenos.

SIBILANCIAS. Ruido a manera de silbidos producidos por el aire al pasar por los bronquios estrechados.

SINUSITIS. Inflamación de la mucosa de los senos que están en conexión con las fosas nasales.

TASA DE LETALIDAD. Relación entre el número de muertos por una determinada enfermedad (índice de peligrosidad).

TEST CUTANEO. Pruebas realizadas para explorar la reactividad alérgica de un organismo frente a distintos alérgenos.

TEST PROYECTIVOS. Conjunto de pruebas para el estudio psicológico de una persona.

TOS CATARRAL. Tos húmeda que moviliza secreciones bronquiales.

TOS ESPASMÓDICA. Tos seca, sin secreciones, generalmente persistente y rebelde.

VIRUS. Agentes infecciosos más pequeños que las bacterias, responsables de numerosas enfermedades: gripe, resfriado común, poliomielitis, sarampión, rubeola, etc..