



142
2 ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**ANALISIS PSICODINAMICO EN DIBUJOS
DE UN GRUPO DE NIÑOS CON ASMA.**

T E S I S

QUE PRESENTA:

RABADAN FERNANDEZ MA. DE LA INMACULADA CONCEPCION

PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Pag.

Introducción.....	1.
I. PANORAMA SOBRE EL ASMA.....	4.
1. Breve revisión histórica del concep- to de psicomaticidad,	4;
a. Escuela de la neurosis histórica conversiva,	5;
b. Escuela de la No especificidad,	5;
c. Escuela de la especificidad,	6;
2. Definición y causas del asma,	6;
3. Artículos publicados que se refieren a estudios que se han realizado, con -- pruebas psicológicas, en sujetos que -- han padecido asma,	7;
a. Pruebas de inteligencia y organi- cidad,	8;
b. Investigaciones relacionadas con el tipo de alergia,	9;
c. Pruebas de personalidad,	11;
d. Artículos relativos a pruebas con dibujos,	12;
4. Consideraciones para el trabajo expe- rimental de esta tesis,	16;
II. PSICODINAMIA DEL NIÑO CON ASMA (en edad de latencia).....	18.
1. Conceptos de la teoría psicoanalítica.	
a. "Aparato psíquico",	18;
b. Inconsciente,	21;
c. El proceso preconsciente,	23;
d. El proceso consciente,	23;
e. Represión,	23;
f. Formación de compromiso,	24;
g. Compulsión a la repetición, fija- ción y regresión,	24;
h. Angustia,	25;
i. Series complementarias,	28;
j. Beneficio primario y secundario de la enfermedad,	28;
2. Libido y agresión en las fases de - desarrollo,	29;
3. El niño en edad de latencia,	35;
4. Teorizaciones en torno al asma.	
a. Conceptualizaciones freudianas - relativas al asma,	38;

b. Conceptualizaciones de tipo meta-psicológico,	40;
c. Explicaciones de tipo oral,	41;
d. Conceptualizaciones de carácter anal,	41;
e. Explicaciones referentes a los - padres,	42;
5. Consideraciones para la investigación,	43;
 III. LOS DIBUJOS COMO PRUEBAS PROYECTIVAS.....	44.
1. Validez y confiabilidad de las pruebas,	44;
2. Proyección vs. proyección como mecanismo de defensa,	47;
3. La prueba del dibujo libre,	48;
4. El dibujo de la figura humana (DFH),	49;
5. El dibujo del habitat,	57;
6. La prueba del dibujo de la familia - en movimiento,	58;
7. El dibujo del niño cuando le da asma,	59;
8. Utilización del espacio en la hoja,	59;
9. Comentarios para nuestra investigación,	60;
 IV. TRABAJO EXPERIMENTAL.....	61.
1. Hipótesis,	61;
2. Sujetos,	62;
3. Instrumentos de medición,	64;
a. Nivel socioeconómico,	65;
b. Intensidad del asma,	65;
c. Pruebas cutáneas positivas,	66;
d. Relaciones causales del asma,	67;
e. Estructura de análisis de los dibujos,	67;
4. Método,	72;
5. Procedimiento,	74;
6. Análisis estadístico,	
a. Nivel socioeconómico,	75;
b. Intensidad del asma,	75;
c. Pruebas cutáneas positivas y relaciones causales,	78;
d. Conducta II,	80;
7. Resultados,	
a. Estadísticos,	80;
b. Datos crudos,	82;
8. Alcances y limitaciones,	86.
V. DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	87.
BIBLIOGRAFIA.....	93.

APENDICES..... 99.

- 1. Nivel socioeconómico, 99;
- 2. Datos clínicos, 101;
- 3. Pruebas cutáneas, 102;
- 4. Definición de los índices y/o indicadores que se medirán en los dibujos, 103;
- 5. Ubicación en el espacio de la hoja, 108;
- 6. Instructivo para realizar los dibujos, 109;
- 7. Familiograma, 111.

DIBUJOS DE UN NIÑO CALIFICADOS..... 112.

INTRODUCCION

Entre las enfermedades llamadas "psicosomáticas", se han agrupado, para citar las más conocidas, la migraña, el asma, la obesidad, la anorexia nerviosa, la úlcera péptica, etc.

Existen grandes incógnitas relativas, fundamentalmente, a la etiología de cada una de esas enfermedades. Los estudiosos se preguntan, por ejemplo, ¿Hasta qué grado la mente ejerce influencia determinante sobre el cuerpo? ¿En qué medida el cuerpo se relaciona con la mente?

La interrelación cuerpo-mente nos parece un problema complejo y pleno de cuestionamientos. Estudiarla e investigarla nos resulta apasionante por una parte y limitante por otra.

En consecuencia, de los agrupamientos más amplios de esas enfermedades, hemos de ir formando subgrupos por medio de la observación clínica y la experimentación. Con este procedimiento lograremos mayor comprensión de ellas y mejor asistencia, tanto médica como psicológica, para los pacientes.

Como problema a investigar en este trabajo de tesis, seleccioné el padecimiento del asma en los niños.

La crisis asmática se caracteriza por la dificultad en efectuar la respiración por parte del sujeto que la padece. La imposibilidad de exhalar e inhalar el aire cuando es necesario puede llegar a tener consecuencias fatales, hasta producir la muerte en el transcurso de una crisis.

El padecimiento es angustiante, tanto para el individuo -- que lo sufre, como para sus familiares, además de imponerle al enfermo limitaciones en su vida diaria.

Consecuente con estas preocupaciones, consideré que los dibujos, como pruebas proyectivas, son instrumentos de aplicación

rápida, fácil y económica; en el dibujo, el niño externa necesidades, deseos, preocupaciones y temores.

Convencida de eso, me formulé diversas interrogantes: ¿El niño, con diferente intensidad de asma, externará indicadores que lo caractericen en sus dibujos? ¿De acuerdo al número de pruebas cutáneas positivas presentadas, externará indicadores que lo definan en sus dibujos? ¿El niño cuya madre refiere menores o mayores relaciones causales de su asma, externará indicadores específicos en sus dibujos?

Para responder estas preguntas formamos una muestra de niños de 8, 9 y 10 años de edad. A todos se les diagnosticó asma de tipo alérgico en el Departamento de Consulta Externa de Alergia, del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", a donde asistieron a consulta. A los niños participantes de la muestra se les pidió la realización de cinco dibujos, cada uno.

Para calificar los dibujos diseñé una estructura donde relacioné conductas clínicas que otros autores han observado en sujetos que padecen asma y los indicadores que mi experiencia clínica, y la de otros investigadores, me ha mostrado que externalan dichas conductas en estos dibujos.

Previo al capítulo de análisis experimental, revisé, primero, aspectos generales sobre el asma y artículos donde se trabajó con pruebas psicológicas, especialmente, dibujos. No encontré ninguna investigación donde se haya trabajado con cinco dibujos. Segundo, realicé una descripción del "aparato psíquico" desde el punto de vista de la teoría psicoanalítica, con objeto de ubicarnos dentro de una perspectiva desde la cual poder

interpretar los resultados obtenidos en los dibujos y de comprender explicaciones psicodinámicas que se han elaborado sobre el asma. Tercero, abordé el tema de los dibujos como pruebas proyectivas, haciendo énfasis sobre la validez y confiabilidad de las mismas.

I. PANORAMA SOBRE EL ASMA.

1. Breve revisión histórica del concepto de psicomaticidad.

Las explicaciones relativas a la interacción cuerpo-mente son tan antiguas, posiblemente, como la existencia del hombre y han ido cambiando de acuerdo al acontecer histórico.

Los nombres de las enfermedades que nosotros elegimos denominar psicósomáticas, así como las explicaciones de sus causas, también han ido variando.

Las primeras conceptualizaciones referentes a ellas fueron, posiblemente, las de Hipócrates.

Franz Alexander y Thomas S. Szasz señalaron que "En los últimos veinte años se cumplió una nueva fase de la investigación psicósomática, que se inicia determinada en gran medida por la aclaración conceptual de la diferencia existente entre los síntomas de conversión histérica y las respuestas vegetativas a los estímulos psicológicos. Se comprobó que la semejanza entre un síntoma de conversión histérica (tal como la parálisis de un miembro), por una parte, y las respuestas vegetativas a las emociones (tal como el aumento de secreción gástrica o de la presión sanguínea), por otra, está dada meramente por el hecho de que ambas condiciones son "psicógenas", es decir, son el resultado de una tensión emocional crónica no aliviada. Sin embargo, los mecanismos que intervienen son fundamentalmente diferentes en cada caso, tanto en el aspecto fisiológico como en el psicodinámico. El síntoma de conversión histérica es un intento de aliviar simbólicamente una tensión emocional; es una expresión simbólica (desplazada) de un contenido emocional definido. Este mecanismo está restringido

a los sistemas neuromuscular voluntario o perceptivo, cuyas funciones son expresar y aliviar las emociones. Contrastando con esto, la neurosis vegetativa consiste en una disfunción psicógena de un órgano vegetativo. El síntoma vegetativo no es una expresión sustitutiva de la emoción, sino su concomitante fisiológico (normal)." (1)

Los autores citados, al estudiar las corrientes que se ocuparon del problema de la psicomaticidad, las agruparon en tres escuelas. A continuación se ofrece una síntesis de las mismas.

a. Escuela de la neurosis histérica conversiva.

El criterio de esta escuela establece que los factores psicológicos que influyen o perturban las funciones de los órganos vegetativos son tan específicos como los que han sido establecidos en los casos de histeria de conversión, es decir, tienen un significado simbólico que puede ser resignificado en términos psicológicos. En relación a esto dicen Alexander y Szasz, que "Es ésta una de las ideas más antiguas dentro del psicoanálisis, que en la actualidad ha sido abandonada por completo." (2)

b. Escuela de la No especificidad.

Según esta escuela, la naturaleza de los factores emocionales activos no puede determinar la naturaleza de los trastornos vegetativos, ya que diferentes estímulos psicológicos pue

(1) Franz Alexander y Thomas S. Szasz. El enfoque psicossomático en medicina. En: Franz Alexander. Psiquiatría dinámica. Buenos Aires: Paidós, 1971, p. 313.

(2) Ibid., p. 316.

den producir la misma respuesta vegetativa. De acuerdo a esta escuela, el origen del trastorno vegetativo depende por completo de factores constitucionales o de una vulnerabilidad previamente adquirida en el órgano afectado.

c. Escuela de la especificidad.

Esta corriente considera que cada estado emocional tiene su propio síndrome fisiológico. Por ejemplo, la presencia de ira o temor conducen a un aumento de la presión sanguínea y a una acción acelerada del corazón.

Señala, además, esta escuela, que el desarrollo de una enfermedad psicosomática depende de la presencia de tres variables: 1a. Una vulnerabilidad del órgano o sistema, ya sea heredada o adquirida tempranamente; 2a. Patrones psicológicos de conflicto y defensa formados en los primeros años de vida; 3a. Situaciones de vida precipitantes.

Además de Alexander y Szasz, han sido seguidores de esta última escuela, Thomas M. French, George Pollock, Edoardo Weiss, quienes constituyeron parte del Grupo del Instituto pro Psicoanálisis de Chicago, que iniciara sus actividades alrededor del año de 1934. Este grupo realizó investigaciones con sujetos que padecían de trastornos en los sistemas respiratorio, integumentario, gastro-intestinal, cardio-vascular, renal, endocrino y músculo-esquelético.

2. Definición y causas del asma.

Explicamos al asma, de manera común, como un padecimiento que afecta al sistema respiratorio.

"El asma es un síndrome de etiología diversa, que se identifica por crisis paroxísticas de disnea fundamentalmente res

piratoria, condicionada por una disminución del calibre de los bronquios y bronquiolos, produciéndose estertores silbantes y jadeo al paso del aire con la respiración, con atrapamiento -- del mismo en los pulmones."(3)

Clinicamente se han detectado como causas del asma, A. La-- presencia de procesos infecciosos, por ejemplo, un catarro; ---- B. Deficiencias inmunológicas del organismo ante ciertas sus-- tancias del medio ambiente, por ejemplo, la alergia al polvo; - C. Determinantes físicos, como pueden ser objetos extraños in-- troducidos en el aparato respiratorio; D. Existencia de una com-- presión extrabronquial unilateral, debida a una adenopatía o a una tumoración; esta compresión puede reflejarse en el pulmón-- por medio de una inervación intrínseca; E. Factores psicológi-- cos. De estos últimos hablaremos en el transcurso de este capí-- tulo y en el siguiente; sólo haremos mención, inicialmente, del-- conflicto de la dependencia-independencia entre la madre y el-- hijo y la correspondiente emoción relacionada con el asma y - manifestada en la angustia o ansiedad. ()

3. Artículos publicados que se refieren a estudios que se han-- realizado, con pruebas psicológicas, en sujetos que han padeci-- do asma.

Para la redacción de este inciso consultamos, en primera - instancia, el significado y la traducción más exacta posible, - de algunas palabras en idioma inglés que son básicas para el-- estudio. Emoción (emotion); dibujo (draw, picture, paint); niño ---

(3) Luis Gomez Orozco, Margarita Bocanegra y Juan José Sienra. - Asma aguda. En: Urgencias en pediatría. México: ediciones médicas del Hospital Infantil de México, 1982, p. 353.

() En este trabajo consideraremos a los conceptos angustia y ansiedad, como sinónimos.

(child); asma (asthma). Esta comprobación se hizo utilizando - los siguientes Bancos de Datos: Psycinfo, 1967-84, abril; Psychalert, 1966-84, mayo; Dissertation Abstracts, 1961-84, mayo; Books in print, 1940-84, abril; Art Modern, 1974-83, diciembre.

También seleccionamos bibliografía básica, mencionada por varios autores, referente al tema,

En 1964, Edith H. Freeman, Ben F. Feingold, Kurt Schlesinger y Frank J. Gorman revisaron y resumieron, en forma crítica, 195 estudios, tanto experimentales como clínicos, que datan desde 1950. Esos artículos recopilados y reunidos en una publicación, redactados en inglés, están enfocados a la alergia de tipo respiratorio: asma, rinitis, fiebre alta. Por tratarse de un material muy valioso para ilustrar este trabajo, nos referiremos a él constantemente en su transcurso.

a. Pruebas de inteligencia y organicidad.

En 1963, Geraldine Pink y Henry I. Schmeer refirieron que - el cociente intelectual (C.I.), de su muestra de 18 adolescentes que presentaban asma, oscilaba entre promedio y normal - torpe. Sólo una muchacha presentaba inteligencia superior. No mencionan la prueba psicológica con la cual obtuvieron el - C.I.

También en 1963, John H. Lamont citó el caso de un niño cuyo C.I. era de ochenta. Tampoco indicó en base a qué prueba lo aseveraba.

En ese mismo año, Lewis Bernstein y Kenneth Purcell midieron el C.I., con la Escala de Inteligencia para Niños de --- Wechsler (WISC), en 150 niños que presentaban asma crónica - de difícil control. Encontraron muy pocos niños con retardo mental (5%); un porcentaje considerable en comparación con la

población general de Denver obtuvo un C.I. por encima de 120.

En 1949, Dunbar Flanders hizo referencia al artículo de Bal yeat, quien encontró que la ejecución intelectual de los niños con alergia es más alta, considerablemente, que la del promedio.

Henry I. Schneer, en 1963, reportó el caso de una niña cuyo C.I., en la prueba de WISC, fue mayor en el área de ejecución, y que su C.I. verbal y el de ejecución, estaban arriba del promedio. Señaló además, que la misma niña al enfrentarse a la prueba de Rorschach, no tuvo la misma capacidad intelectual, al dar solamente 5 respuestas en total.

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

Finalmente, en 1964, Freeman y colaboradores revisaron los artículos de Leigh y Pond y Holmgren y Kraepelin y encontraron en los mismos, un porcentaje sustancial de anormalidad en los electroencefalogramas de los sujetos que padecían asma. Los dos artículos, el primero referido a adultos y el otro a niños, reportaron que entre 30% y 40% de los casos presentaban exceso de actividad lenta intermedia.

b. Investigaciones relacionadas con el tipo de alergia.

Freeman y colaboradores reportaron, en 1964, tres artículos referentes al tipo de alergia. En el primero, de Dekker y colaboradores, se refiere que, luego de clasificar a 79 pacientes adultos en dos grupos, unos con alergia manifiesta y

otros con alergia no manifiesta, se utilizaron pruebas de piel e inhalación y, al aplicarles el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), no se encontraron diferencias de neuroticismo entre los grupos. En el segundo artículo, Feingold y colaboradores mencionan que aplicaron la misma prueba psicológica y encontraron que a menor reacción alérgica mayor perturbación emocional y viceversa. Agregan que no hallaron diferencias de diagnóstico entre los grupos con asma, con rinitis y con fiebre alta. Refieren que Block dice, en el tercer artículo, que para valorar el potencial alérgico desarrolló una escala con quince ítems que incluía factores como historia familiar de alergia, sensibilidad en la piel, número total de alergias, etc., y que encontró que niños con potencial alérgico bajo calificaban más frecuentemente en direcciones de psicopatología y viceversa.

Freeman, al evaluar estos trabajos, señaló que las diferencias encontradas en los resultados pudieron deberse a las diferentes técnicas empleadas, pero se mostró favorable a continuar investigando con esta variable.

Arturo Jaidar, entre 1968 y 1971, aplicó la prueba de Apercepción Temática de Murray (TAT), en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, a sujetos entre 5 y 12 años. Comparó grupos de niños con asma alérgica y con asma infecciosa. En la hipótesis planteó la posibilidad de que los niños con asma de naturaleza comprobadamente alérgica debían diferir de aquellos en los que existía un factor infeccioso sobreagregado. Encontró que este último no modifica las características psicológicas de los niños con asma, puesto que el comporta--

miento fue semejante en los dos grupos.

c. Pruebas de personalidad.

John Williams investigó, en 1975, dos grupos de niños entre 10 y 11 años de edad con diferente severidad de asma. Los igualó con dos grupos de control, uno "normal" y otro con enfermedad crónica del pecho. Les aplicó oraciones especialmente diseñadas, pruebas de completamiento de pinturas, el Rotter Level of Aspiration Board y el TAT. Los sujetos que padecían asma mostraron conflicto de dependencia-independencia, un fuerte vínculo madre-hijo y ansiedad al manejar la separación. Predominaron los temas de claustro. Concluyó en su trabajo, en forma tentativa, que estas variables son específicas de niños que presentan asma.

En 1964, Freeman y colaboradores, mencionaron las investigaciones de Dekker y colaboradores, de Smith y de Franks y Leigh, en las que utilizaron inventarios de personalidad. No refieren las edades. Sintetizando los resultados encuentran que:

-Los sujetos con asma se acercan a las puntuaciones de los neuróticos y difieren de los "normales".

-Los individuos que padecen asma presentan sentimientos de inadecuación y depresión.

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

En 1964, Freeman y colaboradores mencionaron dos estudios, de Israel y Neuhaus, en los que se encontró que los sujetos

con asma tenían menos respuestas globales (W) en la prueba de Rorschach. En el primer estudio se relacionó este resultado con la idea de que los sujetos asmáticos son constreñidos e inhibidos. En el segundo, además de la prueba ya mencionada, aplicaron el Inventario de Personalidad de Brown y el Despert Fables, de los que se desprendió que los niños con asma son más neuróticos, inseguros y dependientes que los niños "normales", pero no se diferenciaron de los niños con enfermedades del corazón o de sus propios hermanos, por lo que se concluyó que no existe un patrón de personalidad distintivo para los individuos asmáticos y que varios de los hallazgos psicológicos, previamente señalados, se podían atribuir a la experiencia de enfermedades crónicas.

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

d. Artículos relativos a pruebas con dibujos.

En 1963, Reuben Fine realizó una investigación con treinta niños asmáticos, como control a los hermanos más cercanos que no tuvieran asma, y les aplicó la forma revisada del Despert Fables, la prueba de Rorschach, el Maps, el TAT y el dibujo de la familia de Wolff. Advirtió, en ese momento, que no existe un método universalmente aceptado para analizar las técnicas proyectivas. Obtuvo resultados positivos para todas las pruebas, excepto para el dibujo. Opinó, entonces, que esto no invalidaba el dibujo, sino que era indicativo de que el método empleado para analizarlos no era el adecuado y que, posi---

blemente, con otro método se podrían encontrar diferencias significativas.

Ese mismo año, Peter H. Knapp y B.C. Bahne estudiaron a dos pacientes adultos con asma. Entre otras pruebas aplicaron el dibujo de dos personas juntas (modificación de la técnica de dibujar una persona) y el dibujo de un animal. En la exposición de los resultados señalaron que el dibujo de la figura humana pareció dar una representación del "self" consciente en relación con personas importantes. El dibujo del animal-- les mostró una continuación del dibujo de la persona, desde la utilización de una organización espacial similar hasta los temas centrales, pero observaron en este último un "lenguaje" más primitivo y enmascarado.

Luis Gómez Orozco ejemplifica su artículo, de 1966, con dibujos de la Casa-árbol-persona y de un animal, efectuados por algunos pacientes de diferentes edades. En el texto concluyente señaló que "En general, los dibujos son pequeños, dibujados débilmente sobre el papel, con numerosos borramientos y apoyados sobre una línea o en el borde del papel (¿inseguridad?)" (4)

En 1968, Elizabeth M. Koppitz realizó una investigación con 35 niños. Veintisiete del sexo masculino y ocho del femenino. Todos presentaban una historia con enfermedades psicossomáticas. Los comparó con pruebas de otro grupo de niños que robaban. Analizó el dibujo de una persona y trabajó sus datos con la prueba estadística Ji Cuadrada, al nivel de significancia de 0.5. Según su hipótesis en este estudio comparativo, el niño con problema psicossomático tendría la tendencia a diri--

(4) Luis Gómez Orozco. Medicina psicossomática y enfermedades alérgicas. Boletín médico del Hospital Infantil de México. 1966, vol. 23, p. 524.

gir su ansiedad y agresión primeramente hacia él y sólo indirectamente hacia otros que se preocupaban por él, mientras que, por el contrario, el niño que robaba dirigía su agresión directamente hacia otros y sólo indirectamente hacia él en caso, por ejemplo, de ser descubierto y castigado.

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

- Omisión de la nariz y de la boca.

-Manos cortadas.

-Presencia de nubes.

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

En 1977, Judith Elkan reportó el caso de una niña con asma que recibía psicoterapia una vez a la semana. El tratamiento, iniciado a la edad de siete años, duraba ya seis años. Reportó esta autora que la capacidad para la "experiencia mental" de la niña fue desarrollándose gradualmente. En la primera etapa del tratamiento se observó que la paciente era dócil y afectuosa y que sus dibujos eran constreñidos. En la segunda etapa la niña continuaba afectuosa, pero sus dibujos eran como el resultado de una explosión; el asma era menos aguda. La ter

cera etapa fue ilustrada con una sesión emocional, después de un año sin presentar asma, donde la paciente comenzaba a sufrir sentimientos dolorosos y a pensar acerca de ellos. Elkan sugirió un paralelo entre el proceso recuperativo y patológico del asma y las fantasías. No señaló el tipo de dibujos realizados durante esta fase.

Peter Andrew Hendrickson, en 1982, comparó un grupo de cuarenta niños con retardo específico en la lectura, de origen --presumiblemente psicogénico, con otro grupo control de cuarenta niños que leían al nivel esperado. Los niños cursaban los cuarto, quinto y sexto grados de una escuela, católica, de Boston, Massachusetts. Les administró el Dibujo de la Figura Humana (DFH), la Escala de Ansiedad para Niños (TASC) y el Inventario del Reporte del Niño de la Conducta Parental (CRPBI), como instrumentos de medición emocional. En el DFH no encontró resultados significativos, luego de calificarlo por medio de tres técnicas: Koppitz, Witkin y una medida informal. Tampoco -- en el TASC, ni en cuatro de los factores del CRPBI encontró -- datos significativos. A pesar de esto continuó investigando. Comparó el desarrollo médico y las características conductuales relacionadas con problemas de aprendizaje; luego reunió -- los datos utilizando el cuestionario del Sistema Parental -- (ANSER). Los padres de los niños que presentaron retardo en -- la lectura reportaron problemas de asma y problemas en los -- ojos y la vista de sus hijos. En las áreas de embarazo, salud -- del recién nacido, salud en la niñez, desarrollo conductual, -- intelectual, motor y social, no encontró resultados significativos. Hendrickson sugirió finalmente que para investigacio--

nes futuras basadas en aspectos emocionales de los problemas de aprendizaje se deberían considerar desde un punto de vista multidisciplinario las diversas causas potenciales.

4. Consideraciones para el trabajo experimental de esta tesis.

Para principiar, ubicaremos esta investigación en el terreno de la psicosomaticidad, en la medida en que consideraremos variables tanto físicas como psíquicas.

En el presente trabajo experimental manejaremos, por una parte, 3 variables independientes, a saber: 3 intensidades del asma, pruebas cutáneas positivas y la "voz" de la madre; por otra parte plantearemos que los niños que sufren asma de tipo alérgico presentarán, de acuerdo a las variables independientes, indicadores emocionales específicos en sus dibujos. Esto nos lleva a colocar la investigación dentro de la tercera escuela.

Los trabajos que investigaron diferentes tipos de alergia, no encontraron resultados que apuntaran en una misma dirección, pero Freeman y colaboradores sugirieron continuar considerando este factor. Por esta razón una de nuestras variables independientes será la prueba cutánea positiva.

Al comparar con sujetos "normales" la personalidad de individuos que padecían asma, se han referido puntuaciones que acercan a estos últimos al tipo neurótico (conducta 1 de esta investigación). Presentan, además, ansiedad (conducta 2), depresión (conducta 7), sentimientos de inadecuación (conducta 5) con tendencia a la constricción e inhibición (conducta 9 y 10) generados posiblemente, por un conflicto en -

la relación de dependencia-independencia entre la madre y el hijo (conducta 8).

En los artículos donde se utilizaron dibujos en sujetos -- que padecían asma, algunos autores encontraron resultados positivos y otros no; por otra parte no encontramos ninguna investigación que utilice 5 dibujos como será en nuestro caso. Estas son algunas de las razones que nos llevaron a diseñar la investigación como se muestra en el capítulo IV.

II. PSICODINAMIA DEL NIÑO CON ASMA (en edad de latencia)

Los objetivos primordiales de este capítulo son ubicar - la posibilidad de análisis de los dibujos desde la concepción de la teoría psicoanalítica y referir explicaciones - psicodinámicas que se han elaborado sobre el asma.

Para alcanzar estos objetivos, deberemos ponderar algunos conceptos relativos al "aparato psíquico", a su conformación y funcionamiento.

Debe quedar claro que no se intenta abarcar en forma total la teoría freudiana, la cual es sumamente amplia y compleja, sino que recurriremos a su conceptualización para explicarnos el "aparato psíquico" en los aspectos que acuerdan con nuestros objetivos.

Para revisar esas categorías fundamentales, que usaremos - a través del trabajo, nos auxiliaremos, en forma importante, -- del Diccionario de Psicoanálisis de Jean Laplanche y Jean- - Bertrand Pontalis. También acudiremos a consultar autores --- que han trabajado en alguna línea del pensamiento freudiano.- Asimismo, utilizaremos ejemplos y comparaciones que nos aclaren algunas ideas.

1. Conceptos de la teoría psicoanalítica.

a. "Aparato psíquico".

Sigmund Freud, para explicarse la formación, estructura y - dinámica del "aparato psíquico", recurrió a la metapsicología.

La metapsicología es la tentativa de edificar una psicología que nos explique lo que va más allá de la conciencia.

Si observamos el organismo de un recién nacido desde la concepción fisiológica, llegamos a la conclusión de que aquél se encuentra en funcionamiento constante, incluso antes de nacer, y que va a continuar funcionando sin cesar hasta su muerte. El corazón, la circulación sanguínea, la respiración, etc., de un ser humano vivo no se detienen, esté el individuo despierto o dormido. En este marco de ideas, es fácil ubicarnos en el concepto de pulsión que propone Freud.

La pulsión es una fuerza interna constante, es el representante psíquico de los poderes orgánicos. El organismo podrá evitar los estímulos que provienen del exterior, pero no las necesidades pulsionales que se encuentran en constante movimiento.

Sigmund Freud refirió dos pulsiones, la de la vida y la de la muerte.

Para organizar su teoría relativa al "aparato psíquico", Freud, en un primer acercamiento al problema, lo divide en sistemas: el Inconsciente (Icc), el Preconsciente (Pcs), el Consciente (Cs) y, el Perceptual (P). En un segundo momento distingue tres instancias: Ello, Yo, Superyó. La interrelación entre los dos planteamientos parece no quedar completamente aclarada a lo largo de toda su obra.

El "aparato psíquico" viene a ser un lugar desde el cual o en el cual se estructuran los sistemas e instancias mencionadas. Es un espacio en movimiento y estructuración constantes, así como el organismo que trabaja continuamente para mantener la homeostasis.

La interrelación del organismo con los sistemas e instan-

cias y con el mundo exterior va generando una dinámica específica y compleja entre ellas.

El niño al nacer ya no va a recibir lo que recibía sin ningún esfuerzo por medio del cordón umbilical; ahora, va a mostrar un desamparo biológico paralelo a un desamparo psíquico. "La relación objetal psíquica con su madre sustituye para el niño la situación fetal biológica"(5). La madre satisface en ocasiones, en otras no. El "aparato psíquico", imperfecto, va generando medidas para lograr, fundamentalmente, la autoconservación. Medidas autoeróticas (placer obtenido en el propio cuerpo); medidas alucinatorias (alucina o imagina la satisfacción del deseo psíquico o de la necesidad biológica: origen del pensamiento posterior) y, en general, medidas defensivas que lo protejan del displacer.

Freud además, propuso como estructuras universales la vida intrauterina, la escena primaria, la castración, la seducción y la bisexualidad, las cuales vienen a ser estructuras organizadoras de la vida fantasmática que han sido transmitidas filogenéticamente. También planteó la hipótesis de la existencia de una represión primaria u originaria.

En relación a lo anterior, Laplanche y Pontalis señalaron que "En cuanto a la naturaleza de la represión primaria, declara Freud, todavía en 1926, que nuestros conocimientos son muy limitados."(6)

Nosotros entendemos, en forma general, a la represión prima-

(5) Sigmund Freud. Inhibición, síntoma y angustia (1925-6). En: Obras completas. T. III. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva, 1973 (ñ), p. 2863.

(6) Laplanche J. y Pontalis J.-B. Diccionario de psicoanálisis. Barcelona: Labor S.A., 1977, p. 395.

ria como la existencia de núcleos ya inconscientes, con gasto de energía constante, cuyo origen podría buscarse en experiencias arcaicas muy intensas y que va a estar influyendo sobre la represión posterior y, por lo tanto, sobre el funcionamiento y estructuración del "aparato psíquico" durante toda la vida.

De aquí en adelante nos referiremos, sobre todo, al funcionamiento del "aparato psíquico" desde la represión propiamente dicha, es decir, la represión secundaria.

Los conceptos que reseñaremos a continuación se encuentran relacionados íntimamente a la estructura y funcionamiento del aparato psíquico.

b. Inconsciente.

Sigmund Freud señaló que "Todo lo reprimido tiene que permanecer inconsciente, pero queremos dejar sentado desde el comienzo que lo reprimido no recubre todo lo inconsciente. Lo inconsciente abarca el radio más vasto; lo reprimido es una parte de lo inconsciente." (7)

El inconsciente contiene representaciones de la pulsión.

Los rasgos que caracterizan a los procesos que conciernen al sistema inconsciente son: ausencia de contradicción; carácter atemporal; sustitución de la realidad exterior por la psíquica y proceso primario (donde la energía fluye libremente -- pasando sin trabas de una representación a otra según los mecanismos de desplazamiento y condensación y el deseo demandado). (7) Sigmund Freud. Pulsiones y destinos de pulsión (1915). En: -- Obras completas, vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1979, p. 161.

satisfacción inmediata de acuerdo al principio del placer.).

"Tampoco conocen los procesos Icc un miramiento por la realidad. Están sometidos al principio de placer; su destino sólo depende de la fuerza que poseen y de que cumplan los requisitos de la regulación de placer-displacer", aseveró Freud. (8)

Por su parte, Laplanche y Pontalis dijeron que "fuertemente cargados de energía pulsional, buscan retornar a la conciencia y a la acción (retorno de lo reprimido); pero sólo pueden encontrar acceso al sistema Pcs-Cs en el compromiso, después de haber sido sometidos a las deformaciones de la censura." (9)

El concepto Inconsciente califica el Ello, una parte del Yo y del Superyó.

Los sueños, los lapsus lingüe, la asociación libre, el chiste, lo escrito, dibujado, los síntomas y en general la conducta, tanto verbal o escrita como no verbal, nos pueden proporcionar información sobre lo inconsciente.

"La reflexión sobre el lenguaje y, más en particular, sobre la palabra, parece constituir un paso indispensable para crear. En Freud es el paso natural hacia la verdad inconsciente. Precisamente la obra psicoanalítica se inicia a partir de la reflexión sobre la palabra. El acto creador lo contempla como imprescindible." (10)

(8) Ibid., p. 184.

(9) Laplanche J. y Pontalis J-B. Op. Cit., p. 201.

(10) Roberto Castro. La palabra en la afasia de Freud y en la poética de Mallarmé. Trabajo presentado en la Asociación Psicoanalítica Mexicana A.C., noviembre, 1979, p. 34.

c. El proceso preconsciente.

Lo preconsciente se caracteriza, en términos generales, por que,

-A diferencia de los contenidos del sistema inconsciente, los contenidos del preconsciente son accesibles a la conciencia.

Por ejemplo, los conocimientos y recuerdos no actualizados;

-El sistema preconsciente es regido por el proceso secundario.

"Está separado del sistema inconsciente por la censura, que no permite que los contenidos y procesos inconscientes pasen al Pcs sin experimentar transformaciones." (11)

-Califica los contenidos y procesos relativos esencialmente al Yo y también al Superyó.

d. El proceso consciente.

Se produce en la medida en que una necesidad biológica o psicológica encuentra en el "mundo" su satisfacción. En consecuencia, se activan los procesos de percepción, memoria, juicio, etc., que contribuyen a poder encontrar el objeto que logrará satisfacer, en un momento dado, de acuerdo a las experiencias pasadas, a la fase del desarrollo libidinal que se vivencia.

El Yo se va formando con las percepciones conscientes y -- preconscientes y se encarga de los procesos conscientes y pre conscientes, influenciado siempre por el inconsciente.

e. Represión.

"...operación por medio de la cual el sujeto intenta rechazar o mantener en el inconsciente representaciones (pensamientos, imágenes, recuerdos) ligados a una pulsión. La represión se produce en aquellos casos en que la satisfacción de una pul--

(11) Laplanche J. y Pontalis J-B. Op. Cit., p. 294.

si3n(susceptible de provocar por s3 misma placer),ofrecer3a el peligro de provocar displacer en virtud de otras exigencias".(12)

f. Formaci3n de compromiso.

"Forma que adopta lo reprimido para ser admitido en el -- consciente, reapareciendo en el s3ntoma, en el sue3o y, de modo m3s general, en toda producci3n del inconsciente: las representaciones reprimidas se hallan deformadas por la defensa hasta resultar irreconocibles. De este modo, en la misma formaci3n, pueden satisfacerse(en una misma transacci3n)a la vez el de-- seo inconsciente y las exigencias defensivas."(13)

g. Compulsi3n a la repetic3n, fijaci3n y regresi3n.

En la Compulsi3n a la Repetic3n puede observarse una modalidad de tipo conservador en la libido, de manera que se -- acerca a la puls3n de muerte: El sujeto vivenci3, en el pasado, una experiencia traum3tica en forma pasiva; ahora, el sujeto se sit3a una y otra vez en una situaci3n activa en relaci3n a -- aquella situaci3n penosa, con la impresi3n de que es algo plenamente motivado en la actualidad y sin recordar, por lo tanto, el prototipo original.

Entendemos por traumatismo ps3quico el flujo de excitaciones tal, que el sujeto se muestra incapaz de tolerar, controlar, ni elaborar ps3quicamente.

Al concepto de compulsi3n a la Repetic3n se liga el de -- fijaci3n.

(12) Ibid., p.391.

(13) Ibid., p.164.

En la represión se suprimió del consciente y preconsciente la representación del contenido doloroso y el afecto se ligó a otra representación menos penosa. A este modo de funcionamiento se le denomina fijación. Como el afecto ligado a otra representación nunca satisfará de igual manera que la representación correspondiente, quedaría entonces "pendiente", fijada la representación reprimida, para ser ligada y lograr su expresión.

A los conceptos de compulsión a la repetición y de fijación, se encuentra relacionado el de regresión. Algunas ideas resumidas de Laplanche y Pontalis concernientes a este concepto señalan que la regresión tópica, que va de consciente a preconsciente y luego al inconsciente, se presenta en el sueño, la alucinación y en el proceso de memoria.

La regresión, en sentido cronológico, hace referencia al retorno del individuo a fases pasadas del desarrollo libidinal, a relaciones de objeto, a identificaciones, etc.

En sentido formal, la regresión designa el paso a modos de expresión y comportamiento de un nivel inferior, considerándola desde su complejidad, estructuración y diferenciación.

h. Angustia.

La palabra angustia proviene del latín "angustiae", que significa estrechez.

La angustia es un estado afectivo que presenta un franco carácter displaciente, es una reacción general al peligro.

Diferenciando el carácter displaciente de la angustia, el dolor y el duelo, Freud dijo que "El dolor es, pues, la verdadera reacción a la pérdida del objeto, y la angustia, la verdadera reacción al peligro que tal pérdida trae consigo... El

duelo surge bajo la influencia del examen de la realidad que impone definitivamente la separación del objeto, puesto que el mismo no existe ya."(14)

El mismo Freud, al referirse a la primera situación de angustia en el hombre, señaló que "los estados afectivos se hallan incorporados a la vida anímica como precipitados de sucesos traumáticos primitivos y son revividos como símbolos mnémicos, en situaciones análogas a dichos antiquísimos sucesos... El acto del nacimiento en el hombre y en los animales superiores, como primera experiencia angustiosa individual, -- parece haber prestado a la expresión del afecto de angustiarasgos característicos."(15)

La primera angustia, pues, según Freud, fue de tipo tóxica, -- ya que en el acto del nacimiento se tuvieron que inervar los órganos de la respiración para preparar la actividad pulmonar, acelerar los latidos del corazón y liberar así la sangre de sustancias tóxicas.

El fundador del psicoanálisis, al ampliar sus ideas sobre la angustia, agregó que ésta es, "como estado afectivo, la reproducción de un antiguo suceso peligroso; está al servicio de la propia conservación y es señal de un nuevo peligro; nace de -- magnitudes de libido que se han hecho, en algún modo, inutilizables, y también del proceso de la represión; es reemplazada por la producción de síntomas; sentimos que falta algo: aquello que hace de varios fragmentos una unidad... Con la tesis de que el Yo es la única sede de la angustia."(16)

(14) Sigmund Freud. Op. Cit., 1973 (ñ), p. 2882-3.

(15) Ibid., p. 2837.

(16) Sigmund Freud. Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis: Lección XXXII: La angustia y la vida instintiva (1932-3). En: Obras completas T. III. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973 (p), p. 3148-9

Freud propuso la existencia de tres clases principales de angustia: real, neurótica, de la conciencia moral.

Al explicar más ampliamente el tema, Freud dijo que "el peligro del desamparo psíquico ajusta con el estadio de la falta de madurez del Yo; el peligro de la pérdida del objeto (o pérdida de amor), ajusta con la falta de autosuficiencia de los primeros años infantiles; el peligro de la castración ajusta con la fase fálica; y, por último, el miedo al Superyo ajusta con la época de latencia. En el curso del desarrollo deberían ser abandonadas las condiciones de angustia anteriores, pues el robustecimiento del Yo desvaloriza las situaciones peligrosas correspondientes... No cabe duda de que aquellos individuos, a los que llamamos neuróticos, permanecen infantiles en su conducta ante el peligro y no han dominado -- condiciones de angustia ya anticuadas." (17)

"La última transformación de este miedo al Superyo me parece a mí el miedo a la muerte (por la vida), o sea, la angustia ante la proyección del Superyo o en los poderes del destino." (18)

"Sólo las represiones secundarias muestran el mecanismo - que antes describimos, en el que la angustia es despertada como señal de una situación de peligro anterior; las represiones primarias y más tempranas nacen directamente de instantes traumáticos en el choque del Yo con una exigencia libidinosa de primera magnitud y producen su angustia de por sí, aunque-

(17) Ibid., p. 3150-1.

(18) Sigmund Freud. Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica (1925). En: Obras completas. T. III. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973, p. 2864. (El subrayado son letras cursivas en el texto).

conforme al prototipo del nacimiento. Lo mismo puede decirse del desarrollo de angustia en la neurosis de angustia por -- daño somático de la función sexual... Pero no veo objeción -- alguna contra un doble origen de la angustia: unas, del instante traumático, y otras, como señal que amenaza la repetición de tal instante."(19)

i. Series complementarias.

"Término utilizado por Freud para explicar la etiología de la neurosis y superar la alternativa que obligaría a elegir entre factores exógenos o endógenos."(20)

Etiológicamente hablando, el factor endógeno está representado por la fijación y, el factor exógeno por la frustración.

El concepto de serie complementaria hace referencia a la multiplicidad de factores que intervienen en la etiología de la neurosis.

j. Beneficio primario y secundario de la enfermedad.

"Beneficio de la enfermedad designa, de un modo general, toda satisfacción directa o indirecta que un sujeto obtiene de su enfermedad.

El beneficio primario es el que entra en consideración en la motivación misma de una neurosis: satisfacción hallada en el síntoma, huida en la enfermedad, modificación favorable de las relaciones con el ambiente. El beneficio secundario podría distinguirse del anterior por:

-Su aparición posterior, como ganancia suplementaria o utili-

(19) Sigmund Freud, Op. Cit., 1973 (p), p. 3154.

(20) Laplanche J. y Pontalis J-B., Op. Cit., p. 420.

zación por el sujeto de una enfermedad ya constituida;
-su carácter extrínseco en relación con el determinismo inicial de la enfermedad y con el sentido de los síntomas;
-el hecho de que se trata de satisfacciones narcisistas o ligadas a la autoconservación más que de satisfacciones directamente libidinales."(21)

2. Libido y agresión en las fases de desarrollo.

Freud sugiere que, en una primera fase del desarrollo de -libido, la boca es una zona de apuntalamientos importantes.-- Por la necesidad biológica de todo ser humano de ser alimentado, la boca se imprime en el aparato psíquico con una serie de resignificaciones y significaciones tanto placenteras como displacenteras.

A partir del apuntalamiento biológico, pues, la libido va a ir adquiriendo autonomía en el aparato psíquico, dando como resultado que, ante la necesidad, el bebe puede alucinar experiencias pasadas placenteras o recurrir al propio cuerpo satisfaciendo la necesidad, en un momento dado, con los recursos del -aparato psíquico.

En este alucinar encontramos los fundamentos del "aparato del lenguaje", en consecuencia, del pensamiento futuro. Por medio de ese alucinar, el niño va teniendo mayor tolerancia a -la demora de la satisfacción, la cual requería, antes, ser satisfecha en forma inmediata.

En relación a esto, W.R. Bion señaló que "El vínculo entre -la intolerancia a la frustración y el desarrollo del pensamiento es fundamental para la comprensión del pensamiento y sus --

(21) Ibid., p.46.

trastornos."(22)

Toda adquisición y formación va requiriendo de un proceso de apuntalamiento biológico y neurológico inicialmente, para irse resignificando y significando en el aparato psíquico.

Al referirse a estos aspectos, Freud dijo que "las pulsiones sexuales se apuntalan al principio en la satisfacción de las pulsiones voicas, y sólo más tarde se independizan de ellas; ahora bien, ese apuntalamiento sigue mostrándose en el hecho de que las personas encargadas de la nutrición, el cuidado y la protección del niño devienen los primeros objetos sexuales: son, sobre todo, la madre o su sustituto."(23)

La libido muestra como fuente, en esta fase, la zona oral. El objeto se encuentra en estrecha relación con la alimentación y el fin es la incorporación. El modo de relación por medio de la incorporación también se atribuye a otras funciones como respirar, mirar, etc. Algunas expresiones utilizadas frecuentemente por el adulto, por ejemplo, "quisiera comerte con los ojos", "te comería", "estás apetitosa", hacen referencia a este modo de relación.

La aparición de los dientes condujo a otros autores a proponer la existencia de una fase oral-sádica. En ella se muestran, según ellos, sentimientos ambivalentes hacia el objeto -satisfactor; por un lado, se desea incorporarlo amorosamente, pero por otro se desea devorarlo agresivamente.

El proceso de incorporación es vivido y simbolizado como-

(22) Bion W.R. Aprendiendo de la experiencia. Buenos Aires: Paidós, 1966, p. 50.

(23) Sigmund Freud. Introducción al narcisismo (1914). En: Obras completas vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1979, p. 84.

una operación corporal.

En consonancia con esas ideas Bion escribió que "El pecho-bueno y el pecho malo, uno asociado con la leche real que satisface el hambre y el otro con la no existencia de esa leche, deben tener una propiedad psíquica diferente... Supongamos que el bebé ha sido alimentado, pero se siente no querido. Nuevamente capta la necesidad de un pecho bueno y otra vez esta 'necesidad de un pecho bueno' es un 'pecho malo' que tiene que ser evacuado." (24)

En otras palabras, es como si el niño tragara lo bueno (psíquicamente incorporara o introyectara), y escupiera lo desagradable o malo (psíquicamente proyectara).

Agrega Bion en relación al tema que "por ejemplo, cuando la madre quiere al niño, con qué lo hace? Aparte de los canales físicos de comunicación, tengo la impresión de que el amor se expresa a través del "ensueño" (reverie)... Podemos deducir del reverie como la fuente psicológica que satisface las necesidades del niño de amor y comprensión, qué clase de órgano receptor psicológico se requiere si el lactante es incapaz de beneficiarse del reverie, como lo es, gracias a la capacidad digestiva del conducto alimentario, de beneficiarse del pecho y de la leche que le provee." (25)

El aprendizaje del control de esfínteres conduce, entre los dos y cuatro años aproximadamente, a la fase anal-sádica de la evolución libidinal.

(24) Bion W.R., Op. it., p. 57.

(25) Ibid., p. 58. (El subrayado son letras cursivas en el texto).

El niño es neurológicamente capaz de alcanzar un dominio muscular tal, que puede decidir entre defecar o retener la materia fecal. Se constituye, entonces, emocionalmente, la polaridad actividad-pasividad. Las heces toman, pues, un valor simbólico: evacuar podría significar el desprendimiento de una parte del cuerpo por amor hacia alguno de los padres, una forma de regalo por amor. Retenerlas podría equivaler a la sensación de poseer control. La evacuación podría, también, tornarse en una actividad sádica si, por ejemplo, se evacuara en el lugar incorrecto.

El niño, entonces, a través de los músculos estriados o voluntarios, puede mostrar cariño, sentir dominio o descargar agresión.

Hacia el final del cuarto año de vida, aproximadamente, el niño se ha desarrollado en tal forma, desde el punto de vista neurológico, que controla los movimientos de su cabeza, los esfínteres y las piernas. Ya camina y se desplaza de un lugar a otro. Además, no sólo se comunica con su cuerpo sino a través del lenguaje. Psicológicamente ya ensayó y domina las emociones que se han ido relacionando con cada actividad fisiológica y neurológica. Es entonces que puede interrogarse sobre su identidad sexual.

Se inicia, pues, la fase de desarrollo libidinal llamada -- por Freud fálica.

Observamos, considerando un sistema nervioso central intacto y situándonos un poco en la adquisición del lenguaje, que el niño ya es capaz de imitar los contornos entonativos del discurso de su madre; ya ha desarrollado, entonces, un sistema --

de monitoreo de retroalimentación auditiva (iniciado a los 8 o 9 meses). A los 2-3 años, el promedio de su vocabulario es de 200 a 300 palabras y su comprensión mucho mayor.

El desarrollo biológico-neurológico ocurre en muchas direcciones, se van interrelacionando, por ejemplo, logros auditivos con motores, logros visuales con motores... En un inicio el discurso, como las demás operaciones se encuentran ancladas en lo corporal, para después expropiarse del cuerpo y alienarse al objeto.

En relación a la fase de desarrollo libidinal fálica, Freud refirió que tanto el niño como la niña sólo reconocen el miembro masculino, se tiene o no se tiene. Esta conceptualización será el eje en torno al que girará la dinámica de esta fase. El proceso es diferente para el niño y para la niña.

El niño piensa primero que la mujer tenía un pene igual al suyo y se lo quitaron, pero que le va a crecer nuevamente. Luego concibe que algunas mujeres lo tienen y otras no; a éstas se lo quitaron posiblemente por haber tenido impulsos ilícitos. Por supuesto que la madre lo conserva. Cuando descubre que a todas las mujeres se les despojó del miembro por castigo, teme una mutilación análoga. El temor a ser castigado le produce ansiedad y es por ello que renuncia a rivalizar con su padre por el amor materno.

Se identifica entonces con el padre, surgiendo el Superyó, que es la autoridad del padre introyectada en el Yo y, pues, a la fase de latencia.

La separación del cuerpo de la madre al momento del nacimiento, la pérdida del seno materno después de mamar y la ex-

pulsión diaria de las heces, son pérdidas narcisistas. Estas - resignificarán, en el caso del varón, la posibilidad de ser castrado y, en el caso de la niña, implicarán, aunadas a la pérdida de su pene, otras pérdidas.

La niña piensa primero que poseía un pene como el del varón, pero que se lo quitaron, por lo que acepta la castración como un hecho consumado. Se ubica, entonces, en el complejo de masculinidad, donde, por una parte, espera obtener un pene o, por otra, puede denegar la castración: "no me falta". Al aceptar la herida narcisista muestra sentimientos de inferioridad, aunados a envidia por el pene. Siente que la responsable de su castración es la madre y que ésta quiere más a los varones porque ellos poseen pene. Estos sentimientos la llevan a renunciar al amor materno. Como solución se acerca al padre con la esperanza de tener un hijo, que sería el equivalente - del pene faltante. Alimenta celos y rivalidad hacia la madre - por ser ésta la pareja de su padre.

Serge Lebovici, en 1977, al analizar el caso de una niña que sufrió una castración real por presentar un testículo feminizante, señaló que "Este ejemplo ha parecido interesante porque confiere a la fantasía de castración que la niña pequeña no puede eludir cuando debe hacer frente a sus excitaciones genitales sin comprobar la existencia de un aparato genital anatómico y, exterior a ella. La fantasía de castración protege a la niña contra el misterio de la excitación interna, reforzado por el funcionamiento anal y la proyección de esa fuerza sobre el cuerpo imaginario de la madre." (26)

(26) Serge Lebovici. El caso Gaby o el sexo del ángel Gabriel. En: León Grinberg. Prácticas psicoanalíticas comparadas en niños y adolescentes. Buenos Aires: Paidós, 1977, p.167.

Es importante mencionar que, a nivel inconsciente, el excremento, el pene, el nacimiento de los bebés y el dinero, pueden ser tratados como equivalentes o intercambiables. Así, en la fase pregenital, el pene y la vagina pueden aparecer representados por la masa fecal y el intestino.

La función del pene y de la vagina, propiamente dichos, es descubierta, generalmente, hasta la fase genital; en la adolescencia.

La angustia de salvar su pene lleva al niño a salir del complejo de Edipo. La niña, al reconocer su castración, comienza a generar el proceso. En tanto el niño mantiene su objeto de amor, la madre; la niña tiene que cambiarlo de la madre hacia el padre.

Queremos insistir aquí en el propósito de diferenciar el proceso de incorporación que se dio en la fase oral, del proceso de identificación. El primero se simboliza y vivencia como una operación corporal donde la relación con el objeto es todavía confusa. En el proceso de identificación se da una operación psicológica, mediante la cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de éste. La personalidad se va constituyendo y diferenciando mediante una serie de identificaciones.

3. El niño en edad de latencia.

En la etapa edípica el niño, tanto como la niña, se identifican con los padres. Esta identificación es una forma de protegerse de los sentimientos, tanto incestuosos como hostiles,

que sienten hacia ellos. La libido y la agresión se subliman, es decir, se utilizan para otros fines, apareciendo así como socialmente valorada.

En este momento es cuando se produce la represión secundaria. Se reprimen entonces las representaciones incestuosas y agresivas y la energía se desplaza hacia otras actividades; se reestructura el Superyó, prohibiendo tales representaciones, y se dan las identificaciones con los padres, maestros, etc. -

En tanto el Superyó del niño se afirma en la libidinización objetiva de su pene, el de la niña, señala Freud, no llega a ser tan inexorable, impersonal e independiente.

Con la sublimación de la energía se inicia la latencia.

A la edad de seis o siete años, según señalan Theodore --- Shapiro y Richard Perry (1980), aparecen cambios en el lóbulo frontal, tanto en su estructura microscópica como en su diferenciación. Esto sucede, sobre todo, en las áreas motoras primarias, las áreas premotoras y los campos del ojo frontal. Este desarrollo produce un avance de la conducta verbal.

A la edad de ocho años se completa la mielinización de los tractos de corteza a tálamo y, el patrón de onda alfa en el -- electroencefalograma, se estabiliza.

También, según esas observaciones, podemos señalar que en -- el niño que a los cuatro años ha comenzado a manejar el concepto de tiempo mañana-tarde, con el transcurrir de los años -- lo va incrementando y, al llegar a los ocho, ya sabe la fecha -- completa. Controla pues, a esa edad, conceptos de lateralidad, -- mejorando con esto su orientación.

Al llegar a los nueve años es notorio en el niño el logro-

de un nivel cognitivo muy similar al del adulto, ya que reemplaza el control externo por el control interno.

Esta nueva estructura y organización del pensamiento, más la estructuración del aparato mental en sus tres agencias -- funcionales :Ello, Yo y Superyó, favorecen el manejo del complejo de Edipo.

Concluimos entonces que la fase de latencia también se apoya en la maduración neurológica.

En relación al desarrollo gráfico, Daniel Widlöcher (1971) hizo referencia a las observaciones de Luquet, nosotros las resumimos. A partir de los tres años, se empieza a manifestar el Realismo Fortuito. Este consiste en que el niño traza líneas simplemente por el placer que le proporciona. Podría llamársele una especie de "parloteo gráfico", similar al balbuceo verbal que apareció alrededor de los nueve meses.

Aproximadamente a los cuatro años, se inicia el Realismo Fallado, que estriba en la realización de un trazo que presenta éxitos y fracasos. En relación a él el adulto, en ocasiones, se asombra del parecido que alcanzan las figuras dibujadas con lo que el niño dice representar; en otras oportunidades se extraña por la falta de ese parecido que indica el niño.

El Realismo Intelectual principia al iniciarse la latencia. En esta etapa lo dibujado está representado en función de lo que el niño sabe de las cosas, no de lo que ve. La siguiente etapa será el Realismo Visual, en la que el niño, ya como adulto, somete su dibujo a lo que ve, logrando un manejo de la perspectiva. Esta se produce a la edad de nueve años.

En base a estas aportaciones reseñadas concluimos que el -

nacimiento biológico no coincide con el nacimiento psicológico; que no existe un paralelo ~~entre~~ los datos del cuerpo, la conducta y la mente, pero que se produce un interjuego -- donde el desarrollo biológico apunta al desarrollo neurológico y el desarrollo de los sentimientos.

4. Teorizaciones en torno al asma.

a. Conceptualizaciones freudianas relativas al tema.

Observamos precedentemente que la angustia surge cuando no se puede controlar la estimulación externa o cuando existe una excesiva estimulación interna. En el primer caso puede ser motivada por un estímulo pasajero que puede llegar a evitarse. En el segundo, puede ocurrir que no se pueda huir de la estimulación y, si se torna crónica la angustia, puede llegar a producir neurosis.

"La angustia constituye, pues, la moneda corriente por la que se cambia o pueden cambiarse todas las excitaciones afectivas cuando su contenido de representaciones ha sucumbido a la representación." (27)

El ataque de angustia puede presentarse de diversas formas, entre ellas, con perturbaciones respiratorias, las que asumen las características de disnea nerviosa y ataques análogos al asma. Estos ataques no aparecen acompañados siempre de angustia perceptible.

Freud, al explicar la etiología y el mecanismo de las neurosis de angustia, señaló que su existencia era consecuencia, en primera instancia, de una condición hereditaria o constitucional a la que se agregaba una causa específica: la acumu-

(27) Sigmund Freud. Lecciones introductorias al psicoanálisis: Lección XXV. La angustia (1916-7). En: Obras completas T. II. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva, 1973, p. 2374.

lación de excitación sexual somática que al llegar al aparato psíquico se desvía y se produce un aprovechamiento anormal de dicha excitación. A este cuadro se pueden unir causas auxiliares, tales como las influencias nocivas vulgares como el sobresalto, la emoción, el agotamiento por exceso de trabajo o enfermedad. Estas últimas pueden reemplazar a la causa específica en cantidad, pero nunca en calidad. (Series complementarias).

"El factor sexual no actúa casi siempre, sino sobre personas con taras hereditarias. Por su parte, la herencia no puede, por sí sola, producir una neurosis de angustia, sino que espera la aparición de una magnitud suficiente de la influencia sexual específica nociva... La génesis de una enfermedad neurótica depende de un factor cuantitativo, de la carga total del sistema nervioso en proporción a su capacidad de resistencia... La extensión de la neurosis depende, en primer lugar, de la medida de la tara hereditaria. La herencia actúa como un multiplicador interpolado en un circuito eléctrico, que hace aumentar en cierto número de veces la desviación de la aguja." (28)

En consecuencia, la forma de neurosis dependerá, en buena medida, del factor etiológico específico procedente del desarrollo de la libido. Consiguientemente, la primera huella de angustia se resignificará cuantas veces se sienta: la separación de la madre, la angustia de castración, el miedo a perder el amor de los padres.

(28) Sigmund Freud. Crítica de la neurosis de angustia (1895). En: Obras completas, T.I. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva, 1973, p. 208.

Freud ilustró, en "Historia de una Neurosis Infantil", el anhelo que concretaba su paciente al simbolizar el instante de la aspiración con el Espíritu Santo y el proceso de espirar con la fantasía de expulsar los malos espíritus.

En otro momento del desarrollo libidinal del mismo paciente, la respiración agitada equivalía a identificarse con el padre en el momento en que lo fantaseó en la escena primaria. Además, el ceremonial respiratorio era también una forma simbólica de evitar identificarse con las personas que él compadecía y a las cuales consideraba, por lo tanto, castradas.

Recordamos pues, que las representaciones inconscientes no siguen la lógica consciente. En el inconsciente las representaciones se condensan y desplazan. Lo importante es obtener las fantasías con las que el paciente asocia sus cambios de respiración y observar a qué fase del desarrollo libidinal corresponden.

b. Conceptualizaciones de tipo metapsicológico.

En 1955, Max Schur se refirió a la existencia de una interdependencia entre las facultades del Yo para manejar el proceso secundario, neutralizar energía y desomatizar las respuestas. Subrayó además que la resomatización de las respuestas coexistiría con un proceso de pensamiento primario y con energía desneutralizada. Indicó que el asma correspondería a esta última forma de funcionamiento y que la energía no neutralizada sería, básicamente, de origen agresivo y sexual.

Por su parte, Sheldon Selesnik (1963) señaló la falta de equipo en los niños asmáticos para tolerar los cambios de crecimiento.

Peter Knapp, en 1963, mencionó la existencia de dificultades en la regulación de ciertos procesos corporales (orales, anales, fállicos) en los sujetos que padecían asma.

Hyman Miller y Dorothy W. Baruch opinaron, en 1967, que el asma puede deberse a una dificultad para emplear las partes del cuerpo de acuerdo al desarrollo, llegando a confundirse - el uso de las partes del cuerpo. Por ejemplo, en la fase anal - el que padece la enfermedad "puede tragar los olores", simbólicamente hablando.

c. Explicaciones de tipo oral.

Franz Alexander afirmó, en 1971, que en el asma bronquial - la necesidad no es la de ser alimentado, sino la de ser protegido por la madre o por la imagen interna de ella. Es bien conocida la opinión de este científico en relación a que el asma es como el llanto, reprimido, por la madre.

En 1966, Luis Gómez Orozco mencionó la importancia de la leche materna en la prevención de manifestaciones alérgicas - en los niños y como manera de no privar al niño de afecto -- materno.

Varios estudiosos observaron que la madre rechaza al niño que padece asma. Otros señalaron que la madre presenta conductas ambivalentes hacia ese hijo.

Por su parte, Harold A. Abramson (1963) dijo en relación a lo anterior que, más que rechazo materno, es la introyección - del hijo, o sea que la madre y el padre engloban, emocionalmente hablando, al niño.

d. Conceptualizaciones de carácter anal.

El mismo Abramson observó en su investigación relativa a esta enfermedad que, cuanto más intratable es el asma, su ini-

cio se produce más cerca del período del control de esfínteres. Si la enfermedad principia antes del control de esfínteres no será intratable, acotó.

En 1964, Otto Fenichel habló de introyección respiratoria. Un ejemplo de esto lo tenemos en la referencia de Freud sobre el paciente que simbólicamente aspiraba y espiraba espíritus buenos y malos. Fenichel clasificó el asma bronquial como órgano neurosis del aparato respiratorio y señaló que implicaba síntomas de conversión y obsesión correspondientes al período preedípico.

En el paciente que padece asma hay un bloqueo de los sentimientos hostiles, "como si a través de la enfermedad el chico se liberara de su hostilidad, pero dirigiéndola al mismo tiempo contra sí mismo" (29), afirmaron Hyman Miller y Dorothy W. Baruch.

e. Explicaciones referentes a los padres.

Algunos investigadores (George J. Mohr, Sheldon Selesnik y Bernice Augenbraun, en 1963) describieron a los padres del niño que padece asma como carentes de afecto. Señalaron, además, que esos padres buscan que el niño enfermo les satisfaga a ellos mismos sus propias necesidades de afecto, cuando, como es lógico suponer, el niño no lo puede hacer. En consecuencia, el enfermo desarrollará, en estas condiciones, una personalidad pseudomadura y funcionará adecuadamente en tanto se le satisface cierta necesidad de dependencia, pero cuando siente ésta amenazada, surge el ataque de asma. El padre del asmático aparece, según la opinión de estos investi-

(29) Hyman Miller y Dorothy W. Baruch. Medicina psicosomática. Barcelona: Labor S.A., 1967, p. 25.

gadores, como débil o como incapaz de equilibrar la relación madre-hijo.

Yvon Gauthier y sus colaboradores afirmaron, en 1978, - que el ataque de asma puede también preceder a una posible crisis emocional significativa dentro de la familia. El síntoma se manifestaría como que el asma es parte de la economía familiar, en la medida que ahorra sufrimiento familiar.

5. Consideraciones para la investigación.

Concluyendo, luego de esta somera recopilación, podemos acotar que los autores consultados se explicaron la psicodinamia del asma en base a la existencia de pulsiones libidinales y agresivas que se encuentran fijadas en etapas de desarrollo preedípico. En consecuencia, estos pacientes muestran represiones de tipo neurótico (conducta 1 de esta investigación), ansiedad o angustia (conducta 2) y regresión (conducta 6).

Esta fijación puede ser resultado de una falta de equipo para soportar los cambios del crecimiento. Puede deberse, también, a una dificultad para diferenciar las partes del cuerpo de acuerdo al desarrollo libidinal y/o a problema en encontrar una distancia adecuada en la relación madre-hijo (conducta 8) y/o a la dificultad en la expresión de la agresión (conducta 3 y 4). Asimismo puede ser causada por la dificultad de los padres o la familia.

Estas características se procesan a nivel consciente, como preconsciente e inconsciente. En el curso de esta investigación esperamos obtener datos de tipo gráfico que las externen.

III. LOS DIBUJOS COMO PRUEBAS PROYECTIVAS.

Las pruebas psicológicas aparecen, en el desarrollo de las investigaciones de los estudiosos, como un intento de medir y observar aspectos diversos de la conducta humana.

Estas pruebas pueden clasificarse de manera varia. Entre ellas, las que nos informan sobre la capacidad intelectual --- (C.I.); las de nivel de maduración neurológica; las pruebas proyectivas o de personalidad; las vocacionales. Existen otras más específicas.

Además, están las que sirven para ser aplicadas a niños, adolescentes y adultos, ya sea en forma individual o grupal.

1. Validez y confiabilidad de las pruebas.

Su validez y confiabilidad dependen, principalmente, de la escala de medición que se logre alcanzar con ellas y, de las investigaciones realizadas con tal fin.

Las diversas escalas de medición, dentro de las que podemos trabajar los datos, son:

a) Escala nominal o clasificatoria: los datos que observamos en esta escala, los ubicamos en la condición de pertenecer o no pertenecer a determinado grupo, por ejemplo, el sexo.

b) Escala ordinal o de rango: aquí, los datos son ubicados en una relación de equivalencias, por ejemplo, más grande que, igual que, menor que, etc.

c) Escala de intervalo: en ella les asignamos un cero arbitrario a los datos y, arbitrariamente también, establecemos la unidad de medida. Un ejemplo es la escala Fahrenheit y la escala de grados centígrados; a ambas se les asignó un cero arbitra

rio, las dos miden la temperatura.

d) Escala de proporción: con ésta podemos alcanzar un nivel de medición como en la escala de intervalo y, además, asignarle un cero real; un ejemplo de este tipo de medición es la de la masa.

En relación a estas pruebas de medición y su aplicación -- en el campo de la psicología, podemos señalar que, por ejemplo, la escala de intervalo se ha aplicado en las pruebas de inteligencia, las de maduración neurológica y algunas de las pruebas proyectivas, como el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) (de Hathaway y Mckinley).

También, en lo que atañe al Dibujo de la Figura Humana -- (DFH), al compararlo con pruebas de inteligencia, Florence L. Goodenough (1957) y Elizabeth N. Koppitz (1968), lograron manejarlo en la escala de intervalo.

Goodenough señaló, en lo concerniente a lo anterior, que "el error probable en la estimación de un C.I. es, aproximadamente, de 5.4 puntos para todas las edades de 5 a 10 años." (30)

Además, tanto Goodenough como Koppitz, señalaron que la instrucción artística que se imparte, comunmente, en los grados primarios de la educación, no influye sobre el puntaje del cociente intelectual en el DFH; sólo influye el entrenamiento específico o el adiestramiento intenso, como en el caso de los chinos.

Koppitz, por su parte, realizó investigaciones con el DFH -- como prueba proyectiva en niños. Trabajó los datos a nivel de la escala ordinal o de rango y obtuvo treinta Indicadores Emo--

(30) Florence L. Goodenough. Test de inteligencia infantil. Por medio del dibujo de la figura humana Buenos Aires: Paidós, 1957, p.64.

cionales. Describiremos sus estudios posteriormente.

Otros investigadores, analizando los dibujos como pruebas - proyectivas, han manejado los datos en forma descriptiva o - en la escala nominal: Karen Machover (1966) trabajó los datos del DFH, elaborado por sujetos de todas edades; Louis Corman (1967) con el dibujo de la familia; Emanuel F. Hammer (1969) y Daniel Widlöcher (1971) haciendo referencia a varios dibujos; J.A. Portuondo (1974), describiendo diferentes dibujos, tanto de niños como de adultos (basándose en los trabajos de Karen Machover y Emanuel F. Hammer, principalmente); Rolando Valdés M. (1979), revisando dibujos de casas y de otras imágenes, de niños cubanos.

Existe gran variedad de dibujos como pruebas proyectivas. Entre estos pueden citarse el dibujo de la Casa-árbol-persona de Buck (en Hammer, 1969), el de 8 personas de Leopold Caligor (1960), el de una persona bajo la lluvia (en Hammer, 1969), etc. Estos son ampliamente utilizados por los psicólogos como instrumentos auxiliares en la práctica clínica.

El análisis de los dibujos puede realizarse desde tres niveles, desde el nivel gráfico, desde las estructuras formales y desde el contenido. (Machover, 1966; Widlöcher, 1971).

En 1968, Koppitz dijo que la actitud de un niño hacia él mismo depende de la actitud que sus padres tengan hacia él, y no de medidas objetivas de belleza, inteligencia, ni imagen física, por lo que, en el dibujo de una persona, el niño puede enfatizar aquellas actitudes y ansiedades predominantes en su mente en ese preciso momento.

En relación al mismo problema Widlöcher, en 1971, señaló que "no se expresa sólo en autorretratos o en los dibujos de perso

najes, sino en todas las representaciones de objeto, de vegetales, de animales, incluso en un dibujo no figurativo... Así la organización del espacio gráfico, que se hace simbólica de la imagen del cuerpo, es expresiva de toda la personalidad y de sus relaciones con otro." (31)

La misma Koppitz, en el año citado precedentemente, estudió, además, los dibujos realizados con lápiz y los realizados con crayones; no encontró diferencias. Aseveró que el niño desde pequeño utiliza los crayones y que, por lo tanto, ya le son familiares.

Para realizar las pruebas concernientes a esta investigación, seleccionamos cinco dibujos: Dibujo libre, DFH, dibujo del habitat, dibujo de la familia en movimiento y, dibujo del niño cuando le da asma.

2. Proyección vs. proyección como mecanismo de defensa.

En cualquier tipo de conducta humana, verbal, no verbal, gráfica, etc., el individuo externa, o proyecta, aspectos de su personalidad, es decir, del funcionamiento de su aparato psíquico.

La proyección como mecanismo de defensa funciona desde el aparato psíquico del sujeto, como una operación donde los elementos, que no pueden manejarse por resultar inaceptables o amenazantes, se proyectan en el afuera y desde ahí se los controla, ya sea negándolos (por ejemplo, "yo no soy malo, es el otro"), o intentando dominarlos.

En otras palabras, la proyección, como mecanismo defensivo, implica una disociación en el individuo.

(31) Widlöcher D. Los dibujos de los niños: Bases para una interpretación psicológica. Barcelona: Ed. Herder, 1971, p. 21.

"Se trata de una defensa muy arcaica que se ve actuar particularmente en la paranoia, pero también en algunas formas de pensamiento 'normales', como la superstición", señalan Laplanche y Pontalis. (32)

3. La prueba del dibujo libre.

Incluso cuando no existe, todavía, una técnica específica para calificar esta prueba, es utilizada y mencionada, repetidas veces, como instrumento auxiliar en la práctica clínica.

Para interpretarla, se requiere, básicamente, del conocimiento de la teoría del desarrollo de la personalidad, del manejo de otras pruebas proyectivas y de experiencia clínica.

Mencionaremos, pues, los indicadores que seleccionamos para calificar esta prueba.

Consideramos que si el contenido del dibujo libre es humano, el niño tendrá disposición a ser sociable. Pero, si tiene tendencia a dibujar objetos inanimados (sin vida), esto podrá ser indicativo de la presencia de sentimientos de inadecuación e inclinación a aislarse.

Portuondo (1974), por su parte, relacionó el dibujo de naturaleza con tendencia al aislamiento.

En 1969, Hammer se refirió a una investigación (Assis Pacheco), en la que se encontró relación entre las respuestas de movimiento animal dadas en la prueba de Rorschach y el movimiento observado en los dibujos (relación que no observó con las respuestas de movimiento humano en la prueba de Rorschach).

Algunos estudiosos sugieren que dibujar animales es una for

(32) Laplanche J. y Pontalis J-B., Op.Cit., p.318.

ma fácil que utiliza el niño para expresar sus necesidades. Necesidades que son sentidas como inconfesables o inadecuadas.

Estimamos que si el niño dibuja objetos con movimiento, creados por el hombre, esto es indicativo (así como estos objetos -- requieren ser movidos por un individuo) de la necesidad del -- niño de depender de alguien.

El mismo Portuondo sugirió que dibujar agua era índice de -- dependencia. Por su parte, Ruben Fine (1963) encontró en su inves-- tiguación a treinta niños con asma donde aplicó, entre otras, la -- prueba de Rorschach, que estos tendían a dar respuestas de agua.

4. El dibujo de la figura humana. (DFH)

El dibujo de una persona es de los primeros, sino el prime-- ro, que realiza el niño.

Dijo Widlöcher, en 1971, que todos los investigadores del -- mundo coinciden en señalar que el orden evolutivo en el dibu-- jo es notablemente constante, cualesquiera que sean los antece-- dentes sociales de los niños, sobre todo en lo que se relaciona a la figura humana; esto sucede, probablemente, a causa de su uni-- versal familiaridad.

Con el dibujo de una persona se han realizado investigacio-- nes desde 1885 (Ebenazer) hasta la fecha. Algunos estudiosos des-- tacados, en relación a este asunto, han sido Rouma, Luquet, Goode-- nough, Machover y Koppitz.

Esta última señaló que, para que en el dibujo de una figura humana pudiera ser considerado un Indicador como emocional, de-- bía satisfacer tres criterios:

a) Debía tener validez clínica. Por ejemplo, diferenciar entre DFH de niños con y sin problemas emocionales.

b) Debía ser inusual y ocurrir en forma poco frecuente en los DFH de niños que no eran pacientes psiquiátricos. Por ejemplo, el signo debía estar presente en menos del 16% de los DFH de los niños a una edad determinada.

c) No debía estar relacionado con la edad ni la maduración. Es decir, su frecuencia de aparición en el DFH no debía aumentar solamente en base al aumento de la edad del niño.

Eligió Koppitz, además, una lista de 38 signos del DFH, derivados del trabajo de Machover y Hammer y de su propia experiencia clínica. Dividió los treinta y ocho potenciales ítems en tres tipos:

a) Los relacionados con la cualidad.

b) Signos de configuración especial. O sea, poco usuales.

c) Omisiones, es decir, ausencia de los ítems básicos esperados, que se presentaban en el 85% de los casos. Omisiones que reflejarían, por lo tanto, inmadurez debida a malfuncionamiento cerebral o a perturbación emocional.

Para obtener la confiabilidad, tanto de los ítems de Desarrollo (para obtener C.I.) como de los Indicadores Emocionales, Koppitz fue auxiliada por otra psicóloga autorizada. Cada una calificó, en forma separada, diez DFHs de niños del segundo grado, seleccionados al azar y, quince DFHs de niños referidos por la psicóloga de la escuela debido a problemas en el aprendizaje y en la conducta.

En 10 de los DFHs existió un perfecto acuerdo entre las calificaciones. En tanto que en 15 de ellos difirieron en uno o dos puntos entre las dos examinadoras.

Para el estudio normativo de los Indicadores Emocionales,

la investigadora utilizó los mismos 1856 DFHs que había empleado para trabajar los items de Desarrollo. Veinticuatro indicadores, de los 38, reunían en niños y niñas de 5 a 12 años, el segundo y tercer criterio para ser considerado Emocional, es decir, ocurrieron en el 15% o menos de una edad determinada y no se debieron a la edad o maduración. Ocho items no calificaron como Emocionales, sino hasta la edad de 6 años. Quedaron entonces 32 Indicadores Emocionales respecto a estos dos criterios.

Para comprobar la autenticidad de los Indicadores Emocionales, Kopnitz se basó en el criterio de validez clínica. Para verificar este criterio, planteó la hipótesis de que los Indicadores Emocionales tendrían que ocurrir en forma más frecuente en niños con problemas emocionales y no en niños ajustados; además, los DFHs de niños con problemas emocionales presentarían mayor número de Indicadores que los DFHs de los niños ajustados.

Formó, entonces, el grupo A, con 32 niños y 44 niñas que pertenecían a la clínica de orientación. Lo denominó grupo "clínico". Este estaba formado por siete sujetos de 5 años; doce de 6 años; diez de 7; siete de 8; seis de 9; doce de 10; dieciocho de 11 y, cuatro de 12 años. El grupo B, denominado "bien ajustado", lo organizó con niños y niñas de una escuela elemental suburbana y los equiparó en edad y sexo con el grupo A. Los niños del grupo B fueron definidos por sus maestras como emocional, social y académicamente ajustados. Al grupo A se le aplicó la Escala de Inteligencia para Niños de Wechsler (WISC) o la prueba de Stanford Binet; los cocientes intelectuales oscilaron entre 90 y 148, el promedio fue de 110. Al grupo B no se le apli-

caron estas pruebas, pero se infirió que su C.I. se encontraba en un promedio alto o superior (arriba de 100).

Koppitz aplicó el DFH a los niños de los dos grupos. Para ello, utilizó la prueba estadística Ji Cuadrada, eliminó dos ítems porque no cubrían las dos hipótesis (dejando entonces 30 Indicadores Emocionales) y observó que la diferencia diagnóstica aumenta en la medida que se consideran más índices y no sólo uno. Comprobó, por lo tanto, las dos hipótesis para los 30 Indicadores Emocionales y encontró que la presencia de dos o más Indicadores Emocionales, es altamente sugestiva de problemas emocionales o de relaciones interpersonales insatisfactorias. Trabajó los niveles de significancia entre .01, .02, .05 y .10.

La investigación fue proseguida por Koppitz, con el objeto de comprobar si los 30 Indicadores Emocionales se relacionaban con tipos específicos de conducta y síntomas en los niños. Seleccionó a éstos en base a síntomas y conductas, comparando, entre otros, los DFHs de niños tímidos (31 casos: 20 niños y 11 niñas) versus agresivos (31 sujetos); con enfermedades psicósomáticas (gastrointestinales, asma, dolor de cabeza, tics, etc.) - versus los que roban.

Llegó a descubrir que los Indicadores Emocionales reflejan ansiedades y actitudes específicas. Entre ellas, halló que niños que presentaban ansiedad dibujaban la cara sombreada. Sombrea-ban toda la cara los niños más severamente dañados y con un concepto pobre de sí mismos. Una parte de la cara sombreada indicaba un daño menos severo e indicaba ansiedades específicas, mostrando descontento con sí mismos.

Al continuar con la investigación descubrió que el sombreado del cuerpo y/o de los miembros lo realizaron los niños -- con enfermedades psicosomáticas, los que robaban, los pacientes clínicos y niños normales que iniciaban su escolaridad y se comenzaban a percatar de las diferencias y funciones corporales. Esto lo relacionó Koppitz con la ansiedad corporal.

Al estudiar el dibujo de la figura humana inclinada descubrió que ésta era realizada por pacientes clínicos, sobre todo en niños con daño cerebral, pero también en malos estudiantes, niños de clase especial, agresivos, tímidos, con enfermedades psicosomáticas, los que robaban. Sin embargo, no encontró la -- realización de este dibujo en niños que eran buenos estudiantes y bien ajustados. En consecuencia, concluyó que esta figura indicaba inestabilidad general y que correspondía a niños que sentían que les faltaba dónde pararse con seguridad.

La realización de la figura pequeña se manifestó en pacientes clínicos, en niños con daño cerebral, de clase especial y -- tímidos. No se observó en niños sobreagresivos. Concluyó señalando que, según ella, este dibujo se relacionaba con sentimientos de inadecuación, depresión, inseguridad extrema y necesidad de -- aislamiento. En esta interpretación específica, Hammer (1969) --- acordó con Koppitz.

Al estudiar el dibujo de lo que no se debería ver, es decir, la presencia de transparencias, la investigadora informó que lo había encontrado en pacientes clínicos, niños con daño cerebral, los que robaban y los abiertamente agresivos. En consecuencia, -- relacionó la ejecución de la transparencia con inmadurez, impulsividad, concretismo, conducta de acting-out y malfuncionamiento

cortical. No encontró la realización de este tipo de dibujo en jóvenes tímidos ni en niños con enfermedades psicosomáticas. Además, afirmó que la práctica de la transparencia de una porción específica del cuerpo podría indicar, igual que el sombreado, ansiedad. Por ejemplo, un niño que hubiera efectuado exploraciones sexuales u observado conducta sexual sin comprender lo que hacía, podía estar, por lo tanto, confuso y dibujar la transparencia de la parte correspondiente.

El dibujo de uno o más dientes, si esto se presentara como único indicador, lo encontró en niños bien ajustados, por lo que infirió de ello cierta agresividad normal. Pero si sucedía con otro indicador podría relacionarse con agresividad no sólo de tipo oral. Los niños mal ajustados y los pacientes clínicos lo presentaron.

Dibujar los brazos cortos, era, según Koppitz, atribuible a los pacientes clínicos, a los niños con enfermedades psicosomáticas, de clase especial, tímidos e, incluso, a algunos buenos estudiantes. Por lo que señaló que la realización de este tipo de dibujo significaba dificultad del niño para alcanzar fuera en el mundo o, en otros casos, podría significar tendencia a inhibir impulsos (sobre todo agresivos), a aislarse y mostrar timidez y, posiblemente dificultad de liderazgo, pero que no necesariamente indicaba ausencia de deseo de logros y éxito.

En pacientes clínicos, la investigadora observó el dibujo de los brazos pegados al cuerpo. Concluyó entonces que esto implicaba un control interno rígido que presentaba poca flexibilidad y dificultad para buscar fuera en otros y relaciones interpersonales pobres.

El dibujo de los brazos sin manos ni dedos fue observado por Koppitz en pacientes clínicos, en niños con daño cerebral y de clase especial. Este tipo de dibujo también se manifestaba más en niños tímidos que en sobre agresivos, encontrándose además en los que roban y tienen enfermedades psicosomáticas. En relación a esto expuso que la realización de este dibujo significaba ansiedad, sentimientos de inadecuación o culpa sobre la actuación incorrecta o sobre la inhabilidad de actuar.

Los pacientes clínicos y los niños con enfermedades psicosomáticas dibujaron piernas presionadas una contra otra. Koppitz lo relacionó con tensión, intento rígido de parte del niño de controlar sus impulsos sexuales o su preocupación de ser atacado sexualmente. Encontró que varias niñas que dibujaron piernas presionadas habían sido expuestas a un trauma sexual a causa del ataque de un hombre mayor.

Quienes tuvieron la tendencia a dibujar monstruos o figuras grotescas, fueron niños de clase especial, pacientes clínicos y estudiantes pobres. La investigadora relacionó este tipo de trazos con la presencia de sentimientos de inadecuación intensa y de un pobre autoconcepto. Dibujar monstruos o robots constituye una sensación de sentirse diferente a los demás, como si no se fuera humano. Asimismo señaló que dibujar un payaso expresa una sensación de ridiculez, en otras palabras, es una manifestación de un niño que no se siente aceptado debido a que se burlan de él. Hammer (1969) estuvo de acuerdo con esta interpretación. También se refirió a que un niño que dibuja figuras prehistóricas o de grupos minoritarios da a entender que se siente fuera de la sociedad a la que pertenece y en la que es

hostilizado.

Tuvieron tendencia a dibujar nubes, lluvia o nieve los pacientes clínicos, los niños con un pobre ajuste y con enfermedad psicosomática. Esta actitud, según ella, implicaba que el niño se sentía presionado por el trato que recibía de los adultos, especialmente de los padres, por lo tanto, se autoagredía.

En cuanto a la ausencia de ojos en los dibujos, la relación con pacientes clínicamente no agresivos, quienes tienden a aislarse socialmente, a negar los problemas y se rehusan a hacer frente al mundo refugiándose en la fantasía. En este problema concuerda con Caligor (1960).

La omisión de la nariz al dibujar la figura humana la encontró en pacientes clínicos, niños de clase especial, tímidos o con enfermedades psicosomáticas. Esta actitud la relacionó con agresión reprimida, timidez, aislamiento, ansiedad corporal, culpa masturbatoria y bajos intereses sociales. Señaló, en relación a esto, que la nariz es un símbolo de independencia, por lo que su ausencia implica inhabilidad para avanzar con confianza.

Referente a la omisión de la boca, expuso Koppitz que ésta se manifestaba entre los pacientes clínicos, los niños de clase especial, quienes padecían enfermedades psicosomáticas, los tímidos y los estudiantes de bajo nivel. Esto le sugirió que había ansiedad, inseguridad, inhabilidad o negativa a comunicarse con otros, depresión, temor o miedo y perfeccionismo.

Al presentar omisión de los brazos en sus dibujos los pacientes clínicos, los estudiantes de bajo nivel, los niños de clase especial, los agresivos o los que robaban, en grado más -

amplio que los tímidos o psicósomáticos, estableció relación con la presencia en ellos de ansiedad y culpa relacionada con una conducta social inaceptable que involucraba brazos y manos.

Los niños con enfermedades psicósomáticas se inclinaron a dibujar el sol o la luna, por lo que la investigadora consideró que poseían sentimientos ambivalentes hacia sus padres, los cuales no podían expresar los sentimientos hostiles. También lo descubrió en niños que presentaban logros escolares debido al interés de los padres en estos logros.

Portuondo(1974), por su parte, al estudiar los dibujos de botones, cinturones y plantas, los asoció con necesidades de dependencia. Otros investigadores estuvieron de acuerdo con esta interpretación, sobre todo, en lo relacionado a los botones y al cinturón(Machover, 1965 ; Hammer, 1969).

5. El dibujo del habitat.

Esta es una prueba que, probablemente, se encuentre en una etapa de divulgación verbal.

Harrower (en Hammer , 1969) citó la prueba del concepto más desagradable como una técnica proyectiva gráfica de uso diagnóstico y terapéutico. Explicó que al principio solicitaba el concepto más agradable, pero obtenía, en general, expresiones triviales y estereotipadas.

Para calificar esta prueba hay que remitirse a indicadores considerados en otros dibujos y datos de la teoría del desarrollo de la personalidad, desde el punto de vista psicoanalítico.

Si el niño dibuja animales, remitiendo aspectos que le agra

den y también los que no, está indicando sentimientos de inadecuación.

Si los niños de 8,9 y 10 años dibujan a su madre, en sus aspectos agradables o desagradables, será un índice de dependencia, puesto que teóricamente a esa edad ya no debe formar parte importante o esencial de sus vidas.

El niño en etapa de latencia muestra intereses y preocupaciones de tipo escolar y social (libido sublimada); por esto consideramos que si no incluye estos temas en su dibujo será un niño con tendencia a aislarse.

6. La prueba del dibujo de la familia en movimiento.

En 1967, Corman, para calificar el dibujo de una familia, juzgó la valoración, devaluación o la presencia de animales, interpretándolo como conflictos edípicos y de rivalidad fraterna. Para calificar esta prueba nos remitimos a este investigador.

Negar la realidad a la cual el individuo no puede adaptarse es uno de los mecanismos más primitivos. Es por esto que, en el dibujo, la negación se puede manifestar suprimiendo la causa de la angustia o dibujándola de menor tamaño. Es más, si el niño se autoelimina o se dibuja de menor tamaño que los demás miembros de la familia, estará expresando autoagresión.

Cuando el dibujo destaca al personaje con un tamaño mayor que el que debería tener, está indicando que existen relaciones significativas entre el niño que realiza el trazo y este personaje.

Si el niño se dibuja a sí mismo cerca de su madre o si la dibuja dos veces o más grande que los demás, denotará dependen-

cia hacia ella.

Quien dibuja animales sugerirá tendencias que siente inadecuadas o inconfesables.

7. El dibujo del niño cuando le da asma.

Acerca de este dibujo plantearemos dos indicadores principales:

a)Si el niño dibuja a una persona en plena crisis de asma, consideramos que indicará la necesidad de dependencia.

b)Si dibuja alguna acción o actividad que surge del cuerpo, como lágrimas, estornudo, verbalización (por medio de un globo), sarampión, etc., reflexionamos que esta acción se relacionará con el planteamiento de Franz Alexander y Thomas S. Szasz que señala que en el síntoma, asma, surgirá parte de lo reprimido; - por ejemplo, el llanto por la madre. Asimismo convenimos con la idea de Sigmund Freud y Otto Fenichel sobre expresar la necesidad de expulsar lo que se siente, internamente, como malo.

8. Utilización del espacio en la hoja.

En todos los dibujos realizados y utilizados en este trabajo, calificamos la manera como el niño usó el espacio de la hoja al momento de realizar el dibujo. Dividimos la hoja en cuadrantes y les dimos un significado. (Ver apéndice 5).

En relación al modo de utilizar la hoja, algunos investigadores han emitido algunos juicios. Por ejemplo, la tendencia a utilizar la mitad inferior de la hoja, la relacionaron con la presencia de sentimientos depresivos, de inadecuación y, con un Yo - devaluado (Caligor (1960), Corman (67), Hammer (69) y Widlöcher (71)).

Estos mismos señalaron que el dibujo que se ubica en la mitad izquierda de la hoja, como el que va de derecha a izquierda

(en niños diestros) es realizado, por lo general, por niños que manifiestan conductas regresivas. Cuando el niño que dibuja utiliza la mitad derecha indicará tendencia a la progresión.

Opinamos que un niño con un Yo devaluado (mitad inferior) y conducta regresiva (mitad izquierda), será un niño con problemas de aislamiento en relación a su medio ambiente.

El uso del cuadrante superior izquierdo de la hoja se ha encontrado en sujetos que son dependientes.

Por el contrario, si un niño utiliza la mayor parte de la hoja, y consideramos que esta manera de usarla es similar a la forma de actuar en el medio ambiente, su actitud sugerirá un alto grado de sociabilización.

9. Comentarios para nuestra investigación.

Dentro de los dibujos como pruebas proyectivas, el DFH es el que presenta más estudios sobre validez y confiabilidad, es por esto que es uno de los que seleccionamos para la investigación.

El dibujo de la familia y el dibujo de la Casa-árbol-persona posiblemente sean, después del DFH, con los que más se ha investigado. Aún así, se encuentran como los demás dibujos, en un nivel descriptivo; no dejando por ello de presentar validez clínica. Es así, que los dibujos constituyen un campo necesario y abierto para la investigación.

Seleccionamos 5 dibujos y varios indicadores para las 10 primeras conductas, debido a que en la práctica clínica, generalmente se emplean varias pruebas con un sujeto, y no solo una; y a que Elizabeth N. Koppitz (1968) en base a su experiencia clínica encontró que: la diferencia diagnóstica aumenta en la medida que se consideran más índices y no solo uno.

IV. TRABAJO EXPERIMENTAL.

La bibliografía que hemos recopilado y reseñado, nos induce a opinar que los individuos que padecen asma presentan conductas características.

Los aspectos peculiares de estas conductas se manifiestan en:

- 1.-Problemas emocionales.
- 2.-Ansiedad.
- 3.- Agresión reprimida.
- 4.-Agresión dirigida a sí mismo.
- 5.-Indicativas de sentimientos de inadecuación.
- 6.-Regresivas.
- 7.-Depresivas.
- 8.-Dependencia hacia la madre.
- 9.-Aislamiento.
- 10.-No sociabilización.
- 11.-"Necesidad de expulsar".

Nuestro interés, al realizar este trabajo, radica en investigar si estas conductas, detalladas anteriormente, se externalizan en cinco dibujos realizados por niños que padecen o han padecido asma.

Consideramos que los datos que obtengamos podrán contribuir al conocimiento más amplio de aspectos psicodinámicos de estos niños y a profundizar lo que sabemos sobre los dibujos como -- pruebas proyectivas.

1. Hipótesis.

Presentamos como variables independientes: 1. Tres intensida-

des de asma: controlada, "media" e "intensa". 2. Menor y mayor número de pruebas cutáneas positivas. 3. Menor y mayor número de relaciones causales del asma referidas por la madre.

Las variables dependientes son: el nivel socioeconómico y las once conductas detalladas al inicio de este capítulo y que medimos en los dibujos.

La primera hipótesis que exponemos consiste en subrayar que el nivel socioeconómico no afectará a los subgrupos de las variables independientes.

La segunda hipótesis señala que habrá diferencias significativas (al .01 y .05), entre los tres subgrupos que se investigarán, que tienen diferente intensidad de asma, en las once conductas medidas.

La tercera hipótesis manifiesta que habrá diferencias experimentales entre los niños con menor y con mayor número de pruebas cutáneas positivas en las once conductas.

La última hipótesis expresa que habrá diferencias significativas (al .01 y .05) entre los subgrupos con menor y mayor número de relaciones causales del asma en las once conductas.

2. Sujetos.

El Hospital Infantil de México "Federico Gómez" está ubicado en la Delegación Cuahutemoc, en la ciudad de México. Es un hospital clasificado de tercer nivel (especialidad).

Las personas atendidas ahí no tienen posibilidades económicas para asistir a una consulta particular; además, tampoco pueden asistir a otras instituciones públicas, por ejemplo, el Seguro Social.

El hospital mencionado tiene, para atender y dar servicio

al público, varias salas, entre ellas, la de urgencias, la de consulta externa (de cada especialidad), la de hospitalización (de cada especialidad) y las de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

En relación a su población consignaremos los datos correspondientes al año de 1979 para tener una idea de su funcionamiento. En ese año se atendieron en consulta externa 71,597 pacientes y en urgencias 20,019. El número de camas con que contaba para prestar servicio de internamiento era de 350. En relación a esto tuvo 8,978 ingresos y 8,983 egresos. De los pacientes egresados ese año, el 46% fueron escolares de 5 a 9 años y de 10 a 14; el 25% fueron preescolares, de 1 a 4 años; el 19% lactantes, de 29 días a un año; el 6% fueron recién nacidos, de hasta 28 días; y el 4%, fueron adolescentes. Predominó en todas las edades el sexo masculino.

La muestra que preparamos para este trabajo estuvo formada por 29 niños y 20 niñas, cuyas edades oscilaban entre 8, 9 y 10 años. Todos tenían el diagnóstico de asma alérgica, proporcionado por el Departamento de Consulta Externa de Alergias del Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

A uno de los sujetos estudiados se le realizaron dos aplicaciones de los dibujos, pero luego se eliminó una, la segunda; por esa razón, en lugar de 50 sujetos quedaron, en total, 49.

A todos los sujetos (Ss) se les aplicó la última prueba cutánea después de los 5 años de edad; excepto, a tres Ss., que se las aplicaron antes de esta edad: a un S. a los 2 años y a dos Ss. a los cuatro años y medio.

Todos los niños de la muestra estaban bajo tratamiento con vacunas antialérgicas (a partir de la fecha, más o menos, -

en que se les había realizado las primeras pruebas cutáneas) y algunos además con medicamentos: broncodilatadores, por ejemplo, para casos necesarios.

Excepto un S. que concurrió al Departamento de Higiene - Mental a tres sesiones de psicoterapia familiar, ninguno había asistido a este Departamento.

De la muestra total, al agruparlos de acuerdo al nivel socioeconómico, eliminamos a cinco. La causa de esto fue que su expediente carecía de la hoja de trabajo social, debido posiblemente a que fueron internados al asistir al hospital. Los sujetos eliminados se distribuyeron en la muestra estudiada, clasificada de acuerdo a la intensidad del asma, de la siguiente manera: Uno con asma controlada; dos sujetos, con asma media y, otros dos Ss. con asma intensa.

Al reunir a los 49 Ss. en razón de las pruebas cutáneas y el número de relaciones causales, uno de ellos no contaba con estos datos en su expediente. Estos datos los trabajamos con 48 Ss.

3. Instrumentos de medición.

Para medir el nivel socioeconómico utilizamos la escala de Havighurst (ver apéndice 1).

Para medir si el asma era media o intensa, se utilizó una - hoja diseñada por los médicos, especialistas en alergia. (Ver - apéndice 2).

La hoja con los resultados de las últimas pruebas cutáneas aplicadas a los niños sirvió para clasificarlos en menor o mayor número de pruebas positivas (ver apéndice 3).

La parte de la historia clínica de alergia donde la madre

del niño refiere qué factores, relacionados con el asma de su hijo, observó, fue utilizada para agruparlos en menor y mayor número de relaciones causales. Esta historia se obtuvo desde la aplicación de las primeras pruebas cutáneas en cada caso.

Finalmente, para medir los dibujos, se diseñó una estructura que contiene once conductas y cada conducta consta de indicadores que la miden.

Describiremos, a continuación, cada uno de los instrumentos.

a. Nivel socioeconómico.

Los datos para calificar el nivel socioeconómico los obtuvimos de la hoja de trabajo social del expediente de cada S.

La técnica de Havighurst es sencilla en su aplicación, como se puede ver en el apéndice indicado. Por medio de ella se agrupa a los Ss. en cuatro clases socioeconómicas.

Luego formamos dos subgrupos. En el caso de las pruebas cutáneas positivas y de las relaciones causales los subagrupamos arriba y abajo de la puntuación divisoria, 19, que, de acuerdo a la técnica original, variará en base al conocimiento de la estructura de cada sociedad.

b. Intensidad del asma.

El primer subgrupo se formó con niños que hacía un año o más no habían presentado síntomas de asma de acuerdo al informe de los pacientes.

Los otros dos subgrupos, asma media y asma intensa, los calificamos en relación al tiempo de evolución, a la duración de los cuadros, a la intensidad y frecuencia en el último año. En el apéndice respectivo se puede observar la forma de calificarlos.

Ningún niño calificó en 4 puntos, al que nosotros asignamos

el valor de poca intensidad.

Quedaron, entonces, formados tres subgrupos, el primero de asma controlada (), con 11 sujetos; otro con asma media, de 26 Ss. y el tercero, de asma intensa, con 12 sujetos.

c. Pruebas cutáneas positivas.

Obtuvimos, de la última hoja de pruebas cutáneas, el número de pruebas a las que la piel del niño había respondido en forma positiva.

A los niños de tres años o menores, se les practican solamente las pruebas para hongos y polvos de casa. A los mayores de tres años, debido a que su vida social se amplía de la casa a la escuela, se les aplica, además, las pruebas de pólenes, animales y varios.

Si se registran dos cruces (++) en pólenes, animales y diversos, significa que el niño sí es alérgico. En hongos y varios, una sólo cruz es indicativa de alergia.

Se organizaron entonces dos subgrupos, uno de 0 a 6 pruebas cutáneas positivas y otro, de 7 a 14.

A consecuencia de que los médicos especialistas no han observado diferencias clínicas en cuanto al número de pruebas cutáneas positivas y las investigaciones revisadas no indicaron el número en que encontraron diferencias, asumimos como criterio de agrupamiento que el número de sujetos fuera equilibrado en cada subgrupo. Así, se agruparon 21 Ss. en el primero y 27 en el segundo.

() Estos sujetos calificaron en asma media; excepto uno que calificó en asma intensa.

d. Relaciones causales del asma.

Del siguiente cuestionario obtuvimos el número de respuestas a las que la madre del niño respondió afirmativamente.

<u>Alimentos</u>	<u>Inhalantes</u>	<u>Factores físicos</u>
Leche	Polvo	Frío
Huevo	Plantas	Enfriamiento
Trigo	Animales	Baño
Chocolate	Humedad	Calor
Pescado	Humo	Ejercicio
Naranja	Insecticidas	Lluvia
Otros	Tamos (harinas)	Sol
	Otros	Otros
<u>Factores psicológicos</u>		<u>Medicamentos</u>
<hr/>		<hr/>

Sin tener apoyo clínico ni experimental previos, se decidió agrupar, también en forma equilibrada, a los sujetos. En este -- sentido, se agruparon 21 Ss. de 0 a 4 relaciones causales, y 27 Ss. de 5 a 10.

e. Estructura de análisis de los dibujos.

Para calificar los dibujos se utilizó la estructura desglosada a continuación. La definición de cada indicador aparece -- en el apéndice 4 y en el 5.

Conducta 1: PROBLEMAS EMOCIONALES.
En el DPH.

- (1) Sobre integración de las partes.
- (2) Sombreado de cara.
- (3) Sombreado del cuerpo y/o de los miembros.
- (4) Sombreado de manos y/o cuello.
- (5) Asimetría gruesa de los miembros.
- (6) Figura inclinada.
- (7) Figura pequeña.
- (8) Figura grande.
- (9) Transparencias.
- (10) Cabeza pequeña.

- (11) Ojos bizcos.
- (12) Dientes.
- (13) Brazos cortos.
- (14) Brazos largos.
- (15) Brazos pegados al cuerpo.
- (16) Manos grandes.
- (17) Manos cortadas.
- (18) Piernas presionadas una contra la otra.
- (19) Genitales.
- (20) Monstruos no humanos.
- (21) Tres o más figuras dibujadas espontáneamente.
- (22) Nubes, lluvia o nieve.
- (23) Omisión de los ojos.
- (24) Omisión de la nariz.
- (25) Omisión de la boca.
- (26) Omisión del cuerpo.
- (27) Omisión de brazos.
- (28) Omisión de piernas.
- (29) Omisión de pies.
- (30) Omisión del cuello.

30 Indicadores.

Conducta 2: ANSIEDAD.

En el DFH.

- +Sombreado de cara (2)
- +Sombreado del cuerpo y/o de los miembros (3)
- +Transparencias (9)
- +Manos cortadas (17)
- +Piernas presionadas una contra la otra (18)
- +Presencia de nubes, lluvia o nieve (22)
- +Omisión de la nariz (24)

7 Indicadores

Conducta 3: AGRESION REPRIMIDA.

En el DFH.

- +No ponen dientes (12)
- +Manos cortadas (17)
- +Omisión de los ojos (23)
- +Omisión de la nariz (24)
- +Omisión de la boca (25)
- +No ponen orificios en la nariz

6 Indicadores.

Conducta 4: AGRESION DIRIGIDA HACIA SI MISMO.

En el DFH.

- +Brazos cortos(13)
- +Brazos pegados al cuerpo (15)
- +Presencia de nubes, lluvia, nieve o pájaros volando(22)
- +Figura cortada por el filo de la hoja.

En el dibujo de la Familia en Movimiento.

- +Eliminación de sí mismo.
- +El como figura de menor tamaño. 6 Indicadores

Conducta 5: SENTIMIENTOS DE INADECUACION.

En el dibujo libre.

- +Presencia de animales.
- +Contenido principal dibujado=objetos inanimados.
- + " " " = " " creados
por el hombre.
- + " " " =naturaleza.
- +Utilización de la mitad inferior de la hoja.

En el DFH.

- +Figura inclinada(6)
- +Figura pequeña(7)
- +Monstruos no humanos, robots o figuras grotescas(20)
- +Utilización de la mitad inferior de la hoja.

En el dibujo del habitat.

- +Presencia de animales.
- +El ubicado en la mitad inferior.

En el dibujo de la Familia en Movimiento.

- +Presencia de animales.
- +El ubicado en la mitad inferior.
- +Todo su dibujo ubicado en la mitad inferior de la hoja.

En el dibujo de cuando le da asma.

- +El, ubicado en la mitad inferior de la hoja. 15 Indicadores.

Conducta 6: REGRESION.

En el DFH, en el Habitat, en la Familia en Movimiento, en el dibujo cuando le da asma.

+El, ubicado en la mitad izquierda (A-C, 1-3)

En el dibujo cuando le da asma.

+Todo su dibujo en la mitad izquierda. 5 Indicadores

Conducta 7: DEPRESION.

En el DFH, del Habitat, de la Familia en Movimiento y cuando le da asma.

+El, ubicado en la mitad inferior (C-D, 3-4)

En el dibujo de cuando le da asma.

+Todo su dibujo ubicado en la mitad inferior. 5 Indicadores

Conducta 8: DEPENDENCIA HACIA LA MADRE.

En el dibujo libre.

+Presencia de alberca.

+Presencia de mar u océano.

+Contenido principal dibujado=objetos con movimiento creados por el hombre.

En el DFH.

+Presencia de botones.

+Presencia de cinturón.

+Presencia de plantas.

+Presencia de sol y/o luna.

+Utilización del cuadrante superior izquierdo.

En el dibujo del Habitat.

+Aparece dibujada la madre dentro de lo que quiere o lo que no quiere.

En el dibujo de la Familia en Movimiento.

+Se ubica junto a la madre.

+La madre como figura de mayor tamaño.

+Agrega a la madre.

En el dibujo de cuando le da asma.

+Aparece dibujada la madre.

13 Indicadores

Conducta 9: AISLAMIENTO.

En el dibujo libre.

+Contenido principal dibujado=objetos inanimados.

+ " " " " =objetos inanimados creados
por el hombre.

+ " " " " =naturaleza.

+Ubicación del dibujo en la mitad inferior.

+ " " " " " " izquierda.

En el DFH.

+Figura pequeña (7)

+Brazos cortos (13)

+Brazos pegados al cuerpo (15)

+Figura de tiempos prehistóricos o de grupos minoritarios(2)

+Omisión de los ojos. (23)

+Omisión de la nariz (24)

+Omisión de la boca (25)

+Omisión de los brazos (27)

+Ubicación en la mitad inferior.

+ " " " " izquierda.

En el dibujo del Habitat.

+No aparecen objetos, ni personas de la escuela dentro de
lo que quiere como lo que no quiere.

+El, aparece ubicado en la mitad inferior.

+El, aparece en la mitad izquierda.

18 Indicadores

Conducta 10: SOCIALIZACION.

En el dibujo libre.

+Contenido principal dibujado=humano.

+Ubicación del dibujo en 3 y/o 4 cuadrantes.

En el DFH.

+Utilización de la mitad superior.

+ " " " " derecha.

+ " " 3y/o 4 cuadrantes.

En el dibujo del Habitat.

+Aparecen objetos y/o personas de la escuela dentro de lo que quiere como de lo que no quiere.

+El, ubicado en la mitad superior.

+ " " " " " derecha.

+ " " " 3 y/o 4 cuadrantes.

9 Indicadores

Conducta 11: "NECESIDAD DE EXPULSAR".

En el dibujo cuando le da asma.

+Cualquier reacción que sale del cuerpo: lágrimas, aire (globo), vómito, sarampión.

En el cuadro 1 se muestra, para cada una de las conductas, el número de indicadores que se midieron en cada dibujo.

4. Método.

Esta investigación corresponde al tipo de Diseño de Comparación Estática, en razón a que la muestra "ya estaba formada" (). Los datos se operaron principalmente, dentro de la escala ordinal. La forma de plantear las hipótesis supone que los sujetos se distribuyen en una curva de dos colas, porque no se conoce la dirección entre los subgrupos. (-)

Para analizar si el nivel socioeconómico daba diferencias en los distintos subgrupos de las variables independientes, utilizamos la prueba estadística de la Extensión de la Mediana y la Ji Cuadrada.

La prueba de Kruskal-Wallis trabaja datos de "k" grupos independientes y es la que seleccionamos para operar los subgrupos de diferente intensidad de asma.

La prueba U Mann-Whitney se usa en 2 grupos independientes,

() para una información más amplia sobre este tipo de Diseño, consultar: Luis Castro. Diseño experimental sin estadística. México: Trillas, 1977, p. 42.

(-) Para ampliar sobre la curva de una y de dos colas, ver: Sidney Siegel. Estadística no paramétrica. Aplicada a las ciencias de la conducta. México: Trillas, 1975, p. 143.

CUADRO 1

NUMERO DE INDICADORES QUE MIDEN LAS CONDUCTAS, EN CADA DIBUJO.

		Dibujos:					
		1	2	3	4	5	Total:
Conductas:	1		30				30
	2		7				7
	3		6				6
	4		4		2		6
	5	5	4	2	3	1	15
	6		1	1	1	2	5
	7		1	1	1	2	5
	8	3	5	1	3	1	13
	9	5	10	3			18
	10	2	3	4			9
	11					1	1
							115

Dibujos: 1=dibujo libre; 2=DFH; 3=dibujo del habitat;
 4=dibujo de la familia en movimiento; 5=dibujo de cuando le da asma.

por lo que la elegimos para trabajar los subgrupos de pruebas cutáneas y los de relaciones causales.

Tanto la prueba de Kruskal-Wallis como la U Mann-Whitney, se manejan ordenando los datos por rangos.

5. Procedimiento.

a) En abril de 1983 se inició la aplicación de los 5 dibujos a los Sujetos, conforme el instructivo que se encuentra en el apéndice 6.

Para aplicar los dibujos separamos al niño de la madre, lo llevamos a un cuarto interior del hospital, bien iluminado, -- tranquilo y silencioso y lo sentamos frente a un escritorio cómodo.

El mismo día obteníamos de la madre o acompañante del niño el familiograma, utilizado posteriormente para calificar el -- dibujo de la familia en movimiento (ver apéndice 7).

Los médicos, especialistas en alergia, calificaban la intensidad del asma. Esta calificación se entregó a la psicóloga -- hasta que todos los dibujos estuvieron calificados.

En noviembre de 1983 estaba realizada la totalidad de la -- muestra.

b) Se investigó y se obtuvo el nivel socioeconómico de cada Sujeto.

c) Se sumó el número de pruebas cutáneas positivas de cada Sujeto.

d) Se sumó el número de relaciones causales de cada niño.

e) Los dibujos se calificaron de acuerdo a la estructura -- diseñada.

Al final del trabajo se incluyen los dibujos calificados --

de un sujeto.

f) Se entregaron a la psicóloga encargada de calificar los dibujos los datos del nivel socioeconómico y de las variables independientes.

g) Las calificaciones individuales se registraron en hojas grupales, considerando cada una de las variables independientes.

h) Se procedió al manejo estadístico de los datos.

6. Análisis estadístico.

a. Nivel socioeconómico.

Las tres intensidades de asma no se pudieron trabajar con la prueba estadística de Ji Cuadrada porque ésta presentaba, en más del 20% de las celdillas, menos de cinco sujetos. Por lo tanto, esto lo trabajamos con la Prueba de la Extensión de la Mediana.

En el cuadro 2 se muestra el trabajo estadístico que se efectuó.

Las pruebas cutáneas positivas y las relaciones causales, sí se trabajaron con la Ji Cuadrada.

b. Intensidad del asma.

Las diez primeras conductas fueron operadas con la Ji Cuadrada. Pero no todas se pudieron operar de esta manera ya que, en más del 20% de las celdillas, presentaban frecuencias esperadas menores a 5.

Con las conductas en que la Ji Cuadrada no pudo utilizarse, se aplicó la prueba de la Extensión de la Mediana. Sin embargo con esta prueba algunas conductas no se pudieron medir a causa de que los datos se encontraban sesgados, como muestra el cuadro 3.

CUADRO 2

NIVEL SOCIOECONOMICO Y 3 INTENSIDADES DE ASMA.

Intensidad asma:

		Intensidad asma:			
		A.C.	A.M.	A.I.	
Nivel Socioeconómico:	< 22 puntos	5	12	5	22
	> 22 puntos	6	14	5	
		5	12	5	22
		4	10	5	22
		10	24	10	44

$\chi^2=1.06$

CUADRO 3

Conducta 3: Agresión reprimida . INDICADORES E INTENSIDAD DEL ASMA.

Intensidad asma:

		Intensidad asma:			
		A.C.	A.M.	A.I.	
Indicadores:	2 o menos.	5.5	13	6	36 (deberían ser 24 o 25 ss.)
	3 o más.	5.5	13	0	
		2	7	4	13 (deberían ser 24 o 25 ss.)
		11	26	12	49 (el 50% de 49=24.5)

A.C.=asma controlada; A.M.=asma media; A.I.=asma intensa.

Las conductas que no se pudieron trabajar, ni con la Ji - Cuadrada ni con la prueba de la Extensión de la Mediana, se operaron con el Análisis de Varianza de una Clasificación -- por Rangos de Kruskal-Wallis.

Esta prueba examina si las "k" muestras independientes, son de poblaciones diferentes. También supone que la variable en estudio tiene, como base, una distribución continua, requiriendo una medida ordinal de la variable. Los puntajes de las "k" muestras combinadas se ordenan en una sola serie, el puntaje más pequeño es reemplazado por el rango 1, el siguiente puntaje por el rango 2 y, el más grande, por el rango N (cantidad total de Ss.). A las calificaciones ligadas, o sea, a -- las que se repiten, se les asigna el promedio de los rangos ligados.

Se decidió usar la prueba de Kruskal-Wallis en el manejo de las diez primeras conductas con los subgrupos de asma, porque ésta se puede aplicar a los datos discretos, es decir, a -- aquéllos que sólo pueden tomar ciertos valores enteros. También se usó porque es más eficiente que la extensión de la -- prueba de la mediana, puesto que utiliza más la información -- de las observaciones al convertir los puntajes en rangos en lugar de simplemente dicotomizarlos por encima y debajo de -- la mediana. ()

() Sidney Siegel, Op.Cit., p.224.

La fórmula de la prueba estadística de Kruskal-Wallis es:

$$H = \frac{\frac{12}{N(N+1)} \sum_{j=1}^K \frac{R_j^2}{n_j} - 3(N+1)}{1 - \frac{\sum T}{N^3 - N}} \quad ()$$

Para saber si los resultados estadísticos eran significativos revisamos la Tabla C. () ()

c. Pruebas cutáneas positivas y número de relaciones causales.

Elegimos la prueba U de Mann-Whitney que trabaja datos de 2 muestras independientes; ésta, como la prueba de Kruskal-Wallis, es más poderosa por trabajar con la información de los datos al clasificarlos por rangos. La fórmula es:

$$U = n_1 n_2 + \frac{n_1(n_1+1)}{2} - R_1 \quad () () ()$$

$$Z = \frac{U - \frac{n_1 n_2}{2}}{\sqrt{\left(\frac{n_1 n_2}{N(N-1)}\right) \left(\frac{N^3 - N}{12} - \sum T\right)}} \quad () () () ()$$

Utilizamos las fórmulas que corrigen el efecto de las ligas, porque los datos se encontraban ligados en forma importante. La muestra que trabajamos, por estar constituida por más de 13 Ss., se ubica en la clasificación de muestras grandes y, de acuerdo a ello, seleccionamos las fórmulas adecuadas.

Para saber si los resultados eran significativos consulta-

-
- () Ibid, p.223.
 - () () Ibid, p.283.
 - () () () Ibid, p.150.
 - () () () () Ibid, p.153.

mos la tabla A.()

A continuación damos un ejemplo del trabajo con esta fórmula.

EJEMPLO 1: TRABAJO ESTADISTICO CON LA PRUEBA U DE MANN-WHITNEY. Conducta 8: Dependencia hacia la madre.

Subgrupo menores relaciones causales;			Subgrupo mayores relaciones causales;			$U = n_1 n_2 + \frac{n_1(n_1+1)}{2} - R_1$
a	b	c	a	b	c	
2	0	2.5	21	0	2.5	$U = 507 + 231 = 424.5$
16	0	2.5	3	1	11	$U = 373.5$
45	0	2.5	6	1	11	$T = \frac{t^3 - t}{12}$
15	1	11	20	1	11	(ligas)
17	1	11	23	1	11	
26	1	11	42	1	11	
32	1	11	50	1	11	$t \ 4 \ 13 \ 14 \ 12 \ 4$
41	1	11	10	2	24.5	$T \ 5 \ 182 \ 227 \ 143 \ 5$
44	1	11	24	2	24.5	$\Sigma T = 562.5$
49	1	11	35	2	24.5	$z = \frac{283.5}{\sqrt{(24)(8649.5)}}$
5	2	24.5	36	2	24.5	$z = 1.97$
8	2	24.5	39	2	24.5	Tabla A: ()
14	2	24.5	48	2	24.5	$p = .0281 > \alpha .01 \text{ NO}$
28	2	24.5	51	2	24.5	$p = .0256$
30	2	24.5	1	3	37.5	$.0256$
31	2	24.5	4	3	37.5	$.0512 > \alpha .05 \text{ NO}$
52	2	24.5	7	3	37.5	(SIGNIFICATIVA AL .06).
25	3	37.5	11	3	37.5	
38	3	37.5	13	3	37.5	
46	4	45.5	19	3	37.5	
18	5	48	27	3	37.5	
21ss.		424.5	29	3	37.5	
			43	3	37.5	
			47	3	37.5	
			33	4	45.5	
			34	4	45.5	
			40	4	45.5	
			27ss.		751.5	

a=número del S.
 b=número de indicadores.
 c=rango.

Es conveniente señalar que los subgrupos, al distribuirse de acuerdo a las distintas variables independientes, no encontraron coincidencias.

d. Conducta 11.

Esta conducta, que denominamos "necesidad de expulsar", - la trabajamos con porcentajes porque se trataba de un solo indicador y porque no se podía emplear otra prueba estadística más fuerte.

7. Resultados.

a. Estadísticos.

El cuadro 4 nos muestra los resultados estadísticos de la investigación.

En ninguna de las variables independientes el nivel socioeconómico fue significativo.

En los tres subgrupos con diferente intensidad de asma no se encontró diferencias significativas, en las diez primeras conductas. Por lo tanto no se comprobó la hipótesis experimental.

Se intentó trabajar la conducta 1, como la practicó Koppitz, es decir, agrupando de 0 a 1 indicador emocional y de 2 a más; sin embargo, en más del 20% de las celdillas - obtuvimos frecuencias menores a 5. Por esta razón no se pudo realizar.

En los subgrupos con menores y mayores pruebas cutáneas positivas, no se obtuvieron diferencias significativas en las 10 primeras conductas; no comprobándose la hipótesis experimental.

Al trabajar la conducta 1 como lo hizo Koppitz, no se obtuvieron diferencias significativas en el resultado de la Ji Cuadrada.

CUADRO 4

RESULTADOS ESTADÍSTICOS.

Variables Independientes:

	Intensidad asma	Prueba Cutánea	Relaciones Causales.
	PEM	Ji C.	Ji C.
NSE	1.06 NO	.0007 NO	1.29 NO
C.1	KW H=2.61 NO	Ji C.=1.16 NO MW z=1.34 NO	Ji C.=.49 NO MW z=.79 NO
C.2	KW H=3.76 NO	MW z=-.07 NO	MW z=.63 NO
C.3	KW H=.28 NO	MW z=-.66 NO	MW z=.01 NO
C.4	KW H=1.15 NO	MW z= ⁺ 1.48 NO	MW z= ⁺ .30 NO
C.5	KW H=2.11 NO	MW z=-.42 NO	MW z=.68 NO
C.6	KW H=3.5 NO	MW z=-.80 NO	MW z=-.14 NO
C.7	KW H=4.19 NO	MW z=-.78 NO	MW z=.05 NO
C.8	KW H=1.91 NO	MW z=-.23 NO	MW z=1.97 NO
C.9	KW H=2.85 NO	MW z=-.02 NO	MW z=.14 NO
C.10	KW H=2.03 NO	MW z=-.85 NO	MW z=1.05 NO
C.11	A.C.=8.16% A.M.=18.36% A.I.=8.16% (total=49Ss.)	0-6=14.58% 7-14=20.83% (total=48Ss.)	0-4=20.83% 7-14=14.58% (total=48Ss.)

DEPENDIENTES:

VARIABLES

NSE=nivel socioeconómico.

C.=conducta.

PEM=prueba de la Extensión de la Mediana.

Ji C.=prueba de la Ji Cuadrada.

KW=prueba de Kruskal-Wallis. Con 2 grados de libertad es significativa: .01 > 9.21 y .05 > 5.99.

MW=prueba de Mann-Whitney. Cuanto mayor es el valor "z", mayor la probabilidad de ser significativa.

NO=no es significativa al nivel de significancia: .01 y .05.

Los subgrupos con menores y mayores relaciones causales del asma no presentaron diferencias significativas en las 10 primeras conductas, al nivel de significancia .01 y .05.

La conducta 8: dependencia hacia la madre, en la variable independiente relaciones causales del asma referidas por la madre, es la que más se acercó al nivel de significancia establecido (.05 y .01), sin por ello lograrlo. El valor "p" obtenido es significativo al .06 (ver P.79).

Al trabajar la conducta 1 en la forma como Koppitz lo realizó, no obtuvimos diferencias significativas en el resultado de la Ji Cuadrada.

En la conducta 11 se obtuvieron porcentajes que se consideran bajos en los subgrupos con las variables independientes. El mayor porcentaje fue de 20.83% .

b. Datos crudos.

Los cuadros 5, 6 y 7 muestran los datos referidos. Luego de su presentación se efectúan algunas consideraciones de interés.

El promedio de los indicadores, debido a la dispersión que se observa en los datos, no resulta esclarecedor.

Se describen a continuación, los indicadores donde se localizaron el cincuenta por ciento, o más, de los sujetos.

A) Conducta 1. Todos los sujetos de todos los subgrupos de las variables independientes, se encuentran en un 50% o más, en dos o más indicadores.

B) Conducta 3. Ningún sujeto de los subgrupos de las tres variables independientes presentó cero indicadores.

El 81% de los sujetos con asma controlada, se localizaron en dos indicadores. De éstos ninguno tuvo cero indicadores, como tampoco uno solo.

CUADRO 5

NUMERO DE INDICADORES EN LOS SUBGRUPOS CON DIFERENTE INTENSIDAD DE ASMA; DATOS CRUDOS.

Conductas:

	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10																																
	C	M	I	C	M	I	C	M	I	C	M	I	C	M	I	C	M	I	C	M	I																														
0	2	1		5	1*	4	2			1	8	2	1	2	2	2	6	2	6	9	8		4	1			1	1																							
1	3	10	3	6*	5	6*		6	4	8*	3*	7*	3	7	4	2	10	4	2	4	2	2	6	5		5	1	2	3	2																					
2	3	3	2		6	4	9	1*	3	4	2	4	2	1	3	1	1	7	4		5	1	6*	4	4	1	5	1	7*	7	5																				
3	1	3	3		1		2	5	3		1	1	3	4	3	3	2	1	1	5	1	3	7	2	2	8	5	1	13*	3																					
4	2	5	1				1	1			1	1	2	3	1	1	2	2		4		8*	3	2		2	1																								
5		2	2				1				5						1		1			3	2	1		1																									
6		1	1								1	4																																							
7		1									1																																								
8																																																			
9																																																			
10																																																			
Σ	18	26	35	7	11	21	21	21	19	11	28	31	9	22	13	15	11	16	5	2	21	15	36	33	3	21	24	25																							
total																																																			
Ss.	11	26	12																																																

C = asma controlada.

M = asma "media"

I = asma "intensa"

* se encuentra el 50% o más de los Ss.

CUADRO 6

NUMERO DE INDICADORES EN LOS SUBGRUPOS CON MENORES(-) Y MAYORES(+) PRUEBAS CUTANEAS POSITIVAS: DATOS CRUDOS.

Conductas:

	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+
0	1	2	10	11			4	7	1	4	4	5	8	14	2	2	1		1	
1	6	10	5	11	4	6	10	18*	6	7	6	10	4	4	6	7	3	3	3	4
2	2	5	5	5	10	15*	5	2	3	2	4	8	3	3	4	10	2	5	6	13
3	3	4	1		6	4	2		5	5	4	2	4	3	7	5	5	9	8	9
4	5	3				2			1	3	3	2	2	2	1	3	8	5	1	1
5	2	2			1				2	3				1	1		1	4	2	
6	1	1							2	3										
7	1								1											
8																				
9																				
10																	1	1		
\bar{X}	2.9	2.2	.8	.7	2.2	2	1.2	.8	2.8	2.6	1.8	1.4	1.4	1.1	2	2	3.2	3.3	2.5	2.2
total Ss.	21	27																		

* se encuentra el 50% o más de los Ss.

CUADRO 7

NUMERO DE INDICADORES EN LOS SUBGRUPOS CON MENOR(-) Y CON MAYOR(+) RELACIONES CAUSALES DEL ASMA: DATOS CRUDOS.

		Conductas:																			
		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
		-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+
0		2	1	11	10			5	6	3	2	5	4	10	12	3	1		1	1	
1		8	8	5	11	5	5	11*	17*	6	7	6	10	5	3	7	6	3	3	5	2
2		2	5	4	6	10	15*	4	3	1	4	4	8	2	4	7	7	3	4	6	13
3		3	4	1		4	6	1	1	6	4	2	4	2	5	2	10	7	7	8	9
4		3*	5*			1	1				4	4	1	2	2	1	3	5	8	1	1
5		2	2			1				3	2				1	1		2	3		2
6			2							2	3										
7		1									1										
8																					
9																					
10																			1	1	
\bar{x}		2.3	2.7	.7	.8	2.1	2.1	1.1	.9	2.5	2.8	1.7	1.5	1	1.4	1.7	2.2	3.3	3.2	2.1	2.5
total		21	27																		

* se encuentra el 50% o más de los Ss.

El 50% de los sujetos con asma media, calificaron en dos - indicadores.

El 55% del subgrupo con mayores pruebas cutáneas positivas, presentó dos indicadores.

El 55% del subgrupo con mayores relaciones causales del - asma, calificó dos indicadores.

C) Hipótesis dos. (Cuadro 5)

Conducta 2. El 53% de los sujetos con asma media no presentaron indicadores de ansiedad. El 54 y 50% de los sujetos con asma controlada y, con asma intensa respectivamente, presentaron un indicador.

Conducta 4. Los sujetos de los tres subgrupos se encuentran en un 72,50 y 58%, respectivamente, en un indicador.

D) Hipótesis 4. (Cuadro 7)

Conducta 4. Los sujetos de los subgrupos con menores y mayores relaciones causales, se encuentran en un 52 y 62%, respectivamente, en un indicador.

8. Alcances y limitaciones.

Los alcances, tanto como las limitaciones de la investigación, están en función del diseño experimental.

Los resultados son aplicables a niños del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", que tengan edades de 8, 9 y - 10 años y que se les haya diagnosticado asma alérgica y que, además, se les hayan aplicado los cinco dibujos y la estructura de análisis diseñada para calificarlos.

Existen variables que no se controlaron y que pudieron influir en el resultado. Por ejemplo, el sexo, la edad de comienzo del asma, las estaciones del año, diferencias de capacidad intelectual, algunos factores familiares, etc. Su falta pudo limitar la investigación.

V. DISCUSION Y CONCLUSIONES.

1. Primera hipótesis.

En ella planteamos que el nivel socioeconómico no afectaría a los subgrupos de las variables independientes.

No encontramos diferencias estadísticamente significativas, por lo que deducimos que la forma como se distribuyeron los sujetos de acuerdo al nivel socioeconómico al subagruparlos en las distintas variables independientes, no afectó los resultados obtenidos en las hipótesis posteriores.

2. En las hipótesis 2, 3 y 4, no obtuvimos resultados estadísticamente significativos, al nivel de significancia .01 y .05 ¿cuáles pueden haber sido las razones?

a) Por una parte podemos pensar que los dibujos no son sensibles.

Sin embargo, consideramos que los dibujos sí son sensibles. Aún que todos los dibujos, excepto el DFH, se encuentran a nivel básicamente descriptivo, sí se ha obtenido validez y confiabilidad, de forma que en la práctica clínica se los utiliza - ampliamente.

También debemos considerar que en la conducta 8, en la variable independiente relaciones causales del asma, obtuvimos una significancia de .06. Encontramos asimismo tendencias en los datos crudos.

b) ¿La estructura que diseñamos para calificar los dibujos no es adecuada?

Para elaborar la estructura de análisis nos basamos principalmente en resultados de investigaciones previas sobre validez clínica en los dibujos.

Consideramos que es necesario, en base a los resultados obtenidos, primero continuar investigando comparando nuestra muestra con otras; y segundo re-analizar los 115 indicadores, desde las frecuencias que obtuvimos en cada uno de ellos y a la luz de la perspectiva psicodinámica. Esto nos ayudaría a ir aclarando sobre la estructura diseñada.

c) ¿Los instrumentos de medición no son sensibles?

Se utilizaron cuatro instrumentos para medir, el nivel socioeconómico, la gravedad del asma, las pruebas cutáneas y las relaciones causales del asma referidas por la madre.

Las bases que fundamentan cada instrumento son diferentes, aún así, pueden no haber resultado sensibles para detectar - diferencias en los dibujos, de acuerdo a la estructura diseñada.

Si se continúa investigando, se podría ir aclarando al respecto.

d) La agrupación de los sujetos para el análisis estadístico puede no ser, tal como se realizó, la más adecuada. Por ejemplo, 0-6, 7-14 pruebas cutáneas positivas.

e) La incapacidad de controlar la gran cantidad de variables que pudieron estar influyendo.

f) ¿Indican los resultados que la muestra pertenece a la misma población?

También se puede considerar que no se encontraron diferencias significativas porque la muestra estudiada pertenece a la misma población.

Observamos que tampoco encontraron diferencias significativas entre los subgrupos de asma los investigadores Dekker y -

colaboradores, Feingold y Cols., Neuhaus, Jaidar y Williams, con las pruebas psicológicas MMPI, Rorschach, T.A.T. y varias, respectivamente (ver Pags. 9-11).

En esta investigación se midieron, en los dibujos, las conductas que otros estudiosos han señalado como características de los sujetos con asma. ¿Sería la razón para no obtener diferencias estadísticamente significativas?

Para tratar de responder las interrogantes, debemos comparar, una vez más, nuestra muestra con otras. Por ejemplo, subgrupos de diferente nivel socioeconómico, niños obesos donde el síntoma comer está más en relación con una actividad consciente, niños que presenten enfermedades crónicas, niños "normales".

Esta propuesta de investigación podría ayudarnos a aclarar también, de acuerdo a las tendencias observadas, las preguntas siguientes: ¿Los niños con asma alérgica tienden, en un 50% o más, a presentar dos o mas indicadores emocionales (conducta 1); cero indicadores de agresión reprimida, puesto que tienden a presentar 2 (conducta 3); un indicador de agresión contra sí mismo (conducta 4) ?

3. Cuestionamientos relacionados con algunas posibles diferencias.

Es necesario aquí plantear dos interrogantes más, a) ¿Por qué la conducta 8 (dependencia hacia la madre) en los niños con menores y mayores relaciones causales referidas por la madre, tuvo una significancia de .06 ? b) ¿Por qué los niños con asma "media" no presentaron, en un 50%. indicadores de ansiedad, a diferencia de los subgrupos con asma controlada e "in-

tensa" que, en un 50%, tendieron a presentar un indicador de ansiedad?

En relación a la primera pregunta nos hacemos otra interrogante, ¿Será que los niños cuyas madres les plantean un mundo restringido, presentan más indicadores de dependencia en sus dibujos? Para aclarar esta duda sería conveniente realizar otra investigación con el mismo diseño utilizado en la presente y comparar subgrupos de niños con madres menos y más restrictoras.

Referente a la segunda pregunta opinamos que, el niño que clínicamente tiene un año o más de no presentar crisis de asma () psicodinámicamente debiera externar diferencias, puesto que no está "requiriendo del síntoma". Entonces ¿por qué presenta el 50%, al igual que el subgrupo de asma "intensa", un indicador de ansiedad? ¿Por qué los niños con asma "media" no presentaron, en un 50%, este indicador?

¿Será que el conflicto en los niños con asma "intensa" es tan fuerte que no llega a ser descargado a través del síntoma asma, de tal manera que queda un remanente que es lo que obtuvimos en los dibujos?

La angustia es la moneda corriente por la que se cambian o pueden cambiarse todas las excitaciones afectivas (ver P.38).

El niño que hace un año o más no ha presentado una crisis de asma y tiene tendencia a externar un indicador de ansiedad en sus dibujos, ¿será que psicodinámicamente la energía ya no se encuentra ligada al aparato respiratorio, es decir, la energía se encuentra libre? Se advierte que, durante el proce

() A pesar de que calificaron en asma "media" a todos los S s., excepto uno, que calificó en asma "intensa".

so psicoterapéutico, al suceder cambios psicodinámicos, puede surgir angustia mientras la energía se desliga y liga -- nuevamente. O, por otra parte, ¿sucederá que al no descargar el conflicto por medio del síntoma (como suponemos lo efectúan los niños con asma "media") tienen la tendencia a externar ansiedad en sus dibujos?

De estos planteamientos, podríamos pensar en la necesidad de continuar subagrupando a los sujetos que padecen asma. Considerando para ello otras variables, como pueden ser: inicio del padecimiento, fantasías predominantes respecto al síntoma, función del asma dentro de la dinámica familiar.

Debemos señalar, finalmente, que estas diferencias no fueron significativas estadísticamente, sino sólo tendencias, -- por lo que estos razonamientos resultan sumamente arriesgados en tanto no se continúe investigando, por ejemplo, efectuando un seguimiento de estos sujetos.

4. Planteamientos relativos a los dibujos.

Las tendencias (al 50%), en los datos crudos, las encontramos en las conductas 1, 2, 3 y 4. Estas conductas las medimos con indicadores en los dibujos DFH y Familia en Movimiento - (ver P. 73) ¿Serán estos dibujos más sensibles? ¿Es qué realizamos una mejor selección de indicadores en estos dibujos?

La conducta 8 la medimos con indicadores de los cinco dibujos.

Consideramos que las investigaciones propuestas pueden despejar las dudas que existen en relación a estos problemas.

5. Conclusión.

A pesar de la realización de las pruebas, de las conductas

analizadas, del marco teórico propuesto, etc.llegamos, al finalizar el trabajo, a la conclusión de que es necesario contnuar investigando sobre el tema, para aclarar cada vez más, - las dudas surgidas. Y, continuar también, haciendo esfuerzos para ir logrando detectar subgrupos existentes de niños que - padecen asma.

BIBLIOGRAFIA.

Abramson H.A. Some aspects of the psychodynamics of intractable asthma in children. En: Schneer H.I. The asthmatic child. -- Nueva York: Harper & Row publishers, 1963. (Cap.3)

Alexander French. Studies in psychosomatic medicine. An approach to the cause and treatment of vegetative disturbances. Nueva York: The Ronald Press Co., 1948.

_____. Psychosomatic medicine. Nueva York: W.W. Norton, 1950. (Cap. X)

Alexander Franz. Psiquiatría dinámica. Buenos Aires: Paidós, 1971. (1a. Ed. 1958)

Alexander Franz y Szasz T.S. El enfoque psicossomático en medicina. En: Alexander Franz. Ibid.

Barthes R., Greimas A.J., Eco H., Gritti J., Marin U., Mtez Ch., -- Genette G., Todorov T., Bremond C. Análisis estructural del relato. México: Premia editora, 1982.

Bernstein L., Purcell K. Institutional treatment of asthmatic children. En: Schneer H.I. The asthmatic child. Nueva York: Harper & Row publishers, 1963. (Cap.14)

Bion W.R. Aprendiendo de la experiencia. Buenos Aires: Paidós, 1966

Caligor L. La figura humana. Nueva interpretación psicológica de dibujos. Buenos Aires: Editorial Kapelusz, 1960 (1a. Ed. 1957)

Castro L. Diseño experimental sin estadística. México: Trillas, 1977.

Castro R. La palabra en la afasia de Freud y en la poética de Mallarmé. Trabajo presentado en la Asociación Psicoanalítica Mexicana A.C.: México, noviembre, 1979.

Corman L. El test del dibujo de la familia en la práctica médico-pedagógica. Buenos Aires: Editorial Kapelusz, 1967. (1a. Ed. 1961)

De Boucard. Psicología del niño asmático. Tribuna Médica. México: Hospital Infantil de México, 1979.

Departamento de bioestadística. Anuario estadístico. México: Hospital Infantil de México, 1979.

Elkan J. Stages towards the containment of mental experience - illustrated in the treatment of a young girl with asthma. Resumen: Journal of child psychotherapy. 1977, Vol. 4(3), p. 90-105.

Falliers J.C. Psychosomatic study and treatment of asthmatic children. Pediatric clinics of North America. 1969, Vol. 16(1).

Fenichel O. Teoría psicoanalítica de las neurosis. Buenos Aires: Paidós, 1964. (1a. Ed. 1957)

Fine R. The personality of the asthmatic child. En: Schneer H.I. The asthmatic child. Nueva York: Harper & Row publishers, 1963. (Cap. 4)

Fink G., Schneer H.I. Psychiatric evaluation of adolescent asthmatics. En: Schneer H.I. Ibid. (Cap. 13)

Flanders D. Emotions and bodily changes. Nueva York: Columbia -- university press, 1949. (1a. Ed. 1935)

Freeman E.H., Feingold B.F., Schlesinger K. y Corman F.J. Psychological variables in allergic disorders: A review. Psychosomatic medicine. 1964, Vol. XXVI(5), p. 543-75.

Freud S. La afasia. (1891). Buenos Aires: Nueva Visión, 1973(a).

_____. La neurastenia y la neurosis de angustia (1894-5). Obras completas. T. I. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva, 1973(b).

_____. Crítica de la neurosis de angustia. (1895). Ibid., 1973(c).

_____. Proyecto de una psicología para neurólogos. (1895-1950). Ibid., 1973(d).

_____. Tres ensayos para una teoría sexual. (1905-09). Obras -- completas T. II. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva, 1973(e).

_____. El carácter y el erotismo anal. (1908). Ibid., 1973(f).

_____. Historia de una neurosis infantil (Caso del hombre de los lobos). (1914-18). Ibid., 1973(g).

_____. Sobre las transmutaciones de los instintos y especialmente del erotismo anal. (1915-17). Ibid., 1973(h).

_____. Lecciones introductorias al psicoanálisis: Lección XXV La angustia. (1916-17). Ibid., 1973(i).

_____. Pegan a un niño. Aportación al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales. (1919). Obras completas T.III. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva, 1973(j).

_____. La organización genital infantil. Adición a la teoría sexual. (1923). Ibid., 1973(k).

_____. El problema económico del masoquismo. (1924). Ibid., 1973(l).

_____. La disolución del complejo de Edipo. (1924). Ibid., 1973(m).

_____. Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica. (1925). Ibid., 1973(n).

_____. Inhibición. síntoma y angustia. (1925-b). Ibid., 1973(ñ).

_____. Sobre la sexualidad femenina. (1931). Ibid., 1973(o).

_____. Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis:-- Lección XXXII: La angustia y la vida instintiva. (1932-3). Ibid., 1973(p).

_____. Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis:-- Lección XXXIII: La feminidad. (1932-3). Ibid., 1973(q).

_____. Introducción al narcisismo. (1914). Obras completas, Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1979 (a).

_____. Pulsiones y destinos de pulsión. (1915). Ibid., 1979(b).

_____. El yo y el ello. (1923). Ibid., 1979(c).

Gauthier Y., Fortin C., Drapeau P., Breton J.J., Josselin J., Quintal L., Weisnagel J., Lamarrea. Follow-up study of 35 asthmatic preschool children. Journal of Child psychiatry. 1978, Vol. 17(4), p.679-93.

Gomez Orozco L. Medicina psicosomática y enfermedades alérgicas. Boletín médico del Hospital Infantil de México. 1966, Vol. 23, p. 519-25.

_____. El niño asmático. Alergia. 1972, Vol. XX, p. 89-95.

_____. El asma en el niño. Pediatría. México: Francisco Méndez Oteo, 1982.

Gomez Orozco L., Bocanegra M. y Sierra J.J. Asma aguda. Urgencias en pediatría. México: ediciones médicas del Hospital Infantil de México, 1982, p. 353-57.

Goodenough F.L. Test de inteligencia infantil. Por medio del dibujo de la figura humana. Buenos Aires: Paidós, 1957. (1a. Ed. 1951)

Gori R. Le corps et le signe dans l'acte de parole. Paris: Dunod, 1978.

Gross S.J., Hirt M., Seeman W. y Ancinnati V. Psychosexual conflicts in asthmatic children. Resumen: Journal of psychosomatic research. 1968, Vol. 11(4), p. 315-17.

Hammer P.E. Tests proyectivos gráficos. Buenos Aires: Paidós, 1969.

Hendrickson P.A. Psychosocial issues in presumed non organic reading problem children 154 pages. Resumen: Dissertation Abstracts International. 1982, Vol. 43/02A, p. 419.

Hirsch K.de. Early language development. New directions in childhood psychopathology. Nueva York: Harrison S.I. y McDermott, 1980.

Jaidar V.A. Características psicológicas de los niños con asma. (Tesis). México: Hospital Infantil de México, 1968-71.

Kanner L. Psiquiatría infantil. Buenos Aires: Siglo XX, 1976. (1a. ed.)

Knapp P.H. The asthmatic child and the psychosomatic problem of asthma; Toward a general theory. En: Schneer H.I. The asthmatic -- child. Nueva York: Harper & Row publishers, 1963. (Cap. 15)

_____. Psychosomatic aspects of bronchial asthma. American handbook of psychiatry. Tomo IV. U.S.A.: Gerald Caplan, 1974.

Knapp P.H. y Bahne B.C. The emotional field. A sequential study of mood and fantasy in 2 asthmatic patients. Psychosomatic medicine. 1963, Vol. XXV (5).

Koppitz E.N. Psychological evaluation of children human figure drawings. Nueva York: Grune & Stratton, 1968.

Lamont J.H. Which children outgrow asthma and which do not?. En: Schneer H.I. The asthmatic child. Nueva York: Harper & Row publishers, 1963.

Laplanche J. y Pontalis J.B. Diccionario de psicoanálisis. Barcelona: Labor S.A., 1977. (1a. ed. 1971).

Lebovici S. El caso Gaby o el sexo del angel Gabriel. En: Grinberg L. Prácticas psicoanalíticas comparadas en niños y adolescentes. Buenos Aires: Paidós, 1977.

Lichtszajn S.J.L. Correlatos clínicos y socioculturales de la actitud hacia la muerte en un grupo de adolescentes mexicanos. (Tesis). México: UNAM, facultad de psicología, 1979.

Machover K. Dibujo de la figura humana: un método de investigar la personalidad. En: Anderson y Anderson. Técnicas proyectivas -- del diagnóstico psicológico. Madrid: S.A. Rialp S.A., 1966. (1a. ed. 1951)

Mahler M.S. El nacimiento psicológico del infante humano. Buenos Aires: Marymar, 1977. (1a. Ed. 1975)

Miller H. y Baruch W.D. Medicina psicósomática práctica. Barcelona: Labor S.A., 1967.

Mohr G.J., Selesnick Sh., Augenbraun B. Family dynamics in early childhood asthma: some mental health considerations. En: Schneer H.I. The asthmatic child. Nueva York: Harper & Row publishers, -- 1963. (Cap. 8)

Peshkin M.M. Diagnosis of asthma in children: past and present. En: Schneer H.I. Ibid. (Cap. 1)

Portuondo J.A. Test proyectivo de Karen Machover. La figura humana. T. II. Madrid: Biblioteca Nueva, 1974.

Schneer H.I. The death of an asthmatic. The asthmatic child. Nueva York: Harper & Row publishers, 1963. (Cap. 11)

Schur M. Comments on the metapsychology of somatization. Psychoanalytic study of the child. 1955, Vol. 10, p. 119-164.

Selesnik S.H. Separation anxiety and asthmatic attacks related to shifts in object cathexes. En: Schneer H. I. The asthmatic child. Nueva York: Harper & Row publishers, 1963. (Cap. 12)

Shapiro T.H. y Perry R. Latency revisited: The age seven plus or minus one. New directions in childhood psychopathology. Nueva York: Harrison S.J. y McDermott, 1980.

Siegel S. Estadística no paramétrica. Aplicada a las ciencias de la conducta. México: Trillas, 1975.

Valdés M.R. El desarrollo psicográfico del niño. La Habana: Ed. Científico Técnica, 1979.

Weiss & English. Psychosomatic medicine. Filadelfia: Saunders Co., 1950. (1a. Ed. 1943)

Widlöcher D. Los dibujos de los niños: Bases para una interpretación psicológica. Barcelona: Ed. Herder, 1971. (1a. Ed. 1965)

Williams J.S. Aspects of dependence-independence conflict in children with asthma. Resumen: Journal of child psychology & psychiatry & applied disciplines. 1975, Vol. 16 (3), p. 199-218.

APENDICE 1.
NIVEL SOCIOECONOMICO
Técnica de Havighurst(Lichtszajn,1979)

Se consideran 6 niveles de ocupación y 6 de educación, del padre o de la persona que sostiene a la familia.

El nivel de ocupación se multiplica por 3; el nivel de educación por 2. La suma de los dos resultados da el nivel socioeconómico de la familia, de acuerdo a la tabla.

OCUPACION:

- Nivel 1. Profesional, médico, abogado, etc. Magnate industrial o de negocios. Ministros y subsecretarios de gobierno.
- Nivel 2. Industrial (término medio), hombre de negocios, funcionario bancario, de relaciones públicas, auditor, contador público, director de alguna oficina.
- Nivel 3. Empleado bancario, empleado burócrata en oficina, dueño de una tienda pequeña, agente viajero, profesor de primaria, contador privado. (Dibujante, gerente de ventas)*.
- Nivel 4. Carpintero, mecánico, sastre, electricista, plomero, policía bancario, agente de tránsito. (Pintor. Técnicos: secretaria, piloto)*.
- Nivel 5. Obrero no calificado, mesero, taxista, peluquero (exceptuando al dueño que estaría en el nivel 3), policía.
- Nivel 6. Barrendero, bolero, portero, soldado raso.

EDUCACION:

- Nivel 1. Título universitario, o dos o más años de carrera universitaria.
- Nivel 2. Preparatoria completa, escuela normal para maestros o su equivalente.
- Nivel 3. Secundaria completa o su equivalente.
- Nivel 4. Uno o dos años de secundaria o su equivalente.
- Nivel 5. Primaria completa.
- Nivel 6. Primaria incompleta.

* Los incluimos nosotros.

APENDICE 1.(Continuación)

TABLA NIVEL SOCIOECONOMICO. "

Escala Ocupación:	Escala Educación:	Puntuación Clase socio- económica:	Clase Socio- económica:
1	1	5	
1	2	7	
2	1	8	Alta.
2	2	10	
2	3	12	
		<hr/>	*
3	2	13	
2	4	14	
3	3	15	Media.
3	5	19	
		<hr/>	*
4	4	20	
4	5	22	
5	4	23	Baja superior.
4	6	24	
5	5	25	
		<hr/>	*
6	4	26	
6	5	28	Baja trabajadora.
6	6	30	

" De acuerdo a la técnica original.

* Punto divisorio:varía de acuerdo al conocimiento de la estructura de cada sociedad.

APENDICE 2

DATOS CLINICOS.

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Fecha: _____ No. de registro: _____.

Puntuación:	(1)	(2)	(3)
Tiempo de evolución del asma	-1 año.	1-3 años.	+3años.
Duración de los cuadros:	-24 horas.	1-3 días.	+3días.
Intensidad:	Cede con tratamien to en su domicilio.	Tratado en Ser- vicio de Urgencias.	Hospi- taliza- ción.
Frecuencia en el último año:	1 x año.	1 x mes.	+ 1 x mes

Fecha del último cuadro: _____

Total de puntos: _____.

- Hasta 4 puntos -Poca intensidad.
- De 5 a 8 puntos -Medianamente intensa.
- De 9 a 12 puntos -Muy intensa.

APENDICE 3.

PRUEBAS CUTANEAS.

Servicio de Alergia del Hospital Infantil.

Nombre: _____ Registro: _____ No.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Procedencia: _____

- Polenes: (++)
- Amaranthus palmerii.
 - Ambrosia elatior.
 - Ambrosia trifida.
 - Artemisa ludoviciana.
 - Artemisa tridentada.
 - Artemisa vulgaris.
 - Atriplex bracteosa.
 - Alamo (populus).
 - Cosmos.
 - Capriola dactylon.
 - Chenopodium album.
 - Encino.
 - Fraxinus.
 - Francia tenuifolia.
 - Helianthus.
 - Holcus halepensis.
 - Ligustrum.
 - Lolium.
 - Plantago major.
 - Prosopis Mexicana.
 - Rumex crispus.
 - Schinus molle.
 - Salsola pestifer.

- EM. Animales: (++)
- Ep. gato.
 - ep. perro.
 - Ep. caballo.
 - ep. chivo.
 - ep. ganado vacuno.
 - Plumas pollo.

- Diversos: (++)
- Algodón.
 - Higuera.

- Lana.
- Lino.
- Nylon.
- Pochote.
- Pyretrum.
- Seda.
- Tabaco.
- Polvo casa 1 x 10.
- Polvo casa S/D.
- Polvo casa 1 x 100 .
- Polvo 1 x 1000.
- Polvo de Ajonjolif.
- Polvo de café.
- Polvo de henequén.
- Polvo caña de azúcar.
- Tamo de cebada.
- Tamo de maíz.

- Hongos: (+)
- Aspergillus fumigatus.
 - Aspergillus niger.
 - Alternaria.
 - Cándida.
 - Cephalosporum.
 - Fusarium.
 - Hormodendron.
 - Helminthosporium.
 - Monilia.
 - Mucorinea.
 - Penicilium.
 - Rizopus.
 - Tórula rosácea.

- Varies: (+)
- Pulga.
 - Chinche.

- Piojo blanco.
- Acare.

APENDICE 4

DEFINICION DE LOS INDICES Y/O INDICADORES QUE SE MEDIRAN EN LOS DIBUJOS.

Dibujo Libre.

1. Contenido principal.

Se considera lo dibujado por el niño; lo que ocupa el espacio mayor dentro de la hoja. No se considera lo escrito por el niño. Puede haber varios temas centrales, cuando ocupan igual -- espacio de la hoja, en tal caso se registran todos.

El contenido principal puede ser:

+Humano. Persona(s).

+Naturaleza. Elementos de la naturaleza que tienen vida propia, por ejemplo, árboles, pasto, mar con peces. Elementos de la naturaleza que no nacen, ni crecen, ni se reproducen, por ejemplo, - cielo, nubes, piedras, mar sin peces. Cualquiera de los 2 tipos se registra como naturaleza. (Portuondo, 1974)

+Objetos inanimados creados por el hombre; objetos que construye el hombre y que son imposibles de mover, por ejemplo, casa, alberca.

+Objetos con movimiento creados por el hombre; objetos hechos por el hombre y que pueden ser movidos por él mismo, por ejemplo, avión, camión.

+Objetos inanimados; objetos que no tienen vida propia, por ejemplo, piedras solas (no ubicadas en un contexto de naturaleza), madera cortada.

2. Los 3 siguientes índices se registrarán además del Contenido principal:

+Presencia de animal y/o animales; cualquier animal sea real o de juguete, sean pájaros tradicionales (ver Valdés, 1979, p. 32), o cualquier animal dibujado. (Corman, 1967)

+Presencia de mar o lago; con peces o sin ellos, su presencia se registra aún que ya se halla registrado como Contenido principal. (Portuondo, 1974)

+Presencia de alberca; incluso cuando se encuentre registrado en Contenido principal. (Portuondo, 1974)

Dibujo de la Figura Humana (DFH).

Si el niño dibuja espontáneamente dos o más figuras sólo -- se califica una, la mejor.

1. Los 30 Indicadores Emocionales que Koppitz considera son:

+Pobre integración de las partes(1).

Una o más partes no unidas al resto de la figura; parte conectada solamente por una sola línea o vagamente tocando.

+Sombreado de cara(2).

Sombreado deliberado de toda la cara o parte de ella, incluyendo pecas, sarampión, etc. El color se sale de la línea de la cara. El color hace borrosas las facciones de la cara. Si utiliza un color inadecuado, que no sea rosa. No se califica el sombreado ligero para representar el color de la piel o chapas.

+Sombreado del cuerpo y/o de los miembros(3).

Si el sombreado sale de las líneas del cuerpo en 1/3 parte del cuerpo total. Si en los miembros utiliza un color que no sea rosa. Si dibuja puntos o rayas en el cuerpo y/o en los miembros.

+Sombreado de manos y/o cuello(4).

Se considera igual que el anterior.

+Asimetría gruesa de los miembros(5).

Un brazo o pierna difiere marcadamente en forma del otro brazo o pierna; parecen corresponder a 2 cuerpos diferentes. No se califica si los brazos o piernas son similares en forma pero varían un poco en tamaño o tienen movimiento.

+Figura inclinada(6).

El eje vertical de la figura que pasa sobre la mitad del cuerpo y la nariz, se encuentra inclinado 15 grados o más de la perpendicular. Utilizar escuadra y transportador.

+Figura pequeña(7).

Figura de 5 centímetros o menos de altura. Se mide desde la frente hasta los pies; si tiene sombrero se calcula dónde empieza la frente y se mide. (Caligor, 1960, p.17).

+Figura grande(8).

Figura cuyo eje central es de 23 centímetros o más. Se mide desde la frente, sin considerar el pelo, ni sombrero.

+Transparencias(9).

Entendemos por transparencia, partes dibujadas que en la realidad no se visualizan, por ejemplo, dibujar huesos.

Se califican transparencias que involucran porciones del cuerpo. Una sola línea o líneas de brazos cruzando el cuerpo no se califican.

+Cabeza pequeña(10).

Altura de la cabeza (medida desde la frente hasta la barbilla), menor de una décima parte de la figura total. Caben 10 cabezas o más en la altura total de la figura.

+Ojos bizcos(11).

Ambos ojos hacia adentro o hacia afuera.No se califica la mirada hacia afuera de los ojos.

+Dientes(12).

Cualquier representación de uno o más dientes.

+Brazos cortos(13).

Brazos que no llegan a la cintura;se considera la cintura dibujada,no la que debería ser.Los brazos escondidos detrás de la figura no se califican.Brazos metidos en las bolsas sí se consideran.En caso de dibujar los brazos horizontalmente se miden con regla.Si no dibuja cintura no se califica.

+Brazos largos(14).

Los 2 brazos excesivamente largos,brazos tan largos que alcanzan las rodillas o donde las rodillas debieran estar.

+Brazos pegados al cuerpo(15).

No hay espacio entre el cuerpo y los dos brazos.En figuras de perfil no se califica.

+Manos grandes(16).

Manos tan grandes como o mayor que la cara de la figura.-- Las manos se miden en la parte más ancha.

+Manos cortadas(17).

Brazos sin manos ni dedos.Las manos escondidas detrás de la figura o en la bolsa no se califican.

+Piernas presionadas una contra otra(18).

Ambas piernas se tocan sin espacio entre ellas.En los dibujos de perfil sólo aparece una pierna.

+Genitales(19).

Real o representación simbólica no errónea de genitales.

+Monstruos no humanos,robots,o figuras grotescas,figuras de tiempos prehistóricos o de grupos minoritarios(20).

Figuras representando un no-humano,grotescas,persona degradada o ridícula.

+Tres o más figuras dibujadas espontáneamente(21).

El dibujo de figuras repetitivas,cuando sólo se le pidió que dibujara una.Muestran varias figuras que no están relacionadas haciendo una actividad.No se califica el dibujo de un niño y de una niña,ni el de una familia.

+Nubes,lluvia,nieve(22).

Cualquier representación de nubes,lluvia,nieve o pájaros volando.

Omisiones.

+De los ojos(23).

Ausencia completa de ojos.No se califica los ojos cerrados o círculos vacantes.

+De la nariz(24).

+De la boca(25).

+Del cuerpo(26).

No dibujan tronco.No se incluye en esta calificación ni los brazos ni las piernas.

+De brazos(27).

+De piernas(28).

+De pies(29).

+Del cuello(30).

Se califica en las niñas a partir de los 9 años, en los niños a partir de los 10.

2. Además de los 30 indicadores ya mencionados, se calificarán los siguientes índices:

+No ponen orificios de la nariz.

Ponen uno o ningún punto en la nariz.(Portuondo,1974).

+Figura cortada por el filo de la hoja.

La figura es tan grande que debido al filo de la hoja no pudo terminar de dibujarla. O figura del tamaño que sea, que debido al borde de la hoja le dejó de dibujar alguna parte del cuerpo: pies, manos.(Caligor,1960,p.66).

+Presencia de botones.

Cualquier representación de uno o más botones;ombligo.(-Machover,1966; Hammer,1969 y Portuondo,1974).

+Presencia de cinturón.

Dos líneas horizontales en la cintura, con o sin hebilla.(Machover,1966; Hammer,1969 y Portuondo,1974).

+Presencia de plantas.

Cualquier representación de plantas o árbol, con o sin línea base.(Portuondo,1974).

+Presencia de sol y/o luna.

Cualquier representación.(Koppitz,1963,p.72).

Prueba del Habitat.

Tanto lo que quiere o le gusta como lo que no quiere o no le gusta se registrará junto. Se registrará la presencia de:

+a. Familiar:a.1.hermano.a.2.padre.a.3.madre.a.4.otros:tíos, abuelos.

+b. Social:b.1.amigo(a).b.2.maestro.b.3.objetos escolares:

cuadernos, reglas.

+c. Animales: el dibujo de cualquier animal se registra. (Corman, 1967, p. 77).

+d. Otros: especificar.

Familia en Movimiento. (Corman, 1967)

En esta prueba se miden los siguientes aspectos:

+Figuras de mayor tamaño.

Se anotará la figura o figuras de mayor tamaño, de acuerdo a los propios tamaños de las personas dibujadas. Se mide de la frente hasta los pies. Se miden figuras completas. Las personas hincadas se miden de la cabeza (frente) a la rodilla + de la rodilla a la punta del pie. No se consideran las figuras cortadas, ni las dudosas que se encuentran mal trazadas.

+Figuras de menor tamaño.

Se considera igual que el anterior.

+A quién agrega.

Comparando con la familia real (Familiograma), se verá en el dibujo a quién agrega.

+A quién omite.

Comparando con el Familiograma se anota a quién omite de la familia. También se registran las personas cortadas, es decir las dibujadas hasta la cintura y, las personas dudosas por estar mal dibujadas (contornos confusos).

+Junto a quién(es) se ubica el niño.

Considerando el tamaño del eje vertical u horizontal que abarca la altura del niño dibujado, se registra a la persona que ubica a su derecha y a la persona que ubica a su izquierda. Que no se encuentren objetos, líneas, u "otras personas" separando.

+Animales.

Se anota si dibuja cualquier animal.

Dibujo del niño cuando le da asma.

+Presencia de la madre.

Cualquier persona dibujada.

+Necesidad de expulsar.

Cualquier indicio de lágrima(s) dibujado o escrito; algo que sale del cuerpo, aire, vómito, sarampión, globo; rallado del cuerpo.

NOTA: No todos los indicadores se encuentran definidos por los autores; o si se encuentran, a algunos, les agregamos datos que nos aclaraban; finalmente otros (Koppitz), los dejamos tal cual.

Todos los dibujos fueron calificados de acuerdo a las definiciones dadas aca.

APENDICE 5

UBICACION EN EL ESPACIO DE LA HOJA.

Utilizamos 2 hojas blancas calca, tamaño carta, y las dividimos en cuadrantes, de la siguiente manera:

1	2
3	4

A	B
C	D

Si el dibujo se realizó en forma horizontal se emplea la hoja con números, empalmándola con la hoja que se va a calificar. Si el dibujo es vertical se utiliza la hoja con letras.

El número 1 corresponde a la letra A, el número 2 a la letra B, el 3 a la letra C y el 4 a la D.

Se califican los 5 dibujos con alguna de las 2 hojas, la adecuada.

SE CONSIDERA QUE OCUPA UN CUADRANTE CUANDO UNA SIMPLE LINEA LO OCUPA O MAS DE UNA LINEA; SOLO LO DIBUJADO, NO LO ESCRITO.

Cada dibujo se califica de la siguiente forma:

+Dibujo libre: ubicación de TODO el dibujo.

+DFH:

Se considera sólo a la persona dibujada, no se consideran detalles externos. Si dibuja más de una persona, sólo se ubica a la que se calificó, la mejor.

+Dibujo del habitat. Familia en movimiento. Cuando le da asma():

EL

TODO el dibujo.

() Al calificar la ubicación de EL, se incluye la cama sólo en caso de que se encuentre tapado y no se vean los contornos del cuerpo.

APENDICE 6
INSTRUCTIVO PARA REALIZAR LOS DIBUJOS.

A cada niño(a) con ASMA se le aplicarán cinco pruebas y un pequeño cuestionario. La aplicación total es de una hora -- aproximadamente.

MATERIAL: Para las cinco pruebas se utilizará:

- Una hoja blanca tamaño carta para cada prueba. Total 5 hojas.
- Una caja con seis lápices de colores* con buena punta cada color. (Crayolas).
- Una goma de borrar.
- Un sacapuntas

INSTRUCCIONES: Las instrucciones para cada prueba, en el orden en que deberán ser aplicadas son:

1. DIBUJO LIBRE: Se le da una hoja y los colores al niño, con la goma y el sacapuntas y se le dirá:

"HAZME UN DIBUJO, EL QUE TU QUIERAS, EL QUE MAS TE GUSTE."

A cualquier pregunta aclaratoria por parte del niño se le responderá: "COMO TU DESEES", "COMO A TI MAS TE GUSTE".

Al terminar el dibujo se le retira la hoja. Se le anotan - el nombre del niño, su edad, sexo, escolaridad, número de expediente y fecha del día de aplicación. Se pondrá el nombre de la prueba.

2. FIGURA HUMANA: Se le da una nueva hoja al niño, se le dejan los colores, la goma y el sacapuntas. Se le dice:

"HAZME UNA PERSONA COMPLETA"

A cualquier pregunta aclaratoria se le dirá: "COMO TU DESEES."

Al terminar se le retira la hoja y se anotan el nombre y - el registro.

3. PRUEBA DEL HABITAT: Se le da una nueva hoja al niño, se le dejan los colores, la goma y el sacapuntas y se le dice:

"VES ESTA HOJA, QUIERO QUE TU TE DIBUJES DONDE MAS TE GUSTE DE LA HOJA. LUEGO, JUNTO A TI, PON LAS PERSONAS Y LAS COSAS QUE MAS QUIERES Y LEJOS DE TI PON LAS PERSONAS Y LAS COSAS QUE MENOS QUIERES."

* Verde, amarillo, azul, negro, rojo y rosa.

Se le pueden volver a repetir las instrucciones, si es necesario.

A cualquier pregunta aclaratoria se le deja la oportunidad de hacerlo como a él más le guste, por ejemplo, si desea hacerlo con dibujos o con nombres escritos o con figuras representativas, etc.

Al terminar se le recoge la hoja. Se aclara junto con el niño el nombre de las cosas o personas que realizó (anotarlos debajo de cada dibujo).

Luego se anota el nombre del niño, número de registro y nombre de la prueba.

4. FAMILIA EN MOVIMIENTO: Se le da una nueva hoja y ya tiene los colores, la goma y el sacapuntas. Se le dice:

"DIBUJAME A TU FAMILIA HACIENDO ALGO" (LO QUE TU QUIERAS).

A cualquier pregunta aclaratoria, se le invitará a hacerlo como él desee, por ejemplo: niño: "¿Dibujoa mi abuelita?", examinador: "Como tú prefieras".

Al terminar se ponen los nombres de lo que ha dibujado el niño. Luego se anotarán el nombre, registro y nombre de la prueba.

5. FIGURA HUMANA ESPECIFICA: El "paciente presentando asma". Se le da una hoja y ya con los colores y demás material se le dice:

"HAZ UN DIBUJO TUYO CUANDO TE DA ASMA" y/o "DIBUJATE A TI CUANDO TE DA ASMA."

A cualquier pregunta aclaratoria por parte del niño, el examinador deberá aclararle que debe ser él el del dibujo, cuando le da asma. Se le recogerá la hoja una vez que termine y se anotarán el nombre del niño, registro y el nombre de la prueba.

NOTA El examinador podrá anotar al reverso de cada hoja de prueba, las observaciones que considere importantes, con respecto a verbalizaciones o conductas del niño(a).

; GRACIAS POR SU COLABORACION;

APENDICE 7

FAMILIOGRAMA.

Cuestionario para ser llenado por el médico.

Nombre del niño: _____ No.de registro: _____
 Edad : _____ Sexo: _____ Escolaridad: _____
 Diagnóstico(s): _____
 Número total de hermanos vivos: _____.

FAMILIOGRAMA. Se incluirán solo las personas "que viven con el niño" diagnosticado con asma, sean o no familiares.

FAMILIARES

PARENTESCO	EDAD	SEXO	OCUPACION
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____
8. _____	_____	_____	_____
9. _____	_____	_____	_____
10. _____	_____	_____	_____

NO FAMILIARES

TIPO DE RELACION	EDAD	SEXO	OCUPACION
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____

SUJETO: 40

SEXO: M

EDAD: 10 7/12

ESCOLARIDAD: 6 primaria

DIAGNOSTICO: ASMA ALERGICA.

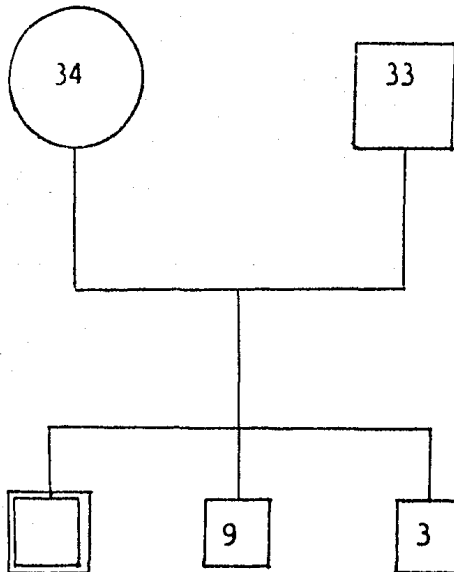
NIVEL SOCIOECONOMICO: Clase media (13 puntos)

INTENSIDAD ASMA: "media"

PRUEBAS CUTANEAS POSITIVAS: Subgrupo de más.

RELACIONES CAUSALES: Subgrupo de más.

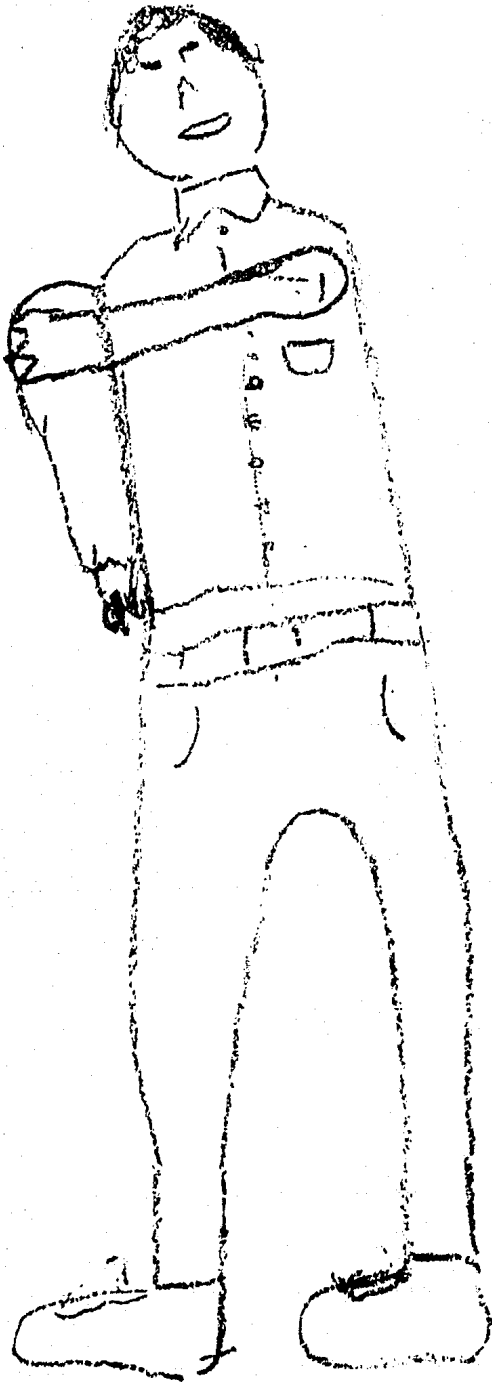
FAMILIOGRAMA:



-113-

SUJETO 40
DIBUJO LIBRE.



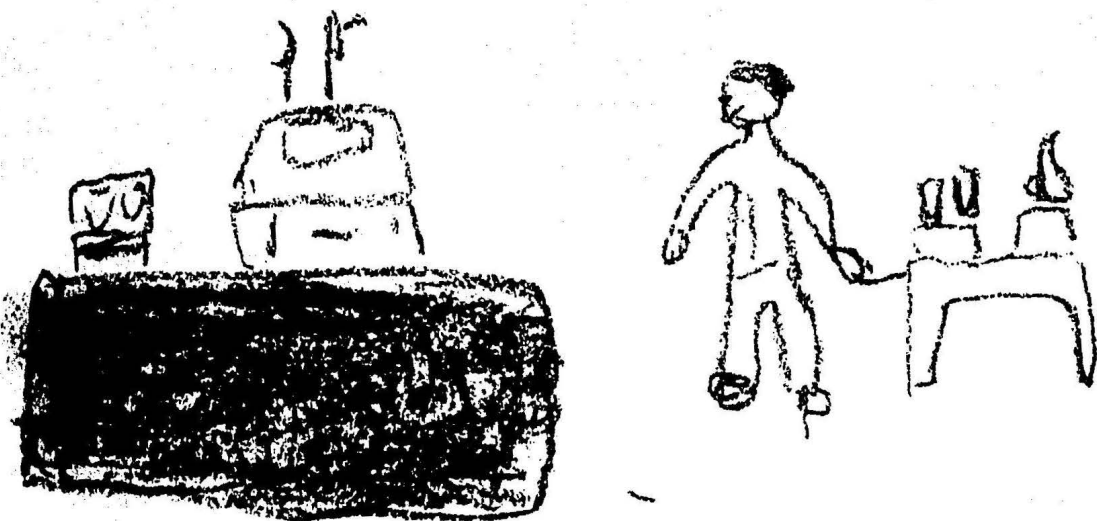


-115-

SUJETO 40
DIBUJO HABITAT.



"No le gusta ser obrero".



"Le gusta ser científico."

SUJETO 40
FAMILIA EN MOVIMIENTO.



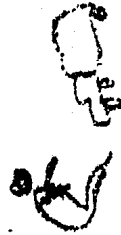
PAPÁ TOMANDO CAFÉ



MAMÁ COCINANDO.



YO LEYENDO.

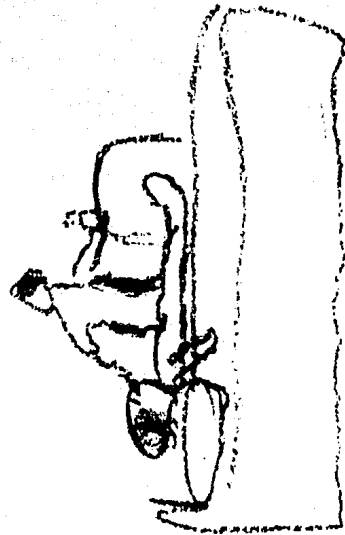


HERMANO JUGANDO.



HERMANO JUGANDO.

SUJETO 40
NINO CUANDO LE DA ASMA.



HOJA INDIVIDUAL DE EVALUACION.

ASPECTOS PSICOLOGICOS : DIBUJO LIBRE -DFH.-DFH ESPECIAL.

M	10 7/12	6 primaria.	40
Expediente	Sexo	Edad	Grado escolar. Gravedad
			No. dentro de la investigación.

I. DIBUJO LIBRE:

Animal salvaje. Animal doméstico. M mar L lago Alberca.

1. ¿Qué cuadrante de la hoja utiliza?
1-2-3-4 (vista desde arriba)

2. Contenido principal-objeto o tema central o varios centrales:

a) Humano(s) (vida propia) X

b) Naturaleza (vida y no vida) XX

c) Objetos inanimados creados por el hombre, ej. casa, alberca:

d) Objetos con movimiento creados por el hombre, ej. avión:

e) Objetos inanimados, ej. piedras: _____

f) Otros: X(animal.)

II. DIBUJOS FIGURAS HUMANAS:DFH

1. Indicadores emocionales(DFH):

2.

(13) Brazos cortos. (15) Brazos pegados al cuerpo.

No pone orificios nariz.
 Figura cortada filo hoja.
 Presencia botones.

Presencia cinturón.
 Plantas.
 Sol ó luna.

2. Indicadores emocionales(DFH especial):

Lágrimas.

Madre dibujada.

HOJA INDIVIDUAL DE EVALUACION.
ASPECTOS FAMILIARES- SOCIALES - UBICACION.

Expediente

40
No. dentro de
la investiga-
ción.

I. ASPECTOS FAMILIARES: DIBUJO FAMILIA EN MOVIMIENTO Y FAMILIOGRAMA.

1. Figura(s) de mayor tamaño (de acuerdo a sus propios tamaños)

Padre

2. Figura(s) de menor tamaño (de acuerdo a sus propios tamaños)

Hermano

3. A quién agrega? _____

4. A quién omite? _____

5. Junto a quién(es) se ubica el niño Hermano

6. Animal _____

II. ASPECTOS SOCIALES: PRUEBA DEL HABITAT

1. Lo que quiere o le gusta:

d. Otros: Ser científico.

2. Lo que no quiere o no le gusta:

d. Otros: Ser obrero.

III. UBICACION: EN EL AREA DE LA HOJA

1. DFH: EL: A-C-D

2. DFH ESP.: EL: 3 TODO: 3

3. Familia en movimiento: EL: 3 TODO: 3-4

4. Habitat: EL: B-D TODO: B-C-D,