

318525



UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL



ESCUELA DE PSICOLOGIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
1984 - 1988

4.
207

**MANEJO DE LA FRUSTACION-AGRESION Y
ANSIEDAD EN LAS MADRES DE NIÑOS
ASMATICOS**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

CLAUDIA DEL CARMEN LEVERONI CASTRO

ASESOR DE TESIS:
MTRO. ANTONIO PENELLA J.

MEXICO, D. F.

1990



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CONTENIDO:

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	2
MARCO TEORICO:	
I GENERALIDADES SOBRE EL ASMA	
1.1 Definición y Causas.....	5
1.2 Diagnóstico.....	11
1.3 Tratamiento.....	12
1.4 Aspectos Psicológicos.....	20
II RELACION MADRE HIJO.	
2.1 La relación Madre-Hijo en el niño preescolar (de 0 a 5 años)	28
2.1.1 El desarrollo de acuerdo con Spitz.....	31
2.1.2 Teoría de D. Winnicott.....	34
2.1.3 Teoría de Margaret Mahler.....	35
2.2 La relación Madre-Hijo durante el periodo Escolar o de Latencia (6- 12 años).	
2.2.1 Ana Freud.....	39
2.2.2 E. Erikson.....	42
III FRUSTRACION, AGRESION Y ANSIEDAD.	
3.1 La Frustración.....	45
3.2 La Agresión	50
3.3 La Ansiedad.....	57
3.4 La Frustración, Agresión y Ansiedad en el niño Asmático y en su Madre".....	63
IV ESTUDIOS PREVIOS,	72

MARCO METODOLOGICO

V METODOLOGIA.

5.1 Justificación.....	76
5.2 Planteamiento del Problema.....	78
5.3 Hipótesis:	
5.3.1 Hipotesis Generales.....	78
5.3.2 Hipótesis Especificas.....	79
5.4 Definición de Variables.....	82
5.5 Características de la muestra y Tipo de Muestreo..	83
5.6 Tipo de Estudio.....	83
5.7 Diseño de Investigación.....	83
5.8 Instrumento:	
5.8.1 Test de Frustracion de Rosenzweig.....	84
5.8.2 Inventario de Ansiedad IDARE.....	86
5.9 Procedimiento.....	89
5.10 Análisis Estadístico.....	90

VI RESULTADOS.

6.1 Tablas de Resultados:	
Tabla #1 Dirección de la agresión.....	92
Tabla #2 Tipo de Agresion.....	93
Tabla #3 Ansiedad Estado-Rasgo.....	94
Tabla #4 Correlacion de Ansiedad-Agresión.....	95
6.2 Graficas de Resultados:	
Gráfica #1 Dirección de La Agresión.....	98
Gráfica #2 Tipo de Agresión.....	97
Gráfica #3 Ansiedad Estado.....	98
Gráfica #4 Ansiedad Rasgo.....	98
6.3 Resultados.....	99
6.4 Interpretación y Discusión de Los Resultados.....	101
6.5 Conclusiones.....	107
6.6 Limitaciones y Sugerencias.....	111

ANEXOS

Anexo A: Puntuaciones Obtenidas por cada Sujeto	114
Anexo B: Test de Frustración de Rosenzweig.....	115
Anexo C: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE.....	123
BIBLIOGRAFIA.....	125

RESUMEN

El propósito de ésta investigación consiste en determinar si existen diferencias en cuanto al manejo de la Frustración-Agresión y el nivel de ansiedad entre un grupo de madres de niños con asma (grupo experimental) y un grupo de madres de niños no asmáticos (grupo control) para lo que se realizó una investigación de campo. La muestra estuvo integrada por 30 sujetos en cada grupo, mujeres menores de 45 años, casadas, de nivel socioeconómico medio bajo y bajo. En ambos grupos se aplicó de forma individual el Test de Frustración de Rosenzweig y el Inventario de Ansiedad IDARE. Los resultados obtenidos fueron tratados estadísticamente con el análisis de Varianza, para determinar si existían diferencias y con la Correlación de Pearson para conocer si hay una relación entre la Frustración-Agresión y la Ansiedad.

Se concluyó que las madres de asmáticos tienen una elevada ansiedad además de un predominio de respuesta intrapunitivas y de persistencia de la necesidad a diferencia de las madres de niños asmáticos, lo cual influye significativamente en la relación y el desarrollo de su hijo asmático como se apoya en el marco teórico.

INTRODUCCION

Los trastornos psicósomáticos están clasificados dentro de la génesis multifactorial. Es indiscutible el hecho de que los factores emocionales intervienen en mayor o menor grado al desarrollo de un síntoma físico, participando activamente en el curso y pronóstico de la enfermedad. Dentro del grupo de los llamados "Trastornos psicósomáticos" se encuentra el asma de tipo alérgico, que es un padecimiento caracterizado por crisis en las que se dificulta la respiración. La imposibilidad de inhalar y exhalar puede tener consecuencias fatales y llegar a provocar la muerte. La respiración es un proceso inconsciente, sin embargo existen aferentes excitatorios e inhibitorios de la corteza para los centros de respiración, por lo que puede ejercerse el control voluntario de la respiración. Se piensa que existen aferentes en el sistema límbico ya que las emociones y el dolor afectan el ciclo de la respiración.

Las investigaciones realizadas con niños asmáticos indican un complicado cuadro que envuelve ansiedad, rechazo y dificultades en la comunicación. Miller y Baruch en 1948 realizaron estudios con niños asmáticos y descubrieron que se trataba de niños expuestos al rechazo de los padres a una temprana edad, rechazo que no siempre se manifestó abiertamente, generalmente es encubierto por una sobreprotección. French y Alexander (1966) examinaron 27 asmáticos que estaban en tratamiento analítico y encontraron que el problema central era la ansiedad al haber sido separados de la madre. El asma era el llanto suprimido ante la pérdida de la madre.

Existen tres características que se presentan en las familias de asmáticos: Una constante represión emocional; dificultad en comunicaciones; y un reforzamiento de los síntomas.

La dificultad en la comunicación está matizada por la ambivalencia. Las anteriores características fueron descritas por Wikran y Cols en 1978, en un artículo acerca de la comunicación en la familia del niño asmático.

La presencia de un ataque de asma resulta angustiante no solo para el paciente, sino también para la familia y causa limitaciones en la vida del paciente y en la dinámica familiar.

Es indiscutible la gran importancia que tiene la madre, como primer objeto de amor para el niño. Winnicott (1953) señala que son los cuidados de la madre y el Yo de la madre, los encargados de fortalecer y estabilizar el Yo del pequeño, para posteriormente lograr una separación mental de la madre y logre funcionar como un ser personal. El resultado de cada falla en el cuidado materno causa una interrupción en la continuidad del ser y por lo tanto un debilitamiento en el Yo del niño. En el caso de las madres de niños asmáticos, se ha encontrado, que en general se predomina en ellas un sentimiento de vacío narcisista y no encontraban placer en darse a sus hijos en su tarea materna, eran controladoras y por lo tanto no había un funcionamiento armónico entre madre e hijo. La relación se caracterizaba por una íntima interacción pero frustrante, y en constante competencia. Dado estas alteraciones en la relación, no se puede dar una dependencia que capacite al niño para establecer una relación de objeto, para posteriormente llegar la madurez .

Al revisar la literatura referente a los padres y familias del niño asmático y encontrar que existen alteraciones, especialmente en el vínculo madre-hijo, surge el interés por estudiar las variables Ansiedad y Agresión-Frustración en las madres de niños asmáticos ya que ambos elementos están presentes en el niño asmático en el momento de una crisis y es posible que en las madres también halla ciertas dificultades para el manejo de estos elementos.

En el presente estudio se investiga el manejo de la Frustración-agresión y la Ansiedad Rasgo y Estado en un grupo de 30 madres de niños con asma alérgica. El estudio se realizó utilizando el Test de frustración de Rosenzweig (PFT) y el Inventario de Ansiedad IDARE, ambos aplicados de forma individual. La investigación se realizó en el Hospital Infantil de México, Federico Gómez. Los resultados obtenidos, se les trató con Análisis de Varianza para compararlos con los resultados de un grupo de madres de niños no asmáticos, tratando de que las circunstancias y características de sujetos sean lo más semejantes para determinar si existen diferencias significativas.

Resulta importante el estudio de las madres de niños asmáticos para poder brindar un tratamiento integral, pues como señalamos anteriormente el asma es un padecimiento que limita al paciente y altera la dinámica familiar. La madre, suele fomentar el síntoma, mediante conductas de sobreprotección. La ganancia secundaria del asma sería el tener una atención constante por parte de la madre. El asma sirve para expresar los deseos de cercanía y cuidados, pero de una forma agresiva, según los estudios realizados por Deutsch en 1953.

Sperling (1957) considera que las enfermedades psicossomáticas ofrecen la ocasión a la madre para actuar sus impulsos inconscientes más reprimidos, frecuentemente impulsos de naturaleza perversa-polimorfa. La relación psicossomática implica al niño y a su madre, por lo que en esta investigación, se hará una revisión teórica sobre las características tanto de la madre como las de el niño y la familia para apoyar el estudio.

Los resultados obtenidos en esta investigación revelan que existen diferencias en cuanto al manejo de la frustración y agresión entre las madres de niños asmáticos y no asmáticos. Las madres de niños asmáticos tienden a manejar de forma intrapunitiva la agresión mientras que las madres de niños no asmáticos pueden expresar abiertamente su agresión ante algún evento frustrante del medio ambiente. Así mismo se observó que las madres de niños asmáticos son más ansiosas que las madres de no asmáticos.

I GENERALIDADES SOBRE EL ASMA.

I. GENERALIDADES SOBRE EL ASMA

El asma es considerada una enfermedad psicósomática de acuerdo con Bacon (1956), French y Alexander (1966), Fenichel (1985) y de La Fuente (1975) entre otros; todos ellos coinciden en la importancia que tienen las emociones en el desarrollo del conflicto psicósomático sin descartar que hay componentes o predisposiciones de ciertos órganos.

En el presente capítulo se intenta mostrar un panorama general sobre el asma. Primeramente se mencionan las generalidades y aspectos médicos de este padecimiento. Características, causas, diagnóstico y tratamiento. La segunda parte de este capítulo se refiere a los aspectos psicológicos del asma. Se mencionan las características de las enfermedades psicósomáticas para comprender mejor al asma dentro de este grupo de padecimientos, se exponen algunas características psicológicas de los pacientes asmáticos y al papel que juega la personalidad para el desarrollo del padecimiento.

En la presente investigación se trabajó con el asma de tipo alérgico, en donde el correlato psicológico es muy importante. No se consideró al asma causado por infecciones por lo que en este capítulo se enfatiza sobre el asma alérgico. Sobre el asma existe una gran cantidad de bibliografía publicada, especialmente sobre los aspectos médicos de su génesis y tratamiento, pero solo se exponen los aspectos más relevantes para su comprensión dado que la amplitud del tema no permite una exposición detallada. Es indispensable la exposición de los aspectos fisiológicos del asma para poder comprender lo psicológico y las influencias en la familia de quien lo padece, especialmente el papel de la madre que es el tema de este trabajo.

1.1 Definición y causas del asma.

"El asma es un síndrome de etiología diversa, que se

identifica por crisis paroxísticas de disnea fundamentalmente respiratoria, 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". (1)

En el asma los ataques generalmente son desencadenados por mecanismos alérgicos y aunque las alteraciones inmunológicas sean reelevantes, frecuentemente los ataques ocurren en situaciones en las que parecen no estar presentes las interacciones antígenos-anticuerpos. El factor común del padecimiento es la actividad anormal de las vías respiratorias como resultado de la estimulación de factores físicos, químicos y emocionales. Se produce una especie de moco y se contraen los músculos lisos bronquiales y por lo tanto se contraen también las vías respiratorias, impidiendo el paso normal de la respiración. La persona asmática tiene que hacer grandes esfuerzos para respirar durante la crisis. Es una lucha para no asfixiarse. De acuerdo con Perrin 1988 (2), el asma puede clasificarse en:

a) El Asma Intrínseca o también llamada tópica, donde los pacientes no presentan anticuerpos IgE específicos, sino que su actividad bronquial es inespecífica. Una causa es la infecciosa. Este tipo es poco frecuente.

b) El asma Intrínseca o Atópica: los pacientes presentan síntomas alérgicos y desarrollan anticuerpos IgE específicos contra una o varias sustancias alérgicas. Este tipo de padecimientos es más frecuente en los niños.

La hiperactividad bronquial es el síntoma cardinal del asma y significa que el sujeto responde a diversos estímulos que actúan de forma directa o refleja ya sea a nivel bronquial o sobre el nervio vago. Algunas veces la hipersensibilidad específica a un solo estímulo alérgico produce el asma. Los factores desencadenantes se clasifican en dos grandes grupos: Los que irritan los bronquios, produciendo constricción y los que actúan sobre el sistema nervioso central y son regulados por el nervio vago. Es indispensable para el médico, para el psicólogo y familiares de una persona asmática el conocer las múltiples causas y factores que precipitan el asma para poder dar el tratamiento adecuado tanto medicamentos como la atención psicológica y la modificación del ambiente, en la medida de lo posible para no contribuir a la presencia de crisis de disnea.

El asma es un padecimiento multicausal. Una persona que presenta asma, se debe a la combinación de distintos factores. En

cada persona los diferentes factores se entremezclan en diversas proporciones. Para comprender estos factores los dividiremos en la siguiente forma:

1.- Causas Intrínsecas: Son las llamadas inherentes al sujeto. Participan de forma directa en la etiología del padecimiento. Podemos citar como ejemplos.

- a) La raza: El asma es más frecuente en personas de raza blanca.
- b) Sexo: En niños es más frecuente que en las niñas en proporción 2:1 pero la diferencia desaparece en la adolescencia.
- c) Edad: El padecimiento se presenta con mayor frecuencia en la infancia, entre los 3 y los 5 años de edad. El asma también puede encontrarse en adultos y ancianos aunque en su niñez no la presentarán.
- d) Condición Social: No existen diferencias en cuanto a la frecuencia y gravedad del padecimiento en los distintos niveles socioeconómicos.
- e) Herencia: El asma no es una enfermedad hereditaria, lo que se puede heredar es la predisposición.
- f) Sistema Nervioso autónomo: Participa de una forma indirecta en la génesis del asma. Durante el tratamiento de este padecimiento se emplean medicamentos como son los corticoides que alteran el funcionamiento del sistema nervioso.
- g) Glándulas endocrinas: Actúan sobre los músculos que intervienen en la respiración. Son capaces de aumentar la fuerza de la contracción de los músculos respiratorios cuando está en contacto con la sustancia H (es una sustancia que interviene en todas las alergias).
- h) Factores neuropsicológicos: Es innegable la participación de los factores psicológicos y del sistema nervioso en el asma.
- i) Factores Bioquímicos. Se considera que el padecimiento depende de la existencia de la concentración local de un número elevado de sustancias mediadoras bioquímicas, así como de sus distintos receptores en los músculos lisos de la mucosa y de los bronquios. Se piensa que una serie de sustancias bioquímicas suplementarias de la acetilcolina (neurotransmisor), actúan como mediadores en la obstrucción. Los corticoesteroides juegan un papel importante en la regularización de este mecanismo al sensibilizar a los neurotransmisores y a las células efectoras.

2.- Causas Externas: Son ajenas al sujeto y afectan de una manera variable a las personas. Las más comunes son las siguientes:

- a) El clima: Los cambios de clima influyen en el curso del asma, esto es fácilmente observado en las curas climáticas en donde al paciente asmático se le lleva a un medio ambiente en donde la temperatura, la humedad y la altura son adecuadas, evoluciona rápidamente y no se presentan crisis agudas.
- b) La contaminación: Los contaminantes atmosféricos se pueden dividir en: Partículas (El polvo, partículas de carbón, aceites, plomo, etc.).

Irritantes respiratorios (Polvo soluble, hidrocarburos volátiles, vapores y gases). Oxidantes (Ozono, óxido de nitrógeno y azufre).

Tóxicos sistémicos, Nicotina, monóxido de carbono). Los contaminantes actúan sobre las vías respiratorias se altera la permeabilidad, aumenta la producción de moco y se produce hipoxia celular entre otras alteraciones.

3.- Causas Específicas. Intervienen directamente en la etiología del asma y algunas personas las consideran como causas únicas, pero también intervienen los factores antes mencionados.

- a) Alérgenos: Estas sustancias desencadenantes de las manifestaciones del asma, se representan principalmente por los alérgenos inhalados como son: El polvo doméstico, los ácaros del polvo (pequeños animales que se encuentran en el polvo), el pelo de animales, polenes y los mohos. Otro tipo de alérgenos son los que se adquieren por medio de la alimentación como por ejemplo: en las harinas, el pescado, huevo, nueces, algunas frutas etc. Los microbios también pueden ocasionar asma.
- b) Factores infecciosos: Las infecciones como la rinitis, sinusitis, la amigdalitis, adenoiditis y otras pueden intervenir directamente en la presencia del asma.
- c) Espinas irritativas: Se refiere a las malformaciones y obstrucciones como por ejemplo: Pólipos, tabique nasal desviado y malformaciones de los carretes. Estos factores no son causas directas del asma pero intervienen como factores desencadenantes.

Una forma de explicar como interviene los factores

anteriormente mencionados en la etiología y en el curso que el asma bronquial sigue, se encuentra en la denominada "Teoría Holística del Asma Bronquial" de John P. Mc Govern (3). En donde postula que el asma es el resultado de la interacción de múltiples factores y para explicarla hay que tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

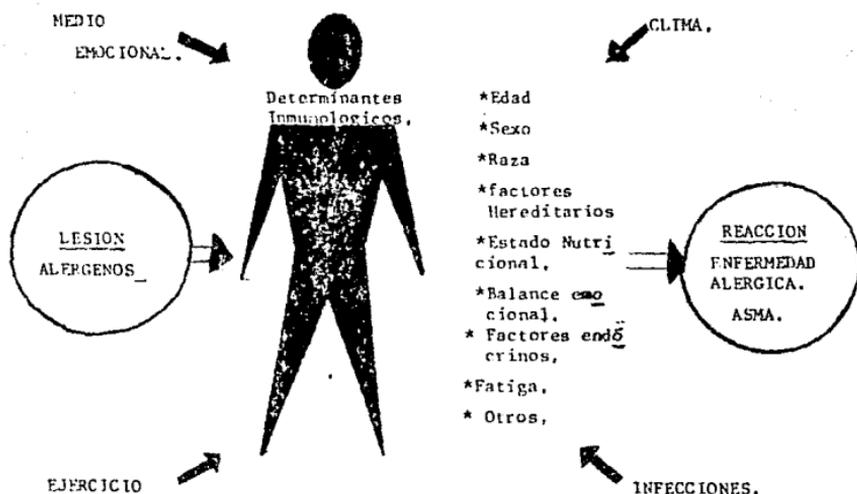
Consideraciones inmunológicas: Durante los últimos años a aumentado el interés por el estudio del medio interior de los organismos multicelulares. Todos los seres vivos requieren que en su medio ambiente interior estén en homeostasis las sustancias que componen la célula y que sean reconocidas como sustancias propias. Una respuesta inmunológica o una respuesta hipersensitiva puede ocurrir en un organismo cuando está expuesto repetidas ocasiones en varias sustancias. En personas no alérgicas estos materiales son extraídos del cuerpo sin causar daño, pero en personas alérgicas una condición paradójica puede ocurrir al exponerse continuamente a algún material extraño. Puede presentar desde una reacción ligera hasta una respuesta patológica violenta.

Es evidente que algunos antígenos y anticuerpos están involucrados en un nivel celular y hormonal. En el paciente asmático, se piensa que hay tipos anormales de anticuerpos y reaccionan en contra de sustancias complejas tales como el polen, el pelo de animales, ácaros del polvo, hongos y agentes infecciosos. La gravedad del asma se ve influenciada por la cantidad de material extraño (alérgeno) absorbido.

El grado en que el alérgeno se absorbe, el grado de sensibilidad del paciente y los cambios psicopatológicos vistos en el asma, son el resultado de la combinación antígenos-anticuerpos y agentes autofarmacológicos presentes en la sangre. Estos agentes como por ejemplo la Histamina y otras sustancias conocidas como sustancias "H", en su mayoría producen contracciones de los músculos lisos, aumentan la permeabilidad capilar y alteran el sistema respiratorio de los animales y de las personas alérgicas.

Concepto de Lesión: El asma es una enfermedad semicrónica más complicada que un mero fenómeno alérgico, aunque es entendida

como una manifestación de la reacción antígeno anticuerpo. Una persona alérgica puede ser condicionada por múltiples factores tanto del medio externo como del medio interno, así puede reaccionar con broncoespasmo a diferentes estímulos tales como infecciones, cambios de clima, ejercicio, factores endócrinos y emocionales. Que en las primeras fases de sensibilización puede o no tener un significado especial. Este concepto de asma como una enfermedad de reacción ante una lesión o un daño con varios factores condicionales puede ilustrarse de la siguiente manera:



El asma desde el enfoque Holístico, nos permite tener una visión amplia de los diversos factores que influyen en el padecimiento. Esta no es una teoría reduccionista o que excluya factores sino que incluye a la mayor parte por lo que resulta de gran utilidad conocer esta teoría para entender el padecimiento y poder desde el punto de vista de la psicología ayudar eficazmente al asmático pues si se conocen las causas pueden evitarse algunas de ellas y por tanto disminuir la frecuencia de los ataques asmáticos. Por ejemplo en el caso de los niños que con la agresión y con emociones fuertes se les precipita el asma, debe de ayudarsele a tener un mayor control para que esto no suceda.

Hasta ahora solo se han mencionado factores que intervienen en el asma pero para detectar estos factores, en que proporciones contribuyen, es importante la elaboración de un diagnóstico pues algunos síntomas del asma no son exclusivos de este padecimiento y pueden confundirse con otros padecimientos de las vías respiratorias.

1.2 Diagnóstico del Asma:

Para hacer el diagnóstico del asma, Perrin (1988) considera los siguientes puntos:

1.- Elaboración de una historia clínica. Consiste en interrogar al paciente y a sus familiares a cerca de si existen familiares con este padecimiento o alguna manifestación alérgica (Eczema, dermatitis, síntomas gastrointestinales, etc.). Es importante saber si el paciente ha presentado alguna alergia, si en la lactancia tuvo eczema, urticarias, etcétera. También se indaga sobre la frecuencia de la disnea y desde cuando apareció.

2.- Exámen Físico: Los signos físicos que se presentan con mayor frecuencia son:

- a) Mucosa nasal congestionada, de color rosa claro en la fase aguda ó gris azulado cuando el padecimiento es crónico.
- b) Respiración por la boca.
- c) Granulación de la conjuntiva.
- d) Enrojecimiento de las orejas e hinchazon de los párpados.
- e) surco Nasal Transverso.
- f) Deformaciones Toraxicas (cuando la enfermedad es crónica).
- g) Jadeo

3.- Exámenes del laboratorio: En el laboratorio se realizan estudios en Vivo e invitro. Los estudios In Vitro se refieren a la realización de pruebas a muestras de suero obtenidas del paciente.

Las pruebas mas comunes son: IgE Total; los pacientes con alguna alteración alérgica presentan un elevado nivel de IgE circulando en su suero. Existen algunas sustancias químicas que ayudan a descubrir a los elementos causantes de alergias. Los métodos In Vitro son confiables hasta en un 95% de los casos y son menos molestos para el paciente ya que solamente se le toma una muestra, sin embargo la mayor parte de las veces que se detecta una alteración In Vitro se somete al paciente a pruebas In Vivo para detectar los alérgenos y las proporciones que le causan alteración.

Método In Vivo: A los pacientes se les hacen aplicaciones directamente. Las pruebas más comunes son la prueba de Prick que consiste en introducir cantidades pequeñas de un extracto alérgico estandarizado, en las capas más externas de la piel, habitualmente se colocan en el antebrazo por medio de una aguja fina. Al liberarse la sustancia forma una pápula y se compara con la reacción positiva y con la negativa. Otra prueba es la de provocación que consiste en poner cantidades pequeñas de un alergeno en la nariz, ojos o bronquios. Se aumenta gradualmente la cantidad de alergeno y se observa la respuesta. Esta prueba aunque parece sencilla es de un alto riesgo por lo que se aplica en hospitales bajo estrictas medidas de seguridad. Otra prueba In Vivo es la de eliminación-estimulación, que consiste en eliminar de la dieta el alimento que provoca la reacción alérgica y cuando esté asintomático el paciente se le comienza a administrar en dosis muy bajas (Perrin, 1988).

A primera vista parecerá poco importante para el psicólogo el conocer los métodos diagnósticos que se utilizan, pero resultan de vital importancia ya que muchos resultan aversivos y provocan temor, enojo y otros sentimientos al tener que constantemente someterse a las pruebas. Muchos asmáticos se resisten a las pruebas por lo que es difícil controlar su padecimiento y darle la dosis adecuadas de medicamentos o las indicaciones y precauciones que deben tomar.

1.3 Tratamiento:

Al existir tan diversos factores que intervienen en el asma, el tratamiento no se reduce solo al aspecto médico, también se incluye el control del medio ambiente y el aspecto psicológico.

1.- Contról del medio ambiente:

El propósito de las medidas que se toman para controlar el medio ambiente es disminuir lo mas que sea posible el contacto al paciente con cualquier factor que pueda precipitar o agravar sus síntomas alérgicos. Lo primero es detectar los factores y establecer un programa razonable, basado en las sensibilidades conocidas o sospechadas (Mc Govern, 1988).

- Animales: Si la causa del asma alérgica son los animales domésticos es necesario retirarlos de la casa. Se recomienda que las mascotas con pelo o plumas sean sustituidas por peces o vivorillas.

- Polenias: Son difíciles de evitar, se recomienda cerrar las ventanas y no viajar al campo en la época del verano y cuando hay viento.

- Acaros de polvo doméstico: Es necesario seguir un estricto programa de limpieza, evitar las alfombras y cortinas pesadas en el cuarto del niño. No debe tener juguetes huecos en los que se junte el polvo ni muñecos de peluche y fibras sintéticas. Los edredones de plumas y las cobijas de lana deben ser sustituidas por las de relleno sintético. Los juguetes y muebles de la habitación deben lavarse con frecuencia.

- Mohos: Están presentes en el aire casi todo el año, tanto en el interior de las construcciones, como en el exterior. El niño que es sensible al moho, debe evitar estar en lugares húmedos, arrancar o pegarse a las cortezas de los árboles. Si en la casa hay aparatos de aire acondicionado o lugares muy húmedos, es necesario emplear un fungicida para evitar la formación de esporas.

- Agentes contaminantes: La contaminación atmosférica influye negativamente en el curso de las enfermedades pulmonares y puede ser considerado un factor precipitante en las crisis de Disnea. Los contaminantes se dividen en: Partículas, irritantes, oxidantes y tóxicos. En la Ciudad de México la contaminación a aumentado enormemente en los últimos años y con esto aumentan los problemas respiratorios entre otros problemas. El aumento de sustancias como el monóxido de carbono, dióxido de azufre, ozono y nitrógeno son los principales contaminantes, es recomendable que las personas con asma alérgica que eviten salir cuando la contaminación es alta y de ser posible salga de la ciudad.

2.- Inmunoterapia.

La inmunoterapia consiste en inyectarle al paciente cantidades cada vez mayores de alérgeno con el fin de elevar gradualmente el umbral de determinado alérgeno. Se ha probado que tienen buenos resultados, pero es un tratamiento riesgoso que debe ser administrado por médicos capacitados, pues se debe estar preparado en caso de que se produzca una reacción adversa, se administra adrenalina e hidrocortisona para descongestionar las vías respiratorias.

3.- Tratamiento Farmacológico.

- Adrenalina: La adrenalina es el fármaco más importante en las urgencias, cuando se produce asfixia o ataques asmáticos agudos. Actúa activando los receptores alfa y beta adrenérgicos. Se administra de forma intramuscular o por medio de inhaladores para conseguir la broncodilatación.

- B2 Estimulantes: En los casos en que el asma no es muy severa, la broncodilatación se consigue con el empleo de un estimulante B2 como el salbutamol o la terbutalina. Se administra por medio de un nebulizador o un inhalador, también puede administrarse por vía oral a jarabes o tabletas. Es necesario vigilar las dosis y los efectos que producen. Como efectos secundarios al medicamento pueden presentarse taquicardia y temblores de los músculos esqueléticos.

- Compuestos de Teofilina: Se utilizan para la prevención de las crisis asmáticas en pacientes con asma moderadamente grave. Es un medicamento de empleo delicado por los efectos colaterales sobre el sistema Nervioso Central. Se utiliza en fórmulas de liberación lenta.

- Cromoglicato Sódico (inostral). Se administra por medio de inhalaciones de polvo seco, de spray o colirios, hasta el momento no se conocen efectos colaterales. La desventaja es que tiene que ser administrado alrededor de 6 veces al día.

- Corticoesteroides: Cuando no se obtiene mejoría notable con el uso de los medicamentos antes mencionados y en el asma grave, se utilizan esteroides. Los esteroides inhalados, presentan efectos secundarios como la ronquera. En casos mas severos se utilizan corticoesteroides por vía oral, su efecto broncodilatador es rápido pero presenta desventajas tales como retraso en el crecimiento.

En el tratamiento del asma deben de tomarse en cuenta los factores psicológicos que influyen para que el síntoma se presente ya que como se mencionó anteriormente el asma bronquial de tipo alérgico, es una enfermedad psicósomática. El tratar la enfermedad sólo desde el punto de vista médico sería solamente atacar a los síntomas y suprimirlos pero persistirían los factores psicológicos que intervienen en el padecimiento.

Para abordar el tratamiento del asma desde el punto de vista psicológico existen distintas técnicas de acuerdo con las diferentes teorías en la psicología. A continuación se exponen algunas de las técnicas terapéuticas más utilizadas.

a) Técnica de Desensibilización Sistemática.

En la desensibilización sistemática se emplean técnicas de relajación, que consisten en fortalecer las respuestas de tal manera, que los estímulos que provocan la ansiedad, lleguen a encontrar un grado de relajación tal que haya más posibilidades de que aparezca la relajación que la angustia que provocan ciertos estímulos. Las respuestas de relajación pretenden que se produzcan conductas más adaptativas. La Técnica de desensibilización reduce la probabilidad de evocación de respuestas de ansiedad.

En 1972, Philipp, Wilde y Day (En Navarro, A. 1988) aplicaron técnicas de relajación a asmáticos, partiendo de la premisa que el asma es una respuesta aprendida y que el factor psicológico es determinante en la aparición de crisis asmáticas. Concluyó que el relajamiento profundo puede mejorar la eficiencia respiratoria ante la exposición de algún inhalante. El tratamiento de relajación trata de enseñar al asmático a que controle su respiración haciéndole consciente que posee habilidades para producir este cambio. Para inducirlo al estado de relajación se emplean ejercicios y técnicas psicológicas de desensibilización.

Seargent y Yorkston en 1969 (Citado por Davila, 1982) utilizaron

desensibilización verbal en el tratamiento del asma Bronquial. Como primer paso investigaron las causas del asma Bronquial y encontraron que la ansiedad jugaba un papel muy importante en la personalidad de los asmáticos. A sus pacientes les dieron aproximadamente 8 sesiones de técnica de relajación en las que se les enseñó a discriminar entre temas que les causaban ansiedad y que por lo tanto alteraban su respiración. Se les describió la sensación de liviandad en el pecho hasta que ellos podían experimentarlo. Fué un tratamiento exitoso.

El éxito del tratamiento radica en controlar cuidadosamente las palabras. Los objetivos de la técnica son: Obtener por parte de los pacientes una efectiva descripción de los síntomas; enseñarles ejercicios de respiración y relajación; y Desensibilizar al paciente de los elementos del ataque y de los estímulos que le causan ansiedad y por lo tanto alteran su respiración causándole un ataque de asma, describiendo cada punto siguiendo una serie de etapas mientras el paciente era inducido a situaciones que podían provocarle el asma.

La sugestión verbal, es un método útil en niños. Los estudios realizados por Weiss y colaboradores en 1970 demuestran lo eficaz que resulta el sugestionar a los niños asmáticos. El experimento consistió en presentar a 16 sujetos inhalantes que contenían alérgenos (falsos), los cuales aumentarían gradualmente la dosis hasta que tuvieran la sensación de opresión en el pecho y empezaran a desarrollar los síntomas de un ataque asmático. Todos los sujetos respondieron ante e inhalante salino que sería un agente alérgeno psicológico unicamente.

En una sesión de control se les presentaron alérgenos, pero sin sugestión y se obtuvieron los mismos resultados, la conclusión de los estudios es que la sugestión viene a ser una de las técnicas más efectivas para aliviar conductas mal adaptadas.

b) Técnicas conductistas.

Este tipo de técnicas han demostrado gran efectividad en el tratamiento de diversas enfermedades psicossomáticas tales como: Migraña, colitis, gastritis y dermatitis entre otras.

En las diferentes clases de terapia conductual se aplican a

alunos aspectos de los factores psicológicos el asma, y se enfoca principalmente a lo que sería el comportamiento emocional, en la interacción del niño asmático con su medio ambiente, principalmente en la relación con la familia. Se intenta extinguir las conductas indeseables en el asmático, evitar las conductas reforzantes de la sintomatología, por parte de los padres y fomentar nuevas formas de en el aprendizaje de las funciones autónomas de la respiración. Se trata de un tratamiento complementario al farmacológico a base de broncodilatadores.

Los ataques de asma se ven originados por el aumento de la ansiedad. Son una respuesta condicionada y aprendida desde la temprana infancia Turnbull (citado por Navarro, 1988) dice que en el padecimiento interviene esencialmente el aprendizaje temprano de respuestas respiratorias como escape o evitación. Lo que significa que el niño por ensayo y error se da cuenta de la forma en que la madre está siempre presente. Al darle la madre más reforzamiento a las exigencias del niño o a las nueve conductas que éste va adquiriendo, sin darse cuenta ella va moldeando la aparición del asma, causada por la necesidad del niño de la presencia de su madre quien lo libra de la ansiedad.

En el proceso de moldeamiento de respuestas asmáticas, pueden darse efectos facilitadores como serían: los resfriados, bronquitis y otras infecciones del tracto respiratorio. El niño emite una respuesta asmática, la madre responde acercándose y poniéndole atención. El niño se da cuenta que con esa conducta logra la presencia materna.

Por lo anterior podemos concluir que en la terapia conductual, se busca la evitación de ciertas conductas y el fortalecimiento de otras más adaptativas. Es una técnica compleja en tanto que la forma de "reeducar" al niño es distinta en cada paciente y se requiere la cooperación de la familia para que no continúe reforzándole aspectos negativos.

c) Terapia Psicoanalíticamente Orientada.

Los psicoanalistas se han preocupado por estudiar los conflictos psíquicos de las personas con asma. Han realizado numerosas investigaciones, seguimientos de casos y aseguran que

la terapia Psicoanalíticamente orientada es de gran ayuda para superar el asma debido a su correlato psicológico. Dentro de las investigaciones realizadas en este terreno encontramos las publicadas por el Chicago Institute for Psychoanalysis (1952) que ha fomentado las investigaciones, consideran que hay una estrecha relación entre el asma y la necesidad de confesión, pues uno de los temores básicos en este tipo de pacientes es el alejarse de la madre o de que su madre los deje al enterarse de sus malos deseos y pensamientos. Es entonces cuando utilizan el recurso de la confesión; si la madre acepta lo que el niño dice de ella, entonces el niño alivia sus temores. Cuando el temor a perder el amor materno le impide decir lo que siente su recurso es expresarlo simbólicamente mediante el síntoma asmático que simboliza la "confesión reprimida". Los mecanismos que se han explicado operan a un nivel simbólico. La terapia tiene la función de darle un espacio al paciente para que exprese sus sentimientos, deseos e impulsos, ms decir dándole oportunidad de confesar sin ser juzgado lo que provoca cierto alivio pero este no es todo el trabajo pues se trabaja con niveles profundos para analizar los verdaderos conflictos.

El tratamiento del asmático, de acuerdo con el psicoanálisis no se limita a quitar el síntoma ya que el hecho de que exista un desorden psicósomático implica la existencia de alteraciones psíquicas y por lo tanto se alteran la personalidad y las relaciones interpersonales. La relación madre hijo del asmático, es conflictiva, por una parte se fomenta la dependencia y la cercanía, pero está matizada de ambivalencia. Los padres fomentan el síntoma del niño de una manera inconsciente y aun sin quererlo. Los diversos estudios con madres de niños asmáticos indican que la relación madre hijo es poco sana pues la enfermedad del niño genera ganancias secundarias en el niño y en su madre pues pueden continuar su simbiosis.

Para lograr su éxito en el tratamiento analítico de un niño con asma es conveniente se analice a la madre también. El terapeuta debe centrar su trabajo sobre el vínculo madre-hijo para que la madre le permita al niño separarse e individuarse.

Sperling (1944) señala que el tratamiento del niño asmático el niño va mostrando conductas sumamente agresivas, rebeldía y algunas veces episodios de encopresis, coprolalia y otras salidas del gran montante de agresión que tenía reprimida. Ms necesario orientar a los padres y ayudar al niño a canalizar su

agresión. Al inicio del tratamiento, es frecuente que se establezca una transferencia de dependencia y disminuyen los ataques asmáticos, posteriormente puede presentarse el temor de la separación del terapeuta y el paciente revive situaciones conflictivas de su vida. El terapeuta debe mostrar una actitud comprensiva para que el niño comprenda que aunque se vuelva

independiente no pierda el amor y que es aceptado como una persona independiente más que como una extensión de su madre.

Si hablamos de la psicoterapia como medio de ayuda para el paciente asmático, es necesario mencionar que existen variantes o distintas corrientes en psicoterapia como es la Terapia Familiar con enfoque sistémico, representada por Minuchin (1976) quien ha obtenido éxito al tratar al paciente asmático dentro de la familia ya que el asma es un padecimiento que afecta a quienes viven junto con el asmático dadas las características de personalidad del asmático, los cambios que tienen que hacerse para protegerlo y evitar en la casa las cosas que le causan daño y que el paciente algunas veces genera agresión que no le pueden aparecer expresar por temor que presente una crisis. La culpa también aparece dentro de los sentimientos que tienen los familiares del asmático. Para este autor es imposible tener el éxito total con la terapia de un asmático si no se trabaja con la familia pues el asmático es tan solo el síntoma de la familia, lo que significa que hay alteraciones en el sistema familiar.

Como hemos visto son muy diversos los tratamientos para el asma. Es importante conocerlos ya que para ser una enfermedad psicósomática tenemos que atender ambos aspectos: El médico y el psicológico. Desde el punto de vista del psicólogo es importante estar al tanto de los avances en el terreno médico pues los medicamentos agregando a los problemas psicológicos que ya tenía algunos trastornos en la conducta como por ejemplo: Puede provocar ansiedad e inquietud o por el contrario somnolencia y aletargamiento por lo que es indispensable para el psicólogo estar al tanto de la medicación y diferenciar si el síntoma del asmático es producto del trastorno, de sus rasgos de carácter o bien es el efecto del medicamento y así brindarle una mejor ayuda.

1.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL ASMA.

Para comprender la importancia que tienen los factores psicológicos en la etiología y el curso del asma, es necesario considerar que el asma es un padecimiento de los llamados psicósomáticos por lo que a continuación se explica en forma general que son las enfermedades psicósomáticas:

Otto Fenichel (1966) considera que todas las enfermedades tienen influencias psíquicas, la resistencia del individuo ante los agentes infecciosos se ve influenciada por el estado de emocional del sujeto.

Alexander F (1966) señala que "La medicina psicósomática consisten en la aplicación coordinada de métodos y conceptos somáticos (anatómicos, fisiológicos, farmacológicos y quirúrgicos) así como los conceptos y métodos psicológicos, estudiados con los mismos criterios científicos". La teoría de Alexander supone que cuando un sujeto tiene un conflicto específico reprimido como por ejemplo la ansiedad o la agresión o bien la pasividad, se ponen a funcionar una serie de mecanismos defensivos, simultáneamente, las emociones se ven acompañadas de alteración en el sistema simpático y en el parasimpático del Sistema Nervioso Autónomo, lo que afecta directamente el funcionamiento de los órganos viscerales, estos trastornos se les denominó neurosis vegetativas u organo neurosis. Este autor explica la diferencia entre un síntoma vegetativo y uno histérico: en ambos casos se trata de el resultado de una tensión crónica que no pudo ser descargada. Sin embargo, los mecanismos que intervienen son distintos, en el caso de la conversión histérica, el síntoma es un intento de aliviar (de manera simbólica) la tensión emocional. Es por tanto un intento de descargar un contenido emocional concreto, por medio del desplazamiento, Un ejemplo sería el vómito, que significaría estar embarazada ó parálisis, que podría significar el deseo de ir algún lugar que está prohibido.

La neurosis vegetativas u organo neurosis consisten en una disfunción psicógena de un organo vegetativo, el cual no se encuentra bajo el control del sistema neuromuscular y por ende no puede expresar algún significado psicológico primario. El síntoma vegetativo no sustituye a la emoción, sino que actúa como su concomitante fisiológico.

Es indiscutible la importancia que tienen las emociones como factores desencadenantes y para el control de un ataque de asma. Esta enfermedad se clasifica dentro de las enfermedades psicósomáticas considerando que el asmático tiene manifestaciones premorbidas y sus síntomas representan respuestas exageradas y crónicas de emociones profundas.

Los principios psicoanalíticos básicos para la comprensión de las enfermedades psicósomáticas Enunciados por Deutsch(1953) son: El principio de causalidad, el determinismo psíquico y la compulsión a la repetición. Lo anterior se refiere a que los eventos y situaciones de la realidad que conducen a un conflicto se expresan por medio del órgano. Es un mecanismo disparador que pone en movimiento el proceso psicósomático del pasado que estaba en un estado latente. De acuerdo con los supuestos analíticos los mecanismos desencadenantes son de carácter inconsciente, es decir que se hallan bajo el efecto de la represión. Si se motivan por alguna causa dichos afectos e impulsos reprimidos, buscan una salida y la encuentran en los órganos.

Continuando con el punto de vista dinámico, todas las funciones biológicas están gobernadas por las emociones además de los mecanismos reguladores neuroquímicos y hormonales. Si todos estos factores permanecieran en equilibrio, estaríamos hablando de una persona "sana". Sin embargo estos factores se pueden afectar cuando están en un nivel primitivo de desarrollo, cuando las percepciones están puestas sólo en el propio cuerpo. Una enfermedad o lesión en esta temprana época puede ocasionar un desarrollo psicósomático desigual.

Las perturbaciones del Yo corporal pueden originarse durante cualquier nivel de desarrollo. Pueden darse fijaciones a niveles tempranos donde el Yo corporal se toma a él mismo como objeto por lo que se ve en la necesidad de producir un cambio en él; se trata de un cambio autoplástico al no ser capaz de modificar su medio ambiente.

En etapas posteriores los órganos pueden ser objetivizados y simbolizados de acuerdo con sus relaciones de objeto. Los órganos son utilizados como defensa y como gratificación, se da la posibilidad que entre los órganos se establezca una lucha: Los órganos activos cargados agresivamente se oponen al funcionamiento de aquellos pasivos.

En el caso específico del asma alérgica, aparecen ciertas reacciones a la estimulación de las percepciones sensoriales de oler o de gustar conectadas con la irritación de la mucosa nasal, la boca y el tracto respiratorio. Como una reacción a la estimulación se contraen los músculos del torax y de la laringe y se produce una sensación de opresión como si viniera del exterior. Cada una de estas sensaciones tiene un contenido específico con su respectivo correlato psíquico (Deutsch, F 1953). Cuantas más de estas sensaciones se ven envueltas en la situación desencadenante de la realidad mas prontamente y con mayor severidad se precipita el ataque asmático. Puede decirse que el acceso asmático se basa en la eficiencia de la interacción de fenómenos físicos, psíquicos y somáticos, Esto coincide con la Teoría Holística del asma antes expuesta.

Los factores que intervienen en la formación de los desordenes psicomaticos desde el punto de vista psicoanalítico de H. Deusch (Citado por Navarro, 1988) se resumen de la siguiente manera:

- 1.- Una disfunción orgánica en el periodo prenatal.
- 2.- Las coincidencias de estas disfunciones con el conflicto instintual en un nivel específico del desarrollo psíquico.
- 3.- La frecuencia de la replica simultanea de la disunción y el conflicto específico.
- 4.- El monto y el número de percepciones sensoriales envueltas en el proceso psicomatico.
- 5.- La fusión de los procesos psíquicos y somáticos.
- 6.- La represión de la experiencia que originó el conflicto.
- 7.- La consistencia en utilizar las disfunciones orgánicas como expresión preverbal del conflicto.
- 8.- Factores o figuras importantes del pasado que estimularon el conflicto o el síntoma.
- 9.- Simbolización temprana de la parte del cuerpo involucrada.
- 10.- El grado de debilidad Yoica y su incapacidad para resolver problemas de una forma adaptativa.
- 11.- Grado resultante de la falla Yoica y orgánica.
- 12.- Tipo de desorden del comportamiento y patología que desarrolle.

13.- Características de personalidad de las figuras parentales.

14.- Otras experiencias significativas en la vida.

Catherine Bacon (1956) explica el proceso del asma de la siguiente manera; Así como un asmático responde con un ataque de disnea a las irritaciones fisiológicas del aparato respiratorio, el asma neuroticamente originada es la respuesta a miedos inconscientes y fantaseados a un ataque al aparato respiratorio, por lo que los cambios fisiológicos que lo acompañan (contracción de músculos del tracto respiratorio, secreción de mucosa, cambios en la capacidad de espiración entre otros) constituyen un intento de resguardarse a la posible agresión que teme sufrir. Se sabe que la estimulación de la mucosa anal y urogenital estimulan la respiración y posiblemente las fantasías excretoras agresivas que estimulan las mucosas excretoras y genital, reflejamente sensibiliza el sistema respiratorio. Cuando el tracto respiratorio ha sido movilizado de esta manera, el asma puede ser precipitada por la agresión de un superyo punitivo o por su equivalente ambiental. El castigo fantaseado del asmático viene por parte del Superyo pero puede ser proyectado a una de las figuras parentales externas; se establece una constante lucha entre el ser un hijo bueno: Si triunfa, la madre lo ama, lo alimenta y lo cuida (una fantasía común en asmáticos es que sus madres los salven). Cuando se muestra agresivo, teme que su madre lo desprecie, lo abandone (en la fantasía teme que lo asfixie). con lo anterior se pretende explicar el por que el asma es considerada una patología de etapa anal. Los niños en etapa anal, con el entrenamiento de esfínteres luchan entre el ser un hijo bueno y obedecer a mamá no ensuciándose y el utilizar sus heces para agredir a la madre, lo que les causa placer por el control que tienen sobre sus necesidades y sienten que manipulan a la madre, pero al mismo tiempo les causa una gran culpa y temen ser abandonados y perder el amor de la madre.

La ambivalencia es un fenómeno normal en el niño que atraviesa por la etapa anal, pero el niño asmático la fuerza de sus instintos es tan pronunciada que le impiden afrontar la ansiedad que le causa tener que tomar una de las alternativas (expulsar o controlar). La expresión abierta de cualquier descarga instintiva no satisface por completo la necesidad, ya que si la descarga satisface solo los sentimientos de deber, o solamente el deseo de agredir, la gratificación es sólo parcial. Cuando estos sentimientos y actitudes son parte de una defusión instintual a un nivel mas profundo que incluye el deseo inconsciente de que muera el objeto, temor a la pérdida del amor del objeto y temor a la retaliación, la intensidad de estos afectos puede causar alguna forma de perturbación en el aparato respiratorio.

La agresión juega un papel fundamental en el desarrollo del asma y en la aparición de los ataques de disnea. Cuando los sentimientos agresivos del paciente están por emerger, se sensibiliza el tracto respiratorio, cualquier hostilidad es percibida como proveniente de una fuerza mala y es tomada como una agresión externa a la que ha de responder de forma de un ataque, que es la forma de respuesta que aprendió. En el paciente asmático se encuentran marcados rasgos de masoquismo, con la agresión que implica el ataque asmático, se agrede a él mismo.

Alexander, F. y French, Th. (1966), publicaron un libro donde aparecen sus hallazgos en las investigaciones con pacientes asmáticos. De acuerdo con estos autores, el asma es la necesidad de ser protegido por la madre, el ataque de asma viene a ser el ataque de llanto reprimido. La personalidad del asmático varía mucho, pero todos muestran un gran apego a la figura materna o algún sustituto. generalmente son sujetos con una gran necesidad de dependencia, necesitan sentirse amados y aceptados, el ataque se da ante el temor a la pérdida del amor. Para que una persona presente asma, es necesario que existan factores psicológicos y somáticos (sensibilidad alérgica) la combinación de ambos produce el síntoma en la mayoría de los casos según los resultados de numerosos estudios hechos por estos autores.

La función respiratoria influye en la forma de hacer una demanda, los niños pequeños utilizan el grito y el llanto para llamar la atención de los mayores, posteriormente pueden hablar. En estos procesos al igual que en el asma, intervienen la respiración.

Las conclusiones a las que llegó Alexander y French (1941), de analizar a 27 adultos y 11 niños con asma son las siguientes:

- 1.- El ataque de asma es la reacción ante el peligro de la separación de la madre.
- 2.- Los ataques ocurren al romperse o debilitarse las defensas.
- 3.- Las situaciones en las cuales el miedo a la separación fué el estímulo pueden verse de dos maneras:
 - a) Intento de separarse de la madre.
 - b) Situaciones de tentación por impulsos reprimidos que la madre desapruueba.

Los impulsos inaceptables por el paciente eran de hostilidad hacia la madre.

- 4.- Las defensas más utilizadas por los pacientes asmáticos, eran aquellas orientadas a buscar la reconciliación, por

ejemplo el utilizar el propio sufrimiento como una ganancia secundaria.

- 5.- La estructura de carácter de los pacientes es variada, pero es común encontrar en ellos inmadurez, falta de dependencia, sensibilidad emocional y sobredependencia materna.
- 6.- Existe una correlación entre los ataques de asma y la inhibición del llanto.
- 7.- La vida del asmático se ve gobernada por la tarea de dominar el temor de ser abandonado.

Se puede concluir que no existe una personalidad determinada en los pacientes asmáticos, pero se ha demostrado en numerosos estudios como los de Sperling (1968), Jessner (1958), Alexander (1966) y otros, que los niños asmáticos son muy sensibles emocional y físicamente recientes hasta la más leve crítica y no toleran la frustración, sin embargo son muy pocos los que reaccionan con conductas agresivas. Muchos niños asmáticos se asustan de sus capacidades potenciales de expresar ira, por lo tanto, sienten que deben protegerse de sí mismos y de frustraciones que no puedan afrontar, por lo que se altera su relación con el mundo externo es un intento por evitar las situaciones frustrantes o agresivas que podrían hacerle perder el control:

Se ha visto (Alexander, F 1966) que los niños asmáticos frecuentemente desarrollan fantasías que sugieren una asociación de las sensaciones físicas de su enfermedad con sus sentimientos hostiles de una forma concreta. Durante su análisis suelen describir o actuar fantasías de opresión en el pecho o de sofocación.

El niño con asma, es descrito como un niño dependiente, en ocasiones pasivo, inmaduro, irritable, algunos tímidos y otros rebeldes. Las investigaciones más recientes hechas con niños asmáticos han dado como resultado los siguientes principios (Citado por Naranjo, M.T. 1988).

- 1.- No existe una personalidad típica del paciente asmático.
- 2.- Muchos pacientes asmáticos, tienen marcados deseos de ser protegidos especialmente por la madre.
- 3.- Muchos niños asmáticos, presentan un inadecuado manejo de los impulsos y de los afectos.

Para concluir con este capítulo sobre el asma, puede decirse que el asma es una enfermedad psicósomática en la que como se

explicó anteriormente interviene tanto factores físicos como psicológicos. Es un padecimiento que no afecta sólo al organismo sino también al funcionamiento psicológico de la persona que lo padece por lo que resulta muy importante como psicólogos ocuparnos de este problema.

CITAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Gomez y Sienna (1982) Asma Aguda. Urgencias en Pediatría. México D.F. Edición médica del Hospital Infantil de México Federico Gomez. Pag. 34
- 2.- Perrin, E (1988) Manual de Alergias Para Peditras. Oslo Suecia. Editado por Pharmacia. Pag 29.
- 3.- Mc Govern Allergi Clinic (1988) Handbook for the allergic Patient. Houston Texas. Mc Govern Clinic.

II RELACION MADRE-HIJO.

II RELACION MADRE-HIJO

2.1 La relación madre-hijo del niño preescolar (0-5 años).

En el transcurso de la vida el ser humano se va transformando de un ser biológico, inmerso en un mundo poco estructurado, dependiente totalmente de los cuidados maternos e incapaz de diferenciar entre su cuerpo y el ambiente que lo rodea, con una estructura de personalidad que lo caracteriza y le permite participar activamente en el mundo en que vive. Adquiere técnicas de adaptación, mecanismos defensivos, patrones de relación, una organización de sus funciones mentales y del aparato psíquico.

El niño para lograr la organización y poder en el futuro tener una personalidad estructurada e integrada, atraviesa por dos procesos: El desarrollo, que se refiere a la interacción de los procesos de maduración y las influencias ambientales que conllevan a la mas alta estructuración y a el establecimiento de diferencias en el aparato psíquico. La maduración abarca los procesos de crecimiento que ocurren con relativa independencia del medio ambiente. El desarrollo de la personalidad se puede definir como "El despliegue de una predisposición innata (Anlage) - constitución - bajo el influjo del ambiente. Dado que el ambiente primario del individuo es creado por los padres naturales, que transmiten al niño las normas culturales, los factores genéticos y ambientales se entrelazan estrechamente entre sí, y encadenados unos con otros forman - como dice Freud - "Una unidad etiológica inseparable". (1)

La interacción del bebé y su madre se inicia desde la concepción, el desarrollo intrauterino depende de una continua gratificación de las necesidades básicas y de la protección de factores externos, pero cabe señalar que no sólo se transmiten los factores fisiológicos de la madre que ayudan al desarrollo del feto pues las fluctuaciones del bienestar físico y emocional de la madre pueden ser registradas por el feto. Esos cambios en la madre pueden modificar la capacidad que tendrá el bebé para adaptarse a la vida. La relación entre la madre y el niño se encuentra mediada por las membranas semipermeables de la placenta, a través de las cuales hay un intercambio de sustancias químicas los sistemas nerviosos de la madre y el bebé no tienen una relación directa sin embargo el intercambio de sustancias por medio de la placenta, ocasiona que un desequilibrio en las sustancias de cuerpo de la madre pueda dañar al bebé.

Con el nacimiento se interrumpe la simbiosis feta. Antes de nacer, se encontraba en un estado ideal, protegido del frío, habitaba una cámara oscura en las que todas sus necesidades eran satisfechas sin ningún esfuerzo por parte del pequeño, por medio del cordón umbilical, era alimentado y de la misma forma deshechaba lo que no necesitaba. No tiene todavía la experiencia de las tensiones creadas por una necesidad fisiológica. Con el parto el niño es expulsado a un mundo lleno de estímulos: Luces, ruido, olores, calor o frío, tiene que respirar el aire y aprender a asirse al pecho de la madre para obtener el alimento. Necesita controlar sus músculos y movimientos para lograr digerir el alimento y desechar lo que no necesita. Todos sus esfuerzos por sobrevivir implican trabajo, a veces incomodidad y frustraciones. La fisiología del neonato ha cambiado, pasa de la pasividad con que vivía en el útero a la actividad para enfrentarse al nuevo mundo.

Durante las primeras semanas de vida, el niño duerme mucho tiempo, pues durante el sueño está en una situación semejante a la vida intrauterina, despierta por las sensaciones de hambre y dolor. Por medio del llanto descarga sus necesidades internas, cuando sus necesidades alcanzan el umbral que activa la descarga motriz (llanto), continúa aumentando hasta que aparece el objeto satisfactor. Generalmente es la madre quien se encarga de satisfacer las necesidades del bebé. La conducta de la madre se determina por varios factores como son el espíritu maternal, costumbres de la crianza, influencias sociales, etc.

Por medio del amamantamiento, la madre provee no solo de alimento al bebé sino también le comunica por medio de las sensaciones cinestésicas la seguridad y confianza que serán la base de su desarrollo y posterior adaptación al mundo; son estas primeras sensaciones las que acompañan al bebé por toda su vida dándole la confianza básica y capacidad de tolerancia. Si el proceso no tiene disturbios y el pequeño confía en que sus necesidades serán satisfechas. Este sentimiento de la madre es considerado la relación afectiva más temprana; es el correlato intrapsíquico del estado pasivo dependiente y receptivo en el que se encuentra el niño. La confianza es lo que mantiene unida a la diada madre hijo. La madre participa en la relación, con su personalidad ya estructurada; aporta los antecedentes de sus propias experiencias infantiles de los cuidados que recibió por parte de su madre, sus fantasías y otras experiencias. Es diferente la interacción de una madre primeriza que de una mujer que ha tenido experiencia en el cuidado de los hijos, sin embargo cada relación va a ser completamente diferente y pueden tener ventajas o desventajas.

"Los patrones de personalidad de una mujer son de primera importancia en el desarrollo de la personalidad de su hijo. Es ella quién ayudará al niño a estructurar y participar en una íntima relación simbiótica con ella. En su persona, la madre encarna a la sociedad y la cultura a la que ella y el bebé pertenecen, en la cual el se criará y pasará su vida." (2)

La expresión de la agresividad que posteriormente desarrollará el niño y su tolerancia a la frustración depende en gran medida de esta primera relación "Muchos son los jovencitos que vuelcan su agresividad contra ellos mismos mediante el asma, los vómitos, los accidentes constantes y los temores exagerados" (3). Por lo tanto se puede pensar que hay un cierto grado de correspondencia en la calidez o la agresión encubierta que matiza la conducta materna y los afectos que muestre el niño, de aquí la importancia del estudio de las conductas maternas para entender los síntomas de los niños.

Durante el primer año de vida se encuentran estrechamente las funciones biológicas y las psicológicas (Nagera 1975) y por lo tanto se influyen grandemente por la madre. Conforme el niño se va desarrollando lo psicológico se desprende pero siempre se relaciona.

Para que el niño logre un desarrollo adecuado, requiere de un equipo biológico completo. Pero aun suponiendo que su equipo biológico este en óptimas condiciones al nacer, su desarrollo psicológico e incluso físico depende del establecimiento de las relaciones objetales. Son muchos y de muy diversas corrientes los autores que se han interesado por el estudio de las relaciones objetales pero todos coinciden en la importancia de la madre como primer objeto de amor para el desarrollo normal o patológico del ser humano. Antes de exponer algunas de las teorías de relaciones objetales empezaré por definir lo que es una relación objetal. Laplanche y Pontalis (1986) dicen que es un término que designa el modo de relación del sujeto con su mundo y que va a determinar la organización de la personalidad. El niño al nacer requiere de la madre para satisfacer sus necesidades, la madre al satisfacerlo se convierte en su primer objeto libidinal; es decir que es la primer persona donde deposita su energía.

La primera forma que tiene un bebé para relacionarse con el medio ambiente externo es la actividad oral, así reconoce el pecho de la madre de donde al mismo tiempo que toma alimento se empapa de las características de esta, de su olor, su calor, etc. El niño nace en un estado casi indiferenciado en donde no parecen existir objetos pero gradualmente se van estableciendo los vínculos estableciendo los vínculos objetales. De no ser así moriría.

2.1.1 El desarrollo de Acuerdo a la Teoría de Spitz.

De acuerdo con lo propuesto por Spitz (1965), existen tres etapas en el desarrollo del niño en cuanto al aspecto psicológico y son las siguientes:

- a) Etapa Preobjetal.
- b) Etapa del precursor del Objeto.
- c) Etapa del desarrollo libidinal propiamente.

La etapa preobjetal, se refiere a que en el mundo del neonato no existe un objeto y por consiguiente no puede establecerse una relación con objetos. El niño está volado en el mismo, a esta etapa se le llama también etapa de no diferenciación pues no distingue aun entre los límites de el y de su madre dado que la percepción, procesos de mielinización no están muy desarrollados y la actividad motora es desorganizada. El umbral de percepción es elevado para protegerlo de las estimulaciones externas como son: la luz y el sonido. Hay que recordar que acaba de salir del útero materno en donde no estaban presentes estos estímulos. Puede decirse que prácticamente no existe mundo externo para el neonato.

El estar en el regazo de la madre y tener el pezón dentro de la boca lo hace sentir seguro y es la situación que más se asemeja a la vida intrauterina.

La fisiología del niño se encuentra al servicio de la supervivencia y el llanto constituye una descarga de la excitación que causan las necesidades insatisfechas.

De acuerdo con este autor, en el transcurso de las primeras seis semanas de vida, se fija el rostro materno en la memoria del niño en forma de huellas moemicas.

Aproximadamente en el tercer mes de vida, el bebé responde con una sonrisa al rostro de un adulto, siempre que se presente de frente. La sonrisa es la primera manifestación de la conducta activa e intencional, no indica una verdadera relación de objeto sino que es una relación parcial de objeto ya que responde solo al signo gestálico integrado por la boca, la nariz y los ojos y no puede diferenciar entre un ser humano y otros.

La gestalt signo viene a diferenciar entre la percepción de cosas de manera desordenada, como percibía antes, al establecimiento del objeto libidinal; Reviste de catexias libidinales a la madre. Posteriormente lo que era un signo (gestalt) pasa a ser el objeto propiamente dicho.

Es el surgimiento del preobjeto como precursor del objeto libidinal (sonrisa ante el rostro) lo que marca el fin de la etapa de no ser diferenciación.

Es generalmente, en el octavo mes de vida cuando se presenta la reacción ante lo desconocido. Se angustia al estar con un extraño alejado de su madre, no tolera las ausencias de la madre. El niño reconoce el rostro materno de entre los otros seres humanos. Lo anterior indica que ya se estableció un objeto libidinal.

El reconocimiento de la madre no es solo a nivel perceptual (vista) sino también en lo afectivo. La relación con el objeto es exclusivista y no la puede sustituir otro objeto.

Conforme el niño se desarrolla, la relación con su madre y las actitudes que ésta tiene con él, se van modificando. Al principio la madre tiene una actitud de protección, de cuidados y sumamente cariñosa para con su bebé. Cuando el niño desarrolla su motricidad y comienza a explorar el mundo. La actitud materna es de prohibiciones constantes, le dice lo que debe y no debe de hacer.

Los intercambios en la relación madre-hijo tienen que ver en gran parte con los arrebatos infantiles y la disciplina que impone la madre. De la fase anterior a esta cuando la madre solo se ocupaba de darle cariño y protección al niño es de donde se determinan las relaciones de objeto posteriores; sin embargo en cada etapa la madre juega un papel importante para el desarrollo. La madre es como un Yo externo del niño.

Spitz (1965), sostiene que la capacidad del niño para tolerar la frustración da origen al principio de realidad. A su vez la tolerancia a la frustración que desarrolla el pequeño esta de acuerdo con sus experiencias vitales las que están sujetas a la relación que la madre establece, a las gratificaciones que le da y al hecho de que si fomenta en su hijo la capacidad de demora o por el contrario no le deja esperar al satisfactor y antes de que pida se le da.

Para este autor tanto los avances en la percepción, en la motilidad y en la socialización se deben en gran parte a la relación materna. Del clima emocional de esta relación se deriva la identificación. El niño se identifica con la madre, la imita en su forma de actuar para estar capacitado y proporcionarse él mismo los cuidados que la madre le tenía que dar anteriormente.

Así como la madre es indispensable para desarrollar la capacidad de tolerancia a la frustración, favorece la motilidad, la percepción, puede decirse que determina en gran medida del desarrollo del Yo y del superyo y por lo tanto sus funciones. Como anteriormente se menciona la madre es un Yo auxiliar para el pequeño. Si ese Yo está lo bastante estructurado y consolidado, el niño tiene mas posibilidades de tener un buen desarrollo pero si las fallas en el Yo de la madre no le permiten ejercer adecuadamente su labor de maternaje, es difícil que el niño desarrolle una estructura psíquica óptima.

Melanie Klein (1937) Considera que la madre es al mismo tiempo el primer objeto de amor y a la vez de odio. El lactante odia y ama a su madre con una gran intensidad. Ama a su madre cuando esta satisface sus necesidades de alimento, calma su hambre al mismo tiempo que le brinda un placer sensual a través del estímulo que el experimenta en su boca al succionar. Pero cuando el pequeño tiene hambre y no recibe gratificación, o cuando siente molestias o dolor físico, se despierta un odio y agresión hacia esa misma persona que antes le fué gratificante.

Podríamos decir que al principio, el infante tiene dos objetos: Al objeto malo se dirigen todas las agresiones por negarse a gratificar las necesidades. Al objeto bueno se vuelca la libido, ya que proporciona solamente las satisfacciones y placer. Posteriormente con la integración de la huella mnémicas de experiencias que se repiten constantemente y los intercambios entre madre-hijo, se van fusionando las dos imágenes (la madre buena y la madre mala) en una sola, y surge el objeto libidinal total. Una madre que a veces es buena y complace, pero que a veces retrasa la satisfacción.

La madre es quien reprime o facilita según sus actitudes, por lo tanto puede acentuar "el objeto bueno" o el "malo" y con esto determinar el modo en que las relaciones de objeto se conforman. Si esta primera relación proporciona al bebé mas experiencias satisfactorias existen mayores posibilidades que se desarrolle en las sensaciones de bienestar y confianza, aprenderá a confiar en sí mismo y en el mundo que le rodea.

La madre es la persona que satisface los deseos orales de infante; ella se convierte en el blanco de los impulsos agresivos y libidinales del infante. Ese blanco, la madre, no es aun percibida como persona unificada, permanentemente inalterable. (Klein 1937).

Winnicott (1987), destaca en su teoría la importancia de la labor de maternaje para el desarrollo normal del niño. Para este autor, el niño y su madre son vistos como una unidad en la primera infancia. Son los cuidados de la madre y el Yo de la madre, los encargados de fortalecer y estabilizar el Yo del niño. La finalidad de estos cuidados maternos es la separación mental de niño, su diferenciación para adquirir su propia personalidad. El resultado de cada falla en el cuidado materno conlleva a un debilitamiento en la estructura yoica del pequeño.

La primera parte de la teoría de Winnicott, abarca los seis primeros meses de vida del niño. Se plantea el paso de la dependencia absoluta a la dependencia relativa para poder llegar posteriormente a la independencia. Simultáneamente se da el paso del principio del placer al de realidad, y del autoerotismo a la relación objetiva. Para que el niño pueda dar estos pasos se requiere de una madre que tiene que experimentar junto con el niño ciertos cambios para ir satisfaciendo sus necesidades. La clave de esta teoría está en la dependencia. Es a partir de la dependencia como se llega al establecimiento de una relación de objeto.

Entre el erotismo oral y el establecimiento de una verdadera relación de objeto, hay una zona intermedia, a la que denomina "Objeto transicional" (4). Este simboliza una relación parcial, el pecho de la madre es un objeto transicional en tanto que el niño lo considera una posesión. Posteriormente el objeto transicional que el niño elige tales como son un muñeco, una frazada etc, simboliza a su primera relación por lo que le da seguridad para separarse. Es prerequisite el haber introyectado un objeto bueno y otro persecutorio para llegar a esta fase de transición de la dependencia absoluta a la relativa. Las cualidades del objeto internalizado por el niño dependen de la madre, es decir de las funciones de maternaje realizadas.

Durante los primeros meses de vida, la función materna principal es la de sostén (holding). Por medio de satisfacer sus necesidades fisiológicas como el hambre, el sueño etc. y transmitiéndole la sensación de ser querido y apoyado mediante la relación empática de la madre el niño va desarrollándose favorablemente.

Se dice que la madre desarrolla una sensibilidad extraordinaria para comprender a su bebé y darle lo que necesita mientras el mismo puede proporcionarse los cuidados o pedirlos. Cuando la madre no es capaz de responder empáticamente a las necesidades del niño, no cumple adecuadamente su función de maternaje y por lo tanto el niño no puede tener un óptimo desarrollo psicológico.

Una falla maternal en los primeros meses de vida, desorganiza el proceso de desarrollo psicológico, impide al Yo estructurarse solidamente, crea confusión y llega hasta la desorganización, lo que equivaldría a un estado psicótico. Si falla se da en un periodo posterior la desorganización del niño no es total, sino que se restringe a un área delimitada, tal es el caso de las enfermedades psicosomáticas (Mahler, 1975).

En el anterior párrafo vemos claramente la importancia del maternaje para el desarrollo de las enfermedades psicosomáticas como lo es el asma. De aquí la importancia de estudiar a la madre para una mayor comprensión del niño.

2.2.3 Teoría de Mahler

Para hablar del desarrollo del niño, es necesario exponer algunos puntos de la teoría de Mahler (1975), quien propone que el niño atraviesa por una serie de etapas para llegar a la individuación, es decir para funcionar separado de su mamá y adquirir sus características propias. Las fases que se proponen son:

- a) Autismo Normal
- b) Simbiosis
- c) Separación Individuación

Esta autora parte de la tesis de que el nacimiento psicológico del niño no es simultáneo al nacimiento biológico, ya que en el nacimiento biológico, las estructuras nerviosas, perceptuales y sensorios no están suficientemente desarrollados para integrar la estimulación externa. El sistema nervioso central está en proceso de mielinización. Esta primera es denominada fase autística normal y va desde el nacimiento hasta el segundo mes aproximadamente. Esta fase se caracteriza por la no diferenciación entre lo interno y externo, no parece distinguir entre sí mismo y el ambiente. Durante esta etapa, la barrera de estímulos sensoriales es elevada para protegerlo del medio, hay una relativa ausencia de catexia de los estímulos externos. El pequeño pasa la mayor parte del día durmiendo, se despierta ante tensiones como el hambre. Parece que los procesos fisiológicos rigen esta etapa. El niño parece estar en una situación de desorientación alucinatoria primitiva, de aquí el nombre de autismo a esta etapa.

El papel de la madre en esta etapa es el de satisfacer sus necesidades biológicas y promover la progresión a la siguiente etapa mediante el contacto. La libido que estaba volcada en el mismo, es desplazada en parte hacia la madre gracias a la relación entre ellos.

Durante el segundo mes de vida, se desarrolla la simbiosis, en la que el niño se comporta como si su madre y el constituyeran un sistema omnipotente, una unidad dual. La barrera contra los estímulos disminuye gradualmente su intensidad para poder recibir y seleccionar la estimulación externa. El niño tiene una necesidad absoluta de la madre y la madre necesita a su bebé aunque de una forma mas relativa, mas emocional que fisiológica.

Mahler utiliza el término simbiosis para referirse a un estado de indiferenciación, de fusión con la madre en el que el Yo y aun no se diferencia del no yo. Es una sensación somatopsíquica de estar unido con la madre, lo que le da sentimiento mágico de omnipotencia. Para que el niño se desarrolle normalmente tiene que atravesar por esta etapa. La simbiosis es óptima cuando en esta etapa se establece un contacto visual de la madre con su hijo, especialmente durante el amamantamiento. La madre actúa como un auxiliar del niño.

La fase simbiótica propuesta por Mahler, es el equivalente del estadio preobjetal de Spitz. Una de los logros de esta etapa es el catexiar a los objetos del mundo externo, fundamentalmente la madre.

En el tercer mes de vida aunque prevalece el narcisismo primario este no es absoluto dado que el infante empieza a percibir en forma vaga que la satisfacción de sus necesidades viene de un objeto parcialmente externo aunque se encuentre en su órbita de la unidad simbiótica omnipotente. De acuerdo con la secuencia placer-dolor, toma lugar la demarceción del Yo corporal dentro de la matriz simbiótica. Estas representaciones son depositadas como la imagen corporal.

El Yo se moldea por la presión de los instintos y por la presión de la realidad. El cuerpo tiene dos clases de autorepresentaciones: Un núcleo interno de la imagen corporal con un límite volcado al interior del cuerpo y una capa externa de engranes sensorceptuales que contribuyen a los límites del ser corporal.

Se da un cambio de las catexias predominantemente propioceptivas-enteroceptivas hacia las catexias sensorioceptuales lo que constituye un paso importante en el desarrollo pues es el primer cambio de cargas libidinales y constituye por una lado un prerequisite de la formación del Yo corporal y por otro lado la capacidad de establecer una relación de objeto total.

Si hablamos del niño asmático, podemos decir que su aparato respiratorio recibe las catexias libidinales que se destinan a la formación de la imagen corporal de aquí que Kopitz (1984) encontró que el Dibujo de la Figura humana de niños asmáticos, muestra distorsiones en su imagen corporal.

Benederk T, (1971) sostiene al igual que Mahler, que en la etapa simbiótica la dependencia del niño es total y que la madre depende parcialmente de la relación con su hijo. En los casos en que la autoestima depende únicamente de la relación con su hijo, la simbiosis se altera. La madre adopta una postura exageradamente protectora y posesiva que le obstaculiza al niño en su progresión a la individuación pues no le da la confianza básica. Mientras mejor sea la relación durante la simbiosis, mejor será el paso en la siguiente etapa.

Una madre que es en extremo Narcisista (Bowlby, 1985) es incapaz de satisfacer las exigencias del niño, pues carece de capacidad empática para captar lo que su niño necesita en realidad y como van cambiando estas demandas, lo que causa dificultades en el desarrollo del niño que pueden reflejarse en los años posteriores. Si los niños han recibido buenos cuidados maternos experimentan menos temores ante la separación.

Martha Bekei (Citado por Olivares, C.) dice que la enfermedad psicósomática se deriva de la etapa de dependencia-independencia por una dependencia patológica.

Durante la fase de separación individuación, disminuye la dependencia corporal de la madre gracias a la locomoción. Al inicio de esta fase se desarrolla la imagen corporal. El bebé responde ya con una sonrisa a situaciones específicas y permanece alerta al mundo externo. La separación y la individuación son procesos que se superponen. La individuación se refiere a la evolución de la autonomía intrapsíquica como son la percepción, la memoria y la cognición, es decir las áreas libres de conflicto. La separación se refiere a la diferenciación, el establecimiento de límites y el despegarse de la madre. Ambos procesos deben desarrollarse paralelamente.

Para estos procesos es necesario la diferenciación corporal, el establecimiento de una relación de objeto con la madre y el desarrollo de la autonomía primaria del Yo. Se da un periodo de ejercicio y otro de reaceramiento. Surge la angustia de separación por lo que el niño tiene que regresar a la madre y asegurarse de que está presente aunque no esté a su lado. El niño busca continuamente y requiere tanto de su presencia y cercanía como de su independencia. Es un periodo crítico que determinará las posteriores relaciones que el niño establezca. Es bien sabido que la primera relación objetal matiza las posteriores. Cuando el niño logra desplazarse y mantenerse de pie, su visión del mundo cambia; se hace más amplia. En esta fase en que empieza a separarse físicamente de la madre, se aleja pero tiene que regresar continuamente a la madre para reasegurarse, los niños en este periodo tienden a la ambivalencia, desean estar pegados a mamá a la vez que quieren conocer el mundo e investigar ellos solos. Sufren por la pérdida de la omnipotencia narcisista que experimentaban en la fase anterior. Se da cuenta que el no puede regir a los demás objetos y que es alguien externo quien lo gratifica y lo frustra sin que el intervenga activamente. Es especialmente difícil para las madres su labor en esta etapa dada la ambivalencia del niño y a que ellas también les cuesta trabajo aceptar que sus bebés no van a estar tan cerca y no dependen absolutamente de ella, lo que puede ser una herida a su narcisismo.

Es hasta los 21 meses aproximadamente cuando el niño puede mantener una distancia óptima con su madre. Logra internalizar la figura integrada de su madre y mantiene la constancia objetal de modo que aunque esté separado de su mamá sabe que ella sigue existiendo y confía en sus cuidados. Por lo que su angustia de separación disminuye. El niño reconoce su imagen en el espejo, lo cual constituye una señal de que se percibe como un individuo distinto.

De acuerdo con Freud, el niño se encontraría en la etapa anal del desarrollo psicosexual. Es en los primeros hábitos de higiene donde se observa el primer intento consciente de dominar al yo. La madre juega un papel determinante pues es quien fortalece al niño en contra de la tendencia impulsiva de ensuciar. Si el niño no se ensucia recibe elogios de la madre lo cual le es muy gratificante pero al mismo tiempo siente placer al descargar sus impulsos de ensuciar por lo que tiene un conflicto. Si logra el control además de tener el amor de la madre se sentirá que puede dominar su cuerpo. Durante esta etapa el niño desarrolla el lenguaje y como resultado de las tendencias sadicoanales se expresa en la agresión ya sea a los padres o a sí mismo. Antes del segundo año de vida no parecían existir diferencias entre las características psicológicas de niños y de niñas. Ahora se observa como influyen de distintas maneras los cuidados maternos a las niñas y en los niños.

2.2 RELACION MADRE HIJO DURANTE EL PERIODO ESCOLAR O DE LATENCIA (6-12 AÑOS)

2.2.1 Ana Freud

El periodo de latencia se establece posterior al periodo edípico. No existe una edad exacta pero generalmente se considera a la latencia los años escolares de los 6 a los 11 años aproximadamente.

A simple vista parecería que en esta etapa no se dan grandes acontecimientos en el desarrollo del niño pues parece disminuir la intensidad de los impulsos, sin embargo las relaciones con los padres sufren grandes cambios. Tanto la figura paterna como la materna están menos exaltadas y las relaciones del niño que antes eran solo en función de los padres ahora se extienden a los compañeros y otros adultos.

La capacidad para gozar el juego, la satisfacción que el niño obtiene al realizar un trabajo y la competencia son indicativos de que el yo del niño está con un mayor grado de integridad.

En esta etapa se requiere de haber tenido una identificación de con el padre del mismo sexo y el haber tenido una identificación de con el padre del mismo sexo y el haber establecido vínculos emocionales sólidos. Puede decirse que el prerequisite para una buena latencia es el haber atravesado satisfactoriamente las anteriores fases.

Ana Freud (1986) Propone para entender el desarrollo del niño considerar la existencia de "Líneas del desarrollo" donde puede observarse la interacción del ello, yo y superyo en los distintos niveles de desarrollo. Para evaluar el desarrollo se consideran los factores ambientales y especialmente las labores de maternaje que facilitan u obstaculizan el desarrollo de determinados sectores. Las líneas de desarrollo nos dan una medida objetiva tanto de la personalidad del niño como de la forma en que la madre influye y actúa.

Puesto que en este capítulo se expone el tema de las relaciones objetales, a continuación se expone la línea de "La dependencia emocional a la autosuficiencia y las relaciones objetales adultas":

- 1.- La unidad biológica madre-hijo, en donde el narcisismo de la madre se extiende a revestir al niño. Este periodo se subdivide (según la teoría de Mahler, 1952) en las fases autista, simbiótica y de separación individuación, en donde cada una presenta un riesgo psicológico específico.
- 2.- La relación anaclítica con un objeto parcia. El objeto es aquello que satisface las necesidades fisiológicas.
- 3.- Etapa de la constancia objeta. Permite mantener una imagen materna buena, que satisface las necesidades. aun cuando en ese momento no satisface las necesidades.
- 4.- La relación ambivalente preedípica (fase sádico anal), esta fase se caracteriza por las tendencias al dominar, depender y controlar al objeto de amor.
- 5.- Fase edípica caracterizada por la tendencia a mostrarse posesivo con la figura del padre de distinto sexo. Las actitudes exhibicionistas, rivalidad, celos y curiosidad son propias de esta etapa. Especialmente se da la rivalidad con el padre del mismo sexo.
- 6.- La latencia: Se caracteriza por la disminución de los impulsos y las transferencias hacia la figura de los padres. Se desplazan a los compañeros y maestros. Se intenta sublimar los impulsos.
- 7.- Como antecedente a la adolescencia hay un retorno a conductas y modos de comportamiento anteriores. La ambivalencia y las relaciones parciales aparecen nuevamente.
- 8.- La adolescencia. Se enfrenta una lucha entre el seguir con los vínculos infantiles y el tener que buscar una relación heterosexual con una persona externa de la familia, para depositarle la catexia y se convierta en su objeto amoroso.

... "Las fases interferencias en el vínculo biológico de la relación madre hijo (fase 1)... darán lugar a una ansiedad de separación propiamente dicha; la incapacidad de la madre para cumplir con su rol como organismo estable para la satisfacción de necesidades y para brindar confort (fase 2) determina trastornos en el proceso de individuación (Mahler, 1952) o una depresión anaclítica (Spitz, 1946)... Las relaciones libidinales insatisfactorias con objetos inestables o por cualquier razón inadecuados durante la fase de sadismo anal (fase 4) trastornarán la función del equilibrio entre la libido y la agresión, dando origen a la agresividad, una destrucción etc..." (Ana Freud, pag. 58 Op. Cit) (5).

En las otras líneas de desarrollo también se expresa la importancia de la madre. Para esta autora no es la edad cronológica lo que determina el nivel de desarrollo sino el hecho de que las distintas líneas progresen al mismo ritmo, sería lo que determinaría la normalidad o anormalidad en el niño.

Si consideramos el caso de un niño asmático puede decirse que su línea de dependencia presenta alteraciones. Al no poder expresar abiertamente la agresión y volcarla en sí mismo se afecta su desarrollo, la línea de independencia corporal, tendría alteraciones si no es capaz de cuidarse por sí mismo y evitar los factores que le precipitan el asma. Por lo tanto puede concluirse que las líneas de desarrollo son un instrumento útil para valorar los trastornos y las áreas que afecta un padecimiento psicósomático para dar un mejor tratamiento o un mejor manejo del paciente asmático.

Ana Freud (1958) Sostiene que después de alcanzar su clímax la relación del niño con sus progenitores esta decrece y la sexualidad infantil parece detenerse, el instinto sexual parece permanecer latente al igual que los contenidos emocionales e instintivos lo que trae como consecuencia que las relaciones de objeto cambien de forma notable.

Anteriormente el pequeño sentía una gran angustia ante la amenaza de perder el objeto o el amor de su objeto ahora las cargas de objeto se sustituyen por las identificaciones. El niño y la niña se identifican con el padre de su mismo sexo; los consideran modelos a imitar y en el futuro podrán elegir un objeto amoroso del exterior para formar una pareja como la de sus padres.

Gesell (1967) señala que durante esta etapa la relación madre hijo ya no está matizada por la ambivalencia y las constantes riñas. Aparece un mayor interés por las amistades extrafamiliares y se elige un "mejor" amigo generalmente del mismo sexo y de la misma edad. Al niño en periodo de latencia le gusta participar en juegos colectivo y el pertenecer a clubes o pandillas le da cierto sentido de importancia y le ayuda a una posterior consolidación de la identidad.

Los niños suelen comparar a sus padres con los de otros compañeros y dejan de ser las únicas y temidas figuras de autoridad; se dan cuenta que los padres no son esos seres todos poderosos que antes parecían. La necesidad de aprobación y afecto son menos vitales y hay una mayor tolerancia a la frustración, a la crítica y a la demora siempre y cuando no halla fuertes fijaciones en estadios anteriores del desarrollo. La transferencia de la libido que antes estaba puesta solo en los padres y ahora se dirige a los compañeros, maestros, etc. se acompaña de fantasías de desilusión por las limitaciones que sus padres tienen. Se suele adoptar a una figura (heroe) a quién se le ponen todos los atributos positivos para admirarlo y que constituya un modelo a imitar; por ejemplo un niño que idealiza a un maestro y quiere llegar a ser como él. Lo mismo sucede con los sentimientos de odio que el niño deposita en una figura que le parece mala y despreciable.

2.2.2 Erikson

El periodo de latencia es de suma importancia para el futuro pues es cuando el niño se abre a un mundo que no es solo papá y mamá como era en la primera infancia sino que tiene que interactuar con una sociedad que le exige y que le impone restricciones diversas. Ya no se trata de hacer lo que a la madre le gratifica sino que tiene que actuar en función de sus propias necesidades y expectativas y tiene que poner en juego todas las herramientas que adquiere anteriormente.

El niño se enfrenta a la competencia, a la necesidad de producir y ante las exigencias que parecen ser contradictorias algunas veces, pero tiene la seguridad de poder enfrentar los nuevos retos él sólo y aprende a valorar su potencialidades.

Erikson (1986) considera que el hombre a lo largo de la vida atraviesa por ocho edades o periodos. De acuerdo con su clasificación la edad escolar o latencia corresponde al de "Industria versus Inferioridad" y dice "Con el periodo de latencia que se indica, el niño de desarrollo normal olvida, o mas bien sublima, las necesidades de conquistar a las personas mediante el ataque directo....: Ahora aprende a obtener reconocimiento mediante la producción de desarrolla el sentido de la Industria" (6). El riesgo de esta etapa serian los sentimientos de inadecuación e Inferioridad. El hecho de no poder mantener esa competencia por la producción trae como consecuencia una regresión a la época edípica reeditando la rivalidad familiar. Los padres y en especial la madre siguen teniendo un rol decisivo para que en el futuro pueda ser un hombre creativo y productivo. Es prerequisite para esta etapa el haber adquirido una confianza básica; es esta una etapa de consolidar logros anteriores y ampliar los horizontes y continuar con una relación madre hijo madura. Una madre que no apoya los logros de su hijo y no le brinda la confianza, impide el proceso de consolidación de su identidad y hace difícil que atravesese las siguientes etapas.

Cuando el niño en edad de la latencia tiene algun padecimiento como lo es el asma, las madres suelen adoptar una postura sobreprotectora lo que impide que el niño sea tan productivo como sus capacidades le permitirían, por el contrario fomentan en el niño la dependencia, la inseguridad y sentimientos de inferioridad al no poder competir con sus compañeros. Aun cuando en las etapas anteriores la labor de maternaje haya sido satisfactoria, las fallas en este periodo son decisivas para el futuro del niño.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Spitz, R (1985) El primer Año de Vida. Fondo de Cultura Económica. México D.F.
- 2.- Cameron, N (1986) Desarrollo y Psicopatología de la personalidad: Un enfoque Dinámico. Ed.: Trillas, México D.F.
- 3.- Corkille, D (1985) El Niño Feliz, su Clave Psicológica. Gedisa México.
- 4.- Winnicott, D (1987) Realidad y Juego. Gedisa, México D.F.
- 5.- Freud, Ana (1986) Normalidad y Patología en la Niñez. Ed.: Paidós, Buenos Aires Argentina.
- 6.- Erikson, E (1983) Infancia y Sociedad. Ediciones Hormé Buenos Aires Argentina.

III PRUSTRACION, AGRESION Y ANSIEDAD.

I.I.I. FRUSTRACION, AGRESION Y ANSIEDAD.

3.1 LA FRUSTRACION.

Para hablar de la teoría de la Frustración-Agresión tenemos como punto de partida a Dollard y Miller (1939) quienes consideran que a la ocurrencia de una conducta agresiva siempre presupone la existencia de una frustración y viceversa, que a toda frustración le sigue una conducta agresiva.

El concepto de agresión fue definido en forma dependiente de la respuesta la cual sigue de una frustración y se reduce a la instigación secundaria que produjo la frustración, por lo que la fuerza original no es afectada. Estos autores definen a la agresión de forma independiente como un acto cuya meta es injuriar al organismo. Los estudios realizados por ellos, proponen simplificar los problemas relativos a la Agresión Frustración de forma unidimensional y buscan probar de forma empírica sus hipótesis.

Posteriormente Rosenzweig en 1941 investigó sobre el concepto de Frustración-Agresión y basándose en su punto de vista organísmico y psicobiológico propone la existencia de tres niveles para la defensa psicobiológica del organismo:

- a) Un nivel celular o inmunológico concerniente a la defensa del individuo contra agentes causantes de infecciones.
- b) El nivel autónomo, se refiere a la defensa del organismo en contra de las agresiones físicas. Desde el enfoque psicológico corresponde a la defensa del miedo, el dolor y la rabia pues implican cambios fisiológicos y biológicos.
- c) El nivel superior de defensa del Yo, actúa a un nivel cortical y se refiere a la defensa de la personalidad contra agresiones de tipo psicológico. Es a este nivel donde la teoría de Rosenzweig centra su interés.

"Existe frustración cada vez que el organismo encuentra un obstáculo o una obstrucción más o menos insuperable en la vida, que conduce a la satisfacción de una necesidad cualquiera" (1)

Postula la existencia de dos tipos de frustración:

- a) Frustración primaria o de privación. Este tipo de frustración se caracteriza por una tensión o sentimiento de insatisfacción subjetivas, debido a la ausencia de satisfacción final para el apaciguamiento. Un ejemplo puede ser el hambre que se siente por un intervalo largo de ayuno.
- b) La frustración secundaria. Considera que existen obstáculos en la vida que conducen a la satisfacción de la necesidad.

Las presiones son situaciones estímulo que constituyen un obstáculo. Se clasifican desde dos perspectivas en la primera se les considera internas o externas y en la segunda perspectiva son activas o pasivas.

Las respuestas a la frustración se clasifican de la siguiente forma:

1.- Tipo de respuesta según la economía de necesidades frustradas

2.- Respuestas de defensa del Yo. Se dividen en:

- a) Respuestas extra punitivas. El sujeto atribuye de manera agresiva la frustración a personas u objetos del exterior. Las emociones que se asocian a este tipo de respuestas son la cólera y la irritación. Puede darse el caso en que primero se inhiba la agresión y luego se exprese en forma de una proyección como en el caso de la paranoia.
- b) Respuestas Intropunitivas. Son las respuestas en las que el sujeto atribuye a si mismo la causa de frustración de una manera agresiva. Las emociones asociadas a este tipo respuestas son la culpa y el remordimiento. Se utilizan los mecanismos de defensa de aislamiento y desplazamiento. Este tipo de respuestas intropunitivas se manifiestan claramente en las patologías obsesivas.
- c) Respuestas Impunitivas. Aquí la agresión no actúa como una fuerza generatriz. Son un intento por evitar el reproche a los demás y el autoreproche. Se busca conciliar la situación. El mecanismo defensivo que opera es la represión. La manifestación patológica de esta forma de responder a la frustración se ilustra con la histeria.

3.- Respuestas de Persistencia a la necesidad. Su finalidad es satisfacer la necesidad frustrada aun valiendose de otros medios o desviando el fin o la dirección. Se puede ver claramente en los mecanismos de defensa de Sublimación y Conversión.

La persistencia a la necesidad puede o no ser adaptativa. Se considera desadaptativa cuando se repite el comportamiento sin tener la oportunidad de alcanzar el éxito.

Otro concepto importante en la teoría de la Frustración de Rosenzweig es la tolerancia a la frustración y se define como "La aptitud de un individuo para soportar una frustración sin pérdida de su adaptación psicobiológica, es decir sin recurrir a tipos de respuesta inadecuados." (2)

Este concepto de tolerancia a la frustración se relaciona con los principios psicoanalíticos de principio de placer y principio de la debilidad del Yo. Las ventajas que ofrece el término de Tolerancia a la frustración son que puede expresarse de forma cuantitativa y considera la existencia de diferencias individuales en cuanto al umbral que cada persona tiene para tolerar la frustración.

La tolerancia a la frustración implica un modo de funcionamiento secundario pues opera el principio de realidad y hay capacidad de demorar la satisfacción de la necesidad y recompensas.

Se consideran dos factores básicos en la capacidad de tolerancia, estos son los somáticos que se refieren a las características individuales que son innatas y por otra parte están los factores psicológicos y genéticos que se refieren a las experiencias frustrantes en la primera infancia que determinan en gran medida la capacidad de respuesta que desarrollara el individuo.

Una frustración excesiva puede provocar inmadurez y hasta detener algunas líneas del desarrollo. La satisfacción o la gratificación excesiva causa una baja tolerancia a la frustración y hasta fijaciones. Como vemos Rosenzweig propone una explicación a la frustración en base a algunos conceptos psicoanalíticos.

En los seres humanos existen muy diversas fuentes de frustración, si nos referimos a factores externos que causan frustración, podemos decir que un ambiente muy demandante o por el contrario muy empobrecido provoca frustración. Algunas veces el medio que nos rodea como por ejemplo la sociedad exige más de lo que el individuo puede dar. A lo largo de la vida se van presentando situaciones que resultan frustrantes, pueden fomentar el desarrollo o por el contrario causar serios conflictos.

Symonds (1946), señala que la "situación humana ha creado distintas situaciones críticas que pueden instigar la frustración entre las que podemos mencionar: El entrenamiento de hábitos higiénicos; la rivalidad en la familia que se refiere cuando hay nuevo bebé en la familia y la madre atiende menos al hijo mayor por lo que éste se siente frustrado y rivaliza. Las exigencias escolares; el decremento en la dependencia, se refiere a que conforme va creciendo el niño se le exige que haga más cosas por sí mismo; La pérdida de seguridad; Dificultades económicas en la vida adulta y la pérdida por muerte de seres queridos. La mayor parte de estas situaciones frustrantes, están precedidas por pérdidas anteriores sean reales o imaginarias.

Para este autor, desde el nacimiento hasta la muerte, el individuo experimenta una serie de situaciones frustrantes, pero la naturaleza, la forma y la manera en que se resuelven varía a lo largo de la vida.

Como hemos visto, los distintos autores coinciden en que la frustración se presenta inevitablemente a lo largo de la vida y es la calidad y la cantidad de estas frustraciones así como las características de personalidad de la persona lo que ocasionen se vivan como eventos traumáticos que obstaculicen el desarrollo óptimo. La tolerancia que tiene una persona para la frustración depende en gran medida de las experiencias en la primera infancia y por lo tanto de la relación que tuvo con su madre.

Desde el punto de vista psicoanalítico. Freud (1905) estudió la frustración y la define como un bloqueo biológico de fuerzas libidinales. Considera que la sexualidad de la mayoría de los hombres, contiene una mezcla de agresión y de una necesidad de dominar, en el sentido biológico implicaría la necesidad de vencer al compañero sexual (objeto) mediante el cortejo. El resultado de una frustración es el sentimiento de culpa.

La frustración de acuerdo con la teoría de Freud es la respuesta a una exigencia que implica una determinada forma de satisfacción y no la carencia de un objeto real; es decir es cuando se rehusa la satisfacción de una demanda pulsional.

Floyd I. Ruch (en De la Fuente 1988) menciona tres clases de factores que producen frustración: a) Ambientales.- Se refiere a las leyes formales o sociales que le impiden a la persona mostrar sus impulsos. b) Personales.- Abarcan la autoestima, propia devaluación o los ideales elevados que al no cumplirlos causan frustración. c) Por conflicto.- Esto es cuando el sujeto tiene que elegir entre dos metas o dos sentimientos ya sean positivos o negativos.

De acuerdo con este autor, ante la frustración el individuo responde de alguna de estas tres formas de ajuste: a) Con una reacción agresiva que reduce las tensiones por lo menos de manera temporal. b) Reacción de huida o retirada, como es el uso de la fantasía para sobrecompensar lo que no obtuvo. c) Reacciones de componenda que consisten en la aceptación de metas sustitutivas o simbólicas.

Si tomamos la anterior teoría en la explicación de la frustración y agresión en el asma podemos decir que en el asma hay una frustración en la que intervienen factores ambientales como es que el niño no alcanza las expectativas maternas y no se le permite expresar su agresión, puede intervenir también la frustración por conflicto, ya que como mencionamos anteriormente el niño asmático suele mostrar conflictos de ambivalencia. Puede decirse que como resultado de estas frustraciones y aunadas a factores de predisposición inmunológica se presenta la agresión volcada hacia sí mismo.

3.2 LA AGRESION.

Laplanche y Pontalis (1986), Definen a la agresividad como "La tendencia o conjunto de tendencias que se actualizan en conductas reales o fantasmáticas, dirigidas a dañar a otro, a destruirlo, a contrariarlo, etc. La agresión puede adoptar modalidades distintas de la acción motriz violenta y destructiva; No hay una conducta tanto positiva como negativa, tanto simbólica como afectivamente realizada que no pueda funcionar como agresión". (3)

En la anterior definición, se puede observar la importancia que tiene la agresión en cualquier conducta, tanto para destruir, como para sobrevivir se requiere de agresión y es la forma de expresarla o el grado de lo que la hacen patológica. En el asma, la agresión es volcada hacia si mismo, ya que es un padecimiento en el que lo psicológico interviene enormemente, como se explica en el anterior capítulo. Ya que la agresión juega un papel importante en el padecimiento asmático, es conveniente hacer una revisión acerca de algunas teorías de la agresión para poder comprender mejor el problema.

Desde el punto de vista etológico, Lorenz (1972) considera a la agresión como una excitación interna que busca hallar su expresión independientemente que el medio externo sea o no el adecuado. Piensa que en el hombre la agresión interespecífica, es decir la agresión entre seres de la misma especie, es un impulso instintivo y por lo tanto se expresa de manera espontánea, en el mismo grado que en los animales vertebrados superiores. La función de la agresión interespecífica implica la supervivencia de la especie y se deriva en tres funciones:

a) La distribución territorial; b) La selección efectuada por combates entre rivales, para seleccionar quien es el más apto para proteger a la familia; c) La defensa de los hijos.

Para este autor, la agresión se puede manifestar de tres maneras:

- 1.- La agresión abierta o indirecta.- Se refiere a los sujetos que expresan sus sentimientos valiéndose de actos hostiles. Agreden para obtener aceptación, elevar su autoestima y conseguir el respeto y admiración del grupo a que pertenece.
- 2.- La agresión Indirecta.- Cuando se manifiesta de manera indirecta, se dificulta la identificación con el agresor. Como ejemplo de este tipo de agresión podemos citar el hecho de dañar los objetos de una persona; se destruyen propiedades que estimaba el sujeto en lugar de agredirlo directamente.
- 3.- Agresión Activa contra agresión pasiva.- Se refiere a que en la actividad de agredir, el agresor descarga una estimulación nociva sobre su víctima. La agresión pasiva es cuando el agresor impide a su víctima el alcanzar su meta

K. Lorenz(1978) representa a la teoría etológica y comparte con otras corrientes la idea de la existencia del instinto como una sustancia capaz de dar energía al comportamiento contenido para liberar o posteriormente. En esta teoría no se pretende explicar el origen de la agresión como un instinto, se limita a decir que por su naturaleza está orientado a la supervivencia. Es una teoría explicativa que se basa en el estudio de las especies animales para compararla con la especie humana.

En la teoría del Aprendizaje Social (Bandura y Walters 1978) se considera a la conducta como un producto del medio ambiente. Los patrones de conducta se adquieren por la experiencia o por la observación de modelos. Para ellos el castigo físico por una conducta agresiva puede inducir a inhibiciones o por el contrario ser un modelo a imitar. Esta teoría demuestra que no toda instigación a la agresión se determina genéticamente y que la agresión o más bien la expresión de la agresión puede ser hasta cierto punto modelada. Puede favorecerse la expresión abierta o la canalización a ciertas actividades que requieran de una gran dosis de agresión.

En la Teoría Psicoanalítica, la agresión se da una gran importancia al desarrollo de la agresión, empezando con S. Freud quien en el año de 1920, en su obra "Mas allá del principio del Placer". Postuló la teoría de los impulsos que propone la existencia de dos impulsos que son el agresivo y el sexual.

El impulso sexual da origen al componente erótico mientras que el agresivo tiene componentes destructivos. La teoría dual de los impulsos sostiene que en cualquier manifestación instintiva participan ambos impulsos, ambos están fusionados pero en diferentes cantidades y cualidades. Al impulso sexual está asociada la energía psíquica llamada líbido y al impulso agresivo la energía agresiva. En la primera formulación de Freud, estos impulsos eran considerados como impulso de vida (sexual) e impulsos de muerte (agresivo). En 1905, define al impulso como un estímulo de la mente que proviene del organismo. En su obra Tres ensayos para una teoría sexual, describe como se desarrolla la líbido y se va depositando en las zonas oral, anal y fálica. El impulso agresivo también va pasando por las distintas fases. En el recién nacido el impulso agresivo puede descargarse por la actividad oral, al morder. Posteriormente el retener y soltar sus heces es una forma de agresión y en el niño mayor la representación simbólica de sus genitales o su actividad también pueden manifestar el impulso agresivo. Hay que mencionar que aunque la agresión se manifiesta en zonas, no está tan ligada a la zona como la líbido. Así vemos que un niño en periodo de lactancia descarga su agresión de forma oral.

Si tomamos la teoría psicoanalítica de la agresión podemos ubicar al asma en una forma de autoagresión de etapa oral del desarrollo psicosexual. French y Alexander (1966) consideran que la agresión de tipo oral juega un papel determinante en la génesis del asma.

Lebovici (1964), citado por Ajuriaguerra) afirma que el comportamiento agresivo, no puede considerarse como un factor aislado en el niño sino que entran en juego la comunicación que estableció con su madre. La agresión no es tan solo la proyección del niño hacia la madre y para estudiarlo hay que atender las respuestas maternas ante las proyecciones agresivas del niño. Cuando no le es permitido al niño expresar dicha agresión puede volcarse a el mismo y manifestarse en trastornos somáticos.

Hartman, Kris y Lowenstein (1944), formularon una teoría de la agresión donde se considera que la agresión es un instinto independiente. Están de acuerdo con la postura de Freud en cuanto a la naturaleza instintiva pero no la consideran un instinto de muerte. Para estos autores las agresiones son manifestaciones de pulsiones agresivas independientes. Y es por medio de la herencia biológica que el hombre reacciona agresiva y sexualmente y es mediante estas dos reacciones que el individuo puede sobrevivir. El impacto que tiene la agresión puede ser modificado de las siguientes formas:

1.- Desplazando el impulso agresivo a objetos que no vayan a

reaccionar de forma aversiva, es decir que no se desquiten.

- 2.- Si se reduce la intensidad del acto, puede limitarse la agresión.
- 3.- Por medio de la sublimación.
- 4.- Fusionando la agresión con la libido.

La energía puede seguir dos caminos que son: La descarga o la internalización. Si sigue la internalización puede utilizarse de tres maneras: a) Por el Yo quien la neutraliza. b) El Superyo quien la utilizaría para atacar al yo (La culpa). c) Puede convertirse en fuente de autodestrucción.

Siguiendo el modelo de Hartman, podemos considerar que en el asma la agresión sigue el tercer camino en donde es volcada hacia si misma.

La observación clínica nos revela que las personalidades que tienden a la destrucción se han criado en un ambiente de frustración o desamparo. La destrucción es la respuesta al resentimiento. Los abandonos que sufrieron estas personas no siempre se refieren a abandonos reales sino también fueron fantaseados ó bien la madre no estuvo presente en el momento que la necesitó su bebé. Las frustraciones no siempre son negativas pues capacitan al individuo a la espera. En el caso de niños sobreprotegidos, no desarrollan una capacidad de tolerancia a la frustración, cuando llegan a ser mayores muestran indefensos e incapaces de enfrentar sus situaciones ellos solos.

En esta teoría se destaca también la importancia de las -- frustraciones. Si la calidad de las frustraciones o la cantidad sobrepasa la capacidad del niño para tolerarlas, su agresividad o forma de responder a la frustración no se estructuran adecuadamente. Si por el contrario la cantidad de frustraciones es adecuada la agresividad se estructura de forma que le sirve para vencer los obstáculos de la vida, si hablamos de un niño con un padecimiento psicósomático donde la agresión esta volcada a él mismo podríamos pensar que no está al servicio del yo para vencer los obstáculos que se presentan en su camino, pero recordemos que le proporciona ciertas ganancias secundarias.

Hartman (4) considera que (en grados variables) "los niños son inevitablemente abandonados. La madre, el primer objeto de

amor del niño, es también el primer objeto de hostilidad. El niño quisiera agredir a su madre por que le hace sufrir, pero se ve obligado a reprimir sus impulsos agresivos hacia ella por que la necesita para sobrevivir.

Puede decirse que gran parte de los problemas para controlar la expresión de la agresión tienen su origen en la primera relación con la madre quien no amparó, obstaculizó y no permitió el desarrollo de la frustración óptima o por el contrario frustró demasiado.

Para continuar con la agresión desde el punto de vista del psicoanálisis hay que mencionar las aportaciones de Ana Freud quien explica la agresión retomando algunas ideas de su padre S. Freud y enfatiza la agresión en el niño.

Sostiene que el instinto agresivo actúa en el niño desde el comienzo de la vida y sus manifestaciones están íntimamente ligadas al impulso libidinal. Durante la fase oral, aparece en forma de sadismo oral y se expresa en el deseo de destruir e incorporar al objeto del que niño gusta, los dientes son en este caso el instrumento de agresión. En fase anal aparece el sadismo anal, los niños se muestran tercos, dominantes, opositoristas. Resulta difícil distinguir las manifestaciones agresivas de las libidinales puesto que en algunas expresiones de afecto se matizan de crueldad o de poca consideración. En la fase fálica, la agresión aparece bajo las actitudes de virilidad por lo que es más aceptada. Los niños se muestran protectores o competitivos. Las fuerzas agresivas deben estar puestas al servicio de la conservación y se dirigen al medio. Si se dirigieran a sí mismo constituirían una amenaza para la salud mental y física del niño.

Ana Freud (1971) comenta que algunas escuelas en psicología consideran a la agresión como un producto del medio ambiente. Ella sostiene que la agresión espontánea en respuesta al medio ambiente pero que no es un producto de el medio. Puede decirse que es algo mucho más complejo que la respuesta ante un estímulo aversivo ya que intervienen factores constitucionales, genéticos ambientales, etc.

El instinto agresivo es indispensable para la conservación de la vida, pero también la agresión origina conflictos y

perturbaciones e incluso puede terminar con la vida. Durante los primeros años de vida los niños aman y odian con igual intensidad

a una misma persona por lo que sufren de una gran ambivalencia de sentimientos. El odio culmina en el deseo de muerte de las personas importantes para él. (En la fantasía).

El niño teme que sus malos deseos provoquen enojo en sus padres y lo dejen de querer, o bien que sus deseos se cumplan y los dañen. El temor a su propia agresividad va a generar angustia y sentimientos de culpa (espera que sus padres lo castiguen). Con el proces madurativo su agresividad se va socializando, deja de creer en sus fantasías omnipotentes de destrucción, con lo que disminuye su ansiedad.

La ambivalencia, agresividad y hostilidad disminuyen, pero permanecen ciertos rasgos de egoísmo, agresión y disponibilidad a luchar si llega a sentirse ofendido. Los niños se influyen mutuamente en la fuerza y superioridad por logros. El temor al compañero y la necesidad de admiración son decisivos.

Los mecanismos con que se evita la agresión son:

1) Represión: Se elimina de la consciencia del niño las intenciones hostiles y deseos de muerte hacia los padres, sin quitar del inconsciente estos deseos.

2) Formación reactiva: Para disminuir el peligro de que surjan de la represión los deseos inaceptados, el niño desarrolla tendencias reactivas, es decir opuestas, excesiva amabilidad a la persona amada.

3) Desplazamiento: En el intento de alejar los sentimientos hostiles de sus seres queridos, hace que estos sentimientos se depositen en personas del exterior, con esto se experimenta intolerancia e irritación ante los extraños y con los cercanos el ambiente es pacífico.

El niño se asusta de sus tendencias agresivas. Trata de negar estas tendencias en él y se las atribuye a otras personas, generalmente a quién se dirigía la agresión.

5) Introyección de la agresión: Ciertas cantidades de agresión se dirigen a él mismo, permanecen también componentes eróticos.

6) Sublimación: Cuando se funden con impulsos eróticos, los impulsos agresivos ya no son destructivos y contribuyen a la

vida. La fuerza impulsiva se transforma separandose de la meta original (destruktiva) y se liga a actividades placenteras socialmente aceptadas.

La agresión puede funcionar como un instinto del Yo, es decir que los impulsos agresivos están al servicio del Yo para preservar la vida y tener satisfacción. Un niño al que no se le gratifica su deseo responde de manera agresiva, especialmente puede observarse en los niños pequeños. Mucho se ha hablado de la energía libidinal que reviste al bebé y que durante los primeros años de vida el placer es auto erótico; es decir que lo obtiene al estimular su propio cuerpo. En la agresión ocurre algo parecido pues en los primeros meses de vida la agresión está volcada hacia sí mismo, posteriormente logra dirigir esta agresión a objetos externos para poder conservar la vida, por ejemplo en la etapa oral sádica donde vuelca la agresión al pecho de la madre aunque en esta acción se entremezclan componentes sexuales con los agresivos. Posteriormente esta mezcla de los dos tipos de impulsos puede verse en el juego de los niños, donde maltratan a su juguete favorito.

Lo que podría definir a la agresión como patológica sería el factor cuantitativo y la falta de fusión entre las fuerzas libidinales y agresivas.

Con lo anterior podemos entender que la agresión no es en sí patológica sino que lo que la hace patológica es el monto de la agresión o que la agresión en lugar de estar puesta al servicio de la vida y para obtener satisfacción sea destructiva e incluso autodestructiva como en el caso de los niños que tienen constantemente lastimaduras y se hacen daño.

Normalmente, ciertas cantidades de agresión se dirigen hacia sí mismo: Lo esperado es que sus efectos estén equilibrados por los componentes eróticos que permanecen en sí mismo. Si se evita constantemente y de forma continua los impulsos agresivos en contra de los objetos externos, se internaliza una agresión excesiva que no puede ser manejada de manera adaptativa y las consecuencias de estas fallas pueden manifestarse a nivel somático, como una predisposición a desarrollar enfermedades orgánicas (Freud, A. 1948) y como podemos ver en las enfermedades psicósomáticas donde la agresión juega un papel primordial. En la esfera mental, las alteraciones pueden verse en una pobre autocrítica, un Superyo severo, tendencias depresivas y autodestructivas.

3.3 LA ANSIEDAD

La ansiedad es una emoción desagradable, en la que se experimenta aprehensión e incertidumbre. Las causas pueden ser reales y externas como sería el enfrentar un peligro que amenaza la vida, o puede provenir del inconsciente. La ansiedad tiene concomitantes fisiológicos que afectan a la mayor parte de los órganos. Entre los cambios fisiológicos que pueden observarse con frecuencia como un producto de la ansiedad son: La taquicardia, tensión muscular, sequedad de boca, dolor precordial, cambios en la frecuencia de la respiración, etc. La ansiedad en un grado no muy elevado constituye una señal de alerta que activa al individuo para la defensa pero si es elevada obstaculiza el buen funcionamiento de la persona.

En algunos escritos sobre psicología los términos de ansiedad y angustia son tomados como sinónimos mientras que otros autores consideran que son términos distintos. Para los fines de esta investigación tomaremos a la ansiedad y a la angustia para designar a la misma emoción desagradable.

La palabra ansiedad se deriva del griego "anxius" que significa yo, estrangulado o Yo impedido de respirar. La ansiedad se diferencia del miedo, ya que en el miedo la atención está dirigida a un objeto específico, mientras en la ansiedad se refiere a la situación del individuo y no hay objeto que la provoque.

Las características de la ansiedad pueden agruparse en:

a) Físicas: El paciente ansioso presenta alteraciones en el sistema muscular, hay un aumento en la sudoración, las palmas de las manos se humedecen. En el sistema cardiovascular se detecta taquicardia, palpitaciones, vasoconstricción periférica y rubefacción. Puede haber sequedad de boca, náuseas, diarrea, pérdida del apetito o por el contrario un incremento notorio. La ansiedad produce descargas de adrenalina al torrente sanguíneo y esta sustancia es la responsable de las alteraciones cardíacas y en la respiración.

b) Psíquicas .- La ansiedad, frecuentemente se acompaña de inquietud y preocupación excesiva por el futuro. La persona ansiosa se anticipa a la presencia del problema, se siente acechada por el peligro. Teme perder sus pertenencias, su salud o que le ocurra algo a sus familiares. El pensamiento de este tipo de personas se ve matizado por constantes preocupaciones, generalmente hablan muy rápido y puede mostrarse vacilación o tartamudeo.

A simple vista la ansiedad podría ser confundida con un miedo, la diferencia radica en que la ansiedad no presenta un objeto real que la cause; es un estado de expectación al peligro, como si el individuo estuviera preparado a un posible peligro que no sabe de donde proviene ni cuando se presentará. En el miedo a diferencia de la ansiedad, el objeto que lo causa es conocido. Se presenta un objeto que lo causa y un factor desencadenante.

En la teoría-psicoanalítica, la angustia a sido explicada de distintas formas. La primera hipótesis dada por Freud, aparece en 1985, en su artículo "La neurastenia y la neurosis de angustia". Postula que la angustia es el resultado de la descarga inadecuada y pleno de lo líbido. La descarga no es adecuada debido a factores internos o/y externos tales como son los conflictos inconscientes que al no encontrar una salida, la tensión se acumula convirtiéndose en angustia. El exceso de angustia puede ser el efecto de la excesiva represión y se le denomina neurosis de angustia. Esta teoría es conocida como la hipótesis tóxica.

Mas tarde, Freud desarrolla su teoría estructural del aparato psíquico y realiza una revisión a la teoría de la angustia, en su obra: "Inhibición, síntoma y Angustia". Esta segunda teoría sigue siendo aceptada en la actualidad. Considera a la angustia como el problema central de todas las neurosis. Su teoría se apoya en la hipótesis estructural y en la dualidad de los impulsos. Plantea que la angustia tiene una base biológica heredada. La capacidad de sentir angustia es indispensable para la sobrevivencia.

Relaciona la angustia con situaciones traumáticas y de riesgo donde la Písiqe se ve abrumada por una gran cantidad de estímulos o bien por estímulos tan intensos que no puede manejar ni descargar, por lo que la angustia se produce de forma automática. El prototipo de estas situaciones traumáticas es el nacimiento. Las situaciones traumáticas se producen mas frecuentemente y con mayor facilidad durante los primeros meses

de vida, pues la estructura Yoica del recién nacido es débil y aun no está madura para soportar situaciones difíciles a pesar de la barrera que los protege de la estimulación externa.

Durante la segunda parte de esta teoría, se dice que el niño durante el desarrollo va a aprender a participar o prever la llegada de una situación traumática, reaccionando con angustia ante esta. Es decir que la angustia sirve como una señal de alarma que pone alerta al Yo para que funcionen los mecanismos de defensa para preservarlo. La cantidad de angustia es proporcional al peligro estimado por el Yo, a la proximidad e intensidad (19). Conforme el niño se va desarrollando las situaciones típicas de peligro van cambiando. El primer temor es el de la pérdida del objeto, posteriormente se origina el temor a la pérdida del amor del objeto y luego el de castración. Estos temores o peligros permanecen en el inconsciente a lo largo de la vida de todas las personas. Lo que varía es el grado y las situaciones que lo hacen emerger.

Thompson, C. explica la angustia de la siguiente manera: "Una fuerza interior de la persona, o varias fuerzas amenazan con perturbar su relación con el mundo exterior, en función con las demandas que este plantea. Estas fuerzas internas peligrosas provienen de dos fuentes; la potencia de los instintos y la severidad del Superyo" (6)

Vemos que el Yo se ve sometido ante las presiones del Superyo y a las demandas del ello, por lo que reacciona con angustia. La forma de combatir esa angustia es mediante los mecanismos de defensa. Si fallan estos mecanismos defensivos o su éxito no es total se forman los síntomas.

La angustia al igual que cualquier estado afectivo, puede ser experimentado por el Yo únicamente. Los mecanismos de defensa que se ponen en marcha para preservar al Yo de una angustia que lo aniquile son generalmente: La proyección, represión, desplazamiento y la formación reactiva entre otros.

Fenichel en 1945 (Citado por Rapaportt Opcit) considera que la angustia puede clasificarse de acuerdo al grado en que se experimenta de la siguiente manera:

- 1.- Angustia Trauma: Es una angustia automática e inespecífica.
- 2.- Angustia Peligro o angustia señal: Es un afecto creado por anticipación, controlado y que sirve como una señal de advertencia: Siempre está al servicio del Yo.
- 3.- Angustia Pánico: Es el resultado de una falla del control Yoico. Este afecto se torna abrumador y se regresa al estado traumático. Este tipo de angustia puede verse en la Histeria de Angustia.

La forma en que cada persona maneja su angustia y el grado que padece, depende en gran medida de la estructura de su Yo. Conforme se da el proceso madurativo se van adquiriendo nuevas formas para manejar la angustia. En los bebés la satisfacción alucinatoria del deseo, es una forma de evitar temporalmente la angustia que siente cuando tiene una necesidad y no le es satisfecha. Otra forma de descargar la angustia es por la descarga motora. Cuando el individuo ha madurado, ya no busca sólo la descarga de la angustia sino el manejarla por medio de los mecanismos de defensa antes mencionados.

El principio del placer juega un importante papel en lo referente a la generación, manifestación y la evitación de la ansiedad. Su función es la de ayudar al Yo a detectar cualquier peligro.

A lo largo de la obra de Freud, se distinguen los distintos tipos de angustia. Todas tienen en común que provienen del inconsciente.

El primer tipo, es la angustia real, se caracteriza por ser comprensible ya que se refiere a la reacción de un peligro del exterior. Se relaciona con el reflejo de fuga ya que se trata de un mecanismo de evitación al servicio de la conservación. La reacción ante el peligro se compone de la angustia más la acción defensiva.

La angustia patológica o neurotica constituye un segundo tipo y se divide en:

- 1.- Angustia Flotante: Se encuentra libre en el aparato psíquico y se une a una representación que le parezca adecuada. Cuando la angustia es muy elevada puede convertirse en neurosis de angustia. Se dice que este tipo de angustia se encuentra

intimamente ligada a aspectos sexuales. Cuando no se logra una sublimación o una descarga del instinto sexual, se produce angustia.

2.- Angustia ligada a un objeto: Se expresa en las fobias. El sujeto siente una ansiedad elevada que no puede manejar frente a un objeto o situación específica (objeto fóbico). Las fobias pueden ser universales o atípicas; no importa cual sea el objeto del que se teme, siempre se involucran los procesos de desplazamiento, simbolización, proyección y los intentos por evitarlo.

3.- La angustia en las Psiconeurosis: En este tipo de angustia, parece no tener relación con la presencia de factores externos que justifiquen su aparición. Esta forma de angustia es la que acompaña a los trastornos histéricos pero es independiente de éstos y puede manifestarse como un estado permanente o en accesos.

En la neurosis obsesivas, se llevan a cabo actos rituales para evitar la angustia. Si no se siguen los rituales la angustia aparece.

Es característica de la angustia neurótica que el Yo busca escapar de las demandas que le impone la libido y se comporta ante esta amenaza interior como si se tratara de un peligro externo pues no reconoce que su fuente sea interna.

Es característica de la angustia neurótica que el Yo busca escapar de las demandas que le impone la libido y se comporta ante esta amenaza interior como si se tratara de un peligro externo pues no reconoce que su fuente sea interna.

En las enfermedades psicósomáticas la ansiedad está depositada en una parte del cuerpo pues es la única forma de manejarla; por ejemplo en el caso del asma, el aparato respiratorio es quien expresa su ansiedad.

De acuerdo con Spielberger (1975), la ansiedad es una emoción, caracterizada generalmente por sensaciones de incertidumbre, temor, nerviosismo y preocupación. Siempre que el individuo percibe una amenaza, sea real o imaginaria surge la ansiedad.

Este autor considera dos tipos de ansiedad: La ansiedad rasgo y la ansiedad estado.

A la ansiedad estado la concibe como un cruce temporal en la vida de la persona. Se presenta en un momento determinado y con un determinado nivel de intensidad, su caracter es transitorio pero puede presentar nuevamente al evocar un determinado estímulo.

La ansiedad rasgo se refiere a las diferencias individuales relativamente permanentes. Una persona percibe el mundo de una forma determinada. El rasgo se refiere a la disposición latente a reaccionar con cierta ansiedad ante algunos estímulos.

Este autor considera dos tipos de ansiedad: La ansiedad rasgo y la ansiedad estado.

A la ansiedad estado la concibe como un cruce temporal en la vida de la persona. Se presenta en un momento determinado y con un determinado nivel de intensidad, su caracter es transitorio pero puede presentar nuevamente al evocar un determinado estímulo.

La ansiedad rasgo se refiere a las diferencias individuales relativamente permanentes. Una persona percibe el mundo de una forma determinada. El rasgo se refiere a la disposición latente a reaccionar con cierta ansiedad ante algunos estímulos.

3.4 LA FRUSTRACION-AGRESION Y ANSIEDAD EN EL NIÑO ASMATICO Y EN SU MADRE.

Cuando se presenta una crisis de asma, la ansiedad que caracteriza al cuadro invade no solo al niño sino también a la persona que en ese momento tiene que auxiliario. Generalmente esta persona es la madre quien se angustia al ver como su hijo enfrenta a la asfixia sin poder brindarle mas ayuda que la del medicamento. En esos momentos le es difícil mantenerse calmada y ser un sosten para el niño.

Pero la ansiedad no sólo se presenta durante la crisis sino que puede ser característica de la madre como a continuación podemos observar por los resultados de estudios y en entrevistas que se han realizado a madres de niños asmáticos.

La agresividad también juega un papel fundamental en el desarrollo del padecimiento asmático (Meijer 1981, Bacon (1956)).

Meijer (1981) considera que la amenaza de pérdida en el niño asmático por su excesiva necesidad de ser gratificado y de permanecer dependiente de la madre le impiden expresar abiertamente la agresión cuando se enfrenta a un conflicto por demandas hechas por las figuras de autoridad como son el padre o la madre. Así tendríamos que el asma le sirve para expresar la agresión que no se atreve o no puede hacerlo de forma abierta pues podría perder el amor de los padres, esto es a un nivel inconsciente.

La mayor parte de las investigaciones relacionadas con el asma en las que se habla de la frustración-Agresión, de la ansiedad o de los rasgos de personalidad y características de los asmáticos y de sus familias tienen un marco teorico apoyado en el psicoanálisis es por eso que anteriormente se abordaron algunos conceptos psicoanalíticos como son los de relaciones de objeto, frustración, agresión e impulsos para comprender el padecimiento asmático y las aportaciones de las investigaciones.

Dentro de la teoría psicoanalítica, Bacon (1956) sostiene que el ataque de asma es una respuesta a la irritación fisiológica del trato respiratorio, el origen neurótico de el asma indica que es una respuesta a temores de ataque la cual puede ser precipitada por la agresión de un Superyo punitivo o de su equivalente en el exterior.

La ambivalencia es una característica común como parte de la personalidad del asmático, el impulso agresivo trata de ser reprimido pero alla su expresión en el tracto restiratorio y es tan fuerte esta salida del impulso que el paciente experimenta una gran ansiedad momentos antes del ataque asmático. Se ha visto que la expresión de la descarga original involucra además de la hostilidad el temor a la pérdida del objeto y temor a la retaliación (A ser reengolfado por la madre). Como efecto de la agresión que el amático deja escapar, fantasea un castigo el cual proviene de la instancia psiquica llamada Superyo pero la proyecta al exterior y las deposita en las imagenes paternas. Constantemente los sentimientos hostiles tratan de emerger y el paciente tiene que luchar por que estos no salgan y poder tener su status de "bueno". Si lo logra recibe la gratificación de la madre, si no lo logra teme que su madre lo castigue, lo desprecie o lo sofoque por medio del asma.

En el anterior párrafo podemos ver como el asma es un problema complejo po los aspectos inconscientes que involucra que provienen desde la etapa oral del desarrollo psicosexual donde el bebé aun no esta bien diferenciado psicológicamente y tiene el temor de ser reengolfado por la madre. En esta etapa aun no puede tener en un mismo objeto los atributos buenos y los malos. Así el asmático considera que si actua bien es querido y si no es rechazado, no puede concebir que sea una misma persona la que lo premie y castigue pero sin dejarlo de querer.

Para explicar la extraordinaria sensibilidad de los asmáticos, Bacon señala que la agresividad de la madre "mala" corresponde a la agresividad del paciente; es decir, que no es tan grande la hostilidad y agresión que temen que las de los demás sea como la suya por lo que a la menor agresión responde de manera exagerada. Si la agresividad de el asmático está cerca de la superficie (de la consciencia) su aparato respiratorio está sensible y una estimulación externa es considerada como mala y responde con un ataque asmático.

En la familia del asmático se han observado algunas alteraciones en cuanto a la interacción por lo que podemos pensar que el asma es un padecimiento que afecta al que la padece, a los padres y a toda la familia por lo que es importante que la familia también reciba información y de haber alteraciones significativas sea asesorada o tratada terapeuticamente para evitar el desequilibrio. Uno de los Autores que ha realizado grandes aportaciones al conocimiento de la dinámica familiar del asmático es Salvador Minuchin (1976), el ha trabajado con numerosas familias psicósomáticas. Sus investigaciones tienen el

marco teórico de la teoría de los sistemas donde postula que la familia trabaja como un sistema en donde si una parte está afectada y no realiza su parte normalmente, repercute en el funcionamiento de toda la familia. Cuando un médico hace el diagnóstico de asma alérgica, recomienda que ciertos regímenes terapéuticos se sigan como por ejemplo evitar ciertas comidas, retirar las mascotas de la casa y retirar muebles y objetos que guarden polvo. Estas limitaciones afectan a toda la familia como por ejemplo el hecho de que la madre suele dejar la puerta abierta de los cuartos para poder escuchar cualquier alteración en la respiración del niño, con lo anterior se da una pérdida de autonomía y privacidad en los padres. Frecuentemente se encuentran casos donde la madre se involucra tanto el problema del niño que descuida a sus demás familiares, lo que crea conflicto y a veces el padre se distancia de la madre, causando en el asmático sentimientos de culpa por el distanciamiento de sus padres y por las rivalidades entre hermanos.

Frecuentemente se observa que la madre del asmático da instrucciones a los demás miembros de la familia para que no molesten o estimulen al asmático, creando resentimientos y hostilidad que son encubiertos y se manifiestan en otras formas por lo general poco adaptativas.

La vida social de los padres se ve limitada, rara vez se atreven a dejar solo al niño por el temor de un ataque. Teme contrariar al niño y en cierta forma se somete a él. El niño asmático va aprendiendo a manipular a su familia quienes se someten por temor de que se altere y sobrevenga una crisis.

Puede decirse que la conducta del asmático junto con las limitaciones que imponen a la vida de la madre, le causan sentimientos de frustración pues no puede realizar su vida normal y la agresión que le genera su hijo no puede expresarla abiertamente por el miedo a dañarlo. En la mayor parte de las familias de asmáticos se han encontrado las siguientes características (Minuchin, 1976. Op Cit.).

- Sentimientos de hostilidad.
- Tensión.
- Frustración.
- Ansiedad.

De acuerdo con este autor para funcionar las familias psicósomáticas adquieren las siguientes formas:

a) El amalgamiento.- La familia funciona como un todo no permitiendo que se de la diferenciación individual, ni los progresos individuales ya que ponen en peligro de la unión.

b) Rigidez.- La familia presenta grandes dificultades para adaptarse a un cambio. No tolera intromisiones, sugerencias ni el menor cambio en la rutina.

c) Sobreprotección.- Los miembros de la familia muestran un exagerado interés por el bienestar de los demás miembros, especialmente por la salud y bienestar del enfermo.

d) Evitación del conflicto.- Los miembros de la familia gastan mucha energía en tratar de aparentar que todo está siempre en armonía, temen enfrentar sus problemas y prefieren dejarlos sin solución.

Aunque traten de evitar los conflictos la familia psicósomática estos no son resueltos sino que están latentes y distorsionan el buen funcionamiento familiar. Se dice que en la medida que actúan estos problemas, se manifiestan en el agravamiento de los síntomas del paciente. En este caso vemos que el asma se agrava cuando hay más conflictos familiares.

Wikran (1978) encontró que en las familias de los asmáticos están presentes las características siguientes: Una constante represión emocional, dificultad en la comunicación y reforzamiento constante de la sintomatología del paciente.

Como podemos ver ambos autores: Minuchin y Wikran coinciden en que al haber un enfermo (Psicósomático) de asma, las relaciones familiares se ven alteradas. No aclaran si las alteraciones son el producto de la enfermedad o la enfermedad es la expresión del conflicto familiar. En lo personal pienso que ambas cosas influyen, que tanto el enfermo expresa el conflicto como la enfermedad produce nuevos conflictos familiares.

Otra investigación que refleja las alteraciones en los padres del niño asmático, son las realizadas por Pinkerton en 1967, quien encontró que de 25 familias estudiadas el 10 por ciento de los padres eran los que tenían una actitud parental adecuada; el 50% mostró actitudes sobre protectoras; en 20% eran rechazantes; y el 20% restante eran ambivalentes, oscilaban entre la sobreprotección, el distanciamiento y el rechazo.

Si queremos ver el papel de la madre en el asma, en forma aparte del funcionamiento familiar, podemos citar a autores como Franz Alexander (1966) quien considera a la madre como determinante en el desarrollo del asma. De acuerdo con este autor, la respiración constituye el primer paso de la dependencia biológica a la independencia relativa, el asma sería la expresión de una protesta a la separación, es decir, en contra de procurarse él mismo el oxígeno para la respiración. Así por medio del ataque de asma se constituye un ligamento regresivo con la madre. Los trabajos de este autor se basan en el estudio de 27 casos de asma diagnosticados como asma alérgica y que eran tratados en psicoterapia. El estudio del material que daban estos pacientes sirvió para probar la hipótesis de que el ataque de asma es una reacción ante el peligro de separación de la madre ó bien el temor a la pérdida del amor materno. Este temor no está presente únicamente durante el ataque sino que está siempre latente y reprimido, de modo que cuando amenaza una situación en la que hay riesgo de perder el amor o una separación real o fantaseada, se agudiza la crisis de asma. Constantemente está presente el conflicto entre la tendencia de estar unido a la madre simbioticamente y de separarse para lograr la independencia y buscar una identidad.

"El ataque asmático es, ante todo, un equivalente de angustia. Es un grito en procura de ayuda, dirigido a la madre, quien, el paciente trata de introyectar por la respiración, a objeto de estar permanentemente protegido" (7)

El carácter del asmático manifiesta por tanto; rasgos pregenitales, presentando conflictos entre el Yo y el aparato respiratorio que representa al objeto introyectado. Pueden verse claramente los conflictos de separación-individuación, por lo que pueda decirse que las regresiones del asmático son a etapas primitivas (oral), aunque es una regresión parcial. Se regresa a una etapa donde las relaciones objetales funcionaban de una manera mas satisfactoria para ambos.

Coolidge sostiene que los conflictos básicos del asmático, están en la relación madre - hijo. En los casos estudiados por él, encontró en las madres la frustración y sentimientos de incompletud e insatisfacción. De acuerdo con este autor, las madres de asmáticos suelen no tener resueltos aun sus lazos infantiles de dependencia hacia sus propias madres. El matrimonio estas mujeres no les complacía del todo y no llegaba a cumplir sus expectativas. En los casos donde las madres también presentaban asma, el asma cedió durante el embarazo y se sentían completas mientras duraba el embarazo pero al nacer el bebé la supuesta armonía terminaba. Nuevamente se sentían insatisfechas; el hijo que tenían en su vientre les daba el anhelo regresivo de estar completas.

Sperling (1951) piensa que las madres de los niños asmáticos tienen la necesidad inconsciente de tener al niño en un estado indefenso y dependiente. Puede llegar a darse el caso que la madre y el niño representen una unidad psicológica en la cual el niño reacciona a las necesidades inconscientes de la madre. Se piensa que al niño se le envía el mensaje de enfermarse, que significa quedarse dependiente e indefenso. En estos casos la reacción somática del niño viene con increíble rapidez. Puede decirse que se dan cambios paralelos entre la madre y el hijo; o sea que a cualquier cambio en la madre le corresponde un cambio en el hijo. Sobre los estudios hechos a madres de asmáticos utilizando diversas técnicas como entrevistas, cuestionarios y pruebas proyectivas se han sacado las siguientes conclusiones:

- 1.- La madre presenta una necesidad de establecer una cercanía con el niño y un deseo inconsciente de mantener al niño dependiente de ella. Puede ser tan intenso que el niño sea visto como parte del cuerpo de la madre (no acepta la separación). A este fenómeno psíquico le denomina "apersonalización".
- 2.- En todos los casos las madres presentan conflictos activos con sus primeras figuras en la infancia (Padres).
- 3.- La necesidad del niño de mantenerse unido a la madre no es tan intensa.
- 4.- La madre proyecta en el niño partes de su personalidad.
- 5.- Muestran la necesidad de recibir constantes reconocimientos para satisfacer su narcisismo.

El elevado narcisismo de la madre y la constante proyección sobre el niño, anulan la individualidad del niño y lo convierten en un ser hipersensible. Este tipo de relación madre hijo solamente se establece con el miembro de la familia que está enfermo. Aparentemente la conducta de la madre no parecería neurótica. Sin embargo sus reacciones son captadas fácilmente por el asmático. A través del análisis se pueden observar los mensajes que la madre envía al niño. La conducta materna hacia el hijo enfermo puede ser desplazada y puesta en otro miembro de la familia como es el padre.

Para este autor, la única forma de solucionar el conflicto que encuentra es mediante la somatización del niño. Este no es capaz de separarse afectivamente de su madre y lo hace mediante el síntoma que le brinda la ganancia secundaria de

sobreprotección y al mismo tiempo provoca sentimientos de culpa en la madre. Por lo tanto puede decirse que la enfermedad del niño es una sumisión a los deseos inconscientes de la madre y a su necesidad de controlarlo, al mismo tiempo que con el síntoma también expresa sentimientos de agresión.

El síntoma representa la única posibilidad para el niño de expresar las múltiples facetas de situación que viven, afirma sus deseos de cercanía y cuidados perpetuos al mismo tiempo que de una forma agresiva controlan a la madre. En los casos en que la madre es asmática, se da una predisposición a que el niño la presente pues la función respiratoria del niño queda libidinizada desde la temprana infancia. El asma viene a ser el vínculo que une a la madre y al hijo.

Por lo general las madres de asmáticos encuentran dificultad para expresar abiertamente la agresión. El asma nocturna le sirve al niño para intervenir la vida de los padres.

En nuestro país son pocos los trabajos de investigación acerca de las madres de asmáticos, un ejemplo es el realizado por Pardo en 1984, quien comparó familias psicósomáticas, familias normales y familias en las que un miembro tenía problemas de conducta. Encontró que en las familias psicósomáticas hay una elevada tendencia a la evitación del conflicto. Para evitarlo se valen de culpar a terceros, bromas o chistes para distraerse del problema, no participan en sesiones donde aparecen conflictos profundos, tienden a minimizar el problema y algunos padres amenazan con dejar a la familia si causa algún conflicto. Los resultados del tratamiento familiar en donde se hizo el seguimiento de estos casos fué favorable. La autora concluye su trabajo diciendo que hay una relación directa entre una estructura familiar determinada y la exacerbación de los síntomas.

Como podemos ver los autores anteriormente citados, que han trabajado con niños asmáticos y con sus familias coinciden en la importancia que juega la madre en las enfermedades psicósomáticas, específicamente en el asma. Desgraciadamente la mayor parte de los estudios son extranjeros y hechos mucho tiempo atrás pero esto no significa que no nos podamos apoyar en este material como marco teórico a nuevas investigaciones.

La agresión, frustración y la ansiedad están presentes en las aportaciones que nos hacen los distintos autores a pesar que no eran estas variables el objeto a investigar.

A cerca de las teorías de la agresión y de la frustración existen muchas otras pero que para los fines de esta investigación no considero necesario mencionar.

Hay que recordar que a pesar de que existen características de personalidad propias de los asmáticos y otras comunes en los familiares de enfermos psicósomáticos como son la ansiedad, la sobreprotección y la rigidez. No existe un perfil de personalidad típico del asmático ni de sus madres, por lo que resulta primordial hacer mas investigaciones en este terreno y atender el aspecto psicológico del niño asmático y el de su madre para evitar que el síntoma se refuerze y que sufra tantas alteraciones la dinámica familiar como hemos expuesto anteriormente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Rosenzweig, S (1949) Test de Frustración (P.F.T.) Manual. Editorial Paidos. Buenos Aires Argentina.
- 2.- Idem.
- 3.- Laplanche y Pontalis (1986) Diccionario de Psicoanálisis. Ed: Labor. España.
- 4.- Hartman, H (1944) Citado por De la Fuente, R (1988) Agresividad. Cuadernos de Psicología Médica y psiquiatría. U.N.A.M. México. Editado por la Facultad de Medicina.
- 5.- Freud, A. (1988) Psicoanálisis del Desarrollo del Niño y del Adolescente. Ed: Paidos. México.
- 6.- Thompson, C. (1983) El Psicoanálisis. Fondo de Cultura Económico. México D.F.
- 7.- Alexander F y French T. (1966) Psicología y Asma Bronquial. Editorial: Hormé. Buenos Aires Argentina.

IV ESTUDIOS PREVIOS.

IV ESTUDIOS PREVIOS

El tema del asma como enfermedad psicopatológica y es estudio de la personalidad y alteraciones psicológicas del paciente asmático han sido de gran interés para los psicólogos y otros especialistas de la salud mental; sin embargo existen relativamente pocos estudios acerca de las madres de niños asmáticos. Antes de citar algunos estudios con familiares de niños asmáticos empezaré por citar algunos estudios con niños asmáticos.

Block y Cols (1964) estudiaron la interacción del potencial alérgico y la psicopatología del asma infantil. Para sus investigaciones utilizaron una muestra de 62 niños la cual fue dividida en dos grupos, se les aplicó la escala de potencial alérgico y se formó un grupo con alto potencial alérgico y predisposición somática y el otro grupo de baja predisposición. Ambos grupos tenían una severidad de asma similar y a ambos se les aplicaron las mismas pruebas psicológicas en circunstancias semejantes. Se comprobó la hipótesis de que los factores psicopatológicos se presentan en forma más significativa en los niños con bajo potencial alérgico, es decir que los niños en los que el componente psicológico es más significativo que la parte alérgica del asma, tiene trastornos psicológicos más severos que los niños asmáticos cuya fuente de asma es más de tipo orgánica.

Naranjo, M.T. (1988) Realizó un estudio comparativo de la frustración, agresión e inteligencia de niños asmáticos y no asmáticos en edad escolar, a los que aplicó de forma individual el Test de frustración de Rosenzweig para niños, la escala de inteligencia para niños de Wechsler WISC R. Su muestra estuvo integrada por un grupo control de 30 niños con diagnóstico de asma alérgica que acudían al Instituto Nacional de Pediatría y 30 niños de escuela de Gobierno, en ambos grupos los integrantes cursaban la educación primaria. Las conclusiones a las que llega esta investigación son que existen diferencias significativas en el nivel de Frustración-Agresión en tres niños asmáticos y no asmáticos, los niños asmáticos dirigen su agresión hacia ellos mismos (Predominio de respuestas Intrapunitivas). No existen diferencias significativas en cuanto al nivel de inteligencia, pero sí se observó que los niños asmáticos tienen mayor dificultad para expresarse. A mayor inteligencia se observa un menor número de respuestas extrapunitivas.

A. Jaidar (1971) entre los años de 1968 y 1971, realizó un estudio con pruebas proyectivas en niños asmáticos. La muestra fue tomada del Hospital Infantil de México, Federico Gomez, de la consulta externa del departamento de alergias. Los integrantes de la muestra eran niños de ambos sexos, que tenían entre 7 y 12 años de edad. Se les aplicó el Test de apercepción Temática T.A.T, de forma individual. La investigación parte de la hipótesis que existen diferencias significativas en las características psicológicas de niños con asma alérgica y niños con asma de tipo infecciosa. Los resultados indicaron que el hecho de que exista un factor infeccioso agregado al padecimiento asmático, no cambia significativamente las características psicológicas de los asmáticos, aunque cabe mencionar que la muestra no fué representativa por lo que los resultados son validos solo para poblaciones en circunstancias semejantes.

Williams, en 1975 (Citado por Meijer 1981) hizo una investigación con niños asmáticos, para lo que trabajó con cuatro grupos de niños, clasificandolos de la siguiente manera: Un grupo control, un grupo de pacientes con enfermedad crónica de pecho (Bronquitis), y dos grupos de asmáticos, uno de intensidad elevada y otro de asma moderada. Se aplicaron el T.A.T, el test de fases incompletas de Saks y el test de Rotter así como un test de completamiento de frases especialmente diseñado para asmáticos. Los resultados de esta investigación indican que los niños asmáticos presentan un fuerte conflicto de dependencia-independencia. El vínculo de relación con su madre de los asmáticos era bastante estrecho y presentaban bastante ansiedad para manejar la separación. Los temas predominantes en sus historias eran el claustro, el estar en lugar encerrados y no poder salir. La conclusión que plantea es que la variable ansiedad y el conflicto dependencia - independencia son centrales en el padecimiento del asma por lo que es conveniente trabajarlas.

Desde el punto de vista psicoanalítico los estudios longitudinales como son los realizados por Alexander y French(1966) quienes hicieron valiosas aportaciones a la clínica trabajaron con pacientes asmáticos de distintas edades. Su preocupación era el estudio del correlato psicológico en el asma. Los resultados obtenidos del material de análisis de 27 pacientes adultos y 11 niños. Concluyen que el ataque asmático es una reacción de peligro ante la separación de la madre. Los pacientes mostraron una gran variedad de defensas en contra de la ansiedad de separación, la mayoría de estas tenían una ganancia secundaria. La estructura de caracter de los asmáticos es muy variada pero en todos ellos se presentó inmadurez y falta de dependencia. Se observó que a lo largo del análisis de estas personas los ataques disminuían en frecuencia y en intensidad por lo que correlaciona el asma con una inhibición o represión del llanto, con el tratamiento se fomentaba la expresión de la agresión y disminuía los ataques.

Elizabeth Koppitz (1984) aplicó el dibujo de la figura humana a 35 niños con enfermedades psicodramáticas entre los cuales figuraban asmáticos. Pensaba que el enfermo psicodramático tenía dificultades para mostrar su ansiedad y agresión por lo que la volcaban en sí mismos, con la autoagresión lograban llamar la atención. Comparo los resultados con los dibujos de niños delincuentes quienes, de acuerdo a su teoría dirigían la agresión al exterior. Los resultados indicaron que los dibujos de niños asmáticos presentan como indicadores emocionales frecuentemente la omisión de nariz y de boca, manos cortadas y presencia de nubes. El grupo de delincuentes mostró: Omisión del cuerpo o del cuello. Concluye diciendo que el niño con dificultad de sacar sus impulsos puede desarrollar enfermedades psicodramáticas ante las frustraciones y enojo por su incapacidad de expresarlo abiertamente.

Pasando a los estudios realizados con los padres y madres de los niños asmáticos podemos citar los siguientes, que a mi juicio son los más significativos y apoyan la presente investigación.

Garner y Weaner (1959) en un estudio retrospectivo con madres de asmáticos, encontraron, que eran mujeres que no habían sentido placer al entregarse a sus hijos en las tareas de maternaje. Predominantemente eran mujeres de dominantes, ambiciosas y controladoras. Parecía ser que no conocían bien a sus hijos, la relación madre hijo era íntima pero frustrante. Los resultados se obtuvieron mediante entrevistas, tratamiento y cuidadosa revisión de los expedientes de estas mujeres. Los autores concluyen diciendo que en la diada madre hijo del niño asmático no hay una clara diferenciación del self de la madre y del niño.

En 1982, se realizó una exploración psicológica a los padres de niños asmáticos, el trabajo se realizó en el Hospital Central de Lima, Perú a cargo de los Doctores Dávila, C y Koo A. Se investigó si los padres estaban capacitados para manejar y ayudar al niño en su enfermedad y como era la relación. Aplicaron un cuestionario creado especialmente para esta ocasión que constaba de 48 preguntas cerradas de respuestas Cierto-Falso, los que se dividen en las siguientes áreas: Conocimientos, temores, sentimientos de culpa, sobreprotección, exigencias y rasgos neuróticos. El instrumento se revisó por 6 jueces y se aplicó a 80 padres y 80 madres de familia que acudían a consulta al Hospital Central. Se concluye que los padres de niños asmáticos tienen conocimientos aceptables acerca del padecimiento de sus hijos y de las limitaciones que les causaba. En cuanto a la personalidad tienden a ser controladores y a sobreproteger al asmático. Presentan sentimientos de culpa y temor de no cumplir

con las demandas de los niños. Su nivel de ansiedad es muy elevado y tienden a la somatización, especialmente dolores de cabeza.

Los resultados de esta exploración fueron muy valiosos porque a partir de esta se realiza una investigación mas profunda en la que se utilizan instrumentos mas finos como pruebas de proyectivas y entrevistas periodicas realizadas en camara de Gessell para tener mas datos y hacer seguimientos.

Aronsson, G. (1985) estudió las diferencias de personalidad entre padres de niños asmáticos y no asmáticos utilizando el CMPS (Cesarec Marke Personality Scale) que consta de 165 items divididos en 11 escalas, entre las variables que explora esta prueba encontramos: La filiación, agresión, necesidad de defender un Status, sentimientos de culpa, dominancia, exhibicionismo, autonomia, actitud maternal o paternal, orden y actitud de ayudar y socorrer. Esta prueba se basa en la teoria de la personalidad de Murray.

Para el estudio, se aplicaron los cuestionarios 21 parejas con hijos asmáticos (21 padres y 21 madres) y 21 parejas sin hijos asmáticos. Los resultados se trataron estadisticamente con el análisis de varianza y se obtuvieron las siguientes conclusiones: Existen diferencias significativas entre la personalidad de los padres de asmáticos y de no asmáticos. Las diferencias mas significativas son en cuanto a la agresión. Los padres de asmáticos tienen un elevado nivel de agresión. En la escala de exhibicionismo tambien la diferencia es significativa; los padres de asmáticos tuvieron una puntuación menor, lo que se interpreta como una dificultad para mostrar sus sentimientos de forma abierta. También se encontró que los padres de asmáticos obtienen menor satisfacción de sus tareas maternas y paternas.

V METODOLOGIA.

5.1 JUSTIFICACION

El asma de tipo alérgica es considerada una enfermedad psicósomática, que se presenta con mayor frecuencia en la niñez, de acuerdo con los estudios que reporta E. Middleton (1958) la incidencia de este padecimiento se ha incrementado a nivel mundial entre un 3 % y un 19 % en las 2 últimas décadas. Se a observado que la mayor frecuencia de los casos son reportados de las ciudades, mientras que en las zonas rurales es poco frecuente este padecimiento. En los Estados Unidos durante 1985, entre el 4 y el 8 % de los niños en edad escolar, presentaron crisis de asma.

Otros datos sobre la frecuencia de éste padecimiento, los proporciona " The Mc Govern Allergy Clinic " de Houston que reporta en el año de 1961 se diagnosticaron 1 600 000 casos de asma en menores de 17 años estadounidenses.

En nuestro país no existen estadísticas a cerca de la frecuencia de éste padecimiento, pero se considera que es frecuente y que al igual que en el resto de los países, a aumentado notablemente, sobre todo en la ciudad de México ya que la contaminación agrava los problemas respiratorios, dificultando la recuperación, De acuerdo con los datos de los archivos del Hospital Infantil de México, Federico Gómez durante 1986, se atendieron 4000 casos de asma en niños.

La presencia de crisis de disnea que caracterizan a esta enfermedad, causa limitaciones en la vida del niño, alterando la dinámica familiar. La madre, suele ser quien atiende al niño al presentarse una crisis, lo que resulta angustiante para ambas partes.

Minuchin (1976) , afirma que el sistema familiar del asmático se caracteriza por hostilidad, tensión, frustración. Se han realizado otras investigaciones, se han hecho seguimientos y los reportes de los distintos autores, coinciden en describir la relación Madre-Hijo del asmático como cercana y ambivalente. Se considera que el asma tiene un componente agrasivo que la madre no acepta, causandole ansiedad.

Al ser la agresión, la frustración, y la ansiedad, componentes esenciales de los factores psicológicos del asma y dado que es indiscutible la importancia del papel de la madre para el desarrollo normal o patológico del niño, se justifica realizar una investigación a cerca del manejo de la frustración agresión y ansiedad en madres de niños asmáticos, con el fin de poder dar mas bases a un tratamiento que incluya a la madre y el hijo y lograr mejores resultados, ya que en muchos casos es la madre quien refuerza el síntoma del niño, al no entenderlo no puede tratarlo adecuadamente.

Consideró importante realizar esta investigación, ya que la mayoría de los estudios sobre la relación madre-hijo y sobre madres de hijos asmáticos son extranjeras, por lo que es necesario estudiar a la madre mexicana con los niños asmáticos para brindar un tratamiento, considerando que las características y condiciones de vida son distintas a otros países.

5.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe diferencia significativa en cuanto al manejo de la Frustración-Agresión entre madres de niños asmáticos y madres de niños no asmáticos? Existen diferencias en el nivel de ansiedad entre las madres de niños asmáticos y las madres de niños no asmáticos?

5.3 HIPOTESIS ESTADISTICAS

Hipótesis Generales.

Ha 1: Existen diferencias en el manejo de la frustración-agresión entre el grupo de madres de niños asmáticos y el grupo de madres de niños no asmáticos.

Ho 1: No existen diferencias en el manejo de la frustración-agresión entre el grupo de madres de niños asmáticos y el grupo de madres de niños no asmáticos.

Ha 2: Existen diferencias entre los puntajes de ansiedad obtenidos por el grupo de madres de niños asmáticos y el grupo de madres de niños no asmáticos.

Ho 2: No existen diferencias entre los puntajes de ansiedad obtenidos por el grupo de madres de niños asmáticos y el grupo de madres de niños no asmáticos.

Ha 3: Existe relación entre los puntajes de ansiedad y de frustración-agresión en las madres de niños asmáticos.

Ho 3: No existe relación entre los puntajes de ansiedad y de frustración-agresión en madres de niños asmáticos.

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

Hipótesis Específicas.

Ha 4: Existen diferencias en las respuestas de agresión en su tipo de defensa del Yo, entre el grupo de madres de niños asmáticos y no asmáticos.

Ho 4: No existen diferencias en las respuestas de agresión en su tipo de defensa del Yo, entre el grupo de madres de niños asmáticos y no asmáticos.

Ha 5: Existen diferencias en las respuestas de agresión en su tipo predominancia del obstáculo, entre el grupo de madres de niños asmáticos y no asmáticos.

Ho 5: No existen diferencias en las respuestas de agresión en su tipo predominancia del obstaculo, entre el grupo de madres de niños asmáticos y no asmáticos.

Ha 6: Existen diferencias en las respuestas de agresión en su tipo, persistencia de la necesidad, entre el grupo de madres de niños asmáticos y no asmáticos.

Ho 6: No existen diferencias en las respuestas de agresión en su tipo persistencia de la necesidad, entre el grupo de madres de niños asmáticos y no asmáticos.

Ha 7: Existen diferencias en la dirección de la respuesta en su tipo extrapunitiva, entre el grupo de madres de niños asmáticos y no asmáticos.

Ho 7: No existen diferencias en la dirección de la respuesta en su tipo extrapunitiva, entre el grupo de madres de niños asmáticos y no asmáticos.

Ha 8: Existen diferencias en la dirección de la respuesta en su tipo intrapunitiva, entre el grupo de madres de niños asmáticos y no asmáticos.

Ho 8: No existen diferencias en la dirección de la respuesta en su tipo intrapunitiva, entre el grupo de madres de niños asmáticos y no asmáticos.

Ha 9: Existen diferencias en la dirección de las respuestas en su tipo impunitiva, entre el grupo de madres de niños asmáticos y no asmáticos.

Ho 9: No existen diferencias en la dirección de la respuesta en su tipo impunitiva, entre el grupo de madres de niños asmáticos y no asmáticos.

Ha 10: Existen diferencias en los puntajes de ansiedad rasgo, entre el grupo de madres de niños asmáticos y el grupo de niños no asmáticos.

Ho 10: No existen diferencias en los puntajes de ansiedad rasgo, entre el grupo de madres de niños asmáticos y el grupo de madres de niños no asmáticos.

Ha 11: Existen diferencias en los puntajes de ansiedad Estado, entre el grupo de madres de niños asmáticos y el grupo de madres de niños no asmáticos.

Ho 11: No existen diferencias en los puntajes de ansiedad Estado entre el grupo de madres de niños asmáticos y el grupo de niños no asmáticos.

Ha 12: Existe relación entre las respuestas de defensa del Yo y la ansiedad estado en las madres de niños asmáticos.

Ho 12: No existe relación entre las respuestas de defensa del Yo y la ansiedad estado en las madres de los niños asmáticos.

Ha 13: Existe relación entre las respuestas de predominancia del obstáculo y la ansiedad estado en las madres de niños asmáticos.

Ho 13: No existe relación entre las respuestas de predominancia en el obstáculo y la ansiedad Estado en las madres de niños asmáticos.

Ha 14: Existe relación entre las respuestas de persistencia de la necesidad y la ansiedad Estado en las madres de niños asmáticos.

Ho 14: No existe relación entre las respuestas de persistencia a la necesidad y la ansiedad Estado en madres de niños asmáticos.

Ha 15: Existe relación entre las respuestas de tipo extrapunitivo y la ansiedad Estado en las madres de niños asmáticos.

Ho 15: No existe relación entre las respuestas de tipo extrapunitivas y la ansiedad Estado en las madres de niños asmáticos.

Ha 16: Existe relación entre las respuestas de tipo Intrapunitivas y la ansiedad Estado en las madres de niños asmáticos.

Ho 16: No existe relación entre las respuestas de tipo Intrapunitivas y la ansiedad Estado en las madres de niños asmáticos.

Ha 17: Existe relación entre las respuestas de tipo Impunitivas y

la ansiedad Estado en las madres de niños asmáticos.

Ho 17: No existe relación entre las respuestas de tipo Impunitivas y la ansiedad Estado en las madres de niños asmáticos.

Ha 18: Existe relación entre las respuestas de defensa del Yo y la ansiedad Rasgo en las madres de niños asmáticos.

Ho 18: No existe relación entre las respuestas de defensa del Yo y la ansiedad Rasgo en las madres de niños asmáticos.

Ha 19: Existe relación entre las respuestas de predominancia del obstáculo y la ansiedad Rasgo en madres de niños asmáticos.

Ho 19: No existe relación entre las respuestas de predominancia del obstáculos y la ansiedad Rasgo en madres de niños asmáticos.

Ha 20: Existe relación entre las respuestas de persistencia a la necesidad y la ansiedad Rasgo en las madres de niños asmáticos.

Ho 20: No existe relación entre las respuestas de persistencia a la necesidad y la ansiedad Rasgo en las madres de niños asmáticos.

Ha 21: Existe relación entre las respuestas de tipo extrapunitivo y la ansiedad Rasgo en las madres de niños asmáticos.

Ho 21: No existe relación entre las respuestas de tipo extrapunitivo y la ansiedad Rasgo en las madres de niños asmáticos.

Ha 22: Existe relación entre las respuestas de tipo intrapunitivo y la ansiedad Rasgo en las madres de niños asmáticos.

Ho 22: No existe relación entre las respuestas de tipo intrapunitiva y la ansiedad Rasgo en las madres de niños asmáticos.

Ha 23: Existe relación entre las respuestas de tipo impunitivas y la ansiedad en madres de niños asmáticos.

Ho 23: No existe relación entre las respuestas de tipo impunitivas y la ansiedad en madres de niños asmáticos.

5.4 DEFINICION DE VARIABLES.

Variable independiente: Madres de niños con asma alérgica y madres de niños sin asma.

Para los fines de esta investigación se consideran como madres a las mujeres que hayan concebido a su hijo (madre biológica) y que estén encargadas de cuidar a sus hijos, por lo menos durante los últimos 5 años y sean casadas.

Variables dependientes: 1.- Frustración-Agresión.

2.- Ansiedad: a) Estado b) Rasgo.

1.- Frustración - Agresión: Se define operacionalmente como los puntajes obtenidos en el test de frustración de Rosenzweig (PFT) para adultos. Conceptualmente decimos que "Existe frustración cada vez que el organismo encuentra un obstáculo o una obstrucción mas o menos insuperable, en la vida que le conduce a la satisfacción de una necesidad vital cualquiera" (1).

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

2.- Ansiedad se define operacionalmente por los puntajes obtenidos en el inventario de ansiedad de Spielberger IDARE, en las escalas Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo. Conceptualmente se define: " La ansiedad Rasgo se refiere a las diferencias individuales relativamente estables, en la propensión a la ansiedad. Indica las diferencias de grado en una disposición latente a manifestar cierto tipo de reacción " (2). La ansiedad Estado es conceptualizada como " La condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por los aumentos de la actividad en el sistema nervioso autónomo " (3).

5.5 CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO.

El grupo experimental está formado por 30 madres de niños con asma de tipo alérgica, que acuden a consulta externa del servicio de alergias en el Hospital Infantil de México, "Federico Gómez". Ubicada en La Colonia de Los Doctores, Delegación Cuahutemoc.

El grupo Control lo integran madres de niños que no padecen ninguna enfermedad y acuden a la Escuela Pública "Justo Sierra" Ubicada en la Delegación Alvaro Obregon, en Mexico D.F.

La muestra de ambos grupos es de mujeres menores de 45 años, casadas, de nivel socioeconómico bajo y medio-bajo, que residen en el Distrito Federal y tengan hijos entre los 6 y 12 años de edad, en educación primaria.

Se efectuó un muestreo no probabilístico, intencional. Se trabajó con dos muestras independientes no representativas de la población.

5.6 TIPO DE ESTUDIO.

Se trata de un estudio a nivel descriptivo, de campo. Kerlinger Considera estudio de campo a "Todos los trabajos científicos grandes o pequeños, que en forma sistemática busquen relaciones o prueben hipótesis de tipo ex post facto, que lleven a cabo en situaciones vitales como fábricas, comunidades, organizaciones, escuelas e instituciones"(4).

Esta Investigación es considerada estudio transversal dado que se estudiaron a los sujetos en momento determinado y en una sola ocasión.

5.7 DISEÑO DE INVESTIGACION

Se realizó un estudio de tipo Expost facto. Se trabajó con dos muestras independientes. El diseño se ilustra de la siguiente manera.

	Frustración-Agresión (E, I, M, Ed, Od, Np)	Ansiedad (AR - AR)
Madres de asmáticos	-----	-----
Madres de No asmáticos	-----	-----

5.8 INSTRUMENTO

5.8.1 Test de Frustración de Rosenzweig (P.F.T.), galería para jóvenes y adultos. Está considerada como una prueba proyectiva aunque apunta exclusivamente a explorar un aspecto de la personalidad que es la reacción ante la frustración.

La prueba consta de 24 láminas en blanco y negro. En las figuras aparecen diversas situaciones frustrantes, en las que la figura del lado izquierdo obstaculiza una acción. Sobre la figura del lado izquierdo, se encuentra una leyenda y en la del lado derecho el espacio está en blanco para que el examinado escriba lo que creé responde el personaje. con el fin de evitar la sugerencia de respuesta, los personajes no tienen expresión en el rostro ni rasgos faciales.

Se ha comprobado que es una prueba confiable cuando se califican bajo dos criterios y están de acuerdo en un 85%. La validez se corroboró en relación con el Inventario multifásico de la personalidad de Minesota (MMPI), y el Test de Apercepción Temática T.A.T. (Berrun 1966).

Calificación e Interpretación:

Las respuestas dadas por el examinado se computan en dos dimensiones basicamente: Dirección de la agresión y tipo de agresión. La dirección de la agresión se puede dividir en extrapunitiva o E (cuando el examinado vuelca la agresión hacia afuera), Intrapunitiva o I (La agresión es volcada hacia adentro) e Impunitiva o M (Cuando se evita la manifestación de agresión). El Tipo de respuesta, puede ser: Predominancia del obstáculo ó O-D (El examinado menciona el obstáculo que causa frustración, en forma de comentario. Lo presenta como poco importante). Defensa del Yo ó E-D (la respuesta se refiere a la culpabilidad ó inviolabilidad del Yo). Persistencia de la necesidad N-P (La respuesta implica en cierto modo la satisfacción de la necesidad frustrada)

Las seis categorías anteriores se combinan, dando como resultado nueve posibles factores, aunando dos variantes simbolizadas con E e I. Para indicar el predominio del obstáculo, se anota con (') después de la letra mayúscula correspondiente. Los tipos de defensa del yo, se marcan por las letras mayúsculas: E, I y M. Las respuestas de persistencia a la necesidad se emplean letras minúsculas que son: e, i, m.

Se marca primero el dominio del obstáculo, después la defensa del Yo y por último la persistencia a la necesidad una en cada columna según corresponde).

En el manual de ésta prueba se definen los 11 factores de notación de la siguiente forma.

- E' La persistencia del obstáculo frustrante está subrayada con persistencia.
- I' El obstáculo frustrante se halla indicado como no frustrante o como favorable. En algunos casos el examinado señala cuánto siente estar implicado en una situación que frustra a otra persona.
- M' Se minimiza al obstáculo frustrante al punto de que el examinado llega a negar su presencia.
- E' La hostilidad, reproche, etc., se dirigen contra una persona o un objeto del medio.
- E El examinado niega de forma agresiva ser el responsable de la falta de que se le acusa.
- I El reproche, culpa etc., los refleja el examinado sobre si mismo.
- I El examinado admite su culpabilidad, pero niega que esta culpa sea total, invocando circunstancias inevitables.
- M La culpabilidad por la frustración se evita porque la situación se considera como inevitable. Al individuo frustrante se le absuelve.
- = Se espera con insistencia que algún otro aporte una solución a la situación que frustra.

- m El examinado expresa la esperanza de que en el tiempo o en otras circunstancias normales, traeran una solución al problema. La paciencia y sumisión son características de éste tipo de respuestas.
- i El examinado presenta correcciones para resolver el problema, generalmente con un sentimiento de culpabilidad.

Para los fines de esta investigación, se evaluaron los 11 factores de notación. No se utilizaron los perfiles, tendencias y esquemas ni el CGR (Índice de conformidad con el grupo) dado que estos parámetros corresponden a la población Argentina que fué donde se estandarizó la prueba.

5.8.2 IDARE; El inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado, está constituido por dos escalas separadas de autoevaluación y miden dos dimensiones distintas de la ansiedad: :a escala Ansiedad Rasgo, formada por veinte afirmaciones en las que el sujeto describe como se siente generalmente, la Escala de Ansiedad estado también consta de veinte reactivos donde el sujeto responde como se siente ahora mismo.

El inventario no tiene límite de tiempo para ser respondido, aproximadamente lleva unos 20 minutos contestar ambas escalas. El sujeto responde a cada uno de los reactivos del Idare, llenando el círculo del número apropiado que se encuentra del lado derecho de cada uno de los reactivos, las instrucciones aparecen por escrito en la parte superior de cada una de las escalas. La calificación de la prueba se hará en base a las plantillas incluidas en el manual estandarizado para México (Díaz Guerrero 1975) y siguiendo las normas de interpretación que señala dicho manual.

El IDARE es una prueba que empezó a construirse en 1964, con el desarrollo de una sola escala, que proporcionara medidas objetivas de autoevaluación tanto de la ansiedad-estado como ansiedad-rasgo. Spielberger fué quién construyó este instrumento y quién más tarde lo modificó creando las dos escalas y la forma que actualmente utilizamos.

"La validez de una prueba resulta elevada si un test mide la cosa correcta, es decir, si proporciona la información requerida por el tomador de decisiones" (5).

Con el fin de probar la validez Diaz Guerrero y Spielberger (1975), aplicaron la Escala de ansiedad estado a una muestra de 977 estudiantes de la universidad estatal de Florida. Se les aplicó pidiendo que contestaran normalmente antes de presentar un examen final muy importante. Como era de esperarse tanto los hombres como las mujeres obtuvieron puntuaciones más elevadas en las condiciones del supuesto examen.

"Tarroba et al (1986) aplicaron el IDARE a una población de personas que intentaron suicidarse en México, la cual dividieron por clases socioeconómica. Encontraron que "las mujeres fueron las más afectadas, caracterizándose por presentar la ansiedad como estado intenso, los hombres de ambos grupos no mostraron diferencias significativas en ninguno de los niveles de ansiedad estado-rasgo". (6)

Dada la naturaleza de los estados de ansiedad, las medidas de consistencia interna, como es el coeficiente alfa, dan un índice más adecuado de confiabilidad a la escala de ansiedad estado que las correlaciones Test-retest. Los coeficientes Alfa para las escalas de Idare se calcularon a partir de la fórmula K-20, con las modificaciones introducidas por Cronbach (1951). Los coeficientes de confiabilidad varían de .83 a .92 para ansiedad-Estado, lo que significa que ambas escalas tienen una adecuada consistencia interna.

La confiabilidad o estabilidad de la Ansiedad Rasgo es relativamente alta mientras que la ansiedad-Estado tiende a fluctuar ya que depende en gran medida de factores situacionales.

La validez del Inventario procede de la correlación verificada con otros instrumentos como: I.P.A.T.; A.A.C.L.

Calificación de la prueba: El rango de posibles puntuaciones en el IDARE, varía desde una puntuación mínima de 20, a una máxima de 80, tanto en la Escala Ansiedad Estado como en Ansiedad Rasgo. Los sujetos reponen a cada reactivo valorándose ellos mismos en una escala de cuatro puntos. Las categorías son las siguientes: 1.- No en absoluto, 2.- Un poco, 3.- Bastante, 4.- Mucho (para la Escala Ansiedad Estado).

En la Escala Ansiedad Rasgo las categorías son: 1.- Casi nunca, 2.- Algunas veces, 3.- Frecuentemente, 4.- Siempre.

Algunos de los reactivos están formulados de tal manera que una puntuación 4 indica un alto nivel de ansiedad, mientras que otros reactivos, mientras que otros, se formularon de modo que una puntuación alta indica poca ansiedad.

La Escala Ansiedad-Estado, está balanceada para evitar las respuestas indiscriminadas, mediante 10 reactivos de calificación directa, y 10 con calificaciones invertidas. La escala Ansiedad Rasgo tiene 7 reactivos invertidos y 13 de calificación directa. Los reactivos invertidos son:

Escala Ansiedad Estado 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

Escala Ansiedad Rasgo 1, 6, 7, 10, 13, 16 y 19.

La calificación se hará de forma manual con la plantilla y el manual del IDARE (Spielberger y Díaz Guerrero 1975). OPCIT

5.9 PROCEDIMIENTO

Se solicitó en el Hospital Infantil de México, "Federico Gomez la autorización para aplicar las pruebas a madres de niños asmáticos que asistían a la consulta externa del servicio de alegrías de ésta institución. Se procedió a revisar los expedientes de los niños que acudían a consulta externa y fueron seleccionados para el grupo experimental aquellos niños con diagnóstico de asma alérgica que cumplieran con los requisitos de selección planteados: residentes de la ciudad de México, que fueran acompañados de sus madres y que no padecieran ninguna otra enfermedad.

Una vez seleccionados los casos que forman el grupo control en esta investigación, se les solicitó a las madres de los niños acudieran a entrevista y respondieran las pruebas. El director de la clínica de alergias les indicó que era necesaria su cooperación pues se trataba de una investigación por parte del hospital para mejorar el servicio y valorar la posibilidad de abrir grupos de orientación psicológica para los padres de niños asmáticos.

Las pruebas se aplicaron de forma individual en un cubículo adjunto a la sala de espera de éste servicio. El cubículo estaba bien iluminado y con espacio suficiente para la aplicación. Al llegar cada una de las madres se les solicitaron datos generales y posteriormente se les aplicaron las pruebas iniciando por el IDARE y posteriormente el Rosenzweig. Las instrucciones de ambas pruebas fueron de manera verbal e impresa, leyendo con ellas las instrucciones que se les dieron por escrito para aclarar dudas.

Para el grupo control el lugar de aplicación fue la escuela "Justo Sierra" de la delegación Alvaro Obregón. A las madres que llevaban a sus hijos de primaria se les solicitó cooperaran para una investigación. Las que aceptaron se les dió una cita para la aplicación de pruebas. Las condiciones fueron similares a las del grupo control (Aplicación individual, salón adecuado, etc.)

Una vez obtenidas las respuestas se procedió a calificarlas siguiendo los criterios que marcan el manual de cada una, y con la ayuda de especialistas en el Test de Rosenzweig. Posteriormente se realizó la prueba estadística T de Student y r de Pearson en computadora utilizando el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

5.10 ANALISIS ESTADISTICO.

El tratamiento estadístico de los datos se realizó a través de la computadora por medio del Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales (Statistical Package for the Social Sciences SPSS PC, de Nie, N Hull, 1975).

El análisis consistió en un Análisis de Varianza (ANOVA) de una vía (Oneway) y una correlación r de Pearson.

Se utilizó el análisis de varianza dado que se trabajó con dos muestras independientes, el nivel de medición de las pruebas utilizadas fué intercalar y lo grupos estuvieron integrados por 30 sujetos . Se buscaron diferencias entre los puntajes de ambos grupos.

Se realizó la correlación para tratar de encontrar si existía una relación entre la ansiedad (Estado-Rasgo) y La Agresión en sus distintas direcciones (Extrapunitiva, Intrapunitiva e Impunitiva) y en su tipo (defensa del Yo, persistencia de la necesidad, predominancia del objeto.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Rosenzweig, S. (1934) Test de Frustración (P.F.T) Manual, Buenos Aires Argentina. Paidós pag: 12.
- 2.- Spielberger, Ch. (1975) IDARE. Inventario de Ansiedad: Manual e Instructivo. México D.F.: Ed. Manual Moderno. pag.1
- 3.- Idem.
- 4.- Kerlinger, F (1983) Investigación del Comportamiento, Técnicas y Metodología. México D.F. Ed. Interamericana.
- 5.- Cronbach (1960) Citado por Berrum, M.T. (1966) Traducción y Adaptación a México de la prueba de Rosenzweig. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.
- 6.- Tarroba (1986) Citado por: Arias y Torres (1988) "Tres experimentos sobre el inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE) en: Revista Intercontinental de Psicología y Educación, Vol 1, 2 pag. 68 México D.F.

VI RESULTADOS.

6.1 TABLAS DE RESULTADOS.

T A B L A # 1.

RESULTADOS DE LA PRUEBA DE FRUSTRACIÓN
AGRESION. (DIRECCION DE LAS RESPUESTAS).

ANALISIS DE VARIANZA.

	EXTRAPUNITIVA E	INTRAPUNITIVA I	IMPUNITIVA. M
X1	8.100	7.350	8.550
X2	6.566	8.223	9.006
F	6.705	4.79	.910
Sig.	.0121	.0334	.3439
Decisión.	Existe diferen- cia significa- tiva. Se rechaza Ho7.	Existe diferen- cia significati- va. Se rechaza Ho8.	No existe di- ferencia sig- nificativa. Se acepta Ha9

Nota:

X1= Media del grupo de madres de niños no asmáticos.

X2= Media del grupo de madres de niños asmáticos.

F= F calculada (SPSS PC)

Ft= Se obtuvo automaticamente la significancia dado que
la Ft se incluye en el programa de computación SPSS
(En los anexos se incluye una tabla F).

T A B L A # 2.

RESULTADOS DE LA PRUEBA DE FRUSTRACION
AGRESION. TIPO DE AGRESION.

ANALISIS DE VARIANZA

	PREDOMINIO DEL OBSTACULO. (OD)	DEFENSA DEL YO (ED)	PERSISTENCIA DE LA NECESIDAD. (NP)
X1	7.450	10.400	5.850
X2	6.250	12.250	5.266
F	4.319	5.883	.870
Sig.	.042	.0184	.3545
Decision	Existe diferencia significativa. Se rechaza Ho4	Existe diferencia significativa Se rechaza Ho5	No existe diferencia significativa. Se acepta Ho6

X1= Media del grupo de Madres de niños no asmaticos.
X2+ Media del grupo de madres de niños asmáticos.

T A B L A # 3.
 RESULTADOS DEL INVENTARIO DE
 ANSIEDAD (IDARE).

ANALISIS DE VARIANZAS .

	ANSIEDAD ESTADO AE	ANSIEDAD RASGO. AR.
X1	35.667	36.933
X2	41.900	42.700
F	7.648	8.434
Sig.	.007	.005
Decisión	La diferencia es significativa. Se rechaza Ho 10.	La diferencia es significativa. Se rechaza . H011.

Nota:

X1= Media del grupo de madres de niños no asmáticos.

X2= Media del Grupo de madres de niños asmáticos.

CORRELACIÓN

Correlations	AE	AR	I	E	M	OD	ED	NP
AE	1.0000	.7562**	.0344	-.0409	-.0215	-.0556	.2067	-.2118
AR	.7562**	1.0000	.0234	-.0881	-.0960	-.0394	.1224	-.1120
I	.0344	.0234	1.0000	-.3436*	-.2805	-.2158	.1101	.0551
E	.0409	-.0881	-.3436*	1.0000	-.7288**	.2940	.0396	-.3084*
M	-.0215	-.0960	-.2805	-.7288**	1.0000	-.0935	-.0610	.2263
OD	-.0556	-.0394	-.2158	.2940	-.0935	1.0000	-.5738**	-.2012
ED	.2067	.1224	.1101	.0396	-.0610	-.5738**	1.0000	-.6529**
NP	-.2118	-.1120	.0551	-.3084*	.2263	-.2012	-.6529**	1.0000

N of CASES 66

1-tailed Signif. $\alpha = .01$ ** = .001

* is printed if a coefficient cannot be computed

T A B L A # 4 (Correlación de los resultados obtenidos, utilizando la r de pearson).

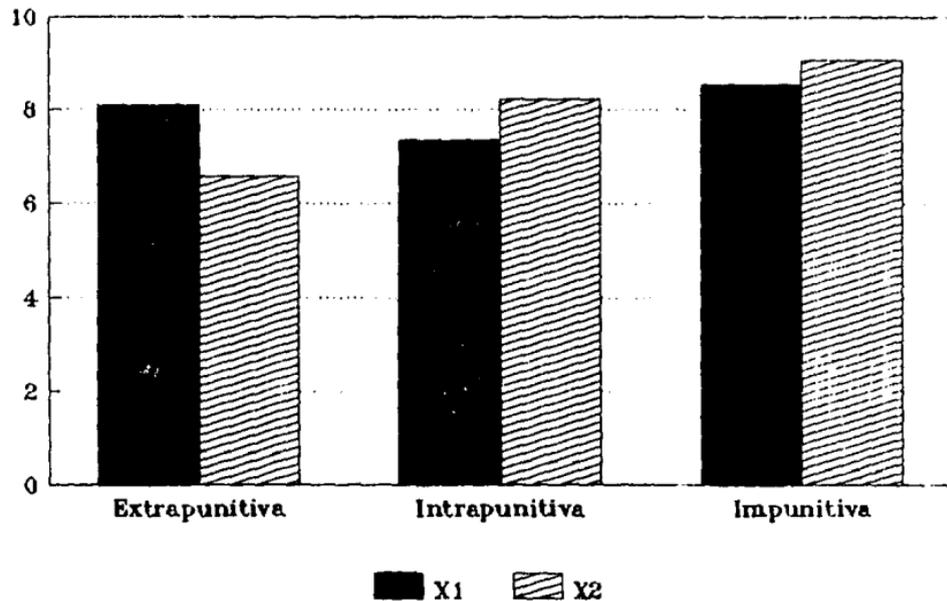
Abreviaturas utilizadas en la Tabla:

- AE= Ansiedad Estado
 AR= Ansiedad Rasgo.
 I= Dirección de la Agresión Intrapunitiva.
 E= Dirección de la agresión Extrapunitiva.
 M= Respuesta Impunitiva de agresión.
 OD= Predominancia del Obstáculo.
 ED= Agresión como defensa del Yo.
 NP= Persistencia de la necesidad

IDARE.

ROSENZWEIG.

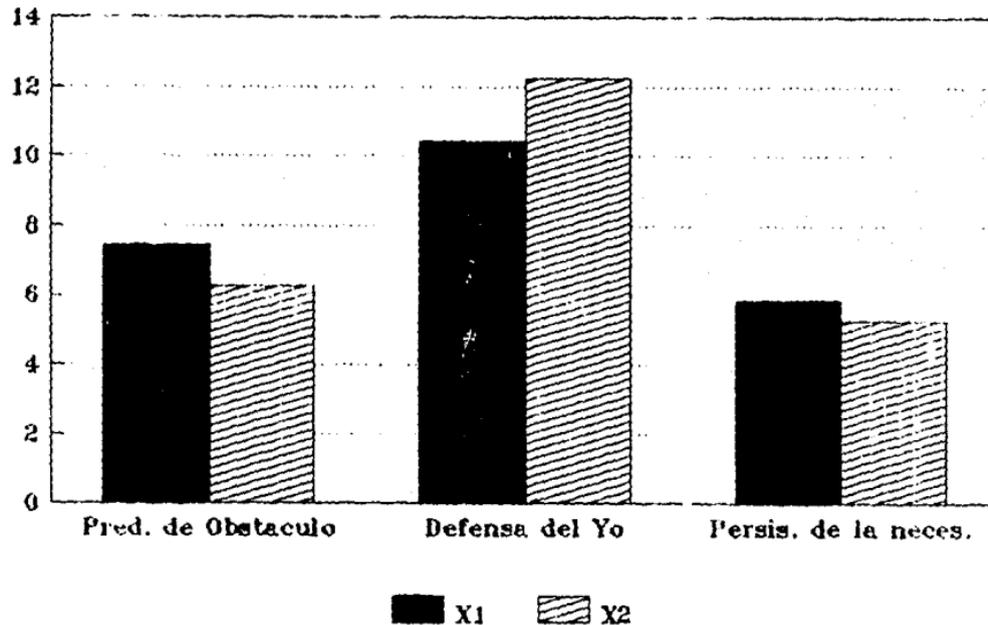
DIRECCION DE LA AGRESION



X1=Media de madres-ninos no asmaticos
X2=Media de madres-ninos asmaticos

GRAFICA #1

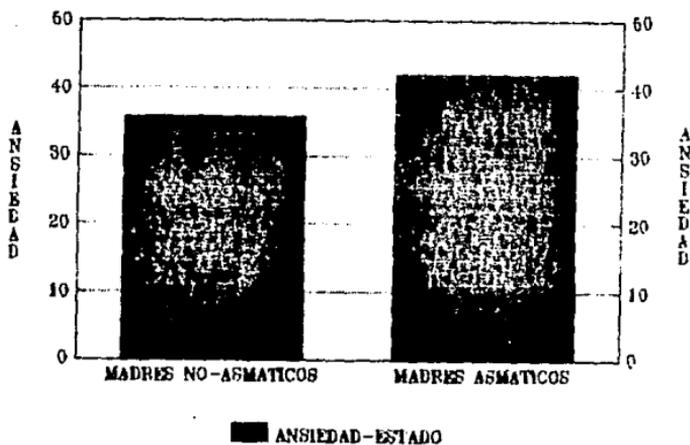
TIPO DE AGRESION



X1=Media de madres-ninos no asmaticos
X2=Media de madres-ninos asmaticos

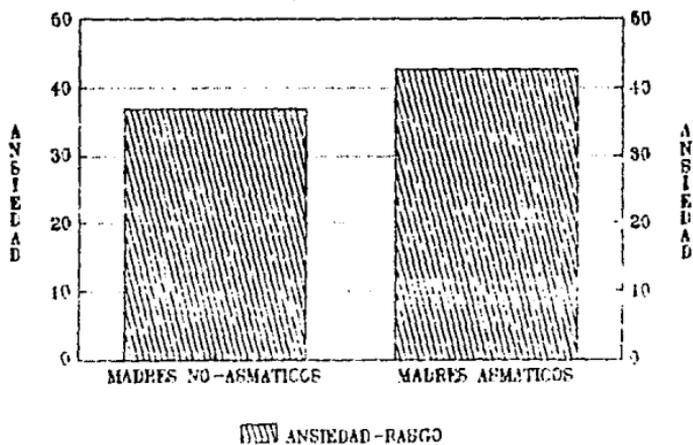
GRAFICA #2

IDARE



Grafica #3 Resultados de la escala Ansiedad Estado
(Medias obtenidas por ambos grupos).

IDARE



Grafica #4 Resultados de la Escala Ansiedad Rasgo.
(Medias obtenidas por ambos grupos).

RESULTADOS

En la tabla numero 1 (pag 94) se muestran los resultados del Analisis de Varianzas del Test de frustracion de Rosenzweig obtenidas por las madres de ninos asmaticos (Grupo Experimental) y madres de ninos no asmaticos . Se observa que en las respuestas de direccion de la agresion en su tipo Extrapunitivo "E" ($X_1=8.10$; $X_2=6.56$; $F=6.70$ sig=.01). Las madres de ninos no asmaticos obtuvieron una mayor puntuacion en estas respuestas por lo tanto se rechaza H_07 : NO EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LA DIRECCION DE LAS RESPUESTAS EN SU TIPO EXTRAPUNITIVO, ENTRE EL GRUPO DE MADRES DE NINO ASMATICOS Y NO ASMATICOS '.

En cuanto a las respuestas de agresion en su tipo Intrapunitivo I, los resultados del analisis estadistico son los siguientes: $X_1= 7.35$ $X_2=8.23$ $F=4.79$ a un nivel de significancia de .033 (ver tabla 1) Las madres de ninos asmaticos obtuvieron un mayor puntaje en este tipo de respuestas por lo cual se rechaza H_08 : NO EXISTEN DIFERENCIAS EN LA DIRECCION DE LAS RESPUESTAS EN SU TIPO INTRAPUNITIVO, ENTRE EL GRUPO DE MADRES DE NINOS ASMATI--COS Y NO ASMATICOS.

En las respuestas de Agresion de Tipo Impunitivo "M" del Test de Frustracion de Rosenzweig no se observan diferencias significativas entre ambos grupos. Las puntuaciones obtenidas se muestran en la tabla 1 y son las siguientes: $X_1= 8.55$, $X_2=9.00$ $F= .910$ significativa al .34 por lo tanto se rechaza H_09 NO EXISTE DIFERENCIA EN LA DIRECCION DE LAS RESPUESTAS EN SU TIPO IMPUNITIVO ENTRE EL GRUPO DE MADRES DE NINOS ASMATICOS Y NO AS--MATICOS.

El test de Frustracion de Rosenzweig , evalua ademas de la direccion de la agresion, el tipo de agresion que el sujeto maneja . La tabla numero 2 (pag.95) muestra los resultados del Analisis de Varianza respecto al tipo de agresion. El primer tipo que se evalua es la Agresion como dfensa del Yo "ED" en donde: $X= 10.400$ y $X_2= 12.250$ con $F=5.883$; sig=.018, siendo las madres de ninos asmaticos las que obtuvieron una media mas elevada. Se rechaza H_04 NO EXISTEN DIFERENCIAS EN LAS RESPUESTAS DE AGRESION EN SU TIPO DE DEFENSA DEL YO ENTRE EL GRUPO DE MADRES DE NINOS ASMATICOS Y NINOS NO ASMATICOS.

Las respuestas de Agresion en su tipo predominancia del obstaculo "OD" muestran diferencias entre las medias de ambos grupos donde: $X_1= 7.450$ $X_2= 6.250$ $F=4.139$ y sig.042. Las madres de ninos no asmaticos obtuvieron un predominio de estas respuestas. Se rechaza H_05 : NO EXISTEN DIFERENCIAS EN LAS RESPUESTAS DE AGRESION EN SU TIPO PREDOMINANCA DEL OBSTACULO ENTRE EL GRUPO DE MADRES DE NINOS ASMATICOS Y NO ASMATICOS.

En esta investigacion se evaluo tambien el nivel de

ansiedad de ambos grupos de madres, utilizando el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado IDARE de Spielberger y Diaz Guerrero en sus dos escalas. Los puntajes obtenidos se trataron estadísticamente con el Analisis de Varianzas para determinar las diferencias entre ambos grupos. La tabla #3 muestra estos resultados (pag.). En la escala Ansiedad Rasgo AR obtuvieron un puntaje mayor las madre de niños asmáticos : $X_1=36.930$ $X_2=42.700$ $F=8.433$ y $sig=.005$ por lo que se rechaza H_0 10: NO EXISTE DIFERENCIA EN LOS PUNTAJES DE ANSIEDAD RASGO ENTRE EL GRUPO DE MADRES DE NIÑOS ASMÁTICOS Y NO ASMÁTICOS.

En la escala de Ansiedad Estado "A-E" (tabla 3) Se observo que la diferencia entre ambos grupos es significativa al .007; $X_1=35.67$ $X_2=41.90$ con $F=7.648$. La Ansiedad Estado en las madres de niños asmáticos es mas elevada. Se rechaza H_0 11; NO EXISTEN DIFERENCIAS EN LOS PUNTAJES DE ANSIEDAD ESTADO ENTRE EL GRUPO DE MADRES DE NIÑOS ASMÁTICOS Y NO ASMÁTICOS.

Por los resultados hasta ahora expuestos se concluye que existen diferencias tanto en el manejo de la frustracion como en el nivel de ansiedad entre el grupo de madres de niños asmáticos y madres de niños no asmáticos. Se rechazan las Hipotesis nulas generales:

H_{01} ; NO EXISTE DIFERENCIA EN EL MANEJO DE LA FRUSTRACION AGRESION ENTRE EL GRUPO DE MADRES DE NIÑOS ASMÁTICOS Y EL GRUPO DE MADRES DE NIÑOS NO ASMÁTICOS.

H_{02} ; NO EXISTE DIFERENCIA ENTRE LOS PUNTAJES DE ANSIEDAD OBTENIDOS POR EL GRUPO DE MADRES DE NIÑOS ASMÁTICOS Y EL GRUPO DE MADRES DE NIÑOS NO ASMÁTICOS.

Se realizo la prueba de correlacion de Pearson para determinar si existe relacion entre las variables de la prueba de Frustracion: E, I, M, OD, Ed, NP y la Escala de Ansiedad AE y AR. La tabla numero 4 (pag.) muestra los resultados de esta correlacion la cual se obtuvo mediante el paquete estadístico SPSS/PC. En la Tabla aparecen señaladas con ** las correlaciones significativas al .001 y con un * las que son significativas al Ae, es decir que a mayor Ansiedad Estado se da una mayor ansiedad como Rasgo. La relacion entre ED y Od es de $-.5736$ lo que significa que a un aumento en respuestas de defensa del Yo disminuyen las de predominio del obstaculo. Sin embargo de acuerdo a las hipotesis de relacion planteadas se aceptan las hipotesis de nulidad H_{013} , H_{014} , H_{015} , H_{016} , H_0 17, H_0 18, H_{019} , H_{020} , H_{021} , H_{022} , H_{023} , H_{024} .

Se acepta la H_0 general 3: "NO EXISTE RELACION ENTRE LOS PUNTAJES DE ANSIEDAD Y DE FRUSTRACION EN LAS MADRES DE NIÑOS ASMÁTICOS .

6.4 INTERPRETACION Y DISCUSION DE RESULTADOS

De acuerdo con los resultados de esta investigación, encontramos que existen diferencias en el manejo de la frustración agresión y en el nivel de ansiedad en el grupo de madres de niños asmáticos y el grupo de madres de niños no asmáticos. En lo que respecta a la variable frustración agresión, el test de Rosenzweig evalúa la dirección de la respuesta y el tipo de respuesta ante la frustración.

Considerando la dirección de la agresión, se observa que las madres de niños no asmáticos, dirigen su agresión a un objeto del entorno mas frecuentemente que las madres de niños asmáticos quienes vuelcan su hostilidad en ellas mismas. Existe un predominio de respuestas de agresión extrapunitiva (Ha 7) en las madres de no asmáticos, mientras las madres de niños asmáticos hacen un manejo intrapunitivo de la agresión (Ha 8). Estos resultados coinciden con lo expuesto por Minuchin (1976) quien afirma, que las madres de niños asmáticos presentan sentimientos de hostilidad pero que temen expresarla abiertamente en el contexto familiar pues tienen la fantasía de dañar al niño.

Dado que el niño asmático aparece como un objeto dañado por los efectos del padecimiento y por las limitaciones que tiene en su vida, la disminución de respuestas de tipo extrapunitivo se da por el

efecto culpigeno en la perturbación de la relación con sus objetos. El asma es, en orden de Relación de Objeto, una demanda de la presencia materna pero es también la prueba de que el objeto protector (Madre) tiene la posibilidad de hacer daño. Esto puede verse claramente en estudios realizados por Alexander y French (1966), quienes realizaron un seguimiento de pacientes asmáticos que acudían a análisis. frecuentemente, las fantasías de estas personas giraban en torno al temor de que si expresaban hostilidad serían dañados por la madre.

El manejo de agresión de tipo Intrapunitivo que tienen las madres de niños asmáticos, repercute en las relaciones familiares y especialmente en el niño asmático, pues al ser la madre la persona con quien generalmente tiene una relación mas cercana en sus primeros años de vida, se convierte en un modelo, por lo que el niño también puede presentar dificultades en la expresión de la agresión como se señala en el estudio realizado por Naranjo (1988), quien utilizando el Test de frustración de Rosenzweig para niños encontró que los niños asmáticos tienen un predominio de respuestas de tipo Intrapunitivo.

Puede decirse que en las madres de niños asmáticos, opera la fantasía inconsciente de que su objeto es testigo de que ella pudo dañarlo, por lo que tiene que dirigir su agresión a ella misma asegurando a su hijo y al mismo tiempo castigando con su autoagresión

sus fantasías de destrucción. lo que se relaciona con lo anteriormente expuesto acerca de las fantasías de agresión (Alexander 1966). La carga de hostilidad es tan elevada que les dificulta el responder con una agresión abierta ante la inminente situación frustrante pues existe el temor de que si dejan salir la agresión no podrán controlarla. Estas mujeres no tienen un adecuado manejo de su agresión. siguiendo el modelo de Hartman (1944) puede decirse que la agresión es internalizada, pero en vez de ser neutralizada por el Yo, es utilizada por el Super Yo para atacar al Yo en forma culpigena. lo cual coincide con lo expuesto por Dávila y Koo (1982) y Sperling (1949) quienes describen a las madres de asmáticos con grandes sentimientos de culpa por el padecimiento de su hijo. Es normal que se internalice una parte de la agresión Ana Freud (1948) pero cuando constantemente se evita la expresión abierta de la agresión, las fallas pueden manifestarse a un nivel somático como sería el caso del asma. A pesar de que no todas las madres de asmáticos padecen esta enfermedad, si es común encontrar que presentan quejas somáticas como son dolores de cabeza y otras molestias (Dávila 1982).

La agresión y la sobreprotección se encuentran muy relacionadas dado que detrás de las actitudes sobreprotectoras, existe una gran hostilidad. Las madres de niños asmáticos son descritas como mujeres sumamente sobreprotectoras (Bacon 1956, Pinkerton 1967, Sperling 1949, Aronsson 1985 y Minuchin 1976). La sobreprotección garantiza a la madre que su hijo este cerca de ella pues son ellas quienes no toleran el estar separadas, necesitan

establecer una relación íntima con sus hijos aunque esta sea frustrante, pues su necesidad es de tener al niño de pendiente e indefenso para mantener su propia autoestima y narcisismo como lo dice Spertling.

En cuanto al tipo de agresión se encontró que las madres de niños no asmáticos presentan un mayor predominio del obstáculo que las madres de no asmáticos (Ha 5): Esto se debe a que las madres de niños no asmáticos, reconocen al objeto frustrante como cualquier situación externa, mientras que la frustración de las madres de asmáticos, está en estrecha relación al padecimiento de su hijo y tienen que recurrir al uso de defensas para manejarlo como sería la negación ya que es tan grande la frustración que causa las limitaciones que les implica el tener un hijo asmático, por lo tanto se les dificulta el identificar claramente fuentes externas de frustración.

La variable de defensa del Yo (E-D) dentro de la prueba del Rosenzweig, se refiere al reconocimiento de la parte más importante de la respuesta ya sea que se acepte la culpa, o bien que se proyecte en otras personas. El grupo de madres de niños asmáticos obtuvo una media mayor que el grupo control (Ha 4) lo que indica que independientemente de que no expresen abiertamente su agresión si tienen identificada al asma como fuente de frustración y esto se enlaza con sus sentimientos culpígenos (Aronsson 1985). La culpa

viene a ser el resultado de la elevada agresión de las madres. El hecho de que se presente una tendencia a responder como defensa del Yo y de que estas mujeres sean mas culpigenas confirma lo expuesto anteriormente acerca de que la agresión se encuentra internalizada pero no neutralizada y que esta es usada por el Supervo en forma culpigena según el modelo de Hartman. Bacon (1956) afirma que la agresión de la madre es proporcional a la del niño asmático.

El IDARE evalúa la ansiedad como estado y como rasgo. en la presente investigación se encontraron diferencias significativas donde la ansiedad es mas elevada en las madres de asmáticos. La presencia del asma es un fenómeno de tal intensidad que vuelve a la madre permanentemente mas ansiosa (AR mas elevado. Ha 10). pero también la torna mas ansiosa ante situaciones especificas, como puede ser un ataque asmático. Esto significa que el hecho de tener un hijo con asma las hace vivir en constante ansiedad. Al respecto Sperling (1949) menciona que el órgano de elección inconsciente provoca tanto en el niño como en su madre una preocupación constante. Se incrementa la ansiedad y las dificultades de comunicación y es esta falta de comunicación, la que impide que disminuya el monto de la ansiedad. La inminencia del ataque asmático precipita la ansiedad en el niño y en su madre quien es por lo general quien le brinda ayuda. Estas mujeres presentan una mayor ansiedad Estado (AE) ante el ataque de asma pero este se ve favorecido por la ansiedad Rasgo. Estas afirmaciones coinciden con los hallazgos de Minuchin (1976) quien considera a la familia del asmático como ansiosa, con baja tolerancia a la

frustración y rígida, estas familias de enfermos psicossomáticos por la ansiedad que les produce el padecimiento de uno de sus miembros tratan de evitar el conflicto, pero con esto no disminuye la ansiedad pues se unen para evitar y no para enfrentar la realidad.

La ansiedad elevada dificulta la expresión de afectos. de aquí que autores como Aronsson (1985) y Koo (1982) entre otros consideren a las madres de asmáticos como mujeres con dificultades en expresar sus estados de ánimo y no solo la agresión si no también el placer que obtienen. La misma ansiedad y baja tolerancia a la frustración les ocasiona que no puedan disfrutar de situaciones como sería la crianza del niño.

6.5 CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación no dejan lugar a duda que en el trastorno asmático, los factores psicológicos en la relación de objeto participan en forma altamente significativa en la etiología del padecimiento. Los problemas asmáticos están determinados en parte por factores existentes en la relación madre - hijo donde el funcionamiento psicológico de la madre está fuertemente enlazado con el padecimiento del niño asmático como se muestra en el estudio, el ataque de asma determina un tipo de ansiedad rasgo en las madres que presentan un estado ansioso, es decir que son mujeres muy ansiosas aun sin la presencia del ataque de asma, pero ante cualquier evento su ansiedad se ve incrementada considerablemente. Son madres que se sienten intranquilas aun cuando el asma de sus hijos se encuentre controlada. Este elevado monto de ansiedad influye en el ambiente familiar y por lo tanto afecta al niño que padece la enfermedad. Como proceso de adaptación la madre de niños asmáticos en la medida en que presenta un estado de ansiedad permanente, requiere de una situación específica susceptible de ser depositaria de su ansiedad, de manera que intenta sin conseguirlo, circunscribir su estado de ansiedad a la situación del asma pero dando como resultado la elevación de ansiedad Estado y Rasgo.

Resulta claro que al ser más ansiosas favorecen el estado asmático tal como lo reportan Sperling (1949), Bacon (1956) y

Aronsson (1985) v coincide con esta investigación. El asma es una variable que repercute en la tolerancia a la frustración e influye en los mecanismos que tienen que ver con esta y por ende, la agresión que genera la frustración se ve afectado tanto en su tipo de respuesta como en la dirección que esta toma, pues suele estar depositada en si misma. El hecho de reconocer las madres de niños asmáticos, que el asma de sus hijos les es frustrante y les causa ansiedad, tiene un efecto altamente culpigeno, por lo que vuelcan su agresión en ellas mismas para no dañar a sus hijos. Este grupo presentó una imposibilidad de expresar agresión basada en la fantasía inconsciente de daño de manera que la imposibilidad de expresar agresión y dirigirla en forma intrapunitiva tiene el propósito de preservar a un hijo que se le presenta ante ella como ya dañado de una mayor agresión.

Como afirmó Alexander (1966) el asma demanda la presencia materna v ésta para tratar de satisfacer la exigencia de su hijo, evita que este sea el blanco de su propia agresión v garantiza su presencia. Con estos resultados queda claro que las diferencias en el funcionamiento psicológico de las madres de niños asmáticos son de tal importancia que influyen en el desarrollo psicológico del niño a la vez que el asma del niño influye en el funcionamiento psicológico de la madre.

Las madres de niños no asmáticos buscan en el entorno las situaciones que les permitan expresar su frustración; las madres de asmáticos no exploran los elementos del entorno para explicar su frustración y agresión porque un evento único, la presencia del asma, adquiere primicia sobre otros eventos frustrantes.

El asma en el hijo lleva a la madre a la presencia mayor de defensa del Yo porqué, va sea en forma consciente o inconsciente, se sabe participe del padecimiento.

Por lo tanto se concluye que la agresión, la frustración y la ansiedad, son variables que se encuentran involucradas significativamente en las madres de niños asmáticos. La presencia del asma es de tal reelevancia que determina un incremento en la ansiedad y disminuye la tolerancia a la frustración y por consiguiente aumenta el monto de agresión, aunque ésta no se exprese abiertamente. En lo que respecta a los resultados obtenidos por el grupo de madres de niños no asmáticos, se observó que tienden a responder ante las situaciones frustrantes con una agresión que se expresa directamente y de forma abierta, es decir que la dirigen hacia afuera, el objeto al cual consideran culpable de su frustración.

A pesar de que las madres de asmáticos presentan una elevada ansiedad y un modo diferente de manejar su frustración agresión no se

encontró que exista una estrecha relación entre estas variables, es decir que la correlación no es altamente significativa, lo que significa que a pesar de que las madres de asmáticos tienen un alto monto de ansiedad no determina un aumento en la tendencia a responder con agresión intrapunitiva ni aumenta las respuestas de defensa del Yo.

6.6. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Entre las limitaciones que se encontraron durante la realización de esta investigación, son las referentes a la literatura acerca de madres de niños asmáticos pues es escasa y la mayor parte es de procedencia extranjera, por lo que deben de tomarse con cierta reserva algunos de los hallazgos que los autores extranjeros presentan dado que existen diferencias significativas como son: El clima, la demografía y la cultura de los distintos países. Lo que puede ser una expresión cultural en un determinado grupo, puede considerarse una desviación patológica en otro lugar, sin embargo es innegable que sean cual quiera que sea la nacionalidad o la sociedad, la madre tiene un papel esencial para el desarrollo óptimo del niño y por lo tanto es importante en la génesis, el desarrollo y la evolución de las enfermedades psicosomáticas como el asma.

Otra dificultad fué el acceso a la muestra dado que las instituciones de salud restringen la entrada a investigadores y no se permite permanecer mucho tiempo o volver a citar a un paciente, por lo que no fue posible obtener una muestra de mayor tamaño para hacer categorías en cuanto a número de hijos, tiempo del padecimiento etc. para que pudieran ser mas generalizables los resultados a una mayor población

Como sugerencia para futuras investigaciones en esta área, pienso que sería de utilidad ahondar en la línea de la Frustración - Agresión, investigando las reacciones paternas y de los demás miembros de la familia. El uso de pruebas proyectativas como el T.A.T sería de gran ventaja, dado que proporcionaría una visión mas amplia acerca de las situaciones que propician la agresión en las madres y como és que estas madres viven a sus hijos y demás objetos así como también ante que tipo de situaciones su ansiedad se eleva.

En esta investigación solamente se tomó la muestra del nivel socioeconómico medio - bajo y bajo. Sería importante realizarlo en otro nivel para ver si los resultados son los mismos.

Son muchas las investigaciones que pueden realizarse en torno las madres de niños asmáticos, pero es de suma importancia que los resultados obtenidos se tomen en cuenta para que se oriente a estas madres en las repercusiones que el padecimiento asmático tiene en ellas para hacer consciente las actitudes que adoptan como son la sobreprotección, el reforzar el sintoma del niño y fomentar una relación mas sana con sus hijos para poder tener familias con una mayor comunicación, participación y salud dentro de lo posible. Una forma de realizar esto puede ser formando grupos de madres asmáticas que se reúnan periódicamente para compartir sus experiencias y recibir información de personal especializado.

El asma es una enfermedad psicosomática en la mayor parte de los casos y participan factores médicos y psicológicos, por lo tanto, debe tratarse conjuntamente y no dejar lo psicológico relegado. Los médicos y psicólogos deben de colaborar en equipo para obtener mejores resultados en el tratamiento.

ANEXOS.

ANEXO A
PUNTAJONES OBTENIDAS POR LOS SUJETOS.

114

ASMA TIC								NO ASMA TIC (Grupo Control)							
AE	AR	E	I	M	OD	ED	NP	AE	AR	E	I	M	OD	ED	NP
28	33	2.0	8.0	10.5	5.0	12.0	7.0	41	32	15.0	4.0	10.0	10.0	11.0	3.0
29	34	4.5	8.5	9.0	6.5	14.0	3.5	35	37	11.0	6.0	7.0	9.0	14.0	1.0
34	43	9.0	7.0	6.0	13.0	7.0	4.0	45	34	15.0	13.0	5.0	10.0	12.0	2.0
39	26	3.5	10.5	16.0	6.5	10.0	7.5	26	37	9.0	6.0	9.0	10.0	8.0	6.0
29	30	7.0	8.0	11.0	3.0	13.0	3.0	34	25	4.0	6.0	6.0	10.0	9.0	5.0
41	34	3.0	13.5	4.5	8.0	10.5	4.5	35	41	10.0	3.0	5.0	7.0	11.0	6.0
25	47	5.0	10.0	9.0	4.0	12.0	9.0	37	36	1.0	6.0	10.0	7.0	6.0	9.0
36	45	5.0	6.5	10.5	6.0	9.5	7.5	31	36	7.0	6.0	9.0	8.0	13.0	10.0
57	56	6.0	10.0	9.0	5.0	13.0	4.0	33	44	4.0	3.0	12.0	6.0	15.0	3.0
47	44	4.0	7.0	13.0	8.0	6.0	10.0	52	59	7.0	6.0	11.0	7.0	8.0	9.0
49	45	7.0	10.0	7.0	7.0	11.0	3.0	31	35	5.0	7.0	12.0	5.0	10.0	6.0
52	51	10.0	5.0	9.0	6.0	18.0	0.0	34	45	9.0	7.0	9.0	9.0	9.0	6.0
47	48	5.0	10.0	9.0	5.0	11.0	7.0	31	30	12.0	6.0	4.0	5.5	6.5	12.0
54	50	6.0	9.0	9.0	4.0	16.0	4.0	33	34	4.0	8.0	12.0	6.0	15.0	3.0
60	49	11.0	6.0	7.0	6.0	14.0	4.0	39	32	7.0	6.0	6.5	7.0	9.5	5.5
44	47	3.0	9.0	7.0	7.0	12.0	5.0	53	52	7.0	7.0	10.0	7.0	12.0	5.0
49	34	9.0	7.0	8.0	5.0	15.0	3.0	24	36	9.0	7.0	9.0	7.0	10.0	7.0
43	44	7.0	6.0	11.0	6.0	12.0	6.0	26	29	7.0	9.0	3.0	4.0	15.0	5.0
32	31	4.0	9.0	11.0	3.0	16.0	5.0	41	32	5.0	9.0	9.0	4.0	16.0	4.0
63	63	6.0	8.0	8.0	9.0	9.0	6.0	32	25	7.0	7.0	10.0	3.0	12.0	4.0
27	34	6.5	10.0	7.5	9.5	11.5	4.0	33	35	10.0	7.0	7.5	10.0	9.0	5.0
19	41	4.0	8.0	12.0	8.0	9.0	7.0	42	43	15.0	6.0	5.0	7.0	15.0	2.0
21	35	11.0	7.0	6.0	3.0	15.0	6.0	28	33	7.0	3.0	9.0	5.0	7.0	7.0
35	39	5.0	6.0	13.0	8.0	9.0	7.0	35	41	7.0	8.0	7.0	10.0	7.0	6.0
41	38	9.0	7.0	8.0	7.0	11.5	5.5	32	41	7.0	8.0	9.0	4.0	13.0	10.0
46	56	6.0	7.0	9.0	3.0	19.0	3.0	36	34	6.0	6.0	13.0	6.0	10.0	9.0
44	38	7.0	9.0	8.0	4.0	17.0	3.0	31	26	5.0	6.0	10.0	13.0	7.0	4.0
38	38	5.0	8.0	11.0	6.0	9.5	8.5	28	39	9.0	8.0	6.0	3.0	11.0	4.0
36	37	7.0	6.0	9.0	2.0	13.0	7.0	34	30	7.0	6.0	9.0	7.0	7.0	5.0
45	44	5.0	7.0	11.0	9.0	10.0	5.0	41	32	6.0	9.0	9.0	7.0	9.0	8.0

(Puntuación bruta).

Nota:

Las abreviaturas utilizadas en la anterior tabla de resultados obtenidos por los sujetos en los instrumentos utilizados son las siguientes:

AE= Ansiedad Estado (Idare)

AR= Ansiedad Rasgo (Idare)

E= Agresión Extrapunitiva (Rosenzweig)

I= Agresión Intrapunitiva (Rosenzweig)

M= Agresión Impunitiva. (Rosenzweig)

OD= Dominancia del Obstáculo (Rosenzweig)

ED= Defensa del Yo. (Rosenzweig).

NP= Persistencia de la Necesidad (Rosenzweig)

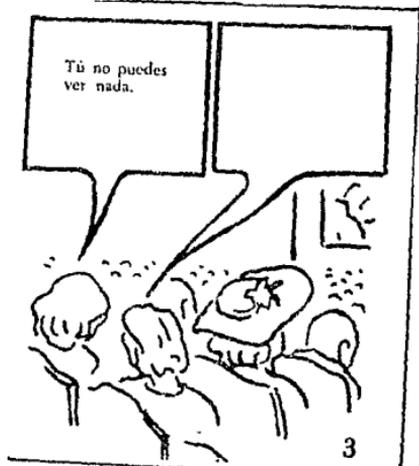
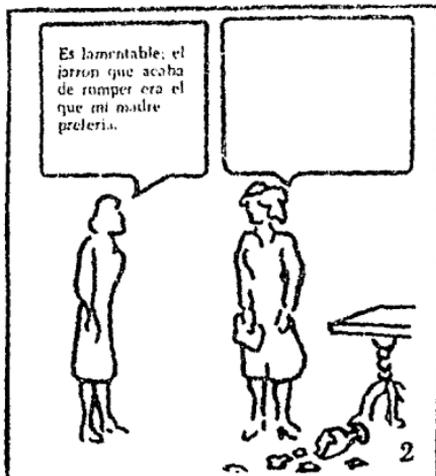
DATOS GENERALES.

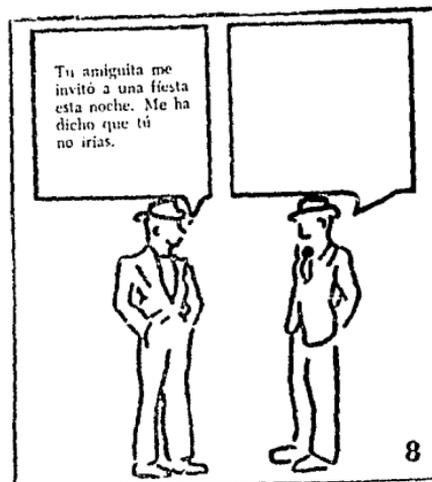
Sexo: Femenino. Lugar de Residencia: México D.F.
Edad:
Estado Civil:
Escolaridad:
Ocupación:
¿Cuántos hijos tiene?
¿Que edades tiene cada uno?
¿ Que edad tiene su hijo asmático?
¿Desde cuanto presenta este padecimiento?
¿Existe algun otro miembro de la familia con alguna enfermedad?

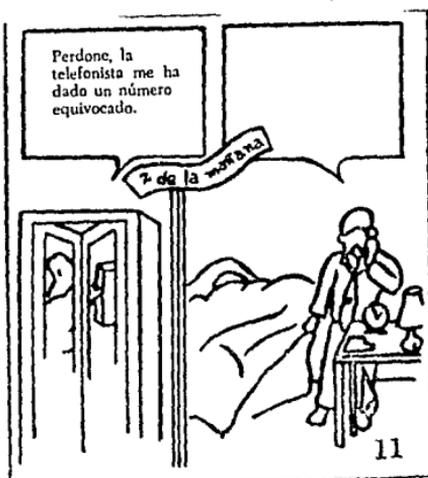
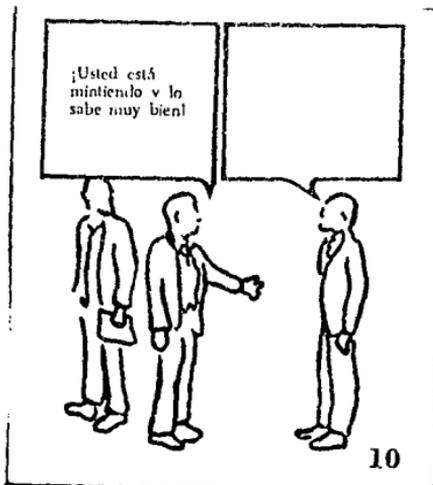
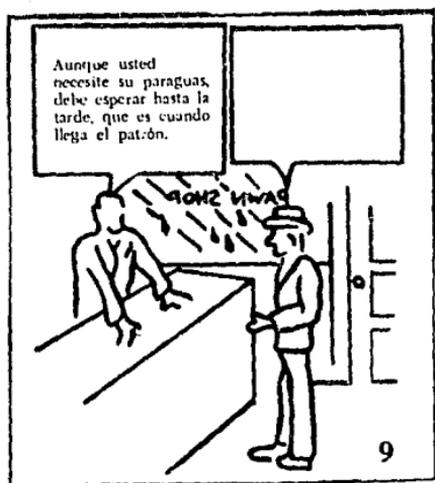
TEST DE ROSENZWEIG

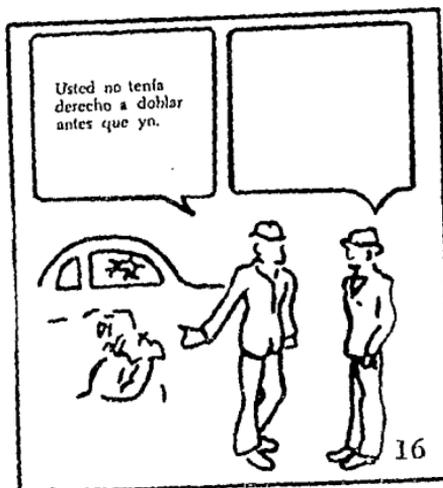
Instrucciones (P.F.T)

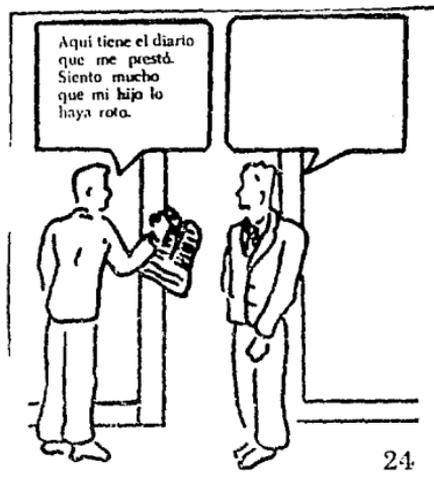
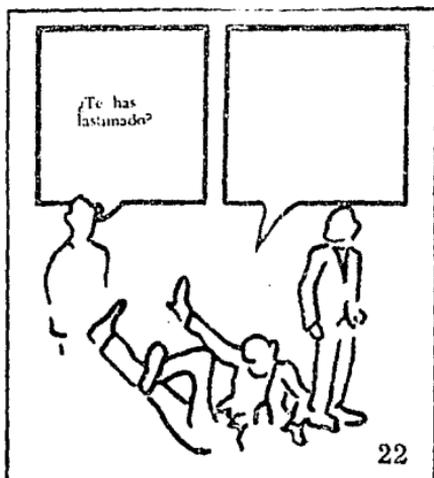
En cada uno de los cuadros siguientes hay dos personas hablando. Lo que dice una de ellas está siempre escrito en la figura, en cada caso usted debe imaginar que contestaría la otra persona que aparece en el cuadro y escribirlo en el espacio correspondiente a cada uno. Siga el orden numérico y trabaje lo ,as rapidamente que le sea posible.











SISTEMA DE CLASIFICACION DE RESPUESTAS P.F.T.
(Test de Rosenzweig)

P. F. T. Sistema para la clasificación de las respuestas		
Prevalencia del obstáculo	Respuesta Ego-defensiva	Persistencia de la necesidad
F El examinado enfatiza la presencia del obstáculo que provoca la frustración.	E La hostilidad, la culpa, el reprocho se dirigen hacia una persona u objeto del medio. E El examinado niega agresivamente ser responsable de la falta de que se lo acusa.	e Se espera que alguna persona aporte una solución para la situación frustrante.
I El examinado no considera el obstáculo como el principal factor de la frustración, y en algunos casos señala su disgusto por haber complicado a otra persona.	i El examinado se culpa a sí mismo. I El examinado admite su culpa pero niega que ésta sea total, invocando circunstancias inevitables.	í El examinado da soluciones, por lo general esperando sentimientos de culpa.
M El obstáculo es minimizado hasta tal punto que el examinado llega casi a negar su presencia.	M El examinado considera la situación como inevitable, por lo que se siente absuelto de toda culpa.	m El examinado tiene esperanzas de que el tiempo y las circunstancias que naturalmente han de seguir traerán la solución del problema. La paciencia y la conformidad son características de este tipo de respuestas.

PROTOCOLO DE EVALUACION

122

CLASIFICACION

PERFILES

No	O-D	E-D	N-P	G.C.R.
1		M		
2		I		
3				
4		M	m	
5			I	
6				
7		E		
8				
9		E		
10		E		
11		E		
12				
13		E		
14				
15				
16		E,I		
17		E		
18				
19		I		
20				
21	I'			
22	M'			
23		E		
24		M		

	O-D	E-D	N-P	TOTAL	%	Nota T
E	()	()	()	()		
I	()	()	()	()		
M	()	()	()	()		
TOTAL	()	()	()	()		
%						
Nota T						

ESQUEMAS

1
2
3
E
I
E + I

TENDENCIAS

1
2
3
4
5

G. C. R.:	Total:	%:	Nota T:
-----------	--------	----	---------

INTERPRETACION

IDARE

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Me canso rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Siento ganas de llorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me siento descansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Soy feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Tomo las cosas muy a pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Me falta confianza en mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Me siento seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Me siento melancólico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Me siento satisfecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Me afectan tanto los desengaños que no me les puedo quitar de la cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Soy una persona estable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aas, K (1972) Efecto de Esteroide del Ketotifeno: Serie Asma 3. México D. F.
- 2.- Alexander, F (1966) Psicología y Asma Bronquial. Buenos Aires Argentina. Ed: Hormé.
- 3.- Alexander F. (1979) Psiquiatría Dinámica. Buenos Aires Argentina. Ed: Paidós.
- 4.- Ajuriaguerra, J. (1980) Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona España. Ed: Masson.
- 5.- Aronsson, G y Cols (1985) Differences In Personality Between Parents of Asthmatic Children and parents of non-asthmatic Children. Journal of Psychosomatic Research. Great Britain; Vol 29 - pag: 177 a 182.
- 6.- Bacon, C. (1956) The Rol of Agression in the Asthmatic Attack. The Psychoanalytic Quartaly. U.S.A. Vol. XXV pag.309
- 7.- Bakwin, B. (1972) Behavior Disorders in Children. Ontario Canada. Sauders Corporation.
- 8.- Bandura y Walters (1988) en De la Fuente "La agresividad". Cuadernos de Psicología. Médica y Psiquiatría. México D.F U.N.A.M Facultad de Medicina. México D.F.
- 9.- Bekei, M. Citado por Olivares, C. (1988) "Características de Personalidad de Madres de Niños con Espasmo del Sollozo". Tesis de Lic. en Psicología de la Universidad Intercontinental. México.

- 10.- Benedek, T. (1950) En Alexander, F et all Psiquiatría Dinámica, México 1979. Ed.: Paidós.
- 11.- Berrum, M. Trinidad (1966) Traducción y adaptación a México de la Prueba de Rosenzweig. Tesis de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M. México D.F.
- 12.- Block y Cois (1964) Citado por: Rabadan, C. (1986) Análisis Dinámico de un grupo de niños con asma. Tesis de Maestría en Psicología. Fac. de Psicología U.N.A.M. México.
- 13.- Brener, Ch. (1977) Elementos Fundamentales de Psicoanálisis. Buenos Aires, A. Libros Clásicos.
- 14.- Bowlby (1985) El Vínculo Afectivo. México D.F. Ed.: Paidós.
- 15.- Buss, A.H. (1969) Psicología de La Agresión. Buenos Aires Argentina. Ed.: Troquel.
- 16.- Cameron, N. (1986) Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad. Un enfoque Dinámico, México D.F. Ed.: Trillas.
- 17.- Coffey, C. y Apley, M. (1981) Psicología de la Motivación. México D.F. Trillas.
- 18.- Corkille, D. (1985). "El Niño Feliz, Su Clave Psicológica". México D.F. Gedisa.
- 19.- Cueli, J. (1986) Teorías de La Personalidad. México D.F. Trillas
- 20.- Dávila y Koo A. (1982) Exploración Psicológica a los Padres de Niños Asmáticos. Lima Perú. Revista de Sanidad de las Fuerzas Policiales. pags.: 131 al 36, 1986.
- 21.- Deutsch, F (1953) Basic Psychoanalytic Principles in Psychosomatic Disorders. International Journal of Psychotherapy. U.S.A.
- 22.- De la Fuente, R. (1975) Psicología Médica. México D.F. Ed.: Fondo de Cultura Económica.
- 23.- De la Fuente, R. (1988) La agresividad en: Cuadernos de Psicología Médica y Psiquiatría. México D.F. U.N.A.M. Fac. de Medicina.
- 24.- Dollar y Miller (1941) Frustración y Agresión. Nueva Haven University of Yale. U.S.A

- 25.- Erikson, E. (1988) El Ciclo Vital Completado. Ed. Paidós. México.
- 26.- Fenichel, O. (1986) Teoría Psicoanalítica de Las Neurosis. México E.: Paidós.
- 27.- Freud, A. (1980) Psicoanálisis del Desarrollo del Niño y del adolescente. Barcelona, E. Paidós.
- 28.- Erikson, (1986) Infancia y Sociedad. Ediciones Hormé. Buenos Aires. Argentina.
- 29.- Freud, A. (1971) Normalidad y Patología de la Niñez. Buenos Aires Argentina. Paidós.
- 30.- Freud, A. (1981) El Yo y Los Mecanismos de Defensa. México. Paidós.
- 31.- Freud, S. (1894) Neurosis de Angustia y Neurastenia. Obras Completas, Ed Biblioteca Nueva. Madrid, 1981. Tomo I.
- 32.- Freud, S. (1915) Las Pulsiones y sus Destinos. Idem. Tomo II.
- 33.- Freud, S. (1926) Inhibición, Síntoma y Angustia Idem Tomo III.
- 34.- Freud, S. (1905-09) Tres Ensayos para una Teoría Sexual. O.c Tomo II.
- 35.- Freud, S. (1919) Más allá del Principio del Placer. Idem. Tomo III.
- 36.- Garner y Weaner (1959) The Mother Child Interaction in Psychosomatic Disorders. URBANA. University of Illinois Press.
- 37.- Gomez-Orozco y Cols (1982) Asma Aguda. Urgencias en Pediatría. México. Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México Federico Gomez.
- 38.- Greene, J. y Cols. (1984) Pruebas Estadísticas para Psicología y Ciencias Sociales. Bogotá Colombia: Norma Ediciones.
- 39.- Guarnier, E. (1984) Psicología Clínica y Tratamiento Analítico. México D.F. Porrúa.
- 40.- Hartman, H. (1949) Citado por de la Fuente "Agresividad" Op. Cit.

- 41.- Jaidar, V. (1970) Características Psicológicas de los niños asmáticos. Tesis. México. Hospital Infantil de México Federico Gomez.
- 42.- Kerlinger, F. (1983) Investigación del Comportamiento, Técnicas y Metodología. México D.F. Ed.: Interamericana.
- 43.- Klein, M. (1937) Amor, Odio y Reparación. Buenos Aires, A. Hormé. 1986.
- 44.- Koppitz, E. (1984) El Dibujo de la Figura Humana. Buenos Aires Argentina. Ed.: Guadalupe.
- 45.- Laplanche, J. y Pontalis (1986) Diccionario de Psicoanálisis Barcelona. Labor.
- 46.- Lorenz, K. "Sobre la Agresión: El Pretendido Mal" México 1978. E.: Siglo XXI.
- 47.- Mc. Govern Allergy Clinic (1988) Hand Book for the Allergic Patient. Houston, Tex. U.S.A. Mc. Govern Clinic.
- 48.- Mahler, M (1975) El Nacimiento Psicológico del Infante Humano. Buenos Aires. Ed.: Myramar.
- 49.- Meijer, A. (1981) Psychosomatic Research in Childhood Asthma Acta Paedopsychiatric. U.S.A. 46: 261-268.
- 50.- Michaca, P. (1986) Desarrollo de la Personalidad: Teoría de las Relaciones de Objeto. México, D.F. PAX
- 51.- Middleton, E. (1988) Allergy: Principles and Practice, U.S.A. international Editions.
- 52.- Minuchin, S. y Cols. (1976) The Role of The Family in the Treatment of Chronic Asthma. Family Therapy: Theory and Practice. Nueva York. Gardner Press.
- 53.- McGuigan (1974) Psicología Experimental. México D.F. Trillas
- 54.- Mussen, H. (1971) Desarrollo de la Personalidad del Niño. México D.F. Trillas.
- 55.- Nagera, H. (1975) Desarrollo de la Teoría de Los Instintos en la Obra de Freud. Argentina. Hormé.
- 56.- Naranjo, M. T. (1988) "Manejo de la Frustración Agresión en niños asmáticos y no asmáticos". Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Intercontinental. México D.F.

- 57.- Navarro, A.R. (1988) "Tratamiento de un caso de Asma desde el Enfoque Psicoanalítico". Tesis de Maestría en Psicología de la Universidad Iberoamericana. México D.F.
- 58.- Perrin, E. (1988) Manual de Alergias para Pediatras. Suecia. Publicado por: Pharmacia Diagnostics AB. Suecia.
- 59.- Pick, S. y López (1982) Como Investigar en Ciencias Sociales México D.F. Trillas.
- 60.- Philipp, Wilde y Day (1972) "Suggestion and Relaxation in Asthmatics. Journal of Psychosomatic Research, Vol 6 p: 283
- 61.- Pinkerton (1967) "Correlating Physiologic with Psychodynamic data in the Study of Childhood Asthma. (abstract) Journal of Psychosomatic Research. 11-11 pag. 25
- 62.- Pardo, G. (1984) "A sistem of Aproach Towards Understanding Mexican Psychosomatic Families". Tesis de Postgrado en Psicología Universidad de Columbia. U.S.A.
- 63.- Rabadan, Concepción (1986) Análisis Psicodinámico de un Grupo de niños con Asma. México D.F. Tesis de Maestría en Psicología U.N.A.M. Psicología. México.
- 64.- Ramírez, Susana (1986) La agresión en Niños Institucionalizados. Tesis de Licenciatura en Psicología. U.N.A.M. México.
- 65.- Rapaport, D. y Cols. (1962) Aportaciones a la Teoría y Técnica Psicoanalítica. México D.F. Editorial PAX.
- 66.- Romero, J. y Cols (1987) Manual para la Elaboración de Tesis México D.F. Facultad de Psicología de la Universidad Intercontinental.
- 67.- Rosenzweig, S. (1934) Manual del Test de Frustración (P.F.T) (para adultos) Buenos Aires Argentina. Paidós.1964.
- 68.- Seargent y Yorkstone (1969) Citado por Navarro,1988 Op Cit.
- 69.- Spielberger, Ch. (1975) Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE: Manual e Instructivo. Adaptado por: Díaz Guerrero). México D.F. Ed.: Manual Moderno.
- 70.- Spielberger Ch. (1980) Tensión y Ansiedad. Serie: La Psicología y Tu. México. Ed.: HARLA

- 71.- Spitz R. (1985) El primer Año de Vida. México D.F. Fondo de Cultura Económico.
- 72.- Symonds, P. (1946) The Dinamic of Human Adjustment. Nueva York. Apleton Press.
- 73.- Spierling. M. (1949). "The Role of the Mother in Psychosomatic disorders in Children. Psychosomatic Medicine. U.S.A. Vol. II.
- 74.- Tallaferro, A. (1987) Curso Básico de Psicoanálisis. México. Paidós.
- 75.- Terroba (1986) En Arias y Torres "Tres experimentos sobre el inventario de ansiedad Estado Rasgo IDARE" en Revista Intercontinental de Psicología y Educación Vol. 1,2 p.68 México D.F 1988.
- 76.- Thompson, C. (1983) El Psicoanálisis. México D.F. Fondo de Cultura Económica.
- 77.- Wayne, W.D. (1981) Estadística con Aplicación a las Ciencias Sociales y a la Educación. México D.F.: Mc Graw Hills.
- 78.- Wikran y Cols. (1978) Communication in the Family of the Asthmatic Child. Acta Psychiat. Scand. Noruega 1978. Vol. 57-11.
- 79.- Winnicott, D.W. (1981) El proceso de Maduración en el niño. Barcelona, España: LAIA S.A.
- 80.- Winnicott, D.W. (1987) Realidad y Juego. Barcelona España: GEDISA.