

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

"ASPECTOS PSICODINÁMICOS FAMILIARES QUE
AFECTAN EL ESTADO PSICOLÓGICO DEL NIÑO
CON ASMA BRONQUIAL"

(Estudio realizado en el Departamento de Pediatría del Hospital General de San Carlos de Guatemala, en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Abril a octubre de 1992.)

Presentada al Consejo Directivo de la Escuela de Ciencias Psicológicas por:

CLAUDIA LUCILA ROMERO GARCIA

Previo a optar el Título de PSICÓLOGA en el grado académico de Licenciatura.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

BIBLIOTECA CENTRAL-USAC
DEPOSITO LEGAL
PROHIBIDO EL PRESTAMO EXTERNO

DL

93

†(714)

TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Walter René Soto Reyes
D I R E C T O R

Licenciado Abraham Cortez Mejía
S E C R E T A R I O

Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo
R E P R E S E N T A N T E C L A U S T R O C A T E D R A T I C O S

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIO 345, 4-37
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELÉFONOS: 760760-94 Y 760985-98
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Académico
CIEPs.
archivo

REG. 1363-93

CODIPa. 379-94

DE IMPRESION TRABAJO DE INVESTIGACION

07 de septiembre de 1994

Señorita Estudiante
Claudia Lucila Romero Garcia
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto SEPTIMO (7o.) del Acta VEINTISEIS NOVENTA Y CUATRO (26-94) de Consejo Directivo, de fecha 30 de agosto de 1994, que copiado literalmente dice:

"SEPTIMO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "ASPECTOS PSICODINAMICOS FAMILIARES QUE AFECTAN EL ESTADO PSICOLOGICO DEL NIÑO CON ASMA BRONQUIAL.", de la Carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

CLAUDIA LUCILA ROMERO GARCIA

CARNET No. 87-14062

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Carmen Isabel Howard Valenzuela y revisado por el Licenciado Helvin Orlando Velásquez Ramos.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo AUTORIZA LA IMPRESION del mismo para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

" ID Y CUBERAD A TODOS "

Licenciado Abraham Cortez Mejía
SECRETARIO



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIO "M.S. 10-2"
CALLE UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELÉFONOS 740390-94 Y 740388-86
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

CIEPs. 134-94.

REG. 1363-93.

INFORME FINAL

GUATEMALA, 8 de Julio de 1994.

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EDIFICIO

SEÑORES:

Atentamente se dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado HELVIN ORLANDO VELASQUEZ RAMOS, ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACION titulado "ASPECTOS PSICODINÁMICOS FAMILIARES QUE AFECTAN EL ESTADO PSICOLÓGICO DEL NIÑO CON ASMA BRONQUIAL", correspondiente a la Carrera de LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, presentado por la estudiante:

NOMBRE

CARNET No.

CLAUDIA LUCILA ROMERO GARCIA

87-14062

Agradeceré se sirva continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

LIC. WALDEMAR ZETINA CASTELLANOS
COORDINADOR CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA



WZC/tnidsh.
c. archivo



Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Ciudad de Guatemala, C. A.

Dirección Cablegráfica IGSSO
Dirección Postal, Apertado 349
Teléfono 28001-9

Guatemala, 28 de Septiembre 1944.

Sres.:
Consejo Directivo.
Escuela de Ciencias Psicológicas.
Universidad de San Carlos de Guatemala.
Ciudad Universitaria, Zona 12.

Respetables Sres.:

Atentamente me dirijo a Uds. para informarles que asesoré el informe final de Tesis titulado: "ASPECTOS PSICODINAMICOS FAMILIARES QUE APECTAN EL ESTADO PSICOLOGICO DEL NINO CON ASMA BRONQUIAL", realizado por la estudiante CLAUDIA LUCILA ROMERO GARCIA, Carnet 87-14862, correspondiente a la carrera de Licenciatura en Psicología.

Considero al respecto que el mencionado trabajo se ajusta a las exigencias del Método Científico y además, constituye un aporte importante dentro de la Psicología Infantil Guatemalteca, ya que ha sido elaborado en base a información actual y objetiva.

Por lo anterior, me permito aprobar el Informe Final para que continúe los trámites correspondientes.

Atentamente,

Carmen Isabel Howard

Licda. Carmen Isabel Howard
LICDA. CARMEN ISABEL HOWARD
PSICOLOGA
COLEGIADO NO. 408



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
COMPLEJO "A-B, M-3"
CARRERAS UNIVERSITARIAS, ZONA 18
TELÉFONO 740790-84 Y 740788-84
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Acad.
CIEPs.
archivo

REG. 1363-93

CODIPs. 412-93

DE APROBACION DE PROYECTO Y NOMBRAMIENTO
DE ASESOR

10 de septiembre de 1993

Señorita Estudiante
Claudia Lucila Romero Garcia
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Romero

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DECIMO QUINTO (15o.), del Acta VEINTISEIS NOVENTA Y TRES (26-93), de Consejo Directivo, de fecha 11 de agosto del año en curso, que copiado literalmente dice:

"DECIMO QUINTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Proyecto de Investigación titulado: "ASPECTOS PSICODINAMICOS FAMILIARES QUE AFECTAN EL ESTADO PSICOLOGICO DEL NIÑO CON ASMA BRONQUIAL", de la carrera: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, presentado por:

CLAUDIA LUCILA ROMERO GARCIA

CARNET No.87-14062

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, resuelve aprobarlo y nombrar como asesor a la Licenciada Carmen Isabel Howard Valenzuela."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS "


Licenciado Abraham Cortez Mejia
SECRETARIO



/Lillian

ACTO QUE DEDICO

MI PLEGARIA LLENA DE FE AL SUPREMO CREADOR.

A LA SANTISIMA VIRGEN DE GUADALUPE.

A MI PATRIA GUATEMALA.

A MIS PADRES:

JOSE LEON Y MERITA.

PRINCIPAL PILAR DE APOYO EN MI VIDA,
CON TODO EL AMOR Y AGRADECIMIENTO
DEL MUNDO A SUS MULTIPLES ESFUERZOS.

A MIS HERMANOS:

MAYRA Y JOSE RODOLFO.
CON AMOR Y AGRADECIMIENTO.

A MI ESPOSO:

DR. MANUEL ANTONIO.

GRACIAS POR COMPARTIR CONMIGO
SU AMOR Y SU COMPRESION.

A MIS SOBRINAS:

CLAUDIA MARELLY
Y KRISTHEL MARIA.

A MI CUÑADO:

CARLOS BERGANZA.

A MI FAMILIA.

CON RESPETO.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

PADRINOS DE GRADUACION

LICDA. CARMEN ISABEL HOWARD V.

LICDA. EMILIA HERNANDEZ P.

DR. MANUEL ANTONIO BARRIOS CHANG

PROLOGO

En la clínica de Consulta Externa de Neumología de la Pediatría del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, I.G.S.S., en el transcurso de los meses de enero a julio de 1992, se atendieron 1,176 niños con problemas neumológicos. Esto establece que un porcentaje importante de la población infantil presenta problemas de salud de este tipo, entre los que se encuentra el asma bronquial. Se estima que del 5 al 10% de los niños tendrán alguna vez durante la infancia signos o síntomas compatibles con asma.

El presente trabajo de investigación permitió conocer a través de diferentes instrumentos utilizados, los principales aspectos psicodinámicos que rodean la estructura familiar del niño con asma bronquial. El conocimiento de dichos aspectos ofrece la oportunidad de realizar acciones preventivas con las familias y con el niño, evitando así, la agudización del asma.

Se pretendió a través de esta investigación, contribuir a proteger la salud mental y física de la niñez guatemalteca en general. Así como contribuir al adecuado y satisfactorio desarrollo de la personalidad del niño guatemalteco durante los primeros años de vida y, aportar información y abrir nuevos campos de investigación dentro de la psicología infantil, respecto a la relación madre-hijo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente al personal Médico y Paramédico del Depto. de Pediatría del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, I.G.S.S., que me brindaron su valiosa e incalculable colaboración. Principalmente a los Médicos Neumólogos Dr. OSCAR AMADO y Dr. JOSE PERALTA.

De manera muy especial agradezco a la Licda. ISABEL HOWARD V. por compartir conmigo todos sus conocimientos y por su asesoría dentro del campo de la investigación científica; así como por su cariño y apoyo durante mi formación profesional.

Así también agradezco a la Licda. EMILIA HERNANDEZ y Licda. ROSARIO DE MORAN, por su cariño y su invaluable amistad.

A la Universidad de "SAN CARLOS" de Guatemala, por formarme académica y socialmente dentro del campo de la Psicología y así poder contribuir al progreso y desarrollo de Guatemala.

CAPITULO I

INTRODUCCION

El hombre experimenta la influencia de grandes conjuntos de factores sociales durante el curso de su vida. Todos ellos tomados en conjunto constituyen el medio social en que se desarrolla la personalidad.

En el proceso vital se van formando en los hombres determinadas normas sociales bajo la forma de costumbres, ritos y hábitos, los cuales se establecen a través de agentes socializadores tales como la familia, la escuela, la iglesia, etc. Mediante ellos se forma el niño como miembro de la sociedad en que vive.

Cada niño necesita de un padre y de una madre para elaborar junto con ellos sus pulsiones y transformadas en sublimaciones. La sublimación, motor del aprendizaje y del trabajo, de la tenación del odio y de la rivalidad, constituye condición esencial para la convivencia humana, cuyos pilares son el amor, la justicia y la solidaridad.

Enrique Pichón Riviere (1) define a la familia como "una estructura social básica que se configura por el interjuego de roles diferenciados (padre, madre, hijo), el cual constituye el modelo natural de interacción social". Ampliando este concepto, se caracteriza a la familia como un núcleo de personas que conviven en un determinado lugar durante un lapso prolongado y que están unidas por lazos consanguíneos.

(1) Pichón, E. Ensayos. "Del psicoanálisis a la Psicología Social" Editorial Oublier, Buenos Aires, 1976) Pág. 58

Este núcleo se haya relacionado con la sociedad que le imprime una cultura y una ideología particular. A la vez, la sociedad recibe de ese núcleo influencias específicas.

La familia es el ámbito dentro del cual se desarrolla el niño para transformarse en adulto capaz y se puede afirmar que su objetivo primordial es la defensa de la vida. Este objetivo lo cumple a través del proceso continuo de educación, la cual privilegia la enseñanza de las acciones tendientes a preservar la vida, enseñanza que abarca las nociones relacionadas al cuidado físico, el desarrollo de la capacidad de relación familiar y social, la aptitud para la actividad productiva, para la inserción laboral y para la transmisión y creación de pautas culturales destinadas a posibilitar la convivencia.

La función esencial de los padres es la de impartir las nociones relativas a la defensa de la vida, o sea, enseñar las aptitudes psicofísicas que van formando a la mente durante su evolución desde el nacimiento hacia la adultez. Los padres pueden enseñar a poner límites porque poseen el conocimiento derivado de su propia experiencia. Por lo tanto, la función de enseñar a un niño debe de ser impartida por dos o más adultos (2).

(2) Sofier, Raquel "Psicoanálisis de la familia con niños" Terapia familiar con técnicas de juegos. Editorial Kapelusz. Buenos Aires, Argentina. 1970. Pág. 197.

El desarrollo de la nueva vida empieza con la unión de un óvulo con un espermatozoide, situación que abre paso a la maternidad y a la paternidad, lo cual establece uno de los más grandes retos para los nuevos padres. Todas las personas tienen ideas propias y expectativas sobre los papeles del padre y la madre y también sobre los niños. Dichas ideas están condicionadas por sus experiencias infantiles y por los conceptos, modelos y creencias de cada cultura en relación con sus miembros. Los padres son los primeros y más importantes maestros del niño. Su intervención es esencial y extensa. Ellos enseñan al niño a confiar y depender de las personas y de las circunstancias, lo cual es la base para la futuras relaciones interpersonales del niño.

Inmediatamente después del parto, madre e hijo inician el proceso de formación del vínculo o apego. Al hacerlo, están poniendo los cimientos de una relación de toda la vida. Desde el punto de vista externo, el vínculo se expresa en comportamientos como en contacto físico, los besos y el contacto visual. En lo interior, se siente como una fuerte atracción y fascinación mutuas. El niño sentiría miedo de morir si no se le protegiera de cualquier conciencia de la angustia implícita en la separación de la madre y de la existencia extrauterina (3).

Los recién nacidos se mueven en respuesta a los gestos de la madre y a los cambios en el tono de la voz. Con la vista pueden seguir también los movimientos de ella, ya que vienen equipados con las capacidades necesarias para formar el vínculo y al instante reacciona ante los estímulos maternos (4). Este comportamiento es importante como motivación para la madre, porque ella necesita sentir que su hijo está reaccionando a lo que ella hace y que le interesa cuanto hace.

(3) Fromm, Erich "El Arte de Amar" Una investigación sobre la naturaleza del amor. Editorial Logos. Medellín, Colombia. 1985. Pág. 46

(4) Spitz, René A. "El Primer Año de Vida del Niño". Editorial Fondo de Cultura Económica. México o D.F., 1966. Pág. 75

Durante las primeras semanas, la vida del niño se centra en función de sus necesidades elementales, el bebé está en un estado de narcisismo primario absoluto, marcado por la falta de conciencia del principio maternal. A partir del segundo mes, una vaga conciencia del objeto de satisfacción señala el inicio de la fase de simbiosis normal en la cual no hay diferencia aún entre "yo" y "no yo", el interior y el exterior sólo llegan a ser percibidos como diferentes de forma gradual. Toda percepción desagradable es alejada más allá de la frontera del medio simbiótico interior. El niño necesita muestras de afecto por parte de quienes le rodean. Le son necesarias las muestras de ternura (caricias, palabras, risas, besos y abrazos), manifestaciones espontáneas del amor materno. La emoción domina absolutamente las relaciones del niño con su medio. No sólo extrae emociones del ambiente, sino que tiende a compartirlas con las personas, ya que el niño se adapta a su medio, expresando plenamente sus emociones, tanto las placenteras como las desagradables.

El carácter emotivo de la relación tonicoemocional origina la denominada simbiosis afectiva (5), posterior a la primera simbiosis fisiológica entre la madre y el niño y origina una conducta que no es tan sólo un grito para pedir los cuidados maternos que le son necesarios, sino auténticos lazos afectivos entre él y quienes lo protegen. Las bases de la auténtica afirmación del Yo se preparan al distinguir la parte de la conciencia del Yo y de la de los otros.

La unión simbiótica tiene su patrón biológico en la relación entre la madre embarazada y el feto. Son dos y, sin embargo, uno solo. Viven juntos (Sym-biosis), se necesitan mutuamente. El feto es parte de la madre y recibe de ella cuanto necesita; la madre es su mundo, por así decirlo; lo alimenta, lo protege, pero también su propia vida se ve realizada en él. En la unión simbiótica psíquica, los dos cuerpos son independientes, pero psicológicamente existe el mismo tipo de relación (6).

(5) Welford, H. "Evolución Psicológica en la Infancia" Editorial Colón. 3ta. Ed. París, 1957. Pág. 24

(6) Freud, E. Op. cit. PP 28-30

La forma pasiva de la unión simbólica es la sumisión o masoquismo. La persona masoquista escapa del indeseable sentimiento de aislamiento y separación convirtiéndose en una parte de otra persona que la dirige, la guía, la protege, que es su vida y el aire que respira. La persona sumisa, no tiene que tomar decisiones, ni correr riesgos, nunca está sola, no es independiente, se convierte en un instrumento de alguien o algo exterior a él; no necesita resolver el problema de la existencia por medio de la actividad productiva. (8)

La forma activa de la relación simbólica es la dominación o sadismo. La persona sádica quiere escapar de su soledad y de su sensación de estar aprisionado haciendo de otro individuo una parte de sí mismo. Se siente acrecentada y realizada incorporando a otra persona que lo adora. La persona sádica es un dependiente de la sumisa como esta de aquella; ninguna de las dos puede vivir sin la otra (9).

En contraste con la unión simbólica, el amor maduro significa unión a condición de preservar la propia integridad, la propia individualidad. El amor es un poder activo en el hombre; un poder que atraviesa las barreras que separan al hombre de sus semejantes y lo une a los demás. En el amor dos seres se convierten en uno y siguen siendo dos.

El amor que un niño muestra hacia su madre y la atracción que ella siente respecto a su hijo no es solamente un enlace emocional mutuo determinado por la naturaleza, sino se forma a través del contacto y la estimulación recíproca entre dos seres.

Se puede decir que es esencial para la salud mental que el niño experimente una relación cariñosa, íntima y continua con su madre, en la que ambos encuentran satisfacción y gozo (7). Un niño necesita sentir que es objeto de placer y orgullo para su madre; una madre necesita sentir una proyección de su propia vida en la de su hijo. Cada uno tiene necesidad de identificarse íntimamente con el otro.

El cuidado materno que se prodiga a un niño no es algo que pueda disponerse mediante una rutina establecida; es una relación humana viva en que se experimenta el gozo de la mutua compañía que se forma entre madre e hijo. Este gozo e identificación íntima de sentimientos es posible para ambas partes solo si la relación es continua y recíproca. Así como un niño necesita sentir que pertenece a su madre, esta necesita sentir que pertenece a su hijo y sólo cuando tiene la satisfacción de este sentimiento puede dedicarse por entero a él. Por estas razones, el amor materno que necesita un niño, puede encontrarse más fácilmente dentro de la familia que fuera de ella.

La importancia de los sentimientos maternos de tener un hijo varían dentro de una gama extraordinariamente amplia, pues la inmensa mayoría de las mujeres se convierten en madres cariñosas, amantes y dedicadas, creando así el clima emocional en la relación madre-hijo, favorable en todos los aspectos al desarrollo del niño. Lo que crea este clima son los sentimientos de la madre hacia el hijo; su amor y afecto por el pequeño hacen de él un objeto de interés incalculable para ella. Le brinda además posibilidades siempre renovadas, enriquecidas y variadas de experiencias vitales, que constituirán todo el mundo del bebé. Lo que hace que esas experiencias sean tan importantes para el niño es el hecho de estar entrelazadas, embellecidas y coloreadas con el afecto maternal; y el niño responde a este afecto cariñosamente. El contacto con la madre da al pequeño la confianza que necesita para madurar perceptual y emocionalmente.

Sin embargo, en ningún caso puede desdeñarse la significación del desarrollo neural, tanto del embriológico como del genético, durante los primeros meses de vida que permiten que el niño incorpore a su vida psíquica estas múltiples experiencias. Sin la maduración del sistema nervioso, la elaboración de modelos de conducta y la forma de actuación resultarían imposibles o carentes de sentido.

La misma relación entre dos seres tan íntimamente armonizados entre sí y unido por tantos lazos tangibles e intangibles lleva consigo la posibilidad de graves perturbaciones si esa armonía falta. Y ni siquiera es preciso la desarmonía entre ellos; basta con que uno de los componentes de la diada y que será la mayoría de las veces la madre, se encuentre en desarmonía con su medio para causar desequilibrio. Su influencia modeladora hace inevitable que su propia discordancia se refleje en el desarrollo del niño. Tales relaciones insatisfactorias son patológicas y pueden dividirse en dos categorías (1):

- A) Relaciones madre-hijo incorrectas
- B) Relaciones madre-hijo insuficientes

A) Relaciones madre-hijo incorrectas:

La personalidad de la madre es dominante en la diada. La madre es incapaz de ofrecer al niño una relación normal por razones de su personalidad, es ella quien perturba la relación normal ésta debe mantener de ordinario con el niño. La personalidad de la madre actúa como agente provocador de la enfermedad, como una toxina psicológica; por lo que ésta situación recibe el nombre de enfermedades psicótóxicas de la infancia. Se enumeran a continuación los patrones de conducta materna alterados:

(1) Spitz, R. Op cit. PP 155-160

imponibles para el niño.

impuestos, del objeto libidinal, lo que hace que las reacciones de objeto posteriores sean difíciles o para de extremo de abstracción a rechazo. La madre ha entorpecido el establecimiento de lo más La relación entre el niño y su madre está lejos de ser una relación estrecha y bien equilibrada, ya que

A.5. Preocupaciones entre el niño y la hostilidad:

condiciones inusualmente grandes de hostilidad inocente reprimida. La actitud materna es de angustia manifiesta acerca de sus hijos que corresponde a la presencia de

A.4. Hostilidad enmascarada de angustia:

niño, con características de angustia.

Es una actitud maternal que puede ser considerada como una protección maternal excesiva hacia el

A.3. Introversia excesiva angustiosa primaria:

sensibilidad reducida. El niño parece hallarse en estado de shock. La actitud de la madre es de una hostilidad generalizada hacia la maternidad y por lo tanto al niño. El recién nacido se veuve comatoso, con el tipo de diátesis Cheyne-Stokes, extremadamente pálido y de

A.2. Repulsas pasivas primarias:

como el niño.

La actitud maternal consiste en un repulsa global de la maternidad, repulsa que incluye tanto la prefez

A.1. Fricción repulsa primarias:

Se trata de la ausencia física de la madre por enfermedad o muerte o por hospitalización del niño. El niño manifiesta un destierro progresivo hacia el ambiente, pérdida del apetito y un trastorno del desarrollo ponderal y general si no se le proporciona un sustituto adecuado. La mejoría es estimulada cuando el objeto amorado regresa al niño dentro de un período no mayor de tres a cinco meses.

B.1 Privación emocional parcial:

Privar a los niños en el primer año de vida de las relaciones con su madre, es un factor dañino de importancia que lleva a graves perturbaciones emocionales. Estos niños presentan un cuadro clínico impresionante: parecen haber sido privados de cierto elemento vital para la supervivencia. Cuando se priva al niño de la relación con la madre sin ofrecerle un sustituto adecuado que el niño pueda aceptar, se priva de los suministros líquidos. Las consecuencias de la deficiencia emocional se dividen en dos:

B) Relaciones madre-hijo insuportables:

La conducta maternal en estos casos es el resultado de un conflicto consciente. Para tales madres, el niño solo sirve de desahogo para sus satisfacciones parásitarias y exhibicionistas y no como objeto amoroso. No obstante, una madre así se da cuenta de su actitud hacia el niño y conscientemente compensa su actitud mediante una dulzura fingida.

A.7 Hostilidad materna compensada conscientemente:

La madre de nuestras sociedades de cambios de humor intermitentes hacia sus hijos. Esos cambios de humor varían desde la hostilidad extrema con repulsa, hasta la compensación extrema de aquella hostilidad, en forma de solicitud exagerada.

A.6 Oscilaciones cíclicas del humor de la madre:

B.2 Privación emocional total:

Si se priva al niño durante el primer año de todas las relaciones de objeto por periodos que duren más de cinco meses, dará muestra de síntomas cada vez más graves de un empeoramiento, que parece ser en parte irreversible. La naturaleza de la relación madre e hijo, anterior a la privación, si la hubo, parece tener escasa influencia en el curso de la enfermedad.

Podría objetarse que la madre no es el único ser humano que se encuentra en el medio circundante del niño, ni el único que ejerce influencia emocional; que ese medio circundante comprende al padre, a los hermanos, a los parientes y demás personas y que todos pueden tener una significación afectiva para el niño. Hasta el marco cultural con sus costumbres ejerce una influencia sobre el pequeño. Sin embargo, el valor del papel que ejerce la madre es de gran intensidad y no puede ser sustituido por varias personas simultáneamente.

Las definiciones que intentan describir la vida normal de hogar en relación a la estructura familiar con frecuencia son inadecuadas. No sólo es claro que un niño puede tener una vida normal de hogar cuando vive con parientes, sino que, un niño puede vivir con sus propios padres y sin embargo, no tener esta vida normal de hogar.

Existen circunstancias familiares en las que, debido al impacto dramático de los acontecimientos, pueden aparecer síntomas en los niños predispuestos a ellos, o bien pueden agravarse los que ya se han manifestado. Dentro de éstas configuraciones podrían mencionarse:

El fallecimiento del padre:

La falta del padre, desde el punto de vista psicológico, implica la carencia de la respectiva autoridad; de la fuerza externa capaz de contener los impulsos incestuosos dirigidos hacia la madre. Agregados a éstos deben ser considerados los conflictos psicológicos del estado de viudez de la madre, su depresión, su eventual desamparo social o económico, su mayor o menor soledad así como su mayor o menor capacidad para enfrentar los estados anímicos de sus hijos en los que siempre aparecen ingredientes de hostilidad y su posibilidad de asumir la función paterna.

El nacimiento de un hermano:

Los celos, la envidia y la rivalidad, así como las actitudes agresivas hacia el nuevo hermano, son normales y coexisten con los impulsos de amor. Las regresiones y los síntomas físicos que aparecen en estos momentos en los hermanos se hayan vinculados con la enseñanza deficitaria del control y la sublimación de la envidia y los celos.

Los hijos únicos:

El hijo único puede ser la consecuencia de la casualidad; pero también con frecuencia es fruto de un status deseado por los padres. Las razones aducidas suelen ser socioeconómicas y afectivas, como que los padres deseen ofrecer el máximo de afecto a una sola persona o, que por un mecanismo proyectivo quieran proporcionar al niño ventajas de las que ellos carecieron en su infancia.

Hogares inestables:

Las discordias graves suelen influir con carácter definitivo en el niño. El espectáculo de la hostilidad entre sus padres, sus gritos, sus groserías y su intercambio de golpes no son el marco ideal para su identificación. Testigo de éstas disputas, el niño experimentará según sus preferencias, su desprecio u odio hacia uno de los padres, o hacia ambos. El mantenimiento de una cohesión aparente crea un ambiente artificial en el que la unión llega a ser coexistencia y el hogar se deshace progresivamente. El niño percibe perfectamente esta hostilidad que provoca en él un sentimiento de inseguridad. Frente a esta situación, los padres reaccionan con mecanismos de huida. El niño es a la vez, el medio y la víctima de la compensación buscada. Los padres recurren al niño para resolver sus problemas, anulando e impidiendo toda evolución hacia su autonomía, o bajo la forma de rechazo total.

Padres Patógenos:

Según Ajuiaqueza (9) pueden describirse varios tipos de padres patógenos.

La madre que desvirtiliza a su hijo por sus excesivas exigencias, es una mujer que no ha aceptado su femineidad y se muestra agresiva con el hombre. Hace tambalear el grupo familiar.

La madre escrupulosa en exceso, ansiosa, que no sabe como actuar con sus hijos; madre perfeccionista que encuentra determinados rituales en una manera de resolver la forma de la relación afectiva con el niño. Son mujeres asepticas, hiperordenadas, que quieren a su hijo a través de las reglas rígidas que la tranquilicen.

(9) Ajuiaqueza, Jéfim. "Manual de Psiquiatría Infantil". Editorial Masson, Cuarta Edición, México D.F. 1983 PP 773.

La madre para quien el niño es objeto de satisfacciones que ella no ha encontrado en otra parte, u objeto inconsciente de chantaje con los demás, o bien objeto que representa la transfiguración de un amor no experimentado profundamente pero racionalizado bajo la forma del deber.

El padre rígido, se caracteriza por un hipermoralismo, un exagerado sentido del deber. Estos padres quieren a sus hijos como a ellos, o que lleguen hasta donde ellos no pudieron llegar.

El padre cruel; la crueldad y el odio son más frecuentes en el padre que en la madre. Pero al lado del autoritarismo intolerante y de la violencia, hay una conducta paterna menos aparente pero también perturbadora y sofocante: el paternalismo. Al igual que el maternalismo, oculta su autoritarismo bajo un aparente amor vigilante.

La forma de conducirse de los adultos ante los niños y las costumbres y tradiciones, y aún el tipo de estructura política que acontecen en cada sociedad, influirán grandemente en la formación afectiva y del carácter de cada niño.

Los conocimientos se adquieren de las experiencias vividas y en contacto con el comportamiento deseable de otras personas. Son los conocimientos adquiridos, capacidades intelectuales y afectivas las que permiten al niño enfrentarse a la vida y solucionar los obstáculos que se interponen a lo largo de su vida para realizarse como un ser independiente.

En el niño, las cualidades que identifica y distingue en cada uno de los que le rodean conlleva un proceso lento de aprendizaje cuya influencia será variable. Todo lo que se aprende supone un paso más hacia la autonomía, pero sólo servirá y será positivo si el niño se siente seguro.

Es la educación la que proporciona a la personalidad infantil un justo equilibrio en su desarrollo, y dependiendo de esto que se desenvuelva en armonía y aceptación en su adolescencia y que logre reflejar en su edad adulta un ajuste emocional que lo beneficie como persona y a la vez a la sociedad en la que se desarrolla.

Los padres no deben olvidar que el niño posee su propia individualidad y ésta debe ser considerada en todo momento durante la crianza. Se debe reconocer que cada hijo es diferente, independiente uno del otro y por lo mismo, cada uno requiere su propia educación, trato y afecto. Es en el transcurso de la vida del niño en que los padres llegan a conocer a cada uno de sus hijos; usando un sentido común e inteligencia y dándoles oportunidad y apoyo constante, podrán contribuir a una satisfactoria integración de su personalidad.

Es imposible definir la madre y el padre ideal. Los mejores padres son los que conservan su espontaneidad intuitiva, sienten la necesidad del niño y dan las respuestas adecuadas. No son permisivos, ni rígidos, aseguran cierta continuidad en sus respuestas y pueden siempre reconocer sin fastidio las demandas de sus hijos.

Así mismo, la inadecuada o insuficiente atención a las necesidades afectivas del niño puede dar origen a mecanismos compensatorios contra la ansiedad que provoca la situación. Los niños tienden a reaccionar con alteraciones de su conducta (sueño, apetito, eliminación), de sus relaciones interpersonales (agresividad, irritabilidad, inestabilidad motriz), de su aprendizaje y/o adaptación escolar, y otros muchos síntomas que impiden una satisfactoria integración de su personalidad. Algunos de estos síntomas son expresados a través de trastornos físicos y son estudiados como psicósomáticos.

El asma bronquial se considera una enfermedad psicósomática por asociarse frecuentemente a condiciones de vida familiar generadoras de ansiedad. El niño tiende a expresar a través de su cuerpo, en este caso el sistema respiratorio, la inestabilidad o inseguridad que surgen de la especial manera de relacionarse en su hogar.

El asma es la causa principal de enfermedad crónica en la infancia. Se estima que del 5 al 10% de los niños tendrán alguna vez durante la infancia signos o síntomas compatibles con asma.

Se han efectuado muchos intentos para conseguir una definición clínica del asma debido a su etiología multifactorial: sin embargo, se pueden precisar algunas definiciones que abarcan lo más esencial.

"El asma bronquial es un proceso obstructivo reversible, principalmente de las vías respiratorias bajas, causado por edema de la mucosa, aumento de las secreciones que son extraordinariamente viscosas, constricción bronquial y una hiperreactividad de las vías aéreas debido a una gran variedad de estímulos"⁽¹⁰⁾

Aunque la hiperreactividad de las vías aéreas no se limita a los asmáticos, está virtualmente presente en todos ellos. La irritabilidad o hiperreactividad se manifiesta como broncoconstricción tras el ejercicio y después de la exposición ante alérgenos como polvo de la casa y sus ingredientes habituales, fibras de algodón, mohos de los interiores, insectos, restos epidérmicos (especialmente plumas, saliva y caspa de gatos, perros, caballos, vacas, ovejas y conejos), polen llevado por el aire y los mohos estacionales exteriores.

El asma puede comenzar a cualquier edad; alrededor del 80-90% de los niños asmáticos sufren sus primeros síntomas antes de los 4-5 años. El curso y la gravedad del proceso son difíciles de predecir. La mayoría de los niños afectados tienen sólo ataques ocasionales, de intensidad moderada o leve, y su manejo es relativamente fácil. Una minoría desarrollará un asma intratable, grave, habitualmente perenne más que estacional y que interfiere significativamente con la asistencia escolar, los juegos y la actividad diaria.

(10) Behrman, R. y Otros. "Tratado de Pediatría" Editorial Interamericana-MacGraw. México, D.F. 1992. Pág. 527

Los síntomas y signos del asma que pueden estar presentes en distinto grado según el estadio y la gravedad del ataque son: - tos con sonido espástico y que no produce flemas al principio del ataque, sibilancias, respiración rápida, dificultad al respirar, espiración prolongada, hundimiento de los músculos intercostales y del esternocleidomastoideo, expansión del tórax y taquicardia.

Los niños asmáticos pueden ser clasificados según su historia, pruebas funcionales, exploración física y necesidades de medicación, en distintos grados:

- A) Asma leve
- B) Asma moderada
- C) Asma severa o grave

Los niños con asma leve sufren ataques con una frecuencia aproximada de hasta una vez a la semana, pero éstos no son intensos y responden bien a los broncodilatadores, cediendo en 24 ó 48 horas. Generalmente no precisan medicación entre los ataques cuando el niño está libre de síntomas de obstrucción respiratoria. Estos niños tienen una asistencia regular a la escuela, toleran bien los ejercicios y su sueño no está interrumpido o lo está poco por el asma.

El niño con asma moderada tiene síntomas con más frecuencia que los que tienen asma leve y a menudo tienen tos y sibilancias en los periodos intercríticos. La asistencia escolar está alterada y la tolerancia al ejercicio disminuida por la tos y la sibilancia; surgen pérdidas de sueño nocturno especialmente en las agudizaciones de la enfermedad. Estos niños suelen precisar tratamiento continuo más que intermitente con broncodilatadores para alcanzar el control de los síntomas.

B. Trastornos psicopatológicos

A. Reacciones de conversión (histericas)

Los cuadros psicopatológicos son de dos tipos:

Las enfermedades psicopatológicas se caracterizan por una desorganización somática, pasajera o permanente, cuyo origen o desarrollo comporta un determinado tipo psicológico actual o de tipo regresivo, que posee en evidencia organizaciones psicobiológicas precoces". (11)

Emocional puede asociarse a cualquier tipo de trastorno psicopatológico en el niño. a un tipo determinado de trastorno psicopatológico; por el contrario, cualquier tipo de problema psicopatológico. Contrariamente a lo que antes se creía, cada tipo de sentimiento o conflicto no da lugar Los conflictos psicológicos pueden dar lugar a alteraciones somáticas o trastornos psicopatológicos en distintos grados.

Algunos autores admiten que el asma bronquial es una enfermedad de etiología compleja, en la cual se pueden encontrar factores bioquímicos, autoinmunes, inmunológicos, infecciosos, endocrinos y fallan mucho al colegio, tienen el sueño interrumpido por la enfermedad y toman muy mal el ejercicio. mas frecuentes e intensas; necesitan hospitalizaciones repetidas. Estas niños gravemente afectados Los niños con asma grave o severa tienen prácticamente a diario altibancas y exacerbaciones

Las reacciones de conversión aparecen repentinamente y en ellas puede identificarse la situación desencadenante. Las expresiones histéricas de los conflictos psicológicos suelen afectar con más frecuencia a la musculatura voluntaria y a los órganos de los sentidos.

Los trastornos psicofisiológicos tienen un comienzo mucho más insidioso. La ansiedad crónica produce anomalías funcionales en el sistema nervioso autónomo que dan lugar a cambios estructurales en órganos y aparatos. Se cree que el asma bronquial, el eccema, la colitis ulcerosa y la úlcera péptica son trastornos psicofisiológicos o que por lo menos existe un importante componente psicofisiológico en algunos niños. Los síntomas del niño afectado no están bajo su control consciente; no está "actuando o simulando"; su dolor y sus problemas son reales.

Las enfermedades psicósomáticas de la infancia se hayan estrechamente conectadas con la dinámica familiar. Se sabe que los síntomas físicos del primer año de vida del bebé están determinados por las modalidades de la relación que tiene con su madre.

Según Ajuriaguerra (12), la importancia de los factores psicológicos en los mecanismos del asma infantil está demostrada por diversos hechos:

1) Existencia de factores psicológicos en el desencadenamiento del síndrome o en el determinismo de las crisis. Según L. Rees, en un 12% de los casos, la enfermedad aparece después de un fuerte stress psicosocial. Se admite que no es raro que el asma se desencadene al principio por mecanismos alérgicos, pero que al cabo de un tiempo se manifieste como reacciones condicionadas relacionadas con conflictos emocionales.

(12) Ajuriaguerra, J. Op. cit. Pág. 345

2) Las características de la personalidad del niño asmático son, según varios autores muy particulares: ansiedad, falta de confianza, estado tensional elevado, dependencia de los padres y angustia. Por otra parte, las características de estos niños pueden ser muy distintas en el ambiente familiar y en el extrafamiliar.

El examen del niño asmático revela la influencia indudable del estado psicológico y ambiental (13) sobre la enfermedad.

Por lo general la vida del niño asmático no se desarrolla en forma normal, ya que es objeto de cuidados exagerados por sus familiares. La solicitud extrema de los mismos suele privarlo de las experiencias físicas adecuadas a su edad, que significan estímulos a la maduración. De este modo, el campo de acción en que se puede desenvolver resulta muy limitado y su capacidad de actuar libremente se va reduciendo. Se establece un círculo vicioso entre el niño y el medio que le rodea que tiende a sobreprotegerlo, aumentando su inseguridad y dependencia.

La no obtención de resultados curativos inmediatos suele provocar en el niño la pérdida de la fe en su curación y, en consecuencia, desencadena estados depresivos.

También se han descrito algunas características de la personalidad de los padres. Miller y Baruch (14) describen que la madre rechaza al niño y que el padre, generalmente dominado por su esposa, acepta las actitudes que ésta le impone o bien es maduro pero tiene una actitud hiperprotectora hacia su hijo. Estos autores consideran que existen tanto madres ansiosas, rechazadoras y agresivas como superprotectoras, que ocultan bajo su hiperprotección un rechazo profundo.

(13) Roca, Telma. "Trastornos Psicopatológicos en Pediatría" Editorial Kapelhan, Buenos Aires, Argentina. 1985. Pág. 267.

(14) Miller, Paul, y otros. "El niño desde el punto de vista psicoanalítico". Editorial Proa. México D.F. 1980. Pág. 123

que ocultan bajo su hiperprotección un rechazo profundo. Si se admite el predominio de este tipo de madre, el niño sólo puede estar dominado por la inseguridad y la ansiedad y deseando depender de su madre, vive en el temor de ser separado de ella.

Bowlby (15) agrega que la percepción del rechazo materno crea en el niño un gran resentimiento que no se atreve a expresar por miedo a perder definitivamente el amor de su madre, colocándose así en una situación de dependencia absoluta y regresiva. Vive en un estado de ambivalencia con sus deseos de protección por una parte y la necesidad de maduración y de independencia por otra.

Telma Roca, (16) señala que el análisis conjunto de la madre y el niño demuestran las cualidades específicas de esta relación, marcadas por una especie de interdependencia que permite a la madre agresiva disculparse y a la madre hiperprotectora entregarse al máximo. Al niño le permite expresar en una forma agresiva sus conflictos a través de una enfermedad y manifestar su ambivalencia: dependencia por los síntomas de la enfermedad e independencia de la madre.

La separación del medio familiar no es el tratamiento adecuado, ya que, aunque produce un descenso de la tensión y de las interferencias psicológicas madre-hijo, también puede crear sentimientos de abandono y si se observan resultados inmediatos, estos son raramente definidos.

(15) Bowlby, John. Op cit. Pág. 23

(16) Roca, Telma. Op cit. Pág. 147

Es necesario tomar en cuenta que el asma bronquial es por sí misma una enfermedad eminentemente ansiógena, por cuya razón tiende a favorecer o crear un estado de dependencia afectiva. Las crisis de asma tienden a desencadenarse en las situaciones que entrañan una amenaza de separación de la madre o sus sustitutos. Puede tratarse de una separación física, pero con mayor frecuencia los temores se centran en el peligro de perder el lazo afectivo. En tales casos las crisis "podrían ser el equivalente del llanto o de los gritos inhibidos" (17).

Se debe reconocer en el campo psicósomático, la existencia de órganos de choque capaces de reaccionar ante los conflictos emocionales. Por lo tanto, entre los factores etiológicos del asma deben atribuirse gran importancia a las situaciones vitales que originan conflicto y ansiedad.

Pero, aparte de toda la patología presentada en el asma, no se debe olvidar que el asma se presenta como una enfermedad muy angustiante para las personas que rodean al niño. No se trata de sobrevalorar el síntoma o la enfermedad, sino de distender el ambiente en el cual se desarrolla ya que la angustia de la respiración no es solo vivida por el niño, sino también por su medio familiar y social, dando lugar a mecanismos de coinducción que contribuyen a fijar la enfermedad.

Se puede decir entonces, que el asma bronquial es una de las numerosas modalidades en las que puede traducirse los trastornos emocionales y psicológicos durante la niñez.

Por lo anterior, el problema planteado fue:

(17) Pissini, W. y Otros. "Medicina Psicósomática". Editorial Tony/Masson, Barcelona. 1980. Pág. 256.

"Aspectos psicodinámicos familiares que afectan el estado psicológico del niño con asma bronquial", que asistió al Departamento de Pediatría del Hospital General del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de abril a octubre de 1992". Elaborándose los siguientes objetivos específicos: a) Adquirir conocimientos sobre los principales aspectos psicodinámicos familiares que rodean al niño asmático, b) Obtener información sobre las características de la relación del niño asmático y sus padres, c) Identificar los factores psicodinámicos familiares que condicionan el apareamiento del asma bronquial en la infancia.

Siendo las premisas de la hipótesis seleccionada, las descritas a continuación

- El asma bronquial es una enfermedad de origen multicausal, en la que intervienen factores genéticos, alérgicos, climáticos, infecciosos y emocionales.
- La ansiedad es un factor condicionante en enfermedades psicósomáticas como el asma bronquial infantil.
- La disfunción en las relaciones familiares puede ser un factor generador de ansiedad en el niño.
- Los problemas de conducta, sueño y alimentación del niño son indicadores de ansiedad y conflicto.
- El niño asmático puede expresar a través de su enfermedad la ansiedad que le provoca las relaciones interfamiliares.
- La conducta sobreprotectora de la madre propicia una relación simbiótica con su hijo.
- Esta situación es favorecida por las carencias emocionales y afectivas en la relación padre-hijo.

Siendo la hipótesis de trabajo:

- Los niños en control en la Clínica de Neurología de la Pediatría del I.G.S.S., que asistieron durante los meses de abril a octubre de 1992, evidencian que: "Dentro de los aspectos psicodinámicos familiares la vinculación simbiótica madre-hijo, favorecida por la carencia afectiva padre-hijo, es uno de los componentes emocionales fundamentales del asma bronquial infantil".

Teniendo la siguiente variable independiente:

a) **Relación simbiótica madre-hijo:** La unión simbiótica tiene su patrón biológico en la relación madre embarazada y feto. Son dos y, sin embargo, uno solo. Viven juntos (sym-biosis), se necesitan mutuamente. El feto es parte de la madre y recibe de ella cuanto necesita, la madre lo protege y es su mundo, pero también la propia vida de la madre se ve realizada en él. En la unión simbiótica patológica, los dos cuerpos son independientes, pero psicológicamente existe el mismo tipo de relación.

La forma pasiva de la relación simbiótica es la sumisión o masoquismo. La persona sumisa escapa del intolerable sentimiento de aislamiento y separación convirtiéndose en una parte de otra persona, que la dirige, la guía y la protege. No es independiente, ya que se convierte en un instrumento de alguien o algo exterior a él.

La forma activa de la relación simbiótica es la dominación o el sadismo. La persona dominante quiere escapar de su soledad y de su sensación de estar aprisionada haciendo de otra persona, una parte de sí misma. La persona dominante es tan dependiente de la sumisa como ésta de aquella; ninguno de los dos puede vivir sin el otro.

b) **Carencia afectiva padre-hijo:** La importancia atribuida a la relación madre-hijo en el transcurso de los primeros años hizo que el rol del padre haya sido minimizado frecuentemente en el marco familiar por diversas razones, entre ellas: relaciones conflictivas, hogares desintegrados por orfandad debido al fallecimiento del padre, divorcio o separación de los padres, madre soltera y hogar con padrastro. Si en los primeros años, la presencia de la madre es absolutamente indispensable para la formación de las primeras percepciones, en las etapas posteriores, el padre aporta un principio de realidad y pluralidad indispensable. El padre no actúa solo a través de su acción directa sobre el niño, es también un punto de apoyo dentro del hogar.

Y cuya variable dependiente fue:

- **Asma bronquial infantil:** El asma bronquial se considera una enfermedad psicosomática por asociarse frecuentemente a condiciones de vida familiar generadoras de ansiedad. El niño tiende a expresar a través de su cuerpo, la inestabilidad o inseguridad que surgen de la especial manera de relacionarse en su hogar.

Siendo los indicadores de la variable independiente:

- 1) Sobreprotección madre-hijo
- 2) Sobredependencia hijo-madre
- 3) Problemas de conducta: Berrinches, baja tolerancia a la frustración, negativismo, manipulación, agresividad, inestabilidad, hiperactividad e irritabilidad.

- 1) Frecuencia
- 2) Intensidad
- 3) Duración

Los indicadores de la variable dependiente fueron:

- 4) Problemas del sueño: Pesadillas, terrores nocturnos, bruxismo, insomnio, hiperactividad, sueño sobresaltado y discontinuo.
- 5) Trastornos de la alimentación: Anorexia infantil, ortorexia y tricotilomania.
- 6) Relaciones familiares disfuncionales.
- 7) Desconocimiento de la enfermedad.

CAPITULO II

TECNICAS E INSTRUMENTOS

2. TECNICAS

2.1 Técnica de Muestreo:

Para la realización de la investigación se tomaron aquellos niños beneficiarios de afiliados al I.G.S.S., que presentaron asma bronquial y que asistieron a tratamiento médico a la Clínica de Neumología de la Consulta Externa de la Pediatría. Sus edades estuvieron comprendidas entre los 4 y 12 años y fueron tanto del sexo masculino como del femenino. Para la selección de la muestra se utilizó la técnica de muestreo o aleatorio de juicio o criterio.

2.2 Técnicas de recolección de datos:

Para la recolección de datos se utilizaron las tres técnicas psicológicas: Entrevista, Observación y Evaluación.

• Entrevista:

Esta se refiere a la recolección de información de la familia y del niño. Para la elaboración de ella se usaron los siguientes criterios: datos generales y familiares, desarrollo y conducta del niño, ambiente emocional y antecedentes tanto del niño como de su familia. Se citó a las madres los días lunes, martes y jueves a la clínica de Psicología para entrevistarlas.

*** Observación:**

Esta se realizó en el transcurso de la entrevista y del tratamiento psicológico. Se registró la conducta general de la madre y/o el padre con el niño y su interacción con personas y objetos.

*** Evaluación:**

Para la evaluación de los niños se hizo uso de la técnica proyectiva psicodiagnóstica del Test de la Familia de Elizabeth Koppitz y Lluís Font, ya que esta prueba permite conocer a través de un dibujo, las actitudes del niño hacia su familia y la percepción de su propio papel dentro de ella.

Asimismo, se identificaron las características de la conducta del niño tanto en el hogar como fuera de él, preguntándole directamente a la madre una serie de ítems que permitieron evaluar estos aspectos.

2.3 Técnica de análisis estadístico:

Se utilizó la técnica de análisis porcentual, la cual permitió ordenar los datos en gráficas y tablas para la codificación de los resultados obtenidos.

2.4 Instrumentos

2.4.1 Hoja de Entrevista (Ver anexo No. 1)

Esta permitió recoger datos relevantes del nacimiento y desarrollo del niño. Se investigaron los siguientes datos: condición pre, peri y post - natal, desarrollo psicomotor, desarrollo sensorial, estructura y dinámica familiar, antecedentes familiares, sueño, apetito y eliminación, sociabilización e historia escolar.

A través de La Entrevista se recolectaron datos que permitieron conocer las actitudes del niño hacia la madre y de los padres hacia el niño. Mediante este instrumento fue posible obtener información a través de lo expresado por la madre durante la entrevista, que permitió valorar de manera objetiva la existencia de relación simbiótica entre ella y el niño.

2.4.2 Test de la familia

A cada niño se le aplicó la prueba proyectiva del dibujo de la Familia de Elizabeth Koppitz y LUIS Font. Consistió en proporcionar al niño una hoja de papel bond blanco tamaño carta y un lápiz con borrador y buena punta.

Se le dió la siguiente instrucción: "Haz el dibujo de tu familia; puedes hacerlo como tú quieras". Al concluir el niño de realizar los dibujos, se le preguntaron el nombre, la edad y el parentesco de cada personaje. Quedó establecido el orden en que fueron dibujados.

Se completó la información preguntándole al niño:

- 1) ¿Quién de todos es el más alegre? ¿Por qué?
- 2) ¿Quién de todos es el más triste? ¿Por qué?
- 3) ¿Quién de todos es el más enojado? ¿Por qué?
- 4) ¿Quién de todos es el más bueno? ¿Por qué?

Luego se le preguntó:

- 1) Si tu papá se fuera de viaje y solo se pudiera llevar a uno, a quién crees tú que se llevaría?
- 2) Si tu mamá se fuera de viaje y solo se pudiera llevar a uno, a quién crees tú que se llevaría?

Esta información se registró en las hojas de los protocolos, ya que sirvieron como elementos de interpretación psicodiagnóstica.

El uso del Test Proyectivo del dibujo de la familia, permitió conocer las diferentes actitudes del niño hacia su familia. A través de él se pudo comprobar la importancia primordial que la madre adquiere dentro del contexto familiar y del papel que el padre desempeña para el niño dentro del hogar. Por lo tanto, también se pudo verificar la existencia de relación simbiótica entre él y su madre, por medio del dibujo.

2.4.3 Hoja de control de conducta:

Consistió en un serie de ítems que permitió identificar a través de la madre: (ver anexo No.2)

1) *Problemas de conducta:* entendiéndose estos, como todos aquellos comportamientos, actitudes y expresiones inadecuadas a través de las cuales el niño expresa ansiedad y conflictos por sus relaciones con el ambiente. Entre los cuales están:

- 1.1 Berrinches: Explosiones de ira con llanto, gritos y actividad motriz cuando algo le disgusta.
- 1.2 Negativismo: Hostilidad y rebeldía. Oposición a cumplir órdenes.
- 1.3 Baja tolerancia a la frustración: incapacidad para adaptarse a nuevas situaciones o a condiciones diferentes a sus expectativas.
- 1.4 Agresividad: Golpes con manos, pies y/o dientes, dirigidas a otras personas.
- 1.5 Inestabilidad: Inconstancia, rápidos y sucesivos cambios de conducta ante una misma situación.

1.6 Hiperactividad: Actividad física excesiva.

1.7 Irritabilidad: Reacción de disgusto.

Estos tipos de conductas son presentados por el niño tanto en el hogar, como fuera de él.

2) *Trastornos de la alimentación*: Son todos aquellos cambios en la cantidad o calidad de los hábitos de la alimentación del niño que expresan conflictos emocionales.

2.1 Anorexia infantil: Disminución o ausencia de apetito.

2.2 Onicofagia: Comerse las uñas.

2.3 Tricotilomanía: Comerse el pelo.

3) *Trastornos del sueño*: Son todas aquellas alteraciones que se producen durante el sueño.

3.1 Pesadillas: Realización de algunos movimientos y gemidos, lo que provoca que la persona se despierte.

3.2 Terrores nocturnos: Son todos aquellos sueños que provocan angustia, gritos, gesticulaciones y agitaciones como si se viviera una representación terrorífica.

3.3 Somniloquios: Hablar durante el sueño.

3.4 Brujismos: Rechinar los dientes.

3.5 Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño.

3.6 Hipersomnio: Dormir en exceso.

3.7 Sueño sobresaltado y discontinuo: Intranquilidad, sobresaltos e interrupción del sueño.

4) *Actitud del niño hacia la madre:* Postura mental dirigida hacia la madre con el fin de mantener o estrechar el lazo afectivo que los une.

4.1 Manipulación: Hacer de otra persona, una parte de sí mismo u obligarla a actuar de una forma determinada, utilizando para ello diferentes actitudes o conductas con las cuales se consigue disminuir la inseguridad personal.

4.2 Dependencia: Es un proceso por el cual determinadas facetas de la personalidad no progresan hasta la madurez y requieren de la presencia de otra persona, ya sea por privación o gratificación excesivas para obtener apoyo psicológico.

4.3 Independencia: Etapa del desarrollo psicológico a través de la cual el niño adquiere conocimiento por sí mismo del medio que le rodea adaptándose social y emocionalmente. Es un paso hacia la madurez de la personalidad en evolución.

5) *Actitudes de los padres hacia el niño:* Posturas mentales a través de las cuales los padres expresan sus sentimientos y valorización hacia su hijo.

5.1 Sobregestión: Actitud de cuidado excesivo por parte de los padres que limita e impide el paso hacia la maduración de la personalidad del niño.

5.2 Indiferencia ante la enfermedad: Falta de interés hacia el estado de salud actual de su hijo.

5.3 Autoritaria: Actitud excesiva hacia la madre para lograr la implantación de límites conductuales al niño a través de formas verbales o de agresión física.

Estos ítems fueron recolectados a través de la opinión de la madre y de la observación de la examinadora durante las sesiones terapéuticas.

CAPITULO III

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

3.1 PRESENTACION

La presente investigación se realizó en la Clínica de Psicología del Departamento de Pediatría del Hospital General de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, I.G.S.S., con la colaboración de los Neumólogos de dicho Departamento.

Se tomó una muestra de 41 casos de niños asmáticos de ambos sexos, comprendidos entre las edades de 4 a 12 años y que no presentaron otro tipo de enfermedad compatible con asma bronquial.

3.2 CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

Se aplicó a los padres de cada niño de la muestra una entrevista, la cual permitió conocer las siguientes características de la población:

CUADRO No.1

Distribución de los Niños Asmáticos por Sexo y Edad

41 casos

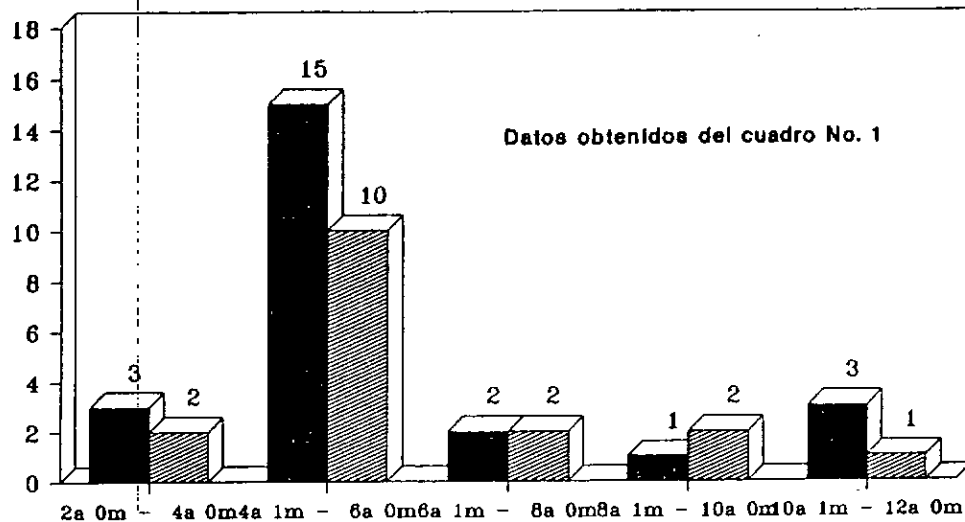
Datos de la entrevista a los padres		Abril - Octubre 1992		
	M	F	"T"	%
2a - 4a 0 meses	3	2	5	12%
4a 1 mes - 6a 0 meses	15	10	25	61%
6a 1 mes - 8a 0 meses	2	2	4	10%
8a 1 mes - 10a 0 meses	1	2	3	7%
10a 1 mes - 12a 0 meses	3	1	4	10%
	24	17	41	100%
TOTAL	59%	41%		

En los datos obtenidos de la entrevista, se observa que un 58% de la población de niños atendidos son de sexo masculino y un 42% de sexo femenino, por lo que en la muestra la incidencia de sexo masculino fue mayor.

La edad es más común entre 4 años 1 mes y 6 años, lo cual establece que un 61% de la población atendida estuvo comprendida entre esas edades.

GRAFICA No. 1

DISTRIBUCION DE LOS NIÑOS ASMATICOS POR SEXO Y EDAD



MASCULINO

FEMENINO

CUADRO No. 2
Edad en la que empezó el Asma

41 casos

Datos de entrevista a los padres

Abril - Octubre 1992

EDAD	"n"	%
0a - 2a	24	59%
2.1a - 6a	16	39%
6.1a - 12a	1	2%
TOTAL	41	100%

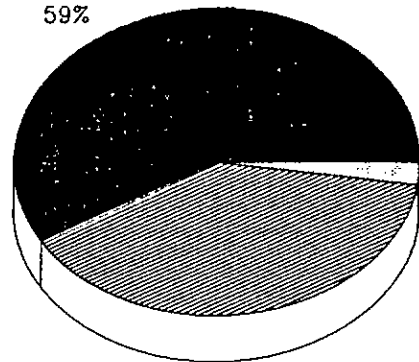
Es más frecuente que el asma bronquial se manifieste durante los primeros años de vida del niño. Un 59% de la población presentó asma por primera vez durante los dos primeros años. Un 39% de la muestra tuvo sus primeros síntomas asmáticos entre los 2 y los 6 años, y sólo en un 2% el asma se presentó entre las edades de 6 años 1 mes y 12 años.

GRAFICA No. 2

EDAD EN LA QUE EMPEZO EL ASMA

Datos obtenidos del cuadro No. 2

0a 0m-2a 0m
59%



6a 0m-12a 0m
2%

2a 1m-6a 0m
39%

CUADRO No.3

Antecedentes Familiares de Asma

41 casos

Datos de entrevista a los padres	Abril - Octubre 1992	
FAMILIARES	"n"	%
NADIE	17	41%
VARIOS MIEMBROS	17	41%
PADRES	4	10%
HERMANOS	3	7%
TOTAL	41	100%

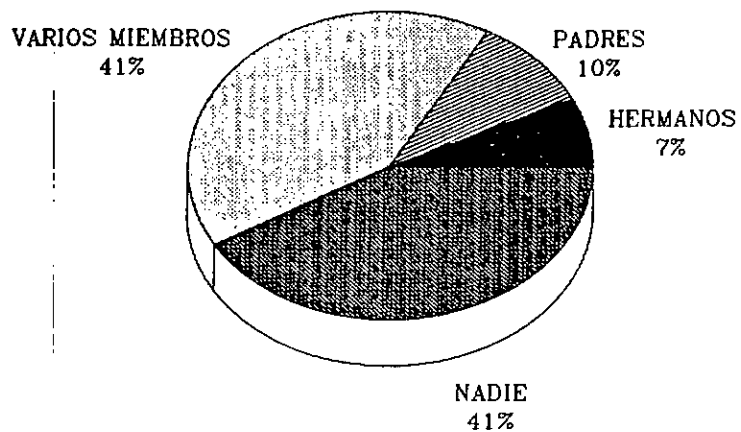
Entre los antecedentes familiares de asma bronquial es importante mencionar que un 41% de la población no presenta antecedentes. Otro 41% de la muestra presenta antecedentes médicos de asma bronquial en varios miembros de la familia, entre los que se pueden mencionar abuelos, tíos y primos.

Los antecedentes en padres y hermanos asmáticos son una mínima parte.

GRAFICA No. 3

ANTECEDENTES FAMILIARES DE ASMA

Datos obtenidos del cuadro No. 3



CUADRO No.4

Clases de Problemas de Conducta en Niños Asmáticos

41 casos

Datos de hoja de control de conducta

Abril - Octubre 1992

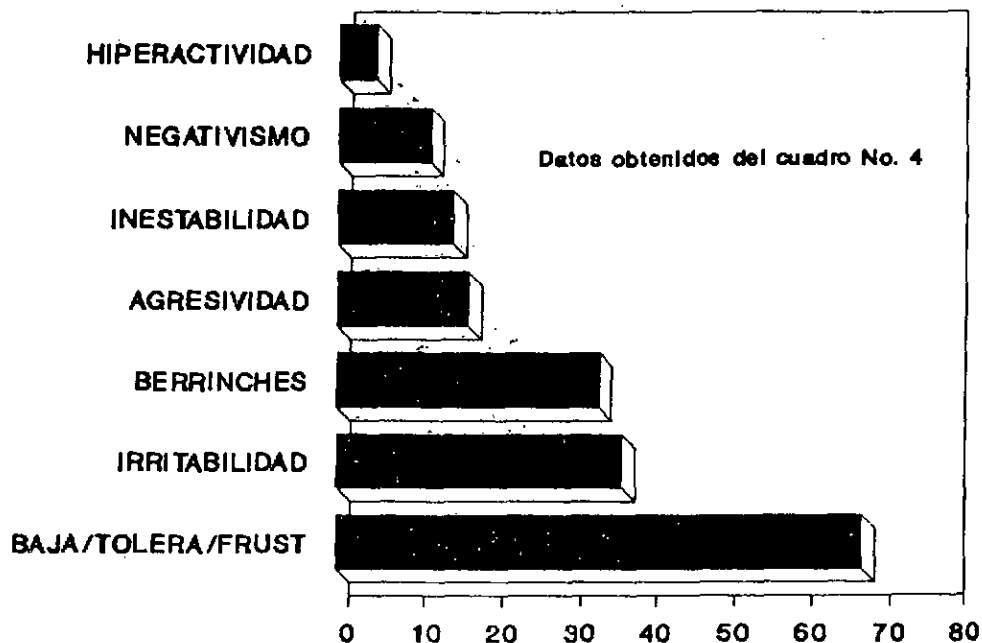
PROBLEMA DE CONDUCTA	n°	%	Rel.
BAJA/TOLERA/FRUSTRACION	28	68%	(28/41)
IRRITABILIDAD	15	37%	(15/41)
BERRINCHES	14	34%	(14/41)
AGRESIVIDAD	7	17%	(7/41)
INESTABILIDAD	6	15%	(6/41)
NEGATIVISMO	5	12%	(5/41)
HIPERACTIVIDAD	2	5%	(2/41)

Los padres describen que sus hijos presentan dos o más alteraciones en su conducta de las indicadas anteriormente. Estos tipos de conductas son presentadas por el niño en la casa y en algunas situaciones esta información fue confirmada durante la observación.

Entre los problemas de conducta se puede observar que un alto porcentaje de la muestra presenta baja tolerancia a la frustración, irritabilidad y berrinches, utilizados por el niño como un mecanismo para controlar su ansiedad, los cuales son una forma de manipular el ambiente y a las personas que le rodean.

GRAFICA No. 4

CLASES DE PROBLEMAS DE CONDUCTA EN NIÑOS ASMATICOS



CUADRO No.5

Tipos de Trastornos de la alimentación en niños asmáticos

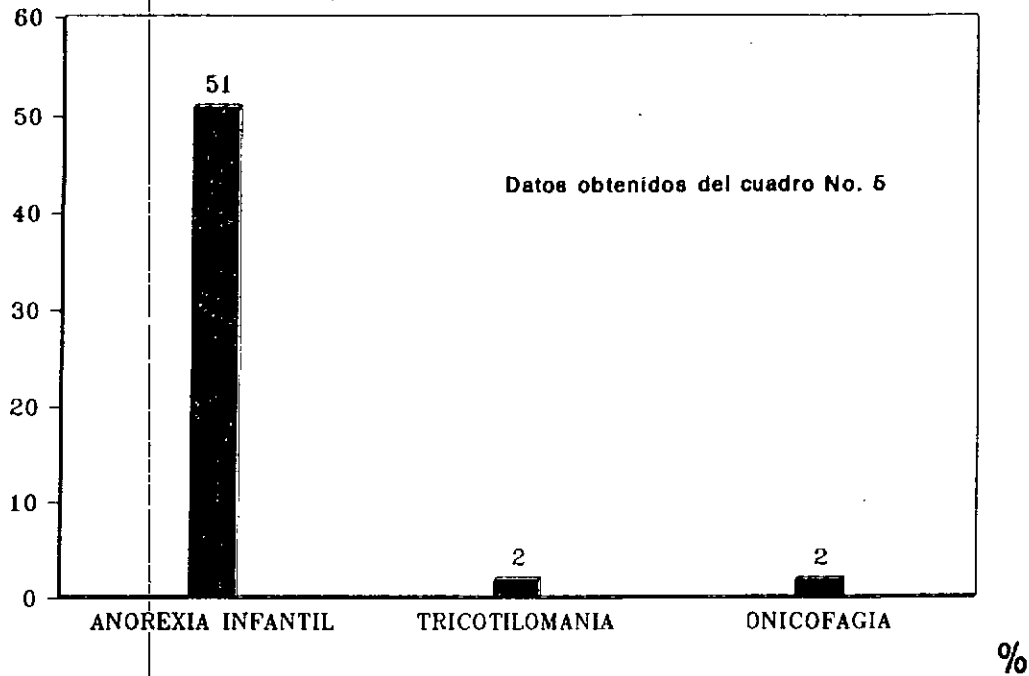
41 casos

Datos de hojas de control de conducta		Abril - Octubre 1992	
TIPO DE TRASTORNO	"n"	%	Relación
ANOREXIA INFANTIL	21	51%	(21/41)
TRICOTILOMANIA	1	2%	(1/41)
ONICOFAGIA	1	2%	(1/41)

La anorexia infantil ocupa un alto porcentaje (92%) entre los trastornos de la alimentación presentados por los niños asmáticos. Es importante mencionar que antes, durante y después de las crisis de asma en los niños, el apetito tiende a disminuir; por lo que es común que las madres refieran que sus hijos presentan este tipo de trastorno.

GRAFICA No. 5

TIPOS DE TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION DE NIÑOS ASMATICOS



CUADRO No. 6

Trastornos del sueño en niños asmáticos

41 casos

Datos de hoja de control de conducta

Abril - Octubre 1992

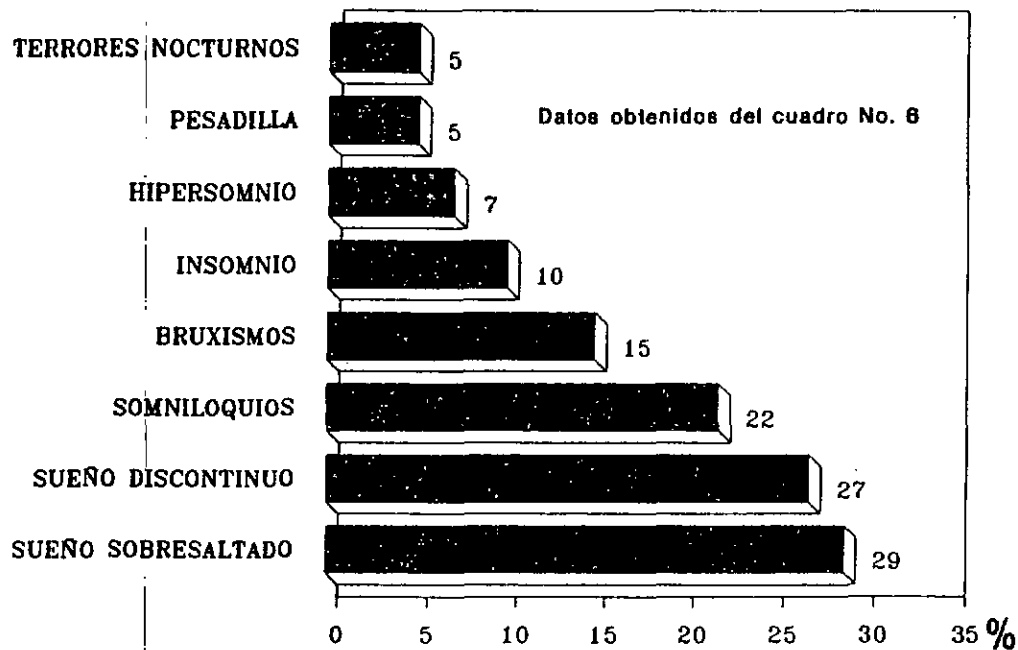
TRASTORNOS DEL SUEÑO	"n"	%	Relación
SUEÑO SOBRESALTADO	12	29%	(12/41)
SUEÑO DISCONTINUO	11	27%	(11/41)
SOMNILOQUIOS	9	22%	(9/41)
BRUXISMOS	6	15%	(6/41)
INSOMNIO	4	10%	(4/41)
HIPERSOMNIO	3	7%	(3/41)
PESADILLA	2	5%	(2/41)
TERRORES NOCTURNOS	2	5%	(2/41)

Las madres manifiestan la existencia de dos o más trastornos del sueño de sus hijos, lo que podría ser producto de los componentes químicos de la aminofilina, la cual produce efectos excitatorios sobre el Sistema Nervioso Central.

No debe de atribuirse, ni tampoco descartarse la probabilidad de la existencia de factores psicológicos que pueden estar provocando alteraciones en el sueño, pero debe de tomarse en cuenta los efectos secundarios de este medicamento.

GRAFICA No. 6

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN NIÑOS ASMATICOS



CUADRO No. 7

Lugar que ocupa el niño asmático dentro del núcleo familiar

41 casos

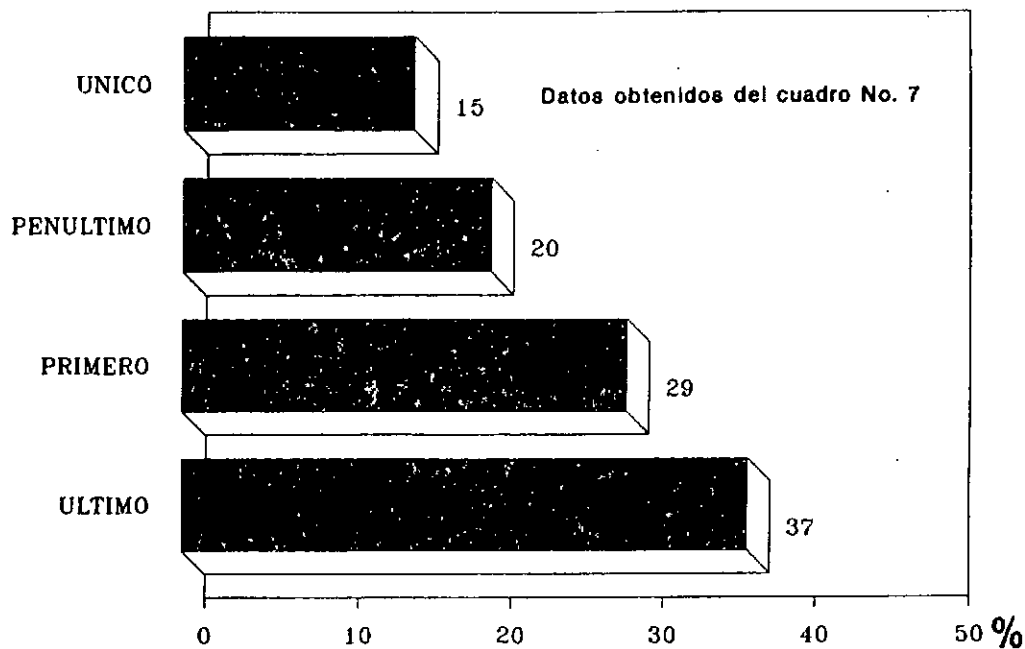
Datos de entrevista a los padres Abril - Octubre 1992

LUGAR	nº	%
UNICO	6	15%
PENULTIMO	8	20%
O		
PRIMERO	12	29%
ULTIMO	15	37%
TOTAL	41	100%

Se observa que un 37% de la población atendida ocupa el último lugar de nacimiento dentro de la familia; un 29% de los niños son el primer hijo y un 15% son hijos únicos; situaciones que favorecen la sobreprotección y dependencia del niño con su madre.

GRAFICA No. 7

LUGAR QUE OCUPA EL NIÑO ASMATICO EN EL NUCLEO FAMILIAR



CUADRO No 8
Estructura y dinámica familiar

41 casos

RELACIONES FAMILIARES	"f"	%
CONFLICTIVAS	21	51%
ADECUADAS	11	27%
ORFANDAD PARCIAL	5	12%
DIVORCIO DE LOS PADRES	2	5%
MADRE SOLTERA	1	2%
C/PADRASTRO	1	2%
TOTAL	41	100%

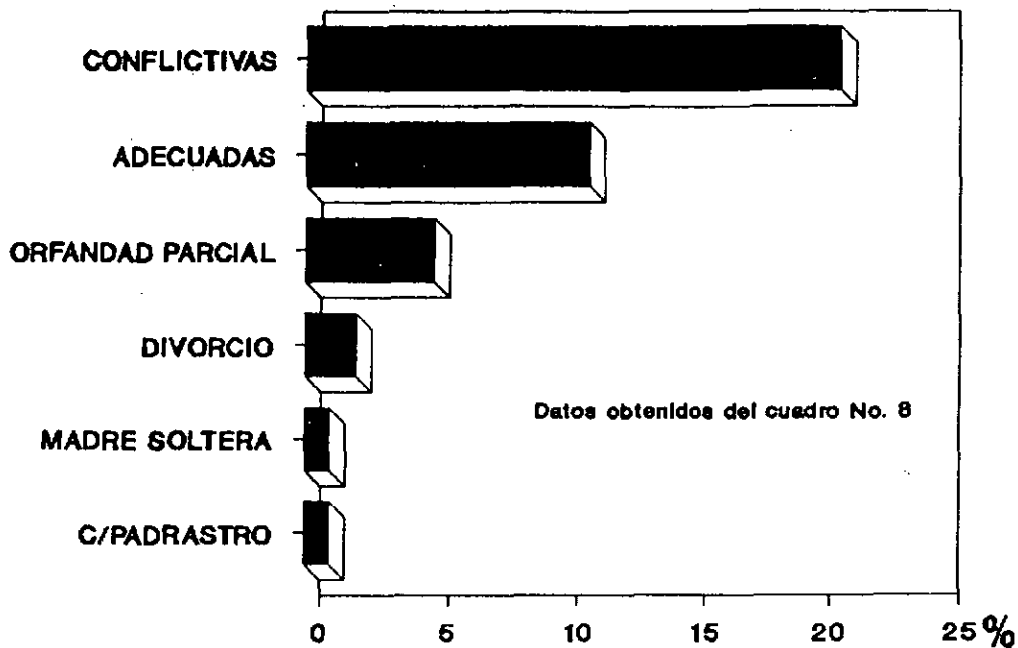
En la entrevista un 51% de las madres reconocen que las relaciones familiares son conflictivas por diversos motivos, llegando esta situación a agresión verbal y en algunas ocasiones a agresiones físicas hacia la madre por parte del padre. Una cuarta parte refieren tener adecuadas relaciones.

Un 12% de la muestra presenta orfandad parcial por muerte del padre.

El resto de las estructuras familiares, aunque se manifiesta su incidencia es mínima y no llega al 5%.

GRAFICA No. 8

ESTRUCTURA Y DINAMICA FAMILIAR



Se entiende por adecuadas relaciones a las familias integradas que mantienen comunicación e interacción entre los miembros. Los hogares conflictivos son integrados, pero se ven cargos de múltiples problemas; no hay comunicación ni interacción entre los miembros. Los hogares desintegrados son aquellos en los cuales los padres se encuentran separados por diversas razones. Madre soltera es aquella que no cuenta con el respaldo de una pareja. Hogar integrado con padrastro es aquel en el cual el padre biológico está reemplazado por un sustituto paternal integrado nuevamente el hogar y, orfandad parcial es cuando ha fallecido alguno de los progenitores.

CUADRO No. 9

Actitudes del niño asmático hacia la madre

41 casos

Datos de la entrevista a los padres

Abril - Octubre 1992

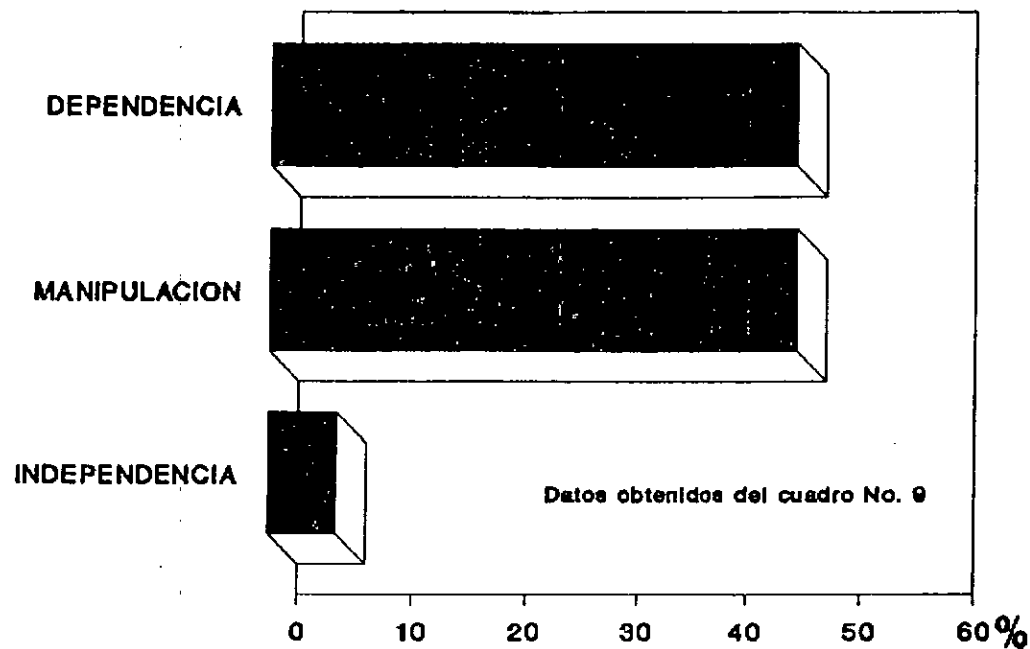
ACTITUD	"f"	%	RELACION
INDEPENDENCIA	5	6%	(5/41)
DEPENDENCIA	36	47%	(36/41)
MANIPULACION	36	47%	(36/41)

Un 88% de los niños manifiestan una actitud de dependencia hacia la madre por temor a perder el lazo emocional, ya que la relación afectiva más estrecha del niño es la que tiene con ella. Es necesario tomar en cuenta que el asma es una enfermedad ansiógena por lo que tiende a crear o favorecer un estado de dependencia.

La manipulación se presenta en un alto porcentaje de la muestra, ya que le permite al niño expresar y manifestar a través de los síntomas asmáticos, su agresión pasiva hacia el medio que le rodea.

GRAFICA No. 9

ACTITUDES DEL NIÑO ASMÁTICO HACIA LA MADRE



CUADRO No. 10

Conocimiento de los padres respecto a la enfermedad del niño

41 casos

Fecha de entrevistas a los padres Abril - Octubre 1972

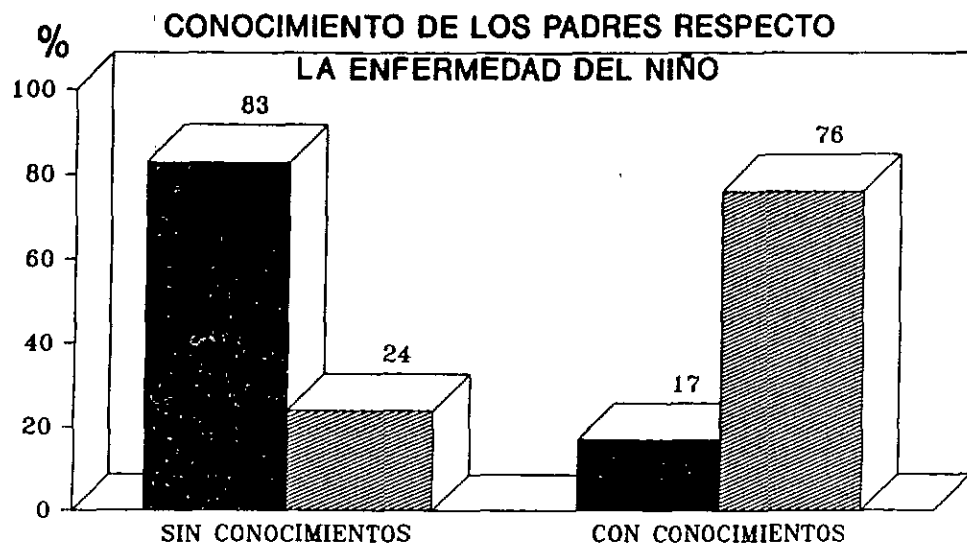
	PADRE	MADRE		
	%	%	%	%
CON	6	31	17%	76%
CONOCIMIENTOS				
SIN	30	10	83%	24%
CONOCIMIENTOS				
TOTAL	36	41	100%	100%

Un alto porcentaje de las madres poseen conocimientos sencillos y elementales respecto al asma; al contrario los padres quienes en un número de los casos tienen conocimientos sobre la enfermedad del niño.

Una mínima parte de la población de madres refieren no tener conocimientos de lo que es el asma. Un elevado porcentaje de los padres no poseen conocimientos sencillos sobre el estado de salud de sus hijos.

La falta de conocimientos por parte de los padres es cuando desconocen totalmente conceptos elementales de causas, prevención y tratamientos sobre el asma bronquial infantil. Los padres, principalmente las madres, que poseen conocimientos sobre aspectos básicos del asma bronquial, son aquellos que forman parte activa juntamente con el médico contribuyendo al tratamiento del niño pues conocen sobre las causas, prevención y cuidados sobre asma y practican estas medidas.

GRAFICA No. 10



Datos obtenidos del cuadro No. 10



CUADRO No. 11

Actitudes de los padres hacia el niño asmático

41 casos

Datos de entrevista a padres		Abril - Octubre 1992		
ACTITUD	PADRE		MADRE	
	"f"	%	"f"	%
SOBREPROTECCION	2	6%	41	100%
INDIFERENCIA P/ENF.	30	83%	0	0%
AUTORITARIA	7	19%	24	59%
RECHAZO AL NIÑO	0	0%	0	0%

La sobreprotección es común entre las madres de los niños asmáticos. Se presentó en el 100% de los casos. Esta actitud puede ser considerada como una protección maternal excesiva hacia el niño con características de angustia. Es evidente la existencia de un círculo vicioso entre el niño y su madre que tiende a sobreprotegerlo.

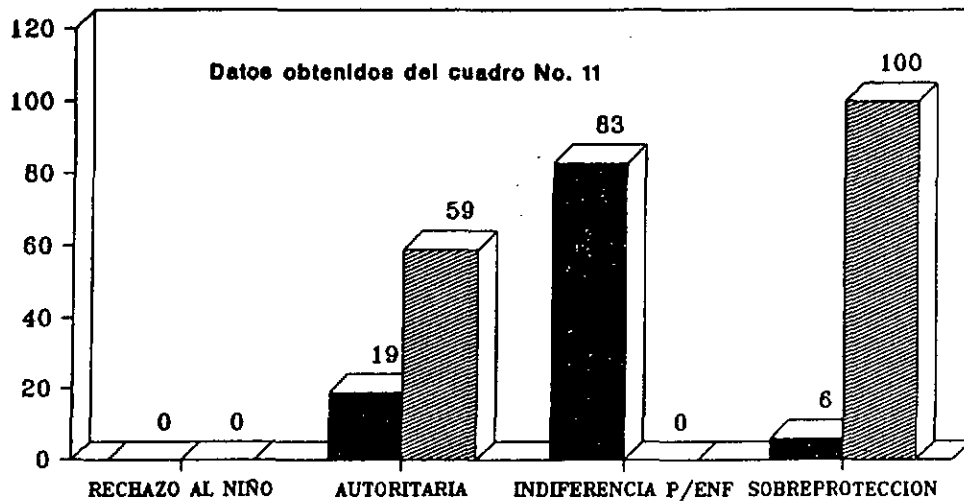
Solamente en un 6% existe sobreprotección por parte del padre, sin embargo esta actitud podría ser un mecanismo inconsciente de compensación ante la ausencia física del padre en el hogar.

La disciplina está totalmente relegada en la madre, el padre se manifiesta indiferente ante la enfermedad del niño y toda la responsabilidad está a cargo de la madre.

En los datos obtenidos ninguno de los padres expresaron rechazar al niño, pero la sobreprotección podría ser el producto de un rechazo en forma inconsciente en ambos padres.

GRAFICA No. 11

% ACTITUDES DE LOS PADRES HACIA EL NIÑO ASMATICO



■ PADRE **▨ MADRE**

3.3 RESULTADOS DE LA EVALUACION

A continuación se presentan los resultados de la aplicación del Test del Dibujo de la Familia a los niños que formaron parte de la muestra.

CUADRO No. 12

Valorización de un personaje

Test de la Familia. Llois Font y Elizabeth Koppitz

Evaluaciones aplicadas a 32 niños.

Abril - Octubre 1992

VALORIZACION		
1er. PERSONAJE DIBUJADO	"n"	%
MADRE	14	44%
PADRE	8	25%
SI MISMO	3	9%
HERMANOS	3	9%
OTROS FAMILIARES	4	13%
TOTAL	32	100%

Se encontró que 44% de los niños valorizan a la madre. De ese porcentaje, el 22% son niños y el otro 22% son niñas, por lo que no existe diferencia alguna entre un sexo y otro para la valorización de la madre.

Se pudo evidenciar que la edad más frecuente entre el grupo de niños asmáticos para dibujar a la madre es entre los 4 y 6 años de edad; asimismo se pudo notar que el lugar de nacimiento que ocupa el niño dentro de la familia, también es muy importante ya que fue común que haya sido el primero o el penúltimo hijo el que dibujara a la madre, situaciones en las cuales el nacimiento del siguiente hermano ocupó un lapso de tiempo prolongado. Es posible notar que en estas etapas, y en las posteriores, la madre adquiere un papel vital en el desarrollo psicológico del niño.

No existe diferencia alguna entre el tipo de relaciones familiares, ya que el 50% de las familias de los niños que valorizaron a la madre pertenecen a hogares con relaciones adecuadas y el otro 50% a hogares con relaciones conflictivas.

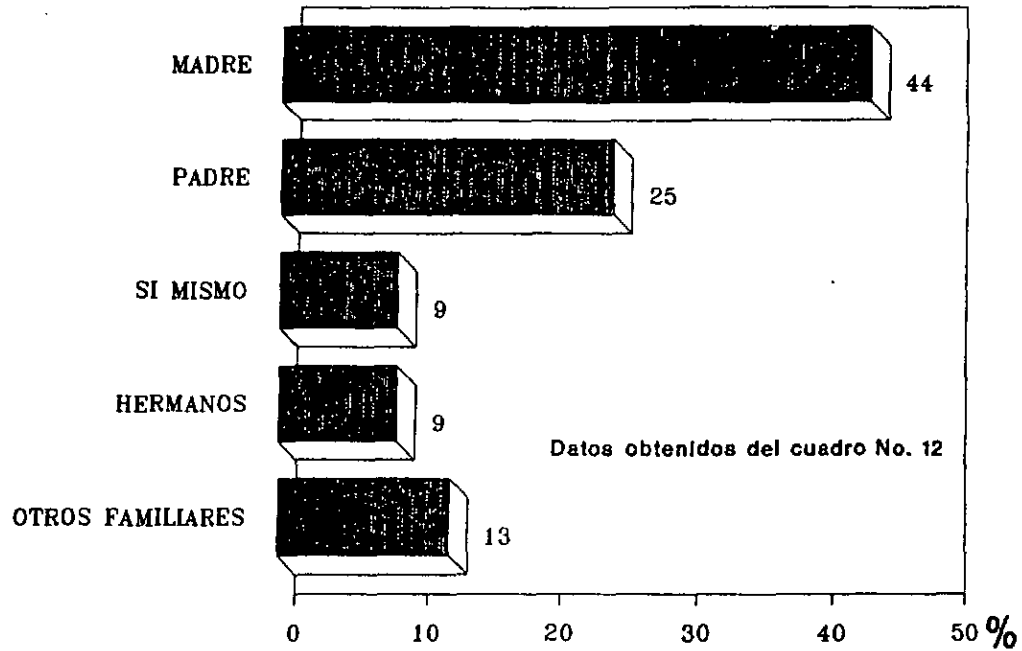
En relación al tipo de hogar, se puede decir que en los niños que pertenecen a hogares integrados la valorización de la madre es más evidente, sin embargo no debe de olvidarse que en algunos de los casos, la dinámica familiar entre los padres es conflictiva. La valorización de la madre en hogares desintegrados solo se presentó en dos de los casos, situaciones en las cuales el niño ha quedado a cargo de la madre influyendo en la representatividad que la madre adquiere.

Es importante mencionar que un 25% de la población, valoriza al padre como la figura principal, sin embargo, en estos casos el padre ha fallecido, por lo que la ausencia del padre es compensada inconscientemente por el niño al dibujarlo en primer plano.

Se puede decir entonces, que significa que un alto porcentaje de la muestra valorizan a la madre lo que equivaldría a dependencia e identificación hacia ella, como el personaje más importante dentro de la estructura familiar.

GRAFICA No. 12

VALORIZACION DE UN PERSONAJE



CUADRO No. 13

Desvalorización de un personaje

Test de la familia. Llois Font y Elizabeth Koppitz.

Evaluaciones aplicadas a 32 niños

Abril - Octubre 1992

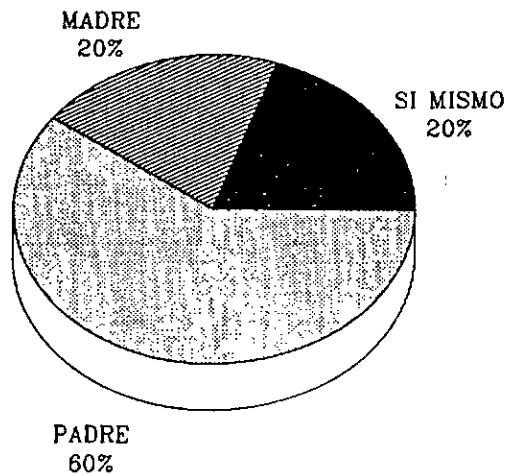
DESVALORIZACION			
PERSONAJE DIBUJADO DE ULTIMO	"f"	%	relación
PADRE	3	60%	(3/32)
MADRE	1	20%	(1/32)
SI MISMO	1	20%	(1/32)

Un 9% de los niños dibujaron en último lugar al padre lo que significa que el niño manifiesta hostilidad y desvalorización ante la figura paterna, ubicando a la madre como el personaje principal en la vida del niño. La desvalorización del padre se presentó en dos de tres casos en los niños; situación en la cual es evidente la presencia de celos edípicos hacia el padre, ya que esto se presentó entre los 4 y 6 años de edad, en estos dos casos, los niños son hijos únicos pertenecientes a hogares integrados cuyas relaciones familiares son aparentemente adecuadas.

GRAFICA No. 13

DESVALORIZACION DE UN PERSONAJE .

Datos obtenidos del cuadro No. 13



CUADRO No. 14

Supresión de un personaje

Test de la familia. Llois Font y Elizabeth Koppitz

Evaluaciones aplicadas a 32 niños

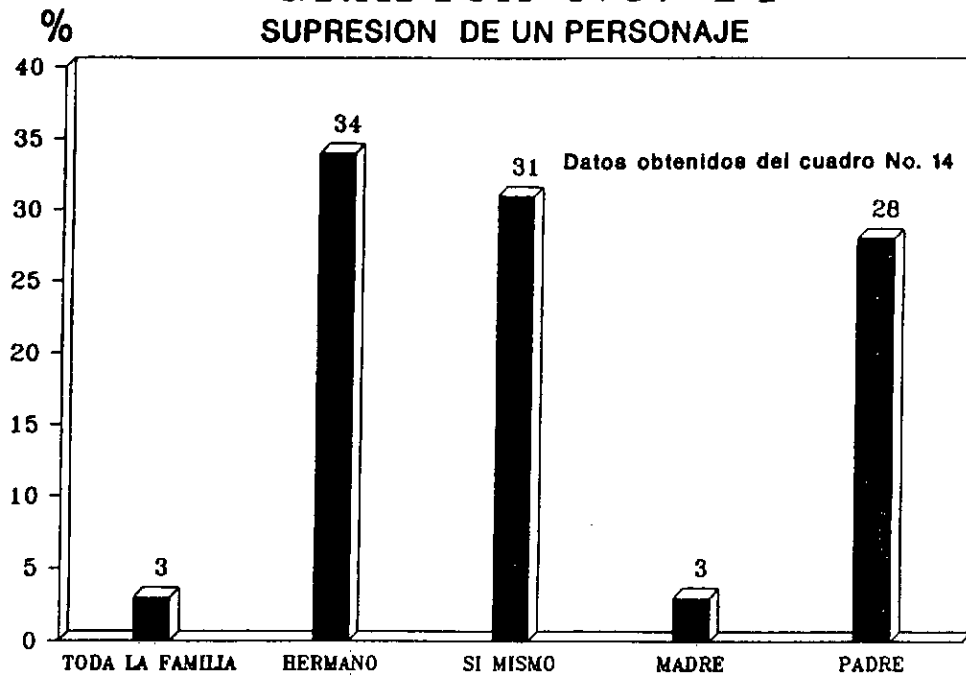
Abril - Octubre 1992

SUPRESION:			
SUPRESION DE UN PERSONAJE	n°	%	Relación
PADRE	9	28%	(9/32)
MADRE	1	3%	(1/32)
SI MISMO	10	31%	(10/32)
HERMANO	11	34%	(11/32)
TODA LA FAMILIA	1	3%	(1/32)
TOTAL	32	100%	

La supresión de los hermanos del núcleo familiar es un índice de conflicto de rivalidad fraterna por obtener en forma egocéntrica el amor de los padres, siendo ésto más frecuente entre los niños.

En un 10% los niños se suprimieron a sí mismos del dibujo de la familia, esto se presentó en un 7% de los varones entre las edades de 4 a 8 años, siendo esto más común entre los niños que ocupan el primero y el penúltimo lugar de nacimiento en la familia; lo que establece una desvalorización y sentimientos de culpa, lo cual podría traducirse en una baja autoestima; los niños obtienen en los síntomas de la enfermedad una compensación a su desvinculación del bloque familiar.

GRAFICA No. 14
SUPRESION DE UN PERSONAJE



Se encontró que el 28% de los casos, los niños no dibujaron al padre como un deseo de mantener aún fuerte el lazo afectivo que lo une a la madre. Esta situación también es más frecuente entre los niños de 4 a 6 años que ocupan el primero o penúltimo lugar de nacimiento. En algunos casos la supresión del padre se debe a fuertes sentimientos de hostilidad (principalmente en los casos de desintegración familiar) causados por el sentimiento de abandono del padre.

En relación a la estructura y dinámica familiar, en los 10 casos que se presentaron de supresión de los padres (padre y madre), en sólo uno existió supresión de la madre, cuyo hogar es desintegrado por orfandad parcial (fallecimiento del padre). En tanto que en los restantes 9 casos, en dos de ellos existen relaciones aparentemente adecuadas, mientras que en los otros, las relaciones familiares son conflictivas.

CUADRO No. 15

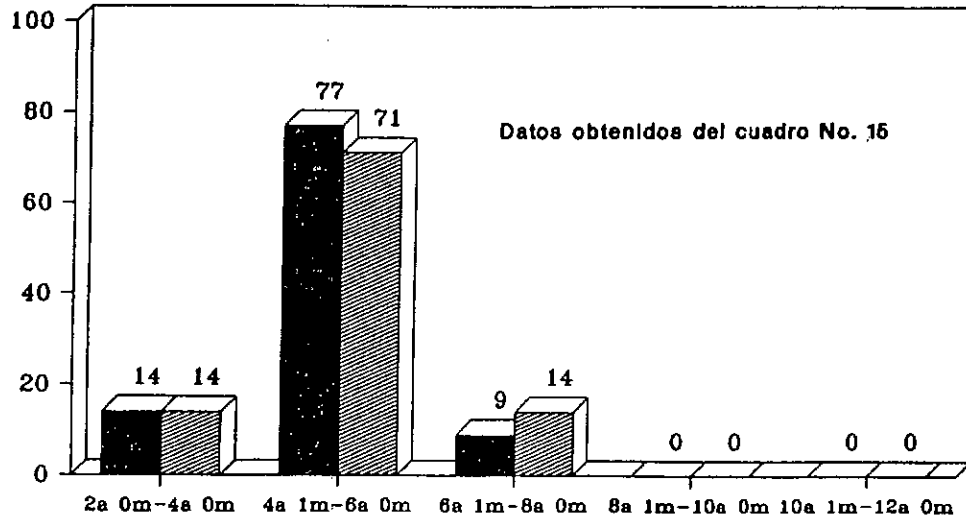
Relación Simbiótica Madre - Hijo por sexo y edad

36 casos

Datos de entrevista y test de la familia				Abril - Octubre 1992		
EDAD	M		F		TOTAL	
	"f"	%	"f"	%	"f"	%
2a - 4a	3	14%	2	14%	5	14%
4.1a - 6a	17	77%	10	71%	27	75%
6.1a - 8a	2	9%	2	14%	4	11%
8.1a - 10a	0	0%	0	0%	0	0%
10.1a -	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	22	100%	100	100%	36	100%

GRAFICA No. 15

% RELACION SIMBIOTICA MADRE-HIJO POR SEXO Y EDAD



MASCULINO

FEMENINO

LUGAR:	"m"	4%
UNICO	6	17%
PENULTIMO	5	14%
PRIMERO	11	31%
ULTIMO	14	39%
TOTAL	36	100%

Datos de entrevistas y test de la familia
Abril - Octubre 1977

36 casos

Relación simbólica Madre - Hijo lugar de nacimiento del niño

CUADRO No. 16

Por los resultados estadísticos obtenidos, se puede evidenciar que la relación simbólica entre el niño amamantado y su madre, se presenta en los niños como en las niñas. Por lo tanto, no existe diferencia significativa entre un sexo y otro.

En relación a la edad del niño, es más frecuente que la simbólica madre-hijo se encuentre aún más estrecha dentro de las edades de 4 años 1 mes, a 6 años 0 meses. Difera en las cuales el niño manifiesta más apego y dependencia hacia la madre.

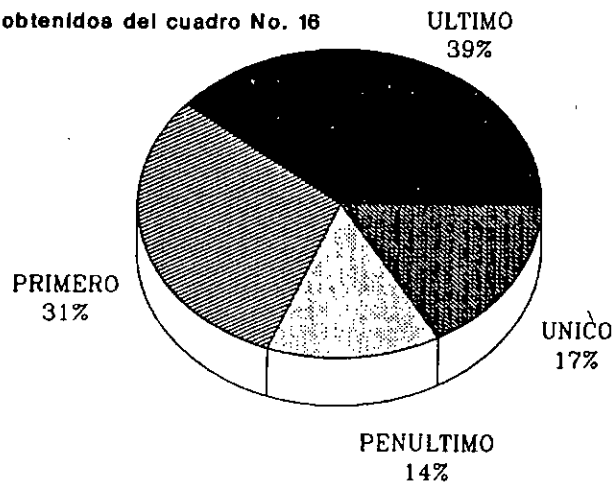
El padre se mantiene alejado parcial o totalmente de la relación madre-hijo por diversos motivos, sin embargo es importante mencionar que se mantiene más cerca de la relación, cuando la simbólica es la niña, alejándose más cuando se trata del hijo varón.

GRAFICA No. 16

RELACION SIMBIOTICA MADRE - HIJO

LUGAR DE NACIMIENTO DEL NIÑO

Datos obtenidos del cuadro No. 16



Símbolos Pasiva: La forma pasiva de la simbiosis es la sumisión o masoquismo. La persona sumisa escapa del intolerable sentimiento de aislamiento y separación convirtiéndose en una parte de otra persona que la dirige, la guía y la protege.

Pasiva en los niños y activa en las madres.

La relación simbiótica entre la madre y el niño asmático se presenta en sus dos formas.

TIPO DE SIMBIOSIS		NIÑOS		MADRES	
	"n"	%	REL.	"m"	%
ACTIVA	0	0%	(0/41)	41	100%
PASIVA	36	88%	(36/41)	0	0%
AUSENCIA	5	12%	(5/41)		

Datos de entrevistas y test de la familia
Abril - Octubre 1992

41 casos

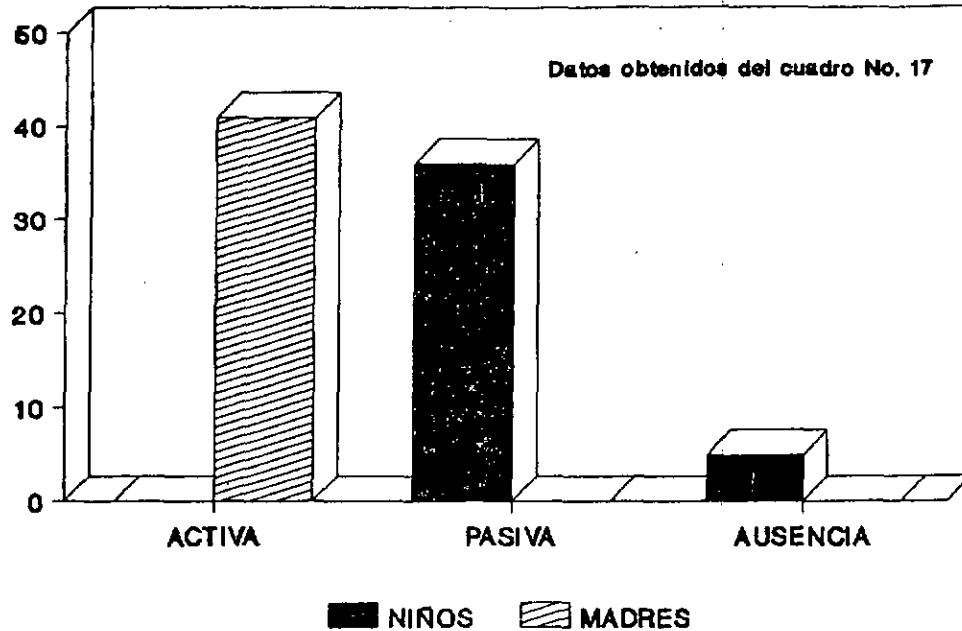
Tipo de relación simbiótica entre Madre - Hijo

CUADRO No. 17

Se encontró que un 39% de los niños seleccionados, ocupan el primer lugar de nacimiento dentro de la familia, el 31% ocupa el último lugar, el 17% de la población son hijos únicos. Situaciones que favorecen la vinculación simbiótica entre la madre y el niño asmático, dando lugar a la sobreprotección y a la dependencia.

GRAFICA No. 17

% TIPO DE RELACION SIMBIOTICA MADRE - HIJO



La persona sumisa no tiene que tomar decisiones, ni correr riesgos, nunca esta sola, no es independiente, se convierte en un instrumento de alguien o algo exterior a él. Este tipo de vinculación simbiótica pasiva se presenta en el 88% de los niños y no está presente en las madres.

Simbiosis Activa: La forma activa de la relación simbiótica es la dominación o sadismo. La persona sadica quiere escapar de su soledad y de su sensación de estar aprisionada haciendo de otra persona una parte de si misma, impidiéndole toda evolución hacia la autonomía. La persona dominante es tan dependiente de la sumisa como esta de aquella; ninguna de las dos puede vivir sin la otra. La simbiosis activa se presenta, en el 100% de las madres, en tanto que en los niños esta ausente.

Únicamente en el 12% de la población seleccionada, no existe la vinculación simbiótica. En tres, de los cinco casos que se presentaron, son niñas y en los dos restantes, son niños.

CUADRO No. 18

Dinámica, estructura familiar y relación simbiótica

36 casos

Datos de entrevista y test de la familia		Abril - Octubre 1992
TIPO DE HOGAR:	"f"	%
CONFLICTIVO	19	53%
ADECUADO	8	22%
ORFANDAD PARCIAL	5	14%
DIVORCIO	2	6%
MADRE SOLTERA	1	3%
PADRASTRO	1	3%
TOTAL	36	100%

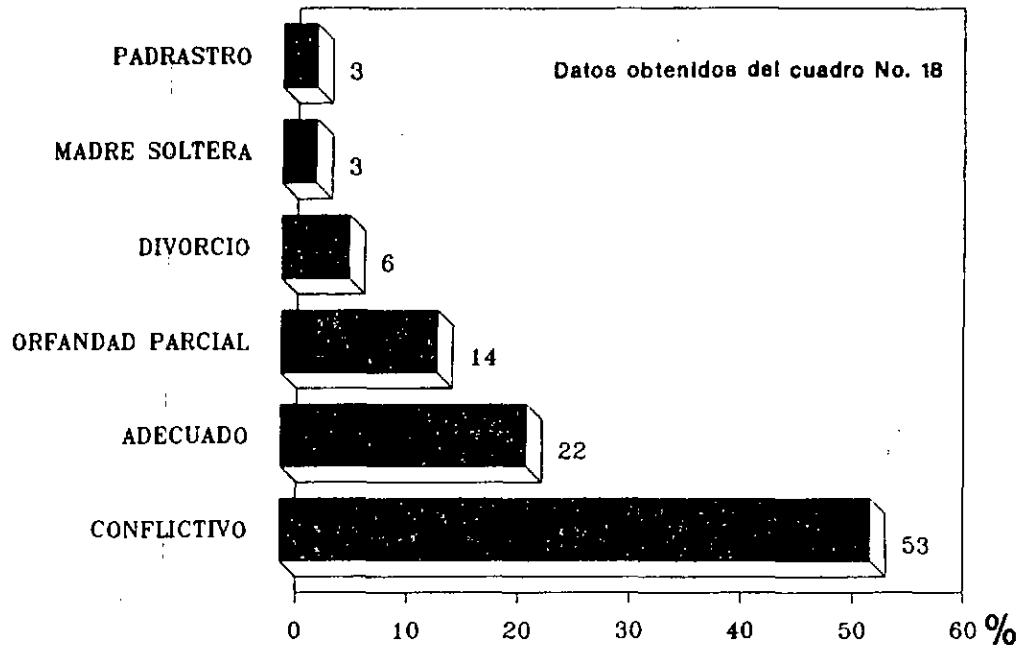
La relación simbiótica se presentó en el 53% de los hogares con relaciones conflictivas, en el 22% de las familias cuyas relaciones eran aparentemente adecuadas, en el 14% de los niños que presentaron orfandad parcial por fallecimiento del padre, en el 6% de los hogares que se encuentran desintegrados por divorcio de los padres, en el 3% de los hogares con padrastro y en el 3% de los hogares con madre soltera.

Por lo tanto, la unión simbiótica entre la madre y el niño asmático se encuentra más estrecha en los hogares cuyas relaciones familiares son conflictivas, ya que esto se presentó en un alto porcentaje. Debe tomarse en cuenta que la dinámica familiar del niño asmático se caracteriza por conflictos entre sus padres y que no necesariamente el contexto familiar debe de ser conflictivo para que la simbiosis madre-hijo se de.

Es importante mencionar que situaciones como estas, favorezcan que el padre se aleje consciente e inconscientemente del hogar, ayudando a fortalecer la relación del niño con la madre.

GRAFICA No. 18

DINAMICA, ESTRUCTURA FAMILIAR Y RELACION SIMBIOTICA



3.4 ANALISIS

En Guatemala, el número de morbilidad y mortalidad infantil ha aumentado considerablemente en los últimos años, situación que coloca a nuestro país dentro de los primeros países del mundo en los cuales la enfermedad y muerte de los niños ocupa un alto porcentaje. Y cada vez es más frecuente la población de niños que presentan problemas neumológicos, dentro de los cuales el asma bronquial ocupa un lugar importante.

Se estima que del 5 al 10% de la población infantil ha presentado síntomas o signos compatibles con asma.

A pesar de que el asma se ha incrementado en un número considerable de pacientes infantiles, es posible observar que médica y socialmente es poco lo que se realiza para evitar que el porcentaje de población afectada siga creciendo. No se logra determinar la etiología del asma, por que el Departamento de Pediatría del I.G.S.S., a pesar de que es una institución de carácter autónoma, no cuenta con los recursos económicos y con los aparatos especializados que permitan efectuar los estudios adecuados. El criterio para diagnosticar asma bronquial en un paciente, se basa en la observación clínica del médico neumólogo, del examen fisiológico del niño, de una historia médica preliminar, de las condiciones ambientales en las que vive el niño y principalmente de los síntomas y frecuencia con que estos se presentan en los pacientes.

A nivel social y de salud, es imposible observar la existencia de medidas preventivas primarias para evitar la complicación de las enfermedades en los niños y evitar riesgos y consecuencias mayores que podrían empeorar su condición de salud y por lo tanto, perjudicar su adaptación social. Y si estas existen, no son eficientes y posiblemente las más adecuadas a la población guatemalteca.

El plan educacional dado por los médicos a los padres de familia, en algunos casos no cumplen con el propósito primordial con que fueron elaborados, ya que estos en su mayoría son estructurados en un lenguaje altamente médico, lo que resulta incomprensible por los padres, dado a su nivel cultural y educativo. Sin embargo, es evidente observar la discrepancia de conocimientos existentes entre un grupo de madres y otro, ya que asisten a las consultas neumológicas de sus hijos con diferentes neumólogos.

Por otra parte, el tratamiento médico que se utiliza se basa en el uso de Aminofilina y todos los nombres comerciales con la que ésta se conoce, en algunos casos, este medicamento es recetado en dosis elevadas y no ofrece mayor mejoría al niño provocando efectos secundarios en la conducta.

Como ya se definió anteriormente en el Capítulo I, el asma es una enfermedad crónica de etiología compleja y multicausal, en la que se pueden encontrar diversos estímulos provocadores como, factores bioquímicos, autónomos, inmunológicos, infecciosos, endocrinos y psicológicos.

Entre los aspectos psicológicos que podrían estar condicionando el apareamiento de asma bronquial en los niños, se encuentran los factores psicodinámicos familiares.

A través de la entrevista y del Test Proyectivo del Dibujo de La Familia, fue posible determinar el tipo de relación existente entre la madre y el niño asmático, siendo ello un componente emocional fundamental del asma bronquial infantil.

Entre los principales factores se encuentra la estructura y dinámica familiar: un 51% de los hogares presentan relaciones conflictivas por diversas razones, entre las que se puede mencionar, la agresión verbal y física del padre hacia la madre, situaciones en las que las madres referían que las crisis de los niños eran más frecuentes o bien, los síntomas se acrecentaban. Un 12% presenta orfandad parcial por fallecimiento del padre.

En estos casos el asma se desarrolló meses después de la muerte del padre, y los niños han quedado al cuidado de la madre. Un 5% presenta hogar desintegrado por divorcio o separación de los padres, un 2% pertenece a hogar con padrastro y en un 2% la dinámica familiar es de madre soltera. En estos casos, la situación familiar fue conflictiva entre los padres, casos en los cuales el asma apareció por vez primera en ese clima de inestabilidad emocional causado por los conflictos familiares y se acrecentaron luego de la separación o divorcio de los padres.

Es importante señalar que las actitudes de los padres hacia el niño varía de un padre a otro. La sobreprotección está presente en el 100% de las madres, mientras que los padres solamente el 6% sobreprotege a sus hijos asmáticos. La indiferencia está presente en el 83% de los padres, en tanto que en las madres la indiferencia ante la enfermedad del niño no existe. El 59% de las madres manifiestan tener una actitud autoritaria ante sus hijos, y solo en un 19% describen que el padre manifiesta esta actitud hacia el niño. Ninguno de los padres manifiesta rechazar en forma consciente al niño, pero no se debe de olvidar que la hiperprotección podría ser una forma inconsciente de rechazo.

En el Test de Dibujo de la Familia de Lluís Fontt y Elizabeth Koppitz, el 44% de los niños proyectan a través del dibujo, la valorización de la madre, lo que indica dependencia e identificación hacia ella, como el personaje más importante dentro del contexto familiar. Esto también fue comprobado a través de los datos proporcionados por la madre en la entrevista. El niño suprime de la familia a sus hermanos en un 31% como índice de rivalidad fraterna, en un 34% se suprime a sí mismo como un indicador de baja autoestima y sentimientos, de culpa, el niño obtiene a través del asma una compensación a su desvinculación de la familia.

En el niño existe manipulación a través de la enfermedad hacia los miembros de su familia, principalmente hacia la madre, quien cede ante la manipulación del niño.

Es evidente la existencia de problemas de conducta, siendo los más comunes: baja tolerancia a la frustración, irritabilidad, berrinches, agresividad, inestabilidad, negativismo e hiperactividad. Entre los trastornos de la alimentación, la anorexia infantil, es la que presenta con mayor frecuencia entre los niños asmáticos. Los trastornos del sueño que se presenta con mayor frecuencia entre la población seleccionada, están: sueño sobresaltado, sueño discontinuo, somnolientos, bruxismo, insomnio hipersomnio, pesadillas y terrores nocturnos. Situaciones a través de las cuales el niño expresa conflictos emocionales hacia el medio que le rodea.

En contraste con las variables que se plantearon, se pudo determinar que la relación simbiótica entre la madre y el niño asmático está presente tanto en los varones como en las mujeres; sin embargo, el padre se mantiene más alejado de ambos, cuando el asmático es el hijo varón, permaneciendo más cerca cuando la asmática es la niña; en relación a la dinámica y estructura familiar, se pudo evidenciar que la relación simbiótica está presente tanto en los hogares con relaciones aparentemente adecuadas, incrementándose en un alto porcentaje en aquellos hogares que presentan relaciones conflictivas, asimismo, en los hogares que presentan orfandad parcial por fallecimiento del padre, divorcio o separación de los padres, madre soltera y hogar con padrastro, situaciones que favorecen que el padre se mantenga alejado o ausente totalmente, de la relación madre-hijo.

Es más frecuente que la relación simbiótica madre-hijo, esté más estrecha por el lugar de nacimiento que ocupa el niño asmático dentro de la familia, ya que generalmente se trata del primero y del último hijo. En relación a la edad de los niños asmáticos, la simbiosis se hace más evidente dentro de las edades de 4 a 6 años. Situaciones que también se caracterizan por la ausencia del padre.

En relación a la edad, ocupación y escolaridad de la madre, se puede decir que la simbiosis está presente en la totalidad de ellas, por lo que no existe diferencia significativa entre estos aspectos.

La actitud del padre ante la relación madre-hijo, es de ausencia por diversos motivos, favoreciendo de forma consciente o inconsciente la vinculación simbiótica entre ellos.

En síntesis, se puede decir que dentro de los factores psicológicos que favorecen el apareamiento de asma bronquial en la infancia, los factores psicodinámicos familiares y la vinculación simbiótica madre-hijo, ocupan un lugar muy importante dentro del marco etiológico emocional del asma.

Los resultados obtenidos a través de los instrumentos psicológicos utilizados, demuestran que si existe una vinculación simbiótica entre el niño asmático y su madre. Lo cual constituye un elemento fundamental dentro de la etiología emocional del asma. Por lo que se acepta la hipótesis planteada: Los niños en control en la Clínica de Neumología de la pediatría del I.G.S.S., que asistieron durante los meses de abril a octubre de 1992, evidencian que:

"La vinculación simbiótica madre-hijo, favorecida por la carencia afectiva padre-hijo, es un componente emocional fundamental del asma bronquial infantil".

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

4.1.1 La hipótesis planteada: Los niños en control en la Clínica de Neumología de la Pediatría del I.G.S.S., que asistieron durante los meses de abril a octubre de 1992, evidencia que: "Dentro de los aspectos psicodinámicos familiares la vinculación simbiótica madre-hijo, favorecida por la carencia afectiva padre-hijo, es uno de los componentes emocionales fundamentales del asma bronquial infantil", queda objetivamente comprobada con los resultados estadísticos y datos obtenidos a través de la Entrevista y el Test del Dibujo de la Familia.

4.1.2 La totalidad de los niños de la muestra presentaron dos o más problemas de conducta, siendo los más frecuentes: baja tolerancia a la frustración, irritabilidad, berrinches, agresividad, inestabilidad, negativismo e hiperactividad.

4.1.3 Dentro de los trastornos de la alimentación, la anorexia infantil es la que se presenta en forma frecuente en los niños, sin embargo, es importante mencionar que es usual que el apetito tienda a disminuir ante cualquier enfermedad infantil.

4.1.4 Fueron descritos dos o más alteraciones en el sueño de los niños por sus madres, lo que puede ser producto de los componentes químicos de la Aminofilina, la cual produce efectos excitatorios sobre el Sistema Nervioso Central. No debe de olvidarse también que dependiendo de los grados de severidad del asma, el sueño se encuentra interrumpido y en algunos casos alterado.

4.1.5 El lugar de nacimiento dentro de los hermanos y la edad cronológica del niño asmático, favorece la sobreprotección de la madre hacia él, por lo tanto, el fortalecimiento de la vinculación simbiótica.

4.1.6 La estructura y dinámica familiar de los niños asmáticos, en su totalidad no es adecuada a su desarrollo emocional, ya que es predominante el tipo de relaciones conflictivas y disfuncionales (orfandad parcial, divorcio de los padres, madre soltera y hogar con padrastro) entre sus padres.

4.1.7 El asma bronquial se desencadena al principio por diversos factores, pero en algunos casos aparece por vez primera, o se incrementan las crisis como reacciones condicionadas relacionadas con conflictos de tipo emocional.

4.1.8 No debe de sobrevalorarse el síntoma o la enfermedad sino distenderse el ambiente en el cual se desarrolla; ya que la angustia de la respiración no solo es vivida por el niño sino también por las personas que le rodean, dando lugar a mecanismos de coinducción que contribuyen a fijar la enfermedad.

4.1.12 En las relaciones madre-hijo, influyen tanto la valoración de la función materna como las características del niño que es objeto de los cuidados.

4.1.11 Evitar las actitudes de hiperprotección, ya que el niño debe sentir que la madre está presente pero no ansiosa ni indiferente.

Activa

4.1.10 El niño amaterno se caracteriza por manifestar hacia la madre una total dependencia tanto básica como emocionalmente, lo que significa un obstáculo a su desarrollo psicológico. Ya que la vinculación simbólica en la relación madre-hijo amaterno se presenta en sus dos formas: Pasiva y

4.1.9 La actitud de la madre hacia el niño amaterno se caracteriza principalmente por una hiperprotección excesiva, existente en la totalidad de las madres. Mientras que la actitud del padre hacia el niño es indiferente, delegando la responsabilidad en la madre.

4.2 RECOMENDACIONES

4.2.1 Ayudar a las familias de los niños con asma bronquial, que asisten a la Clínica de Neumología de la Pediatría del I.G.S.S. a comprender cómo convertirse en partes activas con sus médicos en el tratamiento de la enfermedad y fomentar la mejoría de apego a la prescripción.

4.2.2 Tanto el médico como los padres, intervenir en etapas tempranas del ataque y prevenir la progresión del asma bronquial. Es necesario e importante reconocer los signos y síntomas de aviso temprano.

4.2.3 Medicamente, es necesario e indispensable apreciar y discutir la variabilidad del asma, porque para algunos niños una tos problemática puede ser el único síntoma, en tanto que otros pueden tener un diagnóstico erróneo o no ser diagnosticado durante años y poner en peligro su vida.

4.2.4 El Departamento de Pediatría del I.G.S.S., a través de las Clínicas de Neumología y Psicología, deberá en la medida de sus posibilidades, crear programas de ayuda a padres y niños asmáticos para obtener mejor control sobre la enfermedad. La educación sobre asma, se deberá incorporar con regularidad en el plan de cuidado para cada niño.

4.2.5 El Psicólogo y el Médico Neumólogo de la Pediatría del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, deberá de trabajar paralelamente, para no descuidar la parte psicológica de niños y lograr así un tratamiento integrado.

4.2.6 Se recomienda principalmente, la integración del padre de familia del niño con asma bronquial de la Pediatría del I.G.S.S., dentro de cualquier proceso, ya sea médico o psicológico, para así propiciar un acercamiento al niño y a su familia.

4.2.7 Se recomienda explicar a los padres de familia de niños con asma bronquial que asisten a la Pediatría del I.G.S.S., reglas de higiene mental: debe de romperse la obsesionalización de los rituales y los hábitos que producen un temor permanente o la espera de las crisis y dejar una cierta libertad al niño aparte de las actividades terapéuticas indispensables y de una escolaridad regular.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AJURIAGUERRA, J. de "Manual de Psiquiatría Infantil" Editorial Masson. 4ª Edición. México, 1983. Pp 983
2. BEHRMAN, R. y Otros "Tratado de Pediatría" Editorial Interamericana-MacGrav. México, D.F. Pp. 2097
3. BOWLBY, John "Cuidado y Amor Maternal" Editorial Fondo de Cultura Económica, México, D.F. Pp. 123
4. CRAIG, Grace J. "Desarrollo Psicológico" Editorial Prentice-Hall, México, D.F. 1988. Pp. 219
5. EY, Henry y Otros "Tratado de Psiquiatría" Editorial Masson. Barcelona. Pp. 1100
6. FROMM, Erich "El Arte de Amar" Una investigación sobre la naturaleza del amor. Editorial Logos. Medellín, Colombia. Pp. 139
7. HERNANDEZ, Pineda Emilia "Indicadores emocionales comunes en niños con labio disurado y/o paladar hendido". Tesis, Psicóloga, Guatemala. Escuela de Ciencias Psicológicas. Universidad de San Carlos de Guatemala, 1989.

8. HOWARD, Isabel. "El Test de la Familia" Documento mimeografiado. Guatemala, 1989.
9. KEMPE, Henry y Otros. "Diagnóstico y Tratamiento Pediátricos". Editorial Manual Moderno, México, D.F. 1989. Pp. 1023
10. PECHON, R. Enrique. "Del Psicoanálisis a la Psicología Social" Editorial Galerna, Buenos Aires, 1970. Pp. 234
11. PASSINI, W. y Otros. "Medicina Psicosomática" Editorial Toray-Masson, Barcelona, 1980. Pp. 256
12. RECA, Telma. "Trastornos Psicopatológicos en Pediatría" Editorial Kapelusz, Buenos Aires, 1985. Pp. 256
13. SPITZ, René. "El Primer Año de Vida del Niño" Editorial Fondo de Cultura Económica. México, D.F. 1985. Pp 379
14. WALLON, H. "Evolución Psicológica en la Infancia". Editorial Colin, 5ta. Edición. Paris, 1957, Pp. 24.

I ENTREVISTA

Fecha: _____

Nombre: _____
Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Referido por: _____ Motivo: _____

a) DATOS FAMILIARES

Nombre de la madre: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Edad: _____ Escolaridad: _____ Religión: _____
Ocupación: _____ Trabajo: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____ Horario: _____

b) ANTECEDENTES PRE Y PERINATALES

Antecedentes obstétricos: g _____ p _____ a _____ f _____ v _____
Edades y sexo: _____
Embarazo: _____
Planeario: _____ Aceptado: _____ Control: no _____ si _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____
Parto: Tipo _____ Lugar: _____
Edad Gestacional _____
Condición _____
Tx: _____

c) CONDICION ACTUAL

Audición: _____ Visión: _____
Apetito: _____ Alimentación: _____
Sueño: _____
Eliminación: _____
Hx. de Salud: _____

Ambiente emocional: _____

Ambiente físico: _____

Juegos/Juguetes: _____

Relaciones: niños _____ adultos _____

Disciplinas: madre _____ padre _____

Temoros: _____

II OBSERVACION

Aspecto físico: _____
Motricidad: _____
Lenguaje: _____
Lateralidad: mano _____ pie _____ ojo _____
Conducta: _____
Encargado: _____

III EVALUACION

Test: _____ Resultados (por área) _____

IV SINTESIS

V CONCLUSIONES

Biológico: _____
Intelectual: _____
Emocional: _____
Familiar: _____
Escolar: _____

VI RECOMENDACIONES

Biológico: _____
Intelectual: _____
Emocional: _____
Familiar: _____
Escolar: _____
Otras: _____ Próxima cita: _____

(Nombre psicólogo responsable)

(Firma)

HOJA DE CONTROL DE CONDUCTA

B: OBSERVACION

Fecha: _____
 Edad: _____

1. DESARROLLO PSICOMOTOR

- Motor
- Adaptativo
- Lenguaje expresivo
- Lenguaje comprensivo
- Personal-Social

2. CONDUCTA

- Irritable
- Inquieto
- Inestable
- Destruccion
- Dependiente
- Quejumbroso
- Pasivo
- Acepta limites
- Interes en estímulos
- Inerencia en personas
- Contacto visual

3. ARREGLO E HIGIENE

- Vestido
- Perinado
- Utias

C: HISTORIA

1. ANTECEDENTES

- Familiares
- Embarazo
- Parto
- Hospitalizaciones
- Accidentes

2. AMBIENTE EMOCIONAL

- Relacion padre-hijo
- Relacion madre-hijo
- Relacion niño-hermanos
- Relacion padre-madre

3. RENDIMIENTO ESCOLAR

- Bajo
- Desadaptación Social

EVALUO: _____

EXPEDIENTE _____

NOMBRE _____

HOJA DE CONTROL DE CONDUCTA

A: INFORMACION

Fecha:

1. CONDUCTA

Edad:

Berrinches

Agresividad

Hiperactividad

B.T. a la Frustr.

Crisis de ira

Crisis de miedo

Crisis de llanto

Crisis de risa

Negativismo

Inestabilidad

Irritabilidad

Tics

Hurto

Mentira

Sexualidad Precoz

Violencia

Espasmo del sollozo

2. APETITO-ALIMENTACION

Anorexia

Hiperfagia

Vómitos

Bulimia

Pica

Onicofagia

Tricotilomania

Potomania

Aliment. Selectiva

3. SUENO

Sobresaltado

Discontinuo

Pesadillas

Terrorts Nocturnos

Somnolquios

Sonambulismo

Bruxismo

Insomnio

Hipersomnio

4. ELIMINACION

Enuresis nocturna

Enuresis diurna

Encopresis

5. TRAST. FISICOS

Convulsiones

Alucinaciones

Ausencias

Vertigos

Dismenore

Control de Conducta de _____

INDICE GENERAL

PAG.

PROLOGO

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1	MARCO TEORICO	1
1.2	La familia	
1.3	Formación del vínculo y apego	
1.4	Relación simbiótica madre-hijo	
1.5	Relaciones patológicas madre-hijo	
1.6	Padres patógenos	
1.7	Asma bronquial	
1.8	Enfermedades psicosomáticas	
1.9	Personalidad del niño asmático	
1.10	Personalidad de los padres del niño asmático	

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

CAPITULO II

PAG.

2.	TECNICAS E INSTRUMENTOS	
2.1	Técnicas de muestreo	26
2.2	Técnicas de recolección de datos	26
2.3	Técnicas de análisis estadístico	27
2.4	Instrumentos	27

CAPITULO III

3.	PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	
3.1	Presentación	32
3.2	Características de la muestra	32
3.3	Resultados de la evaluación	55
3.4	Análisis de resultados	71

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	76
BIBLIOGRAFIA	81
ANEXOS	83

