

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

**"ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE RASGOS  
DE PERSONALIDAD SOBRESALIENTES  
EN EL PACIENTE ASMATICO,  
COMPRENDIDO ENTRE LOS 5 Y 7 AÑOS DE EDAD  
Y PROPUESTA DE UN PLAN TERAPEUTICO"**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACION  
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO  
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

**ROSA MARIA RIVAS RODRIGUEZ**

**PREVIO A CONFERIRSELE EL TITULO  
DE PSICOLOGA  
EN EL GRADO ACADEMICO DE  
LICENCIATURA**

**GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 1998**

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

13  
10000  
207

## TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Abraham Cortez Mejía  
D I R E C T O R

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce  
S E C R E T A R I A

Licenciada Loris Pérez Singer de Salguero  
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRATICOS



ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
Edificio 36-3 Ciudad Universitaria, Zona 12  
Tel. 5742790-4, 5742799, ext. 498-1  
Ciudad, GUATEMALA, GUATEMALA, C.A.  
e-Mail: USA@PSIC@edu.g  
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc: Control Académico  
CIEPs.  
archivo

REG. 828-94

CODIPs. 680-98

DE ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL DE  
INVESTIGACION

Septiembre 04 de 1998

Señora Estudiante  
Rosa María Rivas Rodríguez de Azzari  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Señora Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DECIMO SEXTO (16o.) del Acta TREINTA Y UNO NOVENTA Y OCHO (31-98) de Consejo Directivo, de fecha 26 de agosto del año en curso, que copiado literalmente dice:

**"DECIMO SEXTO:** El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE RASGOS DE PERSONALIDAD SOBRESALIENTES EN EL PACIENTE ASMATICO COMPRENDIDO ENTRE LOS 5 Y 7 AÑOS DE EDAD Y PROPUESTA DE UN PLAN TERAPEUTICO", de la Carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

ROSA MARIA RIVAS RODRIGUEZ DE AZZARI

CARNET No. 84-17350

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Doctor Guillermo Enrique Meneses Recinos y revisado por la Licenciada Mayra Friné Luna de Alvarez.

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 ENSEÑAR A TODOS "

  
Licenciada Mirtam Elizabeth Ponce Ponce  
SECRETARIA



/Rosy



*[Handwritten signature]*  
1998

ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLOGICAS  
Edificio 16-2 Ciudad Universitaria, Zona 12  
Tels. 4707700-4, 4709981, ext. 470-1  
E-mail: 4709981, 4707710, 4709984  
e Web: UELACTIC@unsa.g  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 7 de agosto de 1,998.

INFORME FINAL

SEÑORES  
CONSEJO DIRECTIVO  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS  
EDIFICIO

Universidad de San Carlos  
ESC. CIENCIAS PSICOLOGICAS  
**REVISADO**  
11 AGO 1998  
*[Signature]*  
HORA

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Mayra Friné Lu  
na de Álvarez, ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE  
INVESTIGACION**, titulado:

**"ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE RASGOS DE PERSONALIDAD SOBRESALIENTES  
EN EL PACIENTE ASMÁTICO COMPRENDIDO ENTRE LOS 5 Y 7 AÑOS DE EDAD Y  
PROPUESTA DE UN PLAN TERAPEUTICO"**

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

NOMBRE:

Rosa María Rivas Rodríguez de Azzari

CARNE No.

84-17350

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes, para  
obtener **ORDEN DE IMPRESION**.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

*[Signature]*  
LICDA. EBITH RIOS DE MALDONADO  
COORDINADORA

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA



ERDM/edr  
c.c. Docente Revisor  
Archivo



ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
Edificio 10-5 Ciudad Universitaria, Zona 12  
Tel. 4767700-4, 4768888, ext. 476-1  
Dirección: 4767700, 4762215, fax 4769914  
e Mail: USACPSIC@usac.guatemala.centre-america.net

Guatemala, 7 de agosto de 1,998.

LICENCIADA  
EDITH RIOS DE MALDONADO, COORDINADORA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA  
EDIFICIO



LICENCIADA RIOS:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle  
que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACION,  
titulado:

**"ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE RASGOS DE PERSONALIDAD SOBRESALIENTES  
EN EL PACIENTE ASMÁTICO COMPRENDIDO ENTRE LOS 5 Y 7 AÑOS DE EDAD Y  
PROPUESTA DE UN PLAN TERAPEÚTICO"**

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

NOMBRE

ROSA MARIA RIVAS RODRIGUEZ DE AZZARI

CARNE No.  
84-17350

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos  
establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito  
**DICTAMEN FAVORABLE**, y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

*[Handwritten signature]*  
"¡SI ENFERMAD A TODOS!"

LICDA ROSA MARIA FRENE LUNA DE ALVAREZ  
DOCENTE REVISOR



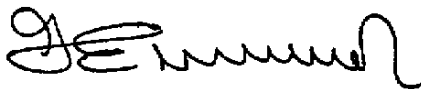
c.c. Archivo  
Docente Revisor

Guatemala,  
Agosto de 1998

Licenciada  
Edith Ríos de Maldonado  
Departamento de Investigación  
Escuela de Psicología  
USAC

De manera atenta me dirijo a usted, para informarle que he revisado el informe final de tesis de la estudiante **ROSA MARIA RIVAS RODRIGUEZ** con número de carnet 84-17350, "**ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE RASGOS DE PERSONALIDAD DEL NIÑO ASMÁTICO COMPRENDIDO ENTRE LAS EDADES DE 5 A 7 AÑOS DE EDAD**". Considerando que llena todo los requisitos para ser presentado. El trabajo en mi concepto llena un vacío que existía hasta el momento en la investigación del Asma de Guatemala.

Quedo como atento y seguro servidor,



DOCTOR GUILLERMO MENESES  
Colegiado No. 1909

*Sólo pido una cosa: los que sobreviváis no olvidéis. No olvidéis ni a los buenos ni a los malos. Reunid con paciencia los testimonios de los que han caído por sí y por vosotros. Un día, el hoy pertenecerá al pasado y se hablará de una gran época y de los héroes anónimos que han hecho historia. Quisiera que todo el mundo supiese que no ha habido héroes anónimos. Eran personas con su nombre, su rostro, sus deseos y sus esperanzas y el dolor del último de ellos no ha sido menor que el del primero, cuyo nombre perdura.*

**Jules Fucik. Reportaje al Pie de la Horca.**

## **ACTO QUE DEDICO A:**

*Raúl, mi hermano que con su lucha, ejemplo, entrega y amor a los demás permitió el despertar de mi conciencia. Donde quiera que se encuentre lo llevo en mi corazón.*

*A los que siempre estarán en ninguna parte, en especial a Caco, Iván, Aaron y Hugo.*

## AGRADECIMIENTOS:

- Al Doctor *Roberto Masselli* por permitirme realizar el trabajo de investigación en el Centro del Asma, con su apoyo espero contribuir al control de la enfermedad.
- Al Doctor *Guillermo Meneses* por la amistad y apoyo que siempre me ha brindado.
- A *Fernando Véliz* por su colaboración, amistad y apoyo para la realización de la presente investigación.

## **TESIS QUE DEDICO A:**

**A Dios que alumbra mi camino en el diario vivir.**

**A La Virgen de Guadalupe que me ha acompañado y protegido toda la vida.**

**A Guatemala mi patria, por que pronto haya justicia real.**

**A mis padres por su apoyo y entrega. Con todo mi amor.**

**A mi esposo Guido por haberme motivado a alcanzar la meta que hoy concluyo.**

**A mis hijos Diego y Francisco que se han convertido en mi razón de vivir.**

**A mis hermanos Dorita, Leonel y Bety.**

**A mis sobrinos.**

**A +José Luis Azzari Cáceres y +José Luis Azzari de la Cruz por las muestras de amistad y cariño que siempre me expresaron.**

**A la Universidad de San Carlos de Guatemala, en especial a la Escuela de Psicología.**

**Al Grupo de Apoyo Mutuo.**

**A mis amigos y amigas.**

## PROLOGO

Al abordar lo relativo al "EL ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE RASGOS DE PERSONALIDAD SOBRESALIENTES EN EL PACIENTE ASMATICO, COMPRENDIDO ENTRE LOS 5 Y 7 AÑOS DE EDAD" la autora parte de la premisa básica de la existencia de una constelación de rasgos característicos de personalidad, que identifican o tipifican al niño que se encuentra en proceso de estructuración de la misma, siendo estos rasgos característicos de personalidad, que identifican o tipifican al niño que se encuentra en proceso de estructuración de la misma, siendo estos rasgos influenciados por una inadecuada relación familiar que involucra al niño con padecimientos de este tipo.

Para validar y dar sustento a los objetivos que condujeron al desarrollo de esta investigación, la autora hace un exhaustivo análisis del problema, desde revisar la evolución de la categoría diagnóstica, y sistematizar lo relativo a sintomatología clínica, aspectos psicodinámicos, y manifestaciones conductuales existentes en el niño que padece o sufre de asma.

Asimismo valida su referente teórico a través de una investigación empírica basada en la observación sistemática y la aplicación de pruebas de psicodiagnostico en concordancia al desarrollo evolutivo y edad cronológica de los niños evaluados, ya que de otra manera sería imposible abarcar a esta población, pues el nivel de desarrollo alcanzado no permite aflorar sentimientos, emociones negativas derivadas de su padecimiento por lo cual las pruebas proyectivas se constituyen en las técnicas auxiliares más adecuadas para recopilar y analizar la problemática real que experimenta el niño a tan temprana edad.

Posteriormente al análisis de la información recabada, la autora hace comparaciones entre los hallazgos obtenidos y la información recopilada a través de referentes teóricos y estudios similares consultados, culminando en la presentación de directrices terapéuticas que permitan encausar de manera positiva el abordamiento de la problemática, hacia la mejora del niño que la padece, a través de la participación madura y positiva de su familia directamente involucrada ya que todo lo que ocurra alrededor de la vida de un niño compete directamente y es responsabilidad de sus padres.

El desarrollo de ésta investigación se constituye en un aporte para la psicología aplicada al conocimiento y abordamiento terapéutico de los problemas psicofisiológicos, pudiendo ser utilizada como fuente de consulta para todo estudiante y profesional vinculado e interesado con la problemática abordada, que le permitirá conformar un marco general de los principales factores que se encuentran inmersos en el problema del asma. Asimismo, podrá ser un valioso auxiliar en actividades docentes o profesionales del campo de la psicología y la medicina.

Por lo antes expuesto se tiene la plena confianza que ésta investigación contribuirá al abordamiento científico de los problemas psicofisiológicos, específicamente del asma.

*Fernando Véliz*  
*Psicólogo*  
*M.A. en Administración Pública*

### 1. INTRODUCCIÓN:

Al estudiar el problema del asma, se observa en primer plano que la categoría diagnóstica ha evolucionado. Inicialmente se consideró al asma dentro de la categoría de trastornos psicósomáticos, posteriormente se le incluyó como parte de los trastornos psicofisiológicos y en la actualidad corresponde a la categoría de trastornos psíquicos que afectan condiciones físicas, se puede observar que en este trastorno los factores emocionales ocupan un papel determinante en el establecimiento de afecciones de tipo orgánico. En la actualidad las características predominantes en pacientes que la padecen, se ha observado manifestaciones de angustia, dependencia, irritabilidad, inseguridad y sumisión, entre otras. Tomando en consideración que el niño comprendido entre las edades de 5 y 7 años se encuentra en período de estructuración de su personalidad, se consideró importante estudiar y conocer cuáles son las características de personalidad más sobresalientes en ellos y los componentes emocionales indicadores de conflicto. Entendiendo como características de la personalidad, las unidades básicas que determinan las percepciones y comportamientos individuales, activados por diferentes estímulos. Los componentes emocionales indicadores de conflicto, se entienden como aquellos que son producidos por la falta de gratificación y son el resultado de la frustración de los impulsos y necesidades de los primeros años de la vida, lo que afecta el futuro desarrollo del yo. Con base en dicho conocimiento, se consideró la importancia de establecer a partir de los hallazgos obtenidos al realizar el trabajo de campo, lineamientos generales de orientación a padres de niños asmáticos, para el adecuado desarrollo de relaciones interfamiliares y evitar conductas negativas de los padres principalmente, que propician la manifestación sintomática de padecimientos asmáticos en los niños y procurar al niño con padecimientos psicofisiológicos, una mejor adaptación en concordancia a las exigencias del medio en que se desenvuelve, incluyendo la familia (la que involucra el establecimiento de relaciones entre padres e hijos, y convivencia fraternal), el grupo social (establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias, introyección de reglas, normas, valores, prohibiciones, etc., capacidad para interrelacionar en forma positiva; Dar y recibir afecto, y el desarrollo o establecimiento de adecuados canales de

comunicación); Por último con relación al área académica (que implica adaptación y rendimiento escolar acorde a su nivel), uso del tiempo libre (disfrutar y compartir con los demás) y el desarrollo de su creatividad (en beneficio personal y colectivo).

El trabajo de investigación se llevó a cabo con una muestra de veinticinco niños de ambos sexos, comprendidos entre las edades de 5 a 7 años, referidos por médicos especializados en trastornos psicofisiológicos, con el propósito de evaluar características de personalidad y los componentes emocionales indicadores de conflicto, (en el ámbito de la dinámica familiar), Mediante la aplicación de pruebas de psicodiagnóstico como la Figura humana de Karen Machover y familia de Louis Corman. Dicha muestra se obtuvo en la clínica privada CENTRO DEL ASMA, ubicada en la 6a. Av. 8-92 zona 9, de la ciudad de Guatemala.

El Centro del Asma, se constituye en una clínica de especialidades médicas. Principalmente atiende problemas psicofisiológicos (asmáticos, bronquiales, enfermedades de la piel: alergias, urticaria, etc.) La población que atiende, es de uno y otro sexo, desde recién nacidos hasta adultos.

El objeto de estudio de esta investigación como es el asma, se ubica como un fenómeno específico del campo de la salud-enfermedad, (Trastornos psíquicos que afectan condiciones físicas específicamente del sistema respiratorio), ya que involucra alteraciones orgánicas y factores emocionales o afectivos que se constituyen en precipitantes de conflicto. Abarca problemas de orden adaptativo, debido a la manifestación de ataques repetitivos en el paciente. Además, involucra problemas dentro de la dinámica familiar, y como consecuencia, la manifestación de conductas caracterizadas por sentimientos de agresividad encubierta, minusvalía, baja autoestima, sentimientos de rechazo, etc.

Como objeto de estudio se ubica dentro del campo de la naturaleza, ya que se observa deterioro de la salud física y orgánica, debido a manifestaciones sintomáticas que se presentan; corresponde también al área de pensamiento, debido a las alteraciones emocionales que se constituyen en factores predisponentes y precipitantes.

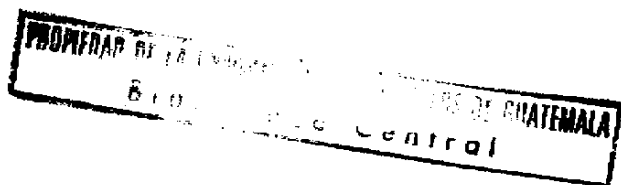
de un ataque asmático.

A partir de los estudios que se han realizado con respecto al problema del asma, no se han definido con precisión las causas o la etiopatogenia del problema, mayormente cuando los enfoques realizados se han hecho desde el punto de vista médico, restándole importancia al componente emocional. Sin embargo se han observado algunas características emocionales y sociales que inciden en la precipitación de una crisis asmática.

En la actualidad, puede observarse que debido a las condiciones económicas, sociales, políticas, culturales, y educativas que sufre el país en general y la sociedad guatemalteca en particular, las exigencias de la vida actual obligan a la mujer moderna a incorporarse a la vida productiva, para satisfacer las necesidades básicas y obtener mejores condiciones de vida.

Estos factores obligan a la madre a desatender a sus hijos o bien, dejarlos al cuidado de madres sustitutas, lo que podría originar en el niño: sentimientos de rechazo, carencia afectiva, angustia, etc., como principales características de los rasgos de personalidad propios de pacientes con afecciones asmáticas.

Con respecto a las disciplinas científicas que tienen relación con el abordamiento del problema objeto de estudio, se incluyen: La psicología como ciencia encargada del estudio de la personalidad, manifestaciones conductuales, emociones, sentimientos, actitudes y relaciones con el medio. La medicina, encargada del estudio de la salud y la enfermedad; la fisiología, encargada del estudio de procesos orgánicos; con la Química, encargada del estudio de las propiedades y la composición de los cuerpos, así como sus transformaciones. Con la bioquímica, encargada del estudio de la constitución de la materia viva y sus reacciones. Con la biología que se encarga de estudiar todos los organismos vivos. Específicamente y de acuerdo al enfoque que se hace del problema objeto de estudio, corresponde al campo de la psicología aplicada al abordamiento de los trastornos psíquicos que afectan condiciones físicas.



## 1.1. MARCO CONCEPTUAL:

Para comprender los rasgos sobresalientes de personalidad en el paciente asmático, es necesario analizar las emociones que acompañan al individuo desde su concepción, así como la gestación, nacimiento y desarrollo inicial a lo largo de los primeros años de crecimiento, siendo durante los primeros cinco años, cuando se adquieren las características personales que acompañaran a la persona a lo largo de toda su vida.

Un niño entonces que ha sido tratado con indiferencia verbigracia, será inseguro desde esa edad y difícilmente podrá poder desenvolverse con una personalidad segura a lo largo de su vida.

Para tener una mejor comprensión de este trabajo, iniciaremos haciendo una síntesis de lo que son los trastornos psicofisiológicos

### 1.1.1 TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS:

Este término fue empleado en la segunda edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, de la American Psychiatric Association (1968), para referirse a síntomas físicos causados por factores emocionales que comprometen a un sistema orgánico enervado por el sistema autonómico. Se agregaba como criterio, el hecho de que "los cambios fisiológicos son los mismos que normalmente acompañan a ciertos estados emocionales, pero más intensos".<sup>1</sup> La designación de trastorno psicofisiológico reemplazó así a trastornos psicósomáticos, empleado en el DSM-1 (1952).

La categoría 316.000 DSM-III (1980) alude "factores psicológicos que afectan condiciones físicas. Entre los criterios diagnósticos se incluye la relación temporal entre estímulos ambientales psicológicamente significativos y la iniciación o exacerbación de

<sup>1</sup> Guillermo Vidal y Renato Alarcón "PSIQUIATRÍA". (Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1986), Página 266

condiciones físicas, la presencia de patología orgánica demostrable o de un proceso patofisiológico conocido y la exclusión de un trastorno somatomorfo. El diagnóstico diferencial debe hacerse con el trastorno de conversión<sup>2</sup>.

Estas tres designaciones -trastorno psicósomático, trastorno psicofisiológico y factores psicológicos que afectan condiciones físicas-, muestran la evolución conceptual experimentada. Se observa la tendencia a rehuir la reincidencia de entidades patológicas que se convierten en simples etiquetas diagnósticas. El término enfermedad psicósomática parecía implicar que, si algunas dolencias son psicósomáticas, otras deberían no serlo. De otro modo, no se entiende la utilidad de separar tales enfermedades en un grupo nosológico especial. El término sigue siendo utilizado confusamente: muchos siguen pensando qué significa la causalidad psicológica de dolencias orgánicas (psicogénesis), derivando de esta forma, la importancia de relativizar la contribución del factor psicológico y hablar más bien de la condicionalidad psicológica de padecimientos somáticos. Esto significa abandonar la unilateralidad de los pioneros de la medicina psicósomática, quienes, al pasar del órgano lesionado a la persona enferma, destacaron los factores psicológicos y sociales que contribuyen a todo proceso de enfermar. Este énfasis unilateral en lo psíquico derivó de un auténtico deseo de abordar el estudio del hombre total en forma holística e integradora. El término psicósomático tuvo la connotación de perspectiva global hacia la medicina en general, de reformulación de principios y de renovación de la práctica. Ello puede entenderse como una reivindicación del arte médico, en el cual la personalidad y la situación del enfermo se incorporan al diagnóstico y a la terapéutica. El resultado ha sido poco satisfactorio. Los factores psíquicos se han agregado a las noxas tradicionales -físicas, químicas, bacterianas- en forma simple, o bien han tomado el papel de herramientas ideológicas, sostenidas más por convicción que con fundamentos.

El análisis conductual se extiende a las funciones fisiológicas, concebidas como conducta en sentido amplio. La fraseología psicoanalítica, característica de la medicina psicósomática en su etapa incipiente, se reemplaza por otra, con mayores pretensiones de cientificidad. Aunque el término es apropiado, ha adquirido algunas connotaciones

---

<sup>2</sup> IBIDEM, Pág 266.

innecesarias. Han sido principalmente psicólogos quienes han propagado su empleo y lo han llevado a un implícito rechazo de la conceptualización médica de la dolencia, creando problemas de competencia, rivalidades profesionales y exageraciones. La principal contribución de la medicina conductual ha sido infundadamente alabada o incorrectamente criticada. La orientación exageradamente pragmática hacia la terapéutica ha hecho descuidar aspectos relacionados con la etiología y la patogénesis, que necesariamente deben tomar en consideración las bases fisiológicas y bioquímicas de la salud y la enfermedad.

Tanto la predisposición como el comienzo, la duración, la exacerbación y las consecuencias de la enfermedad, tienen componentes sociales, psicológicos, fisiológicos y culturales; por lo tanto, la comprensión del estado de enfermedad y del proceso de enfermar no puede limitarse solo a la patofisiología o a la anatomía patológica; tampoco, solo a los condicionantes sociales o psicológicos.

El área de lo que difusamente se denomina medicina biopsicosocial, tiene que ver con todos estos problemas y su desarrollo da ocasión para una sostenida reflexión sobre los fundamentos de la práctica médica. No solo en su aspecto de atención de pacientes (hacia afuera) sino también internamente, en su concreción y legitimación institucional.

### 1.1.2. CONCEPTOS GENERALES SOBRE PATOLOGÍA PSICOFISIOLÓGICA.

Aunque el término tiene connotaciones múltiples y no siempre designa algo definido, la perspectiva psicosomática (o psicofisiológica) se propone precisar los mecanismos a través de los cuales es concebible una interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. El concepto se ha ampliado desde designar un grupo circunscrito de dolencias o destacar una determinada forma de tratamiento. "No es fácil obviar las dificultades del cartesianismo médico sin caer en grandilocuentes elucubraciones sobre el alma y el cuerpo. En muchos casos no es posible separar algunas enfermedades de otras solo sobre la base de la etiología"<sup>3</sup>. Se puede indicar

---

<sup>3</sup> IBIDEM, Pág 266.

que en algunas condiciones patológicas, el peso relativo de uno u otro factor varía en el curso de la enfermedad. Al darle atención psicológica a los factores emocionales desencadenantes en algunos cuadros clínicos, de tipo orgánico, no se puede esperar que un proceso crónico ya convertido en lesión orgánica vaya a revertir solo removiendo el factor emocional desencadenante. Este concepto implica una estrategia terapéutica apropiada a la fase de la enfermedad e indica que una adecuada rehabilitación, aun sin eliminar lesiones orgánicas irreversibles, puede aminorar los efectos negativos de la dolencia sobre la vida del paciente o permitirle un mejor uso de otros recursos. El conocimiento de la forma en que se ha desarrollado la medicina psicosomática, con relación a las manifestaciones de algunos trastornos orgánicos, pone de manifiesto que el factor emocional o psíquico juega un papel preponderante e indica la necesidad de incorporar un tratamiento integral no para la curación o eliminación del síntoma, pero sí para aminorar o reducir el padecimiento orgánico.

C. Koupernick clasifica las enfermedades psicosomáticas en:

- Modificaciones somáticas debidas a una conducta psicológica, donde se incluye lo relativo a anorexia, obesidad, vómitos.

Respecto a la anorexia, puede observarse como aspecto psicológico o emocional, que prevalece un fuerte temor hacia la manifestación de los impulsos sexuales, por lo cual existe una fuerte represión que se caracteriza y manifiesta a través de evitar sentirse atractiva, por lo cual la niña que la padece asume una conducta infantil, evitando ingerir alimento para mantenerse en una situación poco atractiva hacia el sexo opuesto. Puede ser una respuesta en oposición a la rigidez paterna, regularmente son hijas únicas y mimadas.

Respecto a la obesidad, se observa que el niño que la padece, regularmente presenta conflictos de adaptación y mala adecuación emocional. En el niño obeso es común observar que prevalece una serie de necesidades insatisfechas y reprimidas, por lo cual prevalece una demanda alimenticia creciente y un deseo de satisfacción inmediata, como mecanismo compensatorio. El alimento equivalente del amor, juega un

papel compensatorio y de alivio de las frustraciones, aparentemente sumiso, pero en realidad se convierte en una persona agresiva, que no soporta el rechazo.

Con relación a los vómitos se ha podido observar que a menudo tienen relación con trastornos digestivos o hepáticos, que con frecuencia son debidos a dificultades experimentadas en la vida diaria, respondiendo a una llamada o equivalentes a una protesta. Generalmente van unidos con dificultades o rechazo escolar. Los factores psicológicos asociados corresponden a la ansiedad, referida al trabajo escolar. Entre las características de estos niños se observan sensibilidad, nerviosismo, inhibición, con frecuentes trastornos del sueño, onicofagia y dificultades alimenticias.

- Manifestaciones histéricas.

La histeria está considerada dentro de la patología psicosomática, provocable e influenciada a través de la sugestión, es una respuesta a las necesidades inconscientes, de un deseo, o una angustia reprimida. Puede desaparecer desde el punto de vista sintomático, a través de la persuasión y puede ser modificable por la psicoterapia. La histeria es el lenguaje del inconsciente expresada a través del cuerpo, siendo visible para los demás. Se constituye al igual que el asma, en una llamada sin grito, una demanda sin verbalización. La histeria debe ser comprendida en su contexto, tanto si es manifestada a través de síntomas de conversión o bien a través de una reacción neurótica per se.

- Úlcera péptica.

Aparece ante situaciones vitales producidas entre otras por la actitud de los familiares (crónicas o agudas), inmadurez de los padres, observándose el tipo de madre hiperprotectora o rechazadora, padre alejado o ausente. Los niños ulcerosos se caracterizan por una notable tensión corporal; signos de pasividad y sumisión aparentes, agresividad encubierta, excesiva dependencia de la madre, ambivalencia notable respecto a ella, con incapacidad de expresar abiertamente los aspectos negativos de la ambivalencia, timidez, tendencias al aislamiento y sentimientos de inferioridad. Es

común observar el apareamiento de úlcera péptica producto de las exigencias y presiones externas sobre el niño, principalmente de la escuela, los compañeros y su madre.

- **Trastornos cardiovasculares.**

La taquicardia forma parte de la sintomatología emocional de los niños y algunos reaccionan ante el dolor o el miedo con elevación de la tensión emocional. Es común observar en el niño ataques sincopales en situaciones especiales, durante la fatiga, o en ceremonias en las que debe permanecer inmóvil durante mucho tiempo; especialmente cuando el niño presenta labilidad neurovegetativa, (niños paldos de piel fina que se ruborizan y sudan fácilmente), y que reaccionan fácilmente con náuseas, vértigos o vómitos, producto del modelo aprendido de los padres, ya que en ellos es común que experimenten ansiedad o hipocondriasis, o bien son sugestionables cuando el médico ha llamado la atención sobre una posibilidad de enfermedad cardíaca.

- **Enfermedades dermatológicas.**

Se considera a la piel como fiel reflejo de las influencias psíquicas. Tal afirmación se basa en observaciones a reacciones galvánicas, producto de estímulos emocionales. El eccema se considera como una afección de origen alérgico y no es sorprendente que se encuentren algunos elementos patógenos como los observados en el asma, ya que estas dos afecciones pueden aparecer alternativamente en un mismo niño. Entre las características de personalidad de niños eczematosos puede observarse sensibilidad, ansiedad, agresividad, egocentrismo, e inseguridad. Es común que las madres sean personas ansiosas, sobreprotectoras o rechazadoras. Estos niños presentan un estado de dependencia e inseguridad hacia la madre, y se considera que el factor emocional más importante se constituye en la rabia desorganizada y no reconocida hacia los padres.

En los lactantes que contraen el eccema se observa que las madres tienen una personalidad infantil y manifiestan hacia su hijo hostilidad disfrazada de ansiedad, no les

gusta tocarlos u ocuparse de ellos y les privan de todo contacto cutáneo, por lo que estos niños tienen una predisposición congénita a una respuesta cutánea aumentada.

- Aparato respiratorio.

Las expresiones normales y anormales incluyen el suspiro, la taquipnea (sofocación), la tos, aunque también se pueden incluir en ellas perturbaciones del lenguaje; la palabra como el aliento puede ser "cortada", jadeante, la voz puede ser apagada, vibrante, apasionada, tensa en un grito o en sollozo.

"Los Trastornos Funcionales incluyen la angustia, acompañada de sensación de opresión torácica bien conocida, puesto que sirve de tema fundamental a la sintomatología neurótica, lo que manifiesta la imbricación psicósomática. Más típicas son las toses neuróticas, las disneas asmátiformes, y, en el campo del lenguaje, los trastornos como la tartamudez, las afonías, y ciertas voces bitonales".

El asma, cuando es de larga duración corresponde a lesiones tisulares, inflamatorias, o infecciosas, que se convierten en esclerosantes; está considerada como una enfermedad crónica y ha sido estudiada por equipos de neurólogos y de psicoanalistas (Koursilsky y Gendrot, Wolfrohm y Alby), o por especialistas en psicósomática (O. Loras, 1964). Una parte del problema está relacionada con los problemas de la alergia<sup>4</sup>.

Desde 1941, Alexander y French describieron el retrato psicológico del asmático, que comienza en la infancia, por el miedo a perder el amor materno. El niño queda prendido en el ciclo de accesos de desesperación y de cólera que terminan por constituir una estructura particular de las relaciones entre el niño y su madre. "El asma representa una crisis de llanto inhibida (Alexander, 1951; Ziwier, 1956). La inseguridad profunda del carácter provoca que el asmático se aproxime al neurótico fóbico y llegue a la posición depresiva neurótica<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Hené Ey. TRATADO DE PSIQUIATRÍA, (Barcelona, ediciones Toray Masson S.A. 1975) Págs. 894

<sup>5</sup> IBIDEM, Pág. 14.

F. Alexander, T. M. French y Ben Rappaport, describieron en 1941 los puntos esenciales de la psicodinamia del asma, de los que la separación de la madre sería el principal; estos autores han sido los primeros en hablar del grito reprimido. "Señalan la frecuencia de los trastornos respiratorios del niño futuro asmático; considerando que la pubertad reactivaría este primer esbozo y que el asma estaría en relación directa con la pulsión sexual reprimida. Numerosos autores señalan las constataciones clínicas que caracterizan al asmático: ansiedad, timidez, retenciones pulsionales sexuales y agresivas, emociones bloqueadas, etc. Cierta rigidez de la personalidad hace que él Yo no pueda regresar y que estalle el asma, como síntoma de angustia y al mismo tiempo, como recuperación del amor por la emoción desencadenada. Marty sostiene la teoría de una relación de objeto específica de la alergia. Mitscherlich considera que no existe ninguna explicación suficiente todavía, pues todas las que hay son poco específicas. Hay que admitir, con numerosos autores, una especificidad de la respuesta para conflictos sin duda muy poco específicos (F. Alexander, Storvis, Groen)<sup>6</sup>.

Existen dos grandes corrientes, por una parte la fisiológica y por otro la corticovisceral basada en las investigaciones de la escuela Pavloviana y por otra la patología psicósomática propiamente dicha, que se ha desarrollado bajo el impulso del psicoanálisis.

Con el nombre de patología psicósomática se han descrito una serie de posiciones seguidas por autores americanos, unos se basan en hechos psicofisiológicos (fisiología de las emociones, fenómenos de seres, etc. y valoran las situaciones de la vida misma, constituyendo tensiones que influyen en todo tipo de órganos, los cuales reaccionan de forma característica. Otros dan menos importancia a los acontecimientos externos, y valoran para cada síndrome mórbido un tipo específico de perfil de personalidad (Dumbar) "En el primer caso el efecto es demasiado general para explicar las alteraciones particulares y en el segundo nos encontramos con formulaciones tipológicas nuevas: El individuo entra en un grupo en el cual los autores describen los rasgos dominantes del carácter, pero en el que la enfermedad no se aborda

---

<sup>6</sup> IBIDEM, Pág 38

necesariamente en sus mecanismos ni en su dinámica. Estos dos tipos de enfoque solo tienen en cuenta los hechos tal como se presenta la emoción como tal, separada de su historicidad, o las conductas formadas según características formales y eluden la función de las emociones interiorizadas y de las bases afectivas de la organización de la personalidad<sup>7</sup>. Según F. Alexander, el trastorno psicósomático aparece cuando los efectos o las emociones no pueden expresarse normalmente y cuando la energía que permanece encerrada en el organismo de forma crónica produce una disfunción de los órganos. "Según este autor, a partir de los conflictos infantiles de dependencia o agresividad se tiene un tipo de organización de la personalidad que se expresa a través del sistema simpático o parasimpático, produciendo alteraciones de órganos específicos"<sup>8</sup>.

Desde el punto de vista psicósomático, las enfermedades como el asma, funcionan como mecanismos de defensa que permiten la somatización de un conflicto, el cual se expresa simbólicamente a través del cuerpo. Para que se forme el conflicto se necesita de alguien, o algo que lo estimule y de alguien que lo sufra, quien en el caso del asma es el paciente asmático primordialmente. El conflicto emocional básico es vivido una vez, pero no fue superado, por lo tanto, cuando se presenten situaciones similares se vuelve a activar; a través del mecanismo de regresión, el individuo revive una situación arcaica en su propio desarrollo, que trata de resolver a través de la enfermedad. La angustia, la ansiedad, o temor, los celos, la inseguridad, la ausencia del padre o de la madre, o cualquier dificultad en la familia o escuela, son vividas intensamente por los niños y pueden provocar directamente una crisis de asma o crear las condiciones para que otros factores actúen fácilmente como elementos psicodinámicos que influyen y determinan el problema asmático<sup>9</sup>.

Respecto al problema del asma pueden observarse factores de tipo psicológico y afecciones de tipo orgánico.

Los padres del paciente asmático, a su vez son personas angustiosas, dadas a la

---

<sup>7</sup> Loc. Cit.

<sup>8</sup> Loc. Cit.

<sup>9</sup> Loc. Cit.

negación de la vida, ignoran lo que es disfrutar de ésta, son incapaces de entregarse, constantemente sostienen riñas entre ellos por cosas sin importancia; sus exigencias éticas son muy fuertes y según éstas, orientan la vida de sus hijos, quienes se enteran que pueden ganarse la benevolencia de los padres, sobre todo de mamá cuando cumplen el ideal imaginario: debiendo agradecerlos siempre, siendo un hijo "bueno", pendiente de ellos y atento a satisfacer sus deseos y necesidades (caprichos). "Se considera que existen madres ansiosas, rechazadoras, agresiva, y sobreprotectoras"<sup>10</sup>.

Al respecto J. Blocks y colaboradores describen tres tipos de madres:

- "La madre vulnerable y ansiosa, preocupada por su propia competencia, falta de un sentido firme de identidad, ni cariñosa ni entregada, que además presenta una tendencia proyectiva.
- La madre con un elevado nivel de aspiración desde el punto de vista intelectual, aunque capaz de comprensión, que además presenta rasgos ansiosos.
- La madre segura de sí misma, competente y productiva, autoritaria, que presenta además rasgos de impulsividad y de depresión"<sup>11</sup>.

Desde el punto de vista psicológico, el asma, es una enfermedad que tiene por base la grave disnea funcionalmente condicionada. Su relación con el proceso alérgico no es auténtica, sino más bien es la hipersensibilidad olfatoria del asmático, lo que facilita la fijación por medio de ciertas vivencias psíquicas. La tos tiene carácter expresivo de agresividad, su interpretación psicológica debe basarse en los impulsos de agresividad frustrada, más cuando son personas sensibles e inhibidas en sus manifestaciones agresivas y con tendencia a rechazar a los demás.

Al respecto, el asma puede interpretarse como "*la causa principal de enfermedad*

---

<sup>10</sup> José Antonio de Ajuriaqueza. "MANUAL DE PSIQUIATRÍA INFANTIL". (México, Editorial Toray Masson S.A., 1983) Págs. 733

<sup>11</sup> IBIDEM, Pág. 755

*crónica en la infancia, responsable de una gran pérdida de escolaridad. Se estima que del 5 al 10% de los niños tendrán alguna vez, durante la infancia, signo o síntomas compatibles con asma. Antes de la pubertad, se afectan el doble de chicos que de chicas; posteriormente la incidencia por sexos es igual. Al asma puede conducir a graves trastornos psicosociales en la familia, con el tratamiento adecuado se logra obtener un gran alivio. No existe una definición universalmente aceptada acerca del asma, se la considera una enfermedad pulmonar obstructiva y difusa: 1) con hiperreactividad de las vías aéreas a una gran variedad de estímulos y 2) con un alto grado de reversibilidad del proceso obstructivo, que ocurre espontáneamente o a consecuencia del tratamiento. La hiperreactividad de las vías aéreas no se limita a los asmáticos, está virtualmente presente en todos. La irritabilidad o hiperreactividad se manifiesta como broncoconstricción tras el ejercicio y la exposición natural a olores fuertes o humos irritantes, humo de tabaco, aire frío y tras la exposición intencionada en el laboratorio a inhalaciones de parasimpaticomiméticos, como la metacolina<sup>12</sup>.*

El asma, orgánicamente hablando, "Consiste en una taquipnea con prolongada fase expiratoria, esta última acompañada del característico silbido. La respiración es casi exclusivamente torácica, con tendencia a comprimir el aire hacia arriba, excluyendo a la respiración abdominal, sobre todo en la espiración. El diafragma queda en la respiración, fijado en posición inspiratoria, en vez de elevarse, debido al insuficiente relajamiento del diafragma, así como a la hipertonía de la musculatura respiratoria. La hiperpresión torácica comprobada en los asmáticos, es capaz de comprimir la traquea durante la espiración, en su parte inferior, lo que provoca a un tiempo la espiración sibilante y la dificultad respiratoria. Se sabe desde hace tiempo, que la interpolación de una respiración abdominal o bien, diafragmática, es capaz de cortar en seco un acceso asmático. Tal práctica, se facilita gritando o tocando algún instrumento de viento. El entrenamiento autógeno, viene a relajar la musculatura distendida normalizando el proceso respiratorio.

El asma tiene las siguientes manifestaciones clínicas: El comienzo de un ataque de asma puede ser agudo o insidioso; los episodios agudos están a menudo

---

<sup>12</sup> Loc. Cit.

desencadenados por exposición a irritantes, como aire, frío o vapores nocivos, humo de tabaco y pintura fresca o exposición a alérgenos o productos químicos (aspirina o sulfitos). Cuando la obstrucción se desarrolla rápidamente, se debe probablemente a un espasmo muscular liso de las grandes vías aéreas, los signos y síntomas del asma que pueden estar presentes en distinto grado según la gravedad del ataque son: tos con sonido espástico y que no es productiva al principio del ataque, sibilancias, taquipnea, y disnea, con espiración prolongada y uso de los músculos accesorios de la respiración; cianosis, hiperinsuflación del tórax, taquicardia y pulso paradójico de grado variable. La dificultad respiratoria puede ser tan grave que dificulte la marcha o incluso el habla. El paciente adopta a veces una postura encorvada, sentado en trípode, que le facilite la respiración. El dolor abdominal es frecuente, y probablemente se debe al uso extenuante de la musculatura abdominal y del diafragma durante la espiración. El hígado y el bazo pueden ser palpables por la insuflación pulmonar. Los vómitos no son raros y a veces provocan un alivio temporal de los síntomas. Durante un ataque grave, el esfuerzo respiratorio puede ser tan grande que el niño sude profusamente, también puede aparecer fiebre de bajo grado simplemente por el cansancio respiratorio. Entre los ataques, el niño está a menudo libre de síntomas y no hay signo de enfermedad pulmonar en la exploración. La deformación del tórax indica la obstrucción crónica continua del asma grave<sup>13</sup>

A veces los factores orgánicos son importantes en algunos casos de asma. Las infecciones pulmonares iterativas o crónicas o las reacciones alérgicas pueden hallarse presentes. A menudo padecimientos menos comunes que producen respiración sibilante, son el síndrome carcinoide y una obstrucción (tumor o cuerpo extraño).

En la etiología de trastornos psicofisiológicos o psicosomáticos, se ha observado que la angustia y el miedo, o ambos, o sus derivados en forma de culpa o vergüenza, se despiertan y se mantienen en niveles cuya intensidad rompe las defensas psicológicas habituales. La angustia produce trastornos que se expresan de manera predominantemente fisiológica y no simbólica. "Como el afecto se expresa a través de las vísceras, su sentimiento o parte subjetiva, se reprime y en consecuencia se previene

---

<sup>13</sup> IBIDEM, Pág 529

en gran parte la posibilidad de que se vuelva consciente. Su expresión no está bajo control absoluto de la voluntad ni de la percepción".<sup>14</sup>

Etiológicamente el asma "puede presentar una diversidad de factores de tipo bioquímicos, inmunológicos, infecciosos, endocrinos y psicológicos en diversos grados. Puede aparecer a cualquier edad, alrededor del 80% y 90% de los niños asmáticos sufren sus primeros síntomas antes de los 4-5 años. El curso de la gravedad del proceso es difícil de predecir, la mayoría de los afectados tienen 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, que es incapacitante y que interfiere significativamente con la asistencia escolar, los juegos y la actividad diaria. El pronóstico de los niños asmáticos generalmente es bueno"<sup>15</sup>.

El contenido anterior pone de manifiesto que la presencia de ataques o padecimientos asmáticos, involucra conflictos emocionales subyacentes que no han podido superarse y que aparecen al experimentar situaciones familiares, sociales o escolares conflictivas, ya que no se pone en práctica otro mecanismo adaptativo, mas bien se pone en práctica el mecanismo de conversión y somatización que llega a convertirse en mecanismo defensivo, de tipo neurótico.

De acuerdo a la exposición presentada se observa que dentro de todo padecimiento asmático, el factor psicológico se constituye de suma importancia para la comprensión del mismo. Todas las manifestaciones sintomáticas, son el reflejo de conflictos subyacentes de personalidad, que el paciente asmático no tiene la capacidad de enfrentar adecuadamente, recurriendo a la utilización de defensas conversivas y procesos asmáticos (Angustia básica del asmático), por lo cual es indispensable abordar lo relativo al desarrollo de la personalidad.

#### 1.1.4. PERSONALIDAD:

---

<sup>14</sup> Lawrence Kolb C. "PSIQUIATRÍA CLÍNICA MODERNA". (México, Editorial La Prensa Médica Mexicana S.A. 1977) Pág. 611.

<sup>15</sup> Philip Zimbardo. "PSICOLOGÍA Y VIDA". (México, Editorial de Manual Moderno, 1990) Pág. 528.

De acuerdo al tema de investigación, así como a los objetivos planteados, se consideró imprescindible abordar teóricamente los diferentes estudios que se han realizado con respecto a la personalidad en general y a la personalidad del paciente asmático en particular, por lo que a continuación se dan a conocer diferentes concepciones y definiciones.

El término personalidad se constituye en campo de estudio de la filosofía, la sociología, la biología y la psicología. Se entiende como tal "el conjunto de cualidades psíquicas concientizadas por el sujeto y que lo hacen diferente de los demás; la organización dinámica del individuo, fundamentalmente en sus aspectos intelectuales, afectivos y de conducta, algunos incluyen las particularidades morfológicas y fisiológicas del sujeto"<sup>16</sup>.

La personalidad es en primer lugar, el hombre en concreto, un individuo determinado por condiciones sociales precisas y definidas, que desempeñan un papel determinante para la vida en sociedad. Las propiedades y cualidades de la personalidad son el producto de las relaciones sociales y no una sustancia abstracta. No son producto de relaciones interpersonales, sino de determinadas relaciones antagónicas o no, en el seno mismo de la sociedad.

En el concepto de personalidad, debe incluirse el conjunto de cualidades psicofisiológicas, sociales y somáticas de un individuo concreto, determinadas por cierto nivel de inteligencia, volumen de conocimientos, forma y manera de reaccionar en sentimiento, conducta y vivencias determinadas y específicas de cada sujeto. La personalidad se caracteriza también por una determinada ideología, por concepciones específicas respecto a la naturaleza, convencionalismos morales, sociales y éticos, incluyendo lo referente a la actitud que el individuo tiene sobre sí mismo, la comprensión de su situación en la sociedad, la adecuada valoración de sus posibilidades de desarrollo ulterior.

---

<sup>16</sup> Mariano Díez Benavidez. "PROCESO PSICOSOMÁTICO TERAPEÚTICO" (Barcelona, Editorial Toray Masson S.A. 1986) Pág. 511.

Es necesario interpretar la personalidad como el conjunto de características más perdurables en el individuo, que le dan la condición de ser y que lo diferencian de los demás, que se han incorporado producto de un proceso de socialización, en el que las instituciones: familia, escuela, grupo social, y comunidad, se han encargado de establecer pautas de socialización que constituyen y modelan la conducta.

Respecto a la personalidad asmática, ésta ha sido descrita como "preoral o respiratoria, la fijación de la madre antecede todas las relaciones del niño, siendo vital y de naturaleza inmediata que la separación breve, o amenaza de separación permanente, es tomada como si fuese potencialmente fatal.

Al estudiar las características de personalidad del niño asmático, se encuentra un elevado grado de sensibilidad en las relaciones humanas, disminución de la reactividad, inhibición intelectual y trastornos importantes en la relación objetal, con debilidad de los mecanismos de defensa; ansiedad, dependencia, dinamismo y agresividad; son previsoros y no arriesgan nada, prevalece en ellos la tendencia a sentirse ofendidos y agredidos, son bondadosos y cordiales; sus sentimientos agresivos cuando afloran, a lo sumo se exteriorizan en forma sarcástica. Detrás de su aparente modestia, se oculta una arrogante exigencia. No son capaces de entregarse, ni confían en lo sentimental, por lo cual su vida se orienta racionalmente. Son desconfiados de todas las circunstancias por lo que se protegen con ayuda del intelecto. Son incapaces de vivir despreocupadamente. Su autoestimación es mínima, son frecuentes los sentimientos de culpa.

Como parte del origen del asma, se encuentra una prolongada historia cargada de regaños, gritos, castigos o sobreprotección: mimos, tolerancia excesiva, satisfacción a caprichos, etc. El asmático es incapaz de perdonar su propia culpa, de soportar las consecuencias y justificarse ante el mundo. Su grave estado de enfermo lo vive a modo de castigo por transgresión<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> IBIDEM, Pág. 693

Con relación a la personalidad de los padres se observa un tipo de madre que rechaza al niño y un padre generalmente dominado por su mujer, aceptando las actitudes que le impone o bien inmaduro, que tiene una actitud hiperprotectora hacia su hijo. Se considera que existen madres ansiosas, rechazadoras, agresiva, y sobreprotectoras<sup>18</sup>.

Existe una excesiva dependencia respecto a la madre, que provoca conflicto cuando los impulsos coercitivos sexuales o agresivos amenazan dicha relación. El impulso exagerado hacia la dependencia surge de la relación del niño con la madre que lo rechaza o cuando los padres exigen prematuramente al niño que asuma su independencia y lo fuerzan así a adoptar una fachada pseudo independiente. Se ha llegado a pensar que el ataque representa en forma simbólica, una protesta contra la separación de la madre y al mismo tiempo el deseo de restablecer esta relación por medio del llanto, por lo tanto se considera que equivale a un llanto reprimido.

Algunos autores han señalado la relación entre el ataque asmático y el desencadenamiento de conflictos reprimidos conectados con los olores corporales, en especial los que provienen de secreciones y excreciones, que por lo mismo probablemente estén conectados con la educación de los primeros años de la niñez, en relación directa con la limpieza, la suciedad y la sexualidad.

Se ha observado con respecto al problema del individuo que padece asma, que existe una relación directa entre el individuo y la especificidad orgánica. El individuo en situación de conflicto puede tener un punto débil, constitucional o adquirido y el conflicto psíquico aprovecha esta facilitación para somatizarse. Existe una correspondencia directa entre determinados órganos, para cierto tipo de conflictos; cada órgano puede somatizarse de distinto modo. Los caminos recorridos desde el conflicto al síntoma, es necesario desentrañarlos en cada caso individual. El conflicto desencadenante puede

---

<sup>18</sup> José Antonio de Ajuriaqueza. "MANUAL DE PSIQUIATRÍA INFANTIL". (México, Editorial Toray Masson S.A., 1983). Pág. 733

serlo no por su propia potencia, sino porque tiene un carácter evocador de otro muy remoto, ocurrido en la infancia, pero que ha dejado huella en la personalidad y es a este conflicto original desconocido, al que el organismo responde.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales DSM-III (1987), La Asociación Psiquiátrica del Niño reconoce que de cada cien, el 80% presenta ansiedad y la experiencia indica que casi todas las conductas problemáticas incluyendo la mentira, la agresión o el robo, son respuestas a las conductas manifestadas por los adultos,

El estudio de las situaciones patógenas ha llevado a Halliday, a realizar una descripción de factores sociales, considerada como sociogénesis de algunas enfermedades; "en donde la sociedad entera estaría en este sentido enferma o predispuesta a enfermarse, por la difusión en una determinada colectividad de formas de vida patógenas (la vida moderna, con su prisa patológica, por ejemplo), o por factores socioculturales que engendran estímulos nocivos para el desarrollo de la personalidad en los primeros meses de la vida (conceptos equivocados de cómo se deben atender las necesidades afectivas de los niños, etc.)" <sup>19</sup>

El contenido anterior adquiere importancia para este estudio, ya que al tomar en consideración un padecimiento psicosomático, en el que el individuo está constituido por una serie de elementos de orden biológico, psíquico, sociocultural, político, educativo, etc., y que no es un ente aislado, sino que en él intervienen las interrelaciones sociales que realiza con su entorno, es claro que hay que tener una mejor comprensión de todas las variables que afectan al individuo, para buscar un tratamiento efectivo a sus necesidades, que incluya cada uno de los elementos o factores antes descritos.

El estudio sobre las características propias de los sujetos asmáticos, permiten la comprensión simbólica de los síntomas y signos manifestados por el paciente, lo cual determina la necesidad de concientizar y orientar a padres de familia en torno al padecimiento de sus hijos, esperando que dichos padres pongan en práctica un cambio

---

<sup>19</sup> IDEM, Pág. 166.

de actitud, principalmente en correspondencia directa a las relaciones interfamiliares que conllevan, y a los roles desempeñados como padre y madre de una manera adecuada, así como la necesidad de resolver sus conflictos derivados de su relación en pareja; evitando situaciones hostiles, de desprecio o rechazo hacia su hijo, lo cual tendrá un efecto beneficioso para el niño con padecimientos de este tipo.

Posteriormente al conocimiento de la personalidad del paciente con padecimientos asmáticos, se considero necesario abordar lo relativo al desarrollo de la personalidad, por lo que a continuación se describen los aportes dados por las escuelas psicodinamicamente orientadas.

#### 1.1.5. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD:

Del parto a los seis meses se ha observado que prevalece un profundo aislamiento de los estímulos externos (noche, día, etc.) excepto el seno materno (o su sustituto artificial) y el calor y las impresiones táctiles derivadas de ser sostenido por un ser humano. Es la fase del narcisismo primario y del autoerotismo. En su segunda parte comienzan las percepciones visuales diferenciadas, y la exploración del propio cuerpo y del mundo circundante, pero toda la escala de valores se centra sobre la obtención de placer oral, por lo que las frustraciones y el displacer se manifiestan en su ausencia<sup>20</sup>.

El desarrollo positivo de esta fase del desarrollo es fundamental para la evolución positiva del niño, ya que cualquier anomalía o disfunción en esta etapa, dejara huella en el desarrollo ulterior del niño, pues se constituye en la base del mismo.

Desde que el niño nace hasta los 6 meses de edad, se considera como la fase primaria del desarrollo, donde el niño responde a una serie de estímulos que pueden ser gratificantes o no y que producto de estas circunstancias podrá sentirse satisfecho o frustrado, de lo cual dependerán una serie de manifestaciones conductuales que se

<sup>20</sup> J. A. Vallejo Nájera. "INTRODUCCION A LA PSIQUIATRIA". (Barcelona, Editorial Científica Médica, 1991) Pág. 366

llevarán a la práctica en el desarrollo subsiguiente a la edad infantil.

En este estudio adquiere importancia el conocimiento de los aspectos anteriormente descritos, para tener una mejor comprensión de todos los factores que inciden en la aparición del ataque asmático, con el fin de orientar en mejor forma la comprensión del fenómeno objeto de estudio.

Sobre la primera relación objetal (el seno materno), se establecen los esquemas primarios de gratificación y frustración y las bases biológicas de relación con el mundo. Hacia los seis meses aparecen los primeros esquemas intencionados no automáticos, el dolor y la angustia pueden ya fijar modos anómalos de respuesta. Dependiendo de las sensaciones y experiencias negativas o positivas que el niño experimente, ya sea a través del dolor o la angustia, se pueden desprender cierto tipo de comportamientos que se manifestarán posteriormente a la etapa infantil y que se constituirán en base del desarrollo de características de personalidad<sup>21</sup>.

De los seis a los diez meses se sitúa el estadio de la "relación emocional con el objeto desplazado de sí. Los fenómenos de la defecación (expulsión y separación del objeto) adquieren importancia primordial a través de las reacciones placenteras o dolorosas de la retención o expulsión de heces. Intensas reacciones afectivas, de apego o agresividad se establecen con las personas, que le imponen las normas de limpieza, sancionándole la emisión de orina y de heces fuera de ciertos momentos y situaciones. El interés del niño se va vertiendo de sí mismo hacia el mundo, intentando diferenciar los objetos (las personas son vistas como objetos) de los que pueden provenir las gratificaciones o las frustraciones. Se establecen las primeras sintonizaciones afectivas (sonrisa como respuesta a una sonrisa, seriedad como reacción a un estímulo hostil).

De los diez a los veinte meses, se establece el desarrollo del sistema sensorio-motor. Se dan los primeros pasos en la formación del yo y de la subjetividad, identificación de sí mismo como distinto y a la vez similar a los demás, interés creciente por los objetos y la conducta de los otros, balbuceos infantiles. En su segunda mitad,

---

<sup>21</sup> Loc. Cit.

iniciación del lenguaje de frases<sup>22</sup>.

De los veinte a los treinta meses, desarrollo progresivo del lenguaje, combinación de frases, iniciación de la sintaxis. Sobre esta etapa verbal, nuevos métodos de relación interpersonal y de acción y representación. Los juegos y sumisiones a las crecientes imposiciones disciplinarias del medio (premios y castigos) centran la actividad diurna del niño. Se completa el esquema corporal<sup>23</sup>.

De los treinta meses a los cuatro años, es la fase del complejo de Edipo, en la que se completa la formación del yo, como persona sexual. La libido, antes en sus fases oral y sadicoanal, pasa por su período genital, el descubrimiento del propio sexo, y el de los padres, produce una orientación de la libido hacia el del sexo opuesto e identificación con el del mismo sexo. A las imágenes de los padres se suman las fantasías sexuales de esta edad, cargadas de angustia. El deseo libidinoso del progenitor del sexo opuesto -complejo de Edipo o de Electra-, se emparejará por el temor a la venganza del otro (que los varones imaginan como una amputación del pene como castigo, complejo de castración), aparecen los celos y las fijaciones incestuosas<sup>24</sup> cargadas de sentimiento de culpa. En las niñas, la carencia de pene es origen de interpretaciones frustrantes -complejo de envidia del pene-. Es una etapa tempestuosa, extremadamente conflictiva, en la que las fantasías se mezclan con la realidad en la mente infantil y de la que pueden surgir fijaciones sumamente patógenas<sup>24</sup>.

De los cuatro a los siete años, los fuertes impulsos instintivos de la fase edípica se adormecen, el niño tiene una amnesia de las vivencias sexuales de este período y entra en unos años de latencia sexual. Coincide esta etapa, en nuestra cultura, con la iniciación de la escolaridad y las primeras experiencias competitivas fuera del ambiente familiar. De todos modos, el mundo social del niño es muy restringido, limitándose a su familia, amigos y escuela. El aprendizaje escolar y los juegos colectivos son la actividad preferente de este período<sup>25</sup>.

---

<sup>22</sup> Loc. Cit.

<sup>23</sup> Loc. Cit.

<sup>24</sup> Loc. Cit.

<sup>25</sup> Loc. Cit.

### 1.1.6. MODELOS DE TRATAMIENTO:

A nivel de medicina orgánica, los principios que se aconsejan en el tratamiento de la rinitis alérgica, destinados a su evitación son alérgenos, válidos también para los niños con asma. La hiperactividad bronquial es un factor adicional. Se maneja minimizando la exposición a irritantes inespecíficos como el humo del tabaco y los olores fuertes, como el de la pintura fresca o desinfectantes, el polvo, bebidas frías y los cambios bruscos de temperatura y humedad. Es necesario mantener la humidificación correcta del aire, en los climas fríos y secos y durante el invierno.

A nivel farmacológico en la mayoría de los niños, durante el ataque agudo está indicado la administración de oxígeno por medio de mascarillas o pinzas nasales, se indica además, isopropenol o aminofilina. La inyección de adrenalina ha sido durante muchos años, el tratamiento de elección, utilizándose en la actualidad los broncodilatadores aerosoles.

En cuanto a los modelos de tratamiento, se considera necesaria la evaluación psicológica, que deberá incluir la formulación de un diagnóstico, la identificación de conflictos subyacentes actuales y un cálculo de la madurez y fuerzas emocionales: Cambios intrapsíquicos o ambientales que pudiesen explicar la enfermedad clínica y relaciones patógenas dentro del medio familiar; La pérdida real o imaginaria de personas significativas; la pérdida intensa de la autoestima producto de la pérdida de la salud, o situaciones desadaptativas en el medio en que se desenvuelve el niño. Se ha encontrado que los niños con asma muchas veces mejoran rápidamente cuando se les separa de los padres.

La psicoterapia racional y emotiva es recomendable en el tratamiento de la madre como principal generadora de conflictos en el niño, orientando el tratamiento hacia el desarrollo de la independencia entre ambos (madre e hijo). El éxito de la terapia dependerá principalmente de la disposición de la madre del paciente, del involucramiento del padre y de la capacidad que posean para reconocer su situación y

de su voluntad y motivación para el cambio de actitud. Ningún tratamiento debe prescindir de los ejercicios respiratorios y reeducativos al enfermo, de manera que practique la respiración diafragmática, la cual debe combinarse con ejercicios de relajamiento, gimnasia y natación.

Durante los últimos años, se han introducido nuevos tipos de tratamiento para los trastornos psicofisiológicos, algunos de los cuales se describen a continuación:

**PSICOTERAPIAS BASADAS EN EL INSIGHT PSICOLÓGICO Y EL CAMBIO DE ACTITUD (PSICOTERAPIA GRUPAL Y FAMILIAR);** el enfoque de grupo ofrece mayor contacto interpersonal, proporcionando mayor apoyo del yo débil del paciente que teme la amenaza del aislamiento y separación de los padres. La terapia familiar ofrece la esperanza de cambios en la relación madre e hijo; consiste en la aplicación que hace el terapeuta del proceso de mediación para disminuir y reemplazar la relación patógena. El proceso de mediación supone que el conflicto es una fase característica e inevitable de la vida del grupo, y que a todos debe interesar, para controlar la magnitud del problema. La terapia familiar tiene características especiales puesto que el conflicto no surge entre extraños, sino entre individuos que han tenido una larga historia de relaciones mutuas y que ya han creado un complejo proceso de mediación o de pseudomediación en los conflictos.

El terapeuta se ve introducido en esta situación y aporta su experiencia. La finalidad de las dinámicas terapéuticas es de proveer una atmósfera de comprensión y alivio a padres e hijos. El proceso de mediación incluye la fase de desarrollo del conflicto y una fase subsiguiente en la que se intenta contrarrestar la magnitud del mismo y la última incluye la mediación y la selección de un mediador, el papel del mediador, sencillamente, es un paso del proceso de mediación, y no es sinónimo de éste, el papel del mediador es crítico, porque la persona que lo desempeña está facultada por los directores para obtener cambios de sus posiciones mutuas. El terapeuta suele ser percibido por la familia como un posible mediador para resolver los conflictos, ya que él emplea recursos terapéuticos, como la confrontación, la reflexión, el consejo, la negación, la evasión etc., a fin de mantener y aumentar su influencia

terapéutica como mediador, o bien para obstruir los esfuerzos por minar su papel. Es importante su capacidad de introducir iniciativas o alternativas que no presenten los directores, y que pueden ir aún en contra de sus intereses aparentes.

La familia intentará limitar la capacidad del terapeuta de actuar como mediador, ya sea haciéndolo caer en una trampa para que desempeñe un papel demasiado rígido, como el de "juez familiar", o para que desempeñe el papel de codirector o director opositor. Las familias intentarán controlar el proceso de mediación para su beneficio, ésto es, un medio usual para resistirse a los intentos del terapeuta de cambiarlos.

Al establecer las condiciones que estimulan el cambio en las familias, el terapeuta debe tener cuidado en su trabajo, con las paradojas parciales que parecen verdaderas. El terapeuta debe encontrar medios para contrarrestar esta situación, empleando directa o indirectamente algunos medios como los que se describen aquí para influir en las familias, con objeto de que acepten esta afirmación.

La evaluación a largo plazo de los resultados de diversas psicoterapias individuales y de grupo, es todavía una tarea pendiente. Algunos pacientes con trastornos médicos pueden responder positivamente al tratamiento psicológico, bien de forma física o bien de forma psicológica<sup>26</sup> y a TERAPIAS CONDUCTISTAS, basadas en principios Pavlovianos y en el aprendizaje de nuevas conductas, incluyendo la familia (la que involucra el establecimiento de relaciones entre padres e hijos, y convivencia fraternal), el grupo social (establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias, introyección de reglas, normas, valores, prohibiciones, etc., capacidad para interrelacionar en forma positiva; dar y recibir afecto, y el desarrollo o establecimiento de adecuados canales de comunicación); Por último en relación al área académica (que implica adaptación y rendimiento escolar acorde a su nivel), uso del tiempo libre (disfrutar y compartir con los demás) y el desarrollo de su creatividad (en beneficio

<sup>26</sup> Harold Kaplan y Benjamin Sadock. "COMPENDIO DE PSIQUIATRÍA". (España, editorial Salvat. 1991) Pág. 539.

personal y colectivo).

#### 1.1.7. REVISIÓN DE ANTECEDENTES.

Al revisar estudios similares o que guardan relación con el objeto de estudio, se encontraron los siguientes:

**ASMA Y SOBREPOTECCIÓN** (Estudio comparativo y descriptivo de las actitudes maternas en un grupo de 41 madres de niños asmáticos y 30 madres de un grupo control, realizado por las Licdas. Alba Lucrecia Cáceres Aragón y María Olga Martínez, en el año 1985. Las autoras orientaron el desarrollo de su investigación al conocimiento psicósomático del asma y al Análisis de las actitudes de la madre relacionadas con la condición asmática de sus hijos, teniendo como hipótesis central LA FACTIBILIDAD DE SUPONER QUE LA ACTITUD MATERNA TIENDA A SER SOBREPOTECTORA EN EL NIÑO Y QUE A SU VEZ LA NATURALEZA MISMA DE LA ENFERMEDAD INFLUYA EN LA ACTITUD DE LA MADRE.

Concluyendo que las madres de niños asmáticos son más sobrepotectoras<sup>2</sup> y muestran una actitud dominante y de rechazo hacia su hijo.

La autora recomienda que la evaluación y el tratamiento del niño asmático debe incluir no solo el aspecto médico, sino también el psicológico y social. Realizar estudios relacionados con el asma, en su aspecto emocional y social, ya que en nuestro medio esta ha sido poco investigado. Hacer estudios con respecto a la familia del niño asmático profundizando en lo que se refiere a la interrelación de todos sus miembros. Intentar llevar a la práctica un programa tendiente a mejorar conductas inapropiadas en madres de niños asmáticos. Se sugiere que en los hospitales públicos exista un servicio de atención y orientación para pacientes asmáticos, como los ya existente en el Hospital Roosevelt y en el Hospital San Juan de Dios, a fin de que el tratamiento integral de esta enfermedad esté al alcance de toda la población.

Este estudio se diferencia del presente trabajo pues el tema central se orienta al estudio de las actitudes asumidas por madres de niños asmáticos y este trabajo hace énfasis en el conocimiento de las características de personalidad sobresalientes en los niños que la padecen. El punto en común, es que en ambas investigaciones se incluyen algunos aspectos psicodinámicos y fuentes generadoras de conflicto.

El estudio sobre "ASPECTOS PSICODINÁMICOS FAMILIARES QUE AFECTAN EL ESTADO PSICOLÓGICO DEL NIÑO CON ASMA BRONQUIAL", realizado por la Licda. Claudia Lucila Romero García en el año de 1992, como tesis de graduación en la Escuela de Ciencias psicológicas de la Universidad de San Carlos, se orientó a la adquisición de conocimientos sobre los principales aspectos psicodinámicos familiares que rodean al niño asmático; obtener información sobre las características de la relación del niño asmático y sus padres, e identificar los factores psicodinámicos familiares que condicionan el apareamiento del asma bronquial en la infancia.

La hipótesis fue comprobada: "Los niños en control en la clínica de neurología de la pediatría del IGSS, 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".

Concluyendo que dentro de los aspectos psicodinámicos familiares, la vinculación simbiótica madre-hijo, y la carencia afectiva padre-hijo, es uno de los componentes emocionales fundamentales del asma bronquial infantil; los problemas de conducta encontrados fueron baja tolerancia a la frustración, irritabilidad, berrinches, agresividad, inestabilidad, negativismo e hiperactividad. Se encontraron problemas secundarios como anorexia infantil, alteraciones del sueño que puede ser producto de los componentes químicos de la Aminofilina; el lugar de nacimiento dentro de los hermanos y la edad cronológica del niño asmático, favorece la sobreprotección de la madre hacia y el fortalecimiento de la vinculación simbiótica. Existen relaciones conflictivas y disfuncionales en el núcleo familiar (Orfandad parcial, divorcio de los padres, madre soltera y hogar con padrastro). El asma se

desencadena o se incrementa como reacción condicionada por conflictos de tipo emocional.

Ante tal problemática la autora considera necesario involucrar a la familia como parte activa del tratamiento. 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. Establecer un tratamiento integral.

La diferencia entre el estudio "ASPECTOS PSICODINÁMICOS FAMILIARES QUE AFECTAN EL ESTADO PSICOLÓGICO DEL NIÑO CON ASMA BRONQUIAL" respecto a esta investigación, es que el primero se orienta al análisis de la psicodinamia y el segundo al conocimiento de rasgos de personalidad sobresalientes.

El punto en común es que ambos estudian aspectos psicodinámicos que se constituyen en fuente de conflicto que facilitan el apareamiento de ataques asmáticos.

Para poder alcanzar los objetivos propuestos en la presente investigación, se diseñó el abordaje de técnicas y métodos que me sirvieron para medir las diferentes características de personalidad del niño asmático, lo cual se expone en el siguiente capítulo.

## CAPITULO II

### 2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La población que asiste a la clínica privada CENTRO DEL ASMA, está conformada por un total de 250 personas entre niños, adolescentes y adultos, desde recién nacidos hasta ancianos. Dicho centro se encuentra ubicado en la 6a. Av. 8-92 zona 9, de la ciudad de Guatemala y se especializa en la atención y tratamiento a pacientes con enfermedades respiratorias y otros trastornos incluidos en la categoría de desórdenes psíquicos que afectan condiciones físicas. Para el presente estudio se seleccionó una muestra que corresponde a veinticinco niños de uno y otro sexo, con las siguientes características:

- Niños y niñas comprendidos entre los 5 y 7 años de edad.
- De nivel socioeconómico medio.
- Con domicilio dentro del perímetro urbano de la ciudad capital de Guatemala.
- Referidos por médicos especialistas de la Clínica Privada CENTRO DEL ASMA.
- Con diagnóstico clínico de padecimiento de asma (Desórdenes psíquicos que afectan condiciones físicas).

El procedimiento utilizado para la selección de la muestra y la recopilación de datos, que permitió la evaluación de objetivos, consistió en la utilización de un muestreo no aleatorio intencional o de juicio, ya que se incluyeron solamente aquellos casos que fueron de conveniencia para el investigador, a través de la lógica, el sentido común y el sano juicio. En este tipo de muestreo el investigador decide según sus objetivos, y los elementos que integran la muestra, considerando aquellas unidades típicas de la población que se desea conocer.

#### 2.1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

El primer paso para el presente estudio, fue la observación de los niños y niñas en la clínica privada CENTRO DEL ASMA, con el objeto de conocer aspectos relevantes

de su conducta, así como de sus padecimientos de asma, a partir del cual fue posible definir el examen mental y recabar información de la historia clínica (ver anexo), con ésta última fue posible establecer registros del desarrollo y evolución del paciente con padecimientos asmáticos, tanto en sus componentes orgánicos, como en los aspectos psicológicos o emocionales, (por considerar que el asma se clasifica dentro de la categoría diagnóstica de desórdenes psíquicos que afectan condiciones físicas), incluyendo aspectos relativos a la estructura y funcionamiento familiar, y diagnóstico clínico de padecimientos asmáticos.

Para la observación sistemática de los aspectos específicamente psicológicos y emocionales, fue necesario utilizar los siguientes instrumentos:

Entrevista psicológica, la cual permitió recopilar información específica del niño y de la dinámica familiar (ver anexo).

Test de la Figura Humana de Karen Machover, permitió evaluar características de personalidad predominantes en el niño asmático. La prueba se orienta a la evaluación de características de personalidad e indicadores de conflicto emocional. Está considerada como una prueba proyectiva de ejecución, ya que para su aplicación solamente se requiere de papel bond tamaño carta, lápiz y borrador. LAS INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS PARA EL NIÑO SON: **DIBUJA UNA PERSONA.**

El contenido simbólico se observa a través de la proyección realizada en el dibujo. Al respecto, Karen Machover indica que la personalidad no se desarrolla en el vacío, sino a través del movimiento, del sentir y del pensar de un cuerpo determinado. La experiencia ha demostrado que una persona al dibujar la figura humana representa de una forma íntima su propia personalidad (Inconscientemente se reproducen las imágenes fijadas en la mente y en el corazón).

El dibujo de una persona, al suponer una imagen natural proyectada, ofrece el camino lógico para plasmar los propios conflictos y necesidades físicas, al enfrentarse con las áreas que representan el lugar o el símbolo de los mencionados problemas. La

figura dibujada simboliza a la persona que se somete a la prueba y el papel corresponde al ambiente en que se desenvuelve.

Esta es una de las técnicas proyectivas más recientes, pero que más se usan para analizar la personalidad, es una prueba que consiste, como ya se dijo en dibujar una persona. Este examen se basa en la suposición de que el cuerpo de la propia figura, por su relación íntima con el individuo sirve como vehículo natural para expresar sus necesidades, intereses y conflictos, cuando se les proyecta dibujar una persona.

Cuando se aplicó la prueba, como se indicó anteriormente, se le pide simplemente que dibuje una persona. Luego se le hicieron algunas preguntas acerca del dibujo, para obtener asociaciones con él.

Así se conoció el concepto que el niño tiene de la imagen corporal. Esta proyección, surge de la experiencia personal y se manifiesta en la atención y en el énfasis sobre determinadas partes del cuerpo o en la dificultad para manejar dichas partes en el dibujo.

Los indicadores específicos que permitieron indicar las características de personalidad son los siguientes:

#### **PLANO GRÁFICO**

Tamaño de la figura

Situación de la figura en el espacio

Dirección de los impulsos conscientes o inconscientes

Fuerza del trazo

Forma del trazo

Continuidad del trazo

Estilo

Identificación con el tema

Señales de movimiento

Simetría de la figura

## **PLANO FORMAL**

Cabeza: poder, fuerza intelectual, control.

Cara y rasgos faciales: Lo social.

Extremidades: Contacto y relación

El vestido: la apariencia.

## **ÍNDICE DE CONFLICTOS:**

Borraduras

Debilitamientos

Sombreados

Retoques de cualquier tipo

Detenciones

Aceleración de la velocidad al dibujar

Omisiones

El Test de la Familia de Louis Corman, que permitió evaluar la proyección gráfica y el contenido simbólico, de las fuerzas dinámicas dentro del núcleo familiar y el grupo social, que inciden en el niño con padecimientos asmáticos. La prueba está considerada como un test proyectivo, que permite el conocimiento de los principales indicadores de conflicto dentro de la dinámica familiar y social, que inciden en el niño asmático, lo cual se manifiesta a través de las proyecciones observadas en el dibujo y la representación gráfica del contenido simbólico, lo que se observa a través del uso del papel, trazo, fuerza impresa al dibujo, colocación de los personajes, orden, tamaño, etc. Para su ejecución solamente se requiere papel, lápiz, borrador y la instrucción **DIBUJA UNA FAMILIA**.

El test de la familia se realiza con un profundo análisis de los distintos niveles de la interpretación: nivel gráfico, nivel de las estructuras formales, nivel del contenido de las distintas modalidades de expresión de los conflictos infantiles: reacciones agresivas y depresivas, rivalidad edípica, mecanismos de defensa.

Como es sabido la primera parte de la vida de un niño es la mas importante y transcurre efectivamente en el seno de la familia, con cuyos miembros realiza sus primeras experiencias de adaptación y con ellos también mantiene algunos conflictos.

Esta prueba nos ayuda a descubrir un conflicto grave entre niño o niña y algún miembro de su familia, se motivará al niño o niña a que revele sus sentimientos mas íntimos y la forma en que el inconsciente, vive sus relaciones con esa persona.

Podemos agregar que el test de dibujo de una familia, es de ejecución e interpretación rápida y solo se requiere una mesa, papel y lápiz. La indicación que le di al niño o niña no es "dibuja tu familia", sino "dibuja una familia, que tu imagines".

Luego de haber realizado la actividad del dibujo, se hizo una breve entrevista en la que se invitó al niño o niña a explicar lo que hizo, a definir a las personas que dibujó, su sexo, su edad, y su relación con ellas.

Al terminar el dibujo se felicitó al niño y niña, por el trabajo realizado. Es importante que nos haya expresado cuales son las preferencias afectivas de unos con otros.

Se formularon 4 preguntas, éstas nos proporcionaron datos muy interesantes  
"cual es el mas bueno de todos, en esta familia",  
"Cual es el menos bueno de todos",  
"Cual es el mas feliz",  
"Cual es el menos feliz",

Ante cada respuesta se preguntó "Por que" y una quinta pregunta fue "Y tu en ésta familia a quien prefieres".

Finalmente, cuando se terminó la prueba se preguntó al niño y niña si estaba contento o contenta con lo que hizo. Es indispensable anotar la composición de una familia real, pues como veremos en las conclusiones la mayor o menor fidelidad con que

reprodujo a la familia, tras el disfraz de una familia inventada tiene una gran importancia y toda omisión, de formación de un personaje es reveladora de un problema.

Los indicadores de conflicto que permitieron la evaluación son los siguientes:

#### **PLANO GRÁFICO:**

Forma del trazo

Tipo de trazo

Tamaño de las figuras

Dirección de los impulsos conscientes-inconscientes

Estilo

Identificación

Omisiones

Las pruebas fueron aplicadas a nivel individual, dejando un intervalo de una semana para la aplicación de cada una. Los procedimientos utilizados fueron los siguientes:

1. Se solicitó autorización al Director de la Clínica Privada Centro del Asma y se le brindó información general sobre la investigación.
2. Se hizo una revisión de expedientes o fichas clínicas, para seleccionar los niños que cumplieran los requisitos previamente establecidos.
3. Se hizo contacto telefónico con los padres de familia de los niños seleccionados y se les invitó a participar en el proceso evaluativo.
4. Al momento que los padres de familia y sus hijos se presentaron a evaluación psicológica, se realizó una entrevista, obteniendo información sobre la dinámica familiar, la cual fue cotejada con los resultados obtenidos en el test de la familia. Asimismo se les brindó información específica sobre los criterios de evaluación.

5. En forma individual, se trabajo con los niños, aplicándoles las pruebas proyectivas, figura humana y test de la familia, dejando un intervalo de una semana entre prueba y prueba.
6. Posteriormente a la aplicación de las pruebas, se realizo una entrevista psicológica con el niño, obteniendo datos sobre identificación con sus padres, y dinámica familiar.

## 2.2. TÉCNICA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Por tratarse de una investigación de tipo exploratorio, el análisis estadístico utilizado corresponde a la aplicación de la técnica de análisis porcentual, tomando como base las principales frecuencias de ocurrencia, observadas a través de los indicadores propuestos, es decir que se uso el nivel nominal de medición.

### PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

#### 3.1. PRESENTACIÓN:

Esta investigación se realizó en la Clínica Privada "CENTRO DEL ASMA", ubicada en la 6a. Av. 8-92 zona 9 de la ciudad de Guatemala, donde se atienden principalmente problemas asmáticos, bronquiales y enfermedades de la piel, a personas de uno y otro sexo, incluyendo niños, adolescentes y adultos. La muestra estuvo conformada por un total de veinticinco niños: con padecimientos asmáticos, 16 del sexo masculino y 9 del sexo femenino.

El propósito fundamental de esta investigación fue evaluar las características de personalidad sobresalientes en los niños con padecimientos asmáticos y los componentes emocionales indicadores de conflictos, a través de la aplicación de pruebas proyectivas: Figura Humana de Karen Machover y Familia de Louis Coman, encontrándose los siguientes resultados:

CUADRO No.1  
 HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS, OBTENIDOS A TRAVÉS  
 DE LA APLICACIÓN DEL TEST DE LA FIGURA HUMANA DE  
 KAREN MACHOVER  
 (GUATEMALA, ENERO - FEBRERO 1995)

INDICADOR	Fe NIÑOS	%	Fe NIÑAS	%	Fe. TOTAL
Mov. espontáneo	11	44	6	24	17
Impulso hacia Medio superior	7	28	0	0	7
- Medio inferior	0	0	4	16	4
- Central	7	28	0	0	7
Presión Firme	14	56	8	32	20
Trazo Recto	10	40	8	32	18
Flora Infantil	7	28	3	12	11
Trazo Áspero	12	48	7	28	19
Falta de simetría	11	44	9	36	20
Cara Esbozada	10	40	8	32	18
Boca Redondeada, oblicua, y receptiva	11	44	7	28	18
Ojos casi sin pupilas	10	40	0	0	10
Cerrados	0	0	5	20	5
Cabellos Muy acortados	18	64	9	36	25
Nariz Muy gruesa	9	36	8	32	14
Gibela Abundante	14	56	7	28	21
Cuello Largo y delgado	8	32	4	16	12
Trazo Sombreado	9	36	0	0	9
Acentuado	0	0	5	20	5

De acuerdo a los datos presentados, los principales hallazgos evidenciaron que la mayoría de la muestra realizaron la prueba con predominio de **figuras muy pequeñas**, lo que refleja de manera simbólica, la presencia de sentimientos de minusvalía o desvalorización. Esto pone de manifiesto la conducta tímida e introvertida, del niño y niña, así como los rasgos de simpleza, y minuciosidad, lo que también puede observarse en la realización de dibujos **casi sin pupilas**, que además refleja características de inmadurez emocional y egocentrismo.

En el ámbito psicológico es común la prevalencia de factores emocionales desencadenantes, que hacen necesario para abordarlos terapéuticamente, conocerlos para determinar las características de la personalidad del paciente asmático; problemas en la dinámica familiar y transformación de las crisis a través de modificar el medio. En el ámbito de conflictos desencadenantes se puede observar la pérdida real de uno de los padres, temor después de una separación, presencia del niño en un conflicto conyugal importante y violento.

Cómo condicionantes psicológicas del niño y la niña con padecimientos asmáticos, se han observado las elevadas exigencias ético morales, la poca comprensión de los demás y de sí mismos, lo que provoca opresión del pecho, con dificultades respiratorias. En algunos casos se observó rechazo por parte de sus madres, quienes no brindan protección, cariño o reconocimiento positivo. El resto de la familia ha expresado una historia cargada de regaños, gritos, castigos o sobreprotección (mimos, tolerancia excesiva, satisfacción a caprichos, etc.).

Cómo también se encontraron buenas relaciones humanas, asimismo ansiedad, dependencia y agresividad; son desconfiados de todas las circunstancias, por lo que se protegen con ayuda del intelecto. Su autoestima es mínima, son frecuentes los sentimientos de culpa.

Prevalece la presencia de figuras dibujadas hacia el plano de la derecha, con impulsos que se dirigen hacia la izquierda o a la inversa, lo cual refleja luchas represivas contra hábitos adquiridos, y el deseo de mejorar. En la entrevista psicológica con los padres, pudo observarse de acuerdo a la información que ellos brindaron, que los niños están siendo educados de manera ambivalente, represiva y/o dominante, vedándoseles la capacidad de ser independientes o manifestar conductas espontáneas y naturales, ante lo cual prevalece una conducta caracterizada por el deseo de complacer a sus padres.

Pudo observarse además que ante el padecimiento de los niños, los padres asumen conductas de sobreprotección por considerar que el niño necesita mayores cuidados y atención.

En los dibujos predominó la presencia del trazo firme, de lo que derivan mezclas de introversión y extroversión, y capacidad de realizar esfuerzos razonados y persistentes. A través de la entrevista psicológica con el niño se constató que individualmente se manifiestan en forma franca y espontánea, pero ante la presencia de los padres asumen conductas introvertidas.

La presencia de dibujos con **predominio de trazo recto**, reflejan características entre las que se incluyen vitalidad, predominio de la razón sobre el sentimiento, claridad de ideas, carácter dominante, y seguridad.

A través del examen mental se evidenció que los niños utilizan sus mecanismos adaptativos de racionalidad e intelectualización.

La presencia de **dibujos infantiles**, indica que el niño proyecta tendencias regresivas, y sentimientos de limitación o minusvalía, debido al bajo concepto que posee de si mismo, posiblemente debido a la influencia que los padres ejercen a través de las normas educativas y patrones de crianza establecidos, ejerciendo normas represivas que inhiben el desarrollo de un yo positivo, generando inseguridad, acompañada de ansiedad y conductas obseso compulsivas que se evidencian a través de dibujos con **tronco sombreado**.

La mayoría de estos niños realizaron dibujos en los que se refleja búsqueda de aprobación, extroversión, facilidad de contacto y relación, predominio de la lógica, dinamismo, actividad, peligro de rutina asociado a sentimientos de inferioridad, y dificultad para la captación intuitiva, lo que pudo observarse a través de un **trazo continuo y fuerte**. Esta interpretación pareciera contradictoria, sin embargo puede interpretarse como sentimientos ambivalentes, debido a las exigencias familiares y ambientales que no permiten aflorar conductas de un yo equilibrado o "sano". El sentimiento de agresividad se hace manifiesto y se proyecta a través de la presencia de figuras con **énfasis en el dibujo de la cara, y cejas muy acentuadas**. La forma

**asimétrica característica en los dibujos realizados**, indica escaso sentido de coordinación, impulsividad y agresividad. Regularmente la conducta agresiva se evidencia de manera encubierta, ya que debido a las presiones ejercidas por los padres de familia a través de las normas educativas en la mayoría de casos no logra expresarse en forma franca y espontánea, lo cual pudo observarse a través de la entrevista psicológica con el niño y con los padres de familia.

En la mayoría de niños prevalecen características de pasividad y dependencia, reflejadas en dibujos con **predominio de boca redonda, cóncava, convexa y receptiva**.

Pudo observarse la presencia de dibujos con nariz muy **marcada o acentuada**, lo que denota la **energía vital** del niño, posiblemente debido a la etapa del desarrollo psicosexual en que se encuentra, y que corresponde a la etapa fálica, de acuerdo a la teoría establecida por Sigmund Freud. Este rasgo también se evidencia a través de la presencia de dibujo con **cabello abundante**, que además involucra alegría y deseo de vivir.

Existe en estos niños el deseo de destacar, sobresalir y deslumbrar, posiblemente en respuesta a las exigencias y sobreprotección que los padres y la familia ejercen sobre el niño, lo que se denota a través del predominio de dibujos con **cuello largo y delgado**. Este último indicador también podría deberse a la necesidad que el niño tiene de complacer a los padres, quienes de acuerdo a la teoría estudiada, se caracterizan por sus "exigencias ético morales".

CUADRO No. 2  
 RESULTADOS SIGNIFICATIVOS DEL TEST DE LA FAMILIA DE LOUIS CORMAN  
 EN NIÑOS CON PADECIMIENTOS ASMATICOS  
 GUATEMALA ENERO-FEBRERO 1996.

INDICADOR	Frecuencia niños	%	Frecuencia niñas	%	Fo. Total
Líneas Amplias	8	32	5	20	13
Trazo fuerte	8	32	4	16	12
Dibujos Muy grandes	16	64	4	16	20
Dibujos con repetición rítmica	16	64	9	36	25
Ubicación en el plano inferior	8	32	5	20	13
Figuras Tipo Sensorial	8	32	4	16	12
Figuras Tipo Racional	8	32	4	16	12
Valoración del personaje principal					
Padre	6	24	3	12	9
Abuela	5	20	3	12	8
Madre	5	20	3	12	8

Los principales hallazgos del cuadro anteriormente presentando, demuestran que en la mayoría de los dibujos realizados a través del test de la familia de Louis Corman, elaborados por niños con padecimientos asmáticos, es común observar la presencia de figuras donde prevalecan trazos con líneas amplias, lo cual refleja gran expansión vitalidad y fácil extroversión de las tendencias instintivas. Existen fuertes presiones, audacia, manifestaciones de agresividad, y liberación de los instintos, lo cual se evidencia en la realización de dibujos con predominio de trazo fuerte. La AMPLITUD DE SU EXPANSIÓN VITAL, entendida como energía vital, y deseo de abarcar el medio, producto de la carencia de afecto en el niño con padecimientos asmáticos, se hace evidente en los dibujos presentados con predominio de figuras muy grandes. La PÉRDIDA DE LA ESPONTANEIDAD, SOMETIMIENTO A LAS REGLAS ESTABLECIDAS, y presencia de CONDUCTAS OBSESIVAS se pone de manifiesto en dibujos con repetición rítmica, por lo que se infiere que estos resultados posiblemente se deban a influencias de relación madre hijo y al vínculo simbiótico que no le permite al niño ser independiente.

La presencia de INSTINTOS DE CONSERVACIÓN DE LA VIDA, o manifestación de sentimientos depresivos en el niño con padecimientos asmáticos, se evidencia en dibujos realizados en el plano inferior. El sentimiento de depresión puede ser una reacción normal ante la pérdida de la salud, sin embargo hay que considerar la duración de sentimientos depresivos, vemos entonces que si prevalecen como rasgos de conducta constante y duradera, ya no puede ser considerado como una reacción normal ante determinada situación.

La VITALIDAD, SENSIBILIDAD AL AMBIENTE, Y AL CALOR DE LOS LAZOS se manifiesta a través de la realización de figuras tipo sensorial. Debido a que el niño se encuentra en una etapa temprana del desarrollo y a la vitalidad que lo caracteriza, es comprensible pensar que a pesar de padecer un trastorno orgánico, sus mecanismos de defensa afloran a través de la sublimación y la compensación, lo cual genera precisamente estos rasgos positivos en todo individuo. Además de la necesidad de establecer vínculos afectivos, necesarios e indispensables para el buen desarrollo y ajuste adaptativo de todo ser humano.

A simple vista parecería incongruente encontrar en niños la presencia de dibujos con predominio de figuras de tipo sensorial y a la vez, dibujos con predominio del tipo RACIONAL, que caracterizan aspectos conductuales de ESPONTANEIDAD INHIBIDA POR CENSURAS; sin embargo esta dicotomía se debe posiblemente a las influencias ejercidas por el núcleo familiar y factores externos dados por las instituciones que se encargan de educar al niño, que muchas veces actúan de manera represiva, inhibiendo la naturalidad del niño y socializando a normas preestablecidas para el grupo social.

Se pudo observar que los niños evaluados principalmente mantienen vínculos de identificación con el padre, la abuela (cuando viven en familias extendidas), o con la figura materna, producto de la calidad de afecto y atención que cada uno de ellos les brindan, lo cual se hizo evidente en la valoración del personaje principal y se comprobó a través de la entrevista psicológica realizada con los padres y en forma directa con el niño.

**CUADRO No.3**  
**COMPARACIÓN DE LOS REFERENTES TEÓRICOS Y LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DEL TEST DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER Y FAMILIA DE LOUIS CORMAN A NIÑOS CON PADECIMIENTOS ASMÁTICOS.**

REFERENTE TEÓRICO	HALLAZGOS
Angustia	Sentimientos de minusvalía.
Dependencia	Devalorización.
Irritabilidad	Timidez (inhibición, introversión, sencillez, reserva, tacañería, minuciosidad y detallismo).
Inseguridad	Luchas repressivas (contra hábitos adquiridos, deseo de mejorar la personalidad).
Sumisión	Autocontrol, reflexión, predominio de la razón sobre el sentimiento, frialdad, pasividad, y excesiva prudencia.
Dependencia materna	Mezclas de introversión y extroversión.
Temor a la separación	Fuerza, vitalidad.
Agresividad	Claridad de ideas, carácter dominante, autoritario, impositivo.
Sensibilidad.	Tendencia regresiva, sentimientos de limitación.
Inhibidos en sus manifestaciones agresivas y con tendencia a rechazar a los demás.	Pasividad y dependencia.
Son precavidos y no arriesgan nada.	Inmadurez emocional.
Prevalce la tendencia a sentirse ofendidos, y agraviados.	Impulsividad y agresividad.
Detrás de su aparente modestia, se oculta una arrogante exigencia.	Luchas por compensar su Inmadurez
Su vida se orienta racionalmente.	Necesidad de contacto social.
Son bondadosos y cordiales.	Deseos de sobresalir y deslumbrar.
	Inseguridad, ansiedad, y conductas obsesivo compulsivas.

De acuerdo a los datos presentados y descritos con anterioridad, se procedió a establecer una relación directa entre los hallazgos obtenidos en las pruebas aplicadas y los resultados de la historia clínica, observándose lo siguiente:

INDICADOR	Fo. OBSERVADA	%
Casados	25	100
Relaciones conyugales conflictivas	22	88
Actitud exigente hacia el esposo	21	84
Existe una adecuada comunicación con el esposo	3	12
Relación equitativa	2	8
Conocimiento de la enfermedad de su hijo(a)	23	92
Conducta sobreprotectora	21	84
Conducta de no aceptación (considerando que el niño trata de manipular a través de su enfermedad)	4	16

Los datos anteriormente descritos dan a conocer que los niños evaluados que presentan padecimientos asmáticos, provienen de un hogar integrado socialmente hablando, ya que no hace falta ningún miembro en la familia y los padres se encuentran casados, sin embargo se observa la prevalencia de una estructura familiar disfuncional, caracterizada por relaciones conflictivas que se manifiestan a través de dificultades de relación en pareja, ya que la madre adopta una actitud exigente hacia el esposo en el

mayor número de casos analizados y solamente un segmento de la población poco significativo, consideran tener una adecuada comunicación; y relaciones satisfactorias basadas en roles equitativos dentro de la vida matrimonial y del hogar.

Respecto al padecimiento asmático de sus hijos, en la mayoría de casos los padres consideran tener un conocimiento amplio de la enfermedad, sin embargo las relaciones conyugales no mejoran, por lo cual se mantienen en un círculo vicioso, que en lugar de contribuir en beneficio del niño asmático, solamente viene a exacerbar el cuadro, ya que se pudo observar de acuerdo a la historia clínica de los niños y las entrevistas con los padres, que los momentos de mayor crisis se establecen cuando existen conflictos o enojos entre los padres, ante lo cual el niño asume conductas de ansiedad y tristeza, proliferando los ataques de tos, acompañados de sibilancias y jadeos. Asimismo, también influyen los cambios de clima, que coinciden con los meses en que finaliza o empieza el ciclo escolar. En mínima parte se encontró que los padres consideran que el niño utiliza su enfermedad con el fin de manipularlos o chantajearlos, de manera que los padres cedían ante los deseos del niño.

Los hallazgos de esta investigación, coinciden con aspectos psicodinámicos presentados a través de los referentes teóricos descritos en el marco teórico. Para cumplir con lo establecido en los objetivos se realizó un plan terapéutico con el que esperamos aportar elementos que ayudarán al niño, la niña, la familia y el terapeuta a enfrentar de manera eficaz los síntomas asmáticos.

## **PLAN TERAPEUTICO**

Considerando que los padecimientos psicofisiológicos son de orden multifactorial, en primer lugar será necesario establecer un tratamiento holístico del niño, incluyendo lo relativo a aspectos de tipo orgánico, psicoafectivo, y social, pues el niño se ve afectado a nivel físico, presentando conflictos emocionales y afectivos en sus relaciones familiares, y por último debido a sentimientos depresivos y de baja autoestima, incurre en situaciones negativas dentro del ambiente escolar.

El tratamiento psicológico deberá estar orientado en primer lugar, a partir de la terapia de apoyo, ya que se hace necesario e indispensable que el niño ventile sus sentimientos negativos hacia si mismo, hacia la familia y hacia el medio social, por lo que el terapeuta deberá encaminar sus esfuerzos a disminuir la ansiedad del niño y permitirle que libere su angustia y restablezca el equilibrio. El terapeuta deberá provocar en el niño un clima cálido que le permita la adquisición de un adecuado estado de ánimo.

Seguidamente, el terapeuta deberá informar a los padres de familia del padecimiento de su hijo, concientizándolos de la necesidad de que ellos participen y se sometan a un proceso reeducativo, asumiendo una actitud positiva. El terapeuta deberá desvanecer sentimientos de culpa o vergüenza en los padres de familia.

Deberá informar de la necesidad de que ellos se incorporen a un proceso de terapia en pareja, para mejorar su sistema de comunicación, asumir el adecuado rol dentro de la estructura y dinámica familiar y resolver las dificultades y conflictos propios de su relación conyugal.

La terapia de cambio en la estructura familiar, ofrece a los padres la posibilidad de analizar y reflexionar sobre el rol que deben jugar en familia, y como pareja, para el adecuado desarrollo de los hijos, conscientes de que los conflictos del niño surgen dentro de la dinámica familiar y son reforzados por los miembros de la familia, pero que

la misma familia contribuye a eliminar conductas enfermizas o negativas.

El niño que en el futuro desarrollará una personalidad asmática, proviene de un hogar donde los padres le han brindado pocos recursos agradables en su desarrollo, exponiéndolo a temperamentos violentos, insultos, diversas brutalidades y a escenas sexuales que muchas veces ocurren entre los padres. Todo esto provoca resentimiento en el niño, lo que se vuelve profundo y fijo en su vida, y que mas adelante se mostrará bajo signos de desadaptación emocional y rasgos nocivos de la personalidad.

**PLAN TERAPÉUTICO ORIENTADO AL TRATAMIENTO DE  
NIÑOS CON PROBLEMAS PSICOFISIOLÓGICOS (ASMA)  
Y REEDUCACIÓN DE PADRES**

**INFORMACIÓN GENERAL RESPECTO AL PLAN TERAPEUTICO:**

Producto de los hallazgos obtenidos a través del proceso de investigación, este plan se constituye en una alternativa terapéutica para orientar la conducta de padres de familia en beneficio de niños con problemas psicofisiológicos, ya que juegan un papel determinante en el apareamiento de crisis asmáticas, producto de la dinámica familiar y la relación de pareja que regularmente establecen, la cual se caracteriza por relaciones conflictivas, que encierran la patología propia de cada individuo.

El plan está conformado por dos componentes:

- El primero se refiere a un ciclo de conferencias, para lo cual será necesario invitar como expositores a profesionales de las áreas de medicina, y psicología.
- El segundo componente se orienta a la formación de grupos de apoyo. En este último caso se recomienda establecer contacto con estudiantes de E.P.S. de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, o practicantes del último año de la carrera de Licenciatura en Psicología de Universidades Privadas, para que ellos sean los encargados directos de la puesta en marcha, siendo requisito indispensable el entrenamiento psicoterapéutico, a fin de brindar un servicio de calidad, acorde a las necesidades de la población infantil con padecimientos asmáticos.

En cuanto a temporalización se considera que los ejecutores tienen la libertad de realizarlo en el momento que ellos lo consideren pertinente y cuenten con todos los recursos necesarios para su realización. Se sugiere que el ciclo de conferencias se realice preferentemente los días sábados, durante cuatro horas, teniendo un espacio de receso, con el fin de que los participantes socialicen y establezcan mejores relaciones interpersonales.

En relación al componente de formación de grupos de ayuda, se sugiere que las actividades se realicen una vez por semana, en sesiones de una hora y durante el término mínimo de seis meses.

## 1. CICLO DE CONFERENCIAS.

### 1.1. OBJETIVO:

Concientizar a padres de familia sobre trastornos psicofisiológicos (asma) en el niño.

### CONTENIDOS A DESARROLLAR:

#### A) ASMA (explicación del término)

Componentes involucrados: Físicos, químicos, ambientales, y psicológicos.

Medidas preventivas para evitar el apareamiento de ataques asmáticos:

No exposición del niño a alérgenos.

Evitar contacto con humo de tabaco, polvo, olores fuertes (solventes e inhalantes).

Evitar bebidas frías.

Humidificación del aire en climas fríos y secos durante el invierno.

Evitar cambios bruscos de temperatura y humedad.

#### B) REEDUCACIÓN DEL NIÑO ASMÁTICO:

Práctica de ejercicios de relajamiento.

Respiración diafragmática.

Gimnasia.

Natación.

**ACTIVIDADES SUGERIDAS:**

- A) Charlas de orientación, sobre trastornos psicofisiológicos.
- B) Información a padres de familia, sobre el tratamiento integral de sus hijos (seminario-taller), para llevar a la práctica los ejercicios físicos de respiración, relajamiento, y gimnasia.

**TÉCNICA METODOLÓGICA:**

Charla ilustrada haciendo uso de material visual: Carteles, rotafolios, slides.  
Seminario-taller.

**RECURSOS NECESARIOS:**

Salón de conferencias.  
Conferencistas invitados que expongan sobre el tema.  
Pizarra, marcadores, borrador.  
Slides, Rotafolios, carteles.

**EVALUACION:**

Teórico-práctica.

**1.2 OBJETIVO:**

Informar a padres de familia, sobre factores emocionales involucrados en el apareamiento de ataques asmáticos.

**CONTENIDOS:**

Personalidad y características predominantes en el niño asmático:  
Dependencia, inseguridad, angustia, baja autoestima minusvalía, depresión asociada a sentimientos de pérdida reales o imaginarios y/o pérdida de la salud, irritabilidad, temores, ansiedad, agresividad, carencia afectiva.

**ACTIVIDADES:**

Charla informativa.

**TÉCNICA METODOLÓGICA:**

Charla ilustrada haciendo uso de material visual: Carteles, rotafolios, slides.

**RECURSOS NECESARIOS:**

Salón de conferencias.

Conferencistas invitados que expongan sobre el tema.

Pizarra, marcadores, borrador.

Slides, Rotafolios, carteles.

**EVALUACION:**

Teórica, a través de un cuestionario estructurado con preguntas específicas de los contenidos presentados.

**1.3 OBJETIVO:**

Informar a padres de familia sobre la dinámica familiar y su relación con el niño asmático.

**CONTENIDOS:**

Dinámica familiar y su relación con el surgimiento de ataques asmáticos.

Patrones educativos utilizados por padres de familia del niño asmático.

Conductas que contribuyen o fomentan el apareamiento de ataques asmáticos: sobreprotección, indiferencia, rechazo manifiesto, riñas conyugales, conductas neuróticas de los padres.

**ACTIVIDAD:**

Charla informativa.

**TÉCNICA METODOLÓGICA:**

Charla ilustrada haciendo uso de material visual: Carteles, rotafolios, slides.

**RECURSOS NECESARIOS:**

Salón de conferencias.

Conferencistas invitados que expongan sobre el tema.

Pizarra, marcadores, borrador.

Slides, Rotafolios, carteles.

**EVALUACION:**

Teórica, a través de un cuestionario estructurado con preguntas específicas de los contenidos presentados.

**2. TERAPIA DE GRUPOS DE APOYO:****OBJETIVOS:**

- Reforzar los conocimientos teóricos impartidos a través del ciclo de conferencias dirigidos a padres de familia.
- Inducir al insight psicológico de padres de familia.
- Provocar cambio de conducta y cambio de actitud de padres de familia, en beneficio de sus hijos con manifestaciones asmáticas.

**CONTENIDOS SUGERIDOS:**

Como enfrentan los padres la enfermedad o padecimiento asmático de su hijo:

- Actitudes mas frecuentes con respecto a la educación del niño.
- Como afecta e influye la enfermedad del niño, en la vida familiar.
- Como influye y/o afecta el padecimiento del niño en la relación de pareja.

**ACTIVIDADES:**

Convocatoria a padres de familia para participar en terapia de grupo.

Establecimiento del grupo.

Establecimiento de normas dentro del grupo.

Establecimiento de objetivos específicos en beneficio del niño asmático.

#### **TÉCNICA TERAPEUTICA:**

Orientación Racional y Emotiva.

Confrontación.

Mediación.

Reflexión.

Consejo.

#### **RECURSOS NECESARIOS:**

Salón para realizar la terapia.

Establecimiento de un contrato psicológico con los padres de familia.

Que los padres de familia demuestren una actitud positiva hacia la terapia.

Voluntad y motivación para el cambio.

#### **EVALUACION:**

Cambio de conducta.

Cambio de actitud.

Cambio de hábitos.

A través de la dinámica del grupo, producto de la observación sistemática y el grado de alcance de los objetivos propuestos.

**NOTA:** A través del desarrollo de la terapia de grupo, será necesario que el terapeuta motive la necesidad de que los padres de familia se involucren en un proceso de terapia de pareja, ya que ésto permitirá orientar de mejor forma las relaciones conflictivas de los padres del niño asmático y beneficiará grandemente el desarrollo de sus hijos.

A través de la terapia de pareja, será necesario inducir a padres de familia hacia la toma de conciencia (insight) de sus rasgos o características neuróticas de personalidad, que provocan una relación inadecuada en la pareja expresados en sentimientos de agresividad encubierta, minusvalía, baja autoestima y sentimientos de rechazo que influyen directamente en detrimento del niño.

### CONCLUSIONES

Con base a los resultados observados a través del desarrollo de esta investigación, se concluye lo siguiente:

- Entre las características sobresalientes de personalidad del niño y la niña con padecimientos asmáticos, encontramos angustia, carencia de afecto, sentimientos de limitación, inseguridad, dependencia, pasividad, sumisión, rigidez, represión e irritabilidad.
- Los rasgos descritos con anterioridad deben ser interpretados como rasgos dicotómicos producto del proceso de socialización y a la influencia ejercida por los padres sobre el niño con padecimientos asmáticos, ya que como se describió en la historia psicodinámica, los niños provienen de un hogar donde los padres establecen relaciones conflictivas en su relación de pareja, lo cual afecta directamente al niño, quien se constituye en chivo expiatorio y manifiesta su incomodidad a través de ataques repetitivos de asma.
- Entre los principales indicadores de conflicto observados a través del test de la familia de Louis Coman se observó que la influencia de los padres es negativa en la formación de la personalidad del niño con padecimientos asmáticos, condicionando comportamientos ambivalentes. Por un lado los niños necesitan manifestar sus

tendencias expansivas, pero son inhibidos por las influencias de los padres; hay pérdida de la espontaneidad, y en contraste, sometimiento a las reglas establecidas, lo cual provoca conductas obsesivas.

- Al observar la etiología de los trastornos psicofisiológicos o psicósomáticos, la angustia y el miedo o sus derivados en forma de culpa o vergüenza se mantienen en niveles cuya intensidad rompe las defensas psicológicas, la angustia produce trastornos que se expresan de manera predominantemente fisiológica y no simbólica.
- El asma está considerado como un síndrome en el límite de los trastornos funcionales (crisis espaciadas) y de la enfermedad organizada como una respuesta prevalente (asma con participación infecciosa, crisis largas, repetidas, y finalmente repercusión cardíaca).
- Se considera necesaria la evaluación psicológica en el Centro del Asma, que deberá incluir la formulación de un diagnóstico, la identificación de conflictos subyacentes actuales y un cálculo de la madurez y fuerzas emocionales.

## RECOMENDACIONES

- I. Al departamento de práctica de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala:
  - Tomando en consideración las características de personalidad encontradas en los niños evaluados, implementar a los estudiantes practicantes los modificadores de conducta a través de la realización de dinámicas de grupo, que permitan eliminar los rasgos negativos y reforzar los rasgos de personalidad positivos, los cuales prevalecen en este tipo de niños, pero debido al ambiente familiar nocivo, no han tenido la oportunidad de destacar.
  
- II. A la clínica privada CENTRO DEL ASMA.
  - Que soliciten al departamento de práctica de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, la asesoría profesional, a través de impartir charlas informativas y talleres a padres de familia, a efecto de provocar la toma de conciencia sobre la forma en que ellos actúan y como podría mejorar el desarrollo de sus hijos con padecimientos asmáticos.
  
  - Que el personal médico y paramédico de la CLÍNICA PRIVADA CENTRO DEL ASMA, conjuntamente con la asesoría de estudiantes practicantes de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, programen talleres psicológicos dirigidos a padres de familia de niños con padecimientos asmáticos, donde se lleve a la práctica una etapa de concientización, análisis y

reflexión de la problemática, a fin de que en los padres de niños asmáticos se desarrolle un cambio de actitud positivo.

III. Al padre, la madre y terapeuta se les recomienda.

- Que lleven a la práctica el plan terapéutico expuesto en la presente investigación.
- La psicoterapia racional y emotiva es recomendable en el tratamiento de la madre como principal generadora de conflictos en el niño, orientando el tratamiento hacia el desarrollo de la independencia entre ambos (madre e hijo). El éxito de la terapia dependerá principalmente de la disposición de la madre del paciente, del involucramiento del padre y de la capacidad que posean para reconocer su situación y de su voluntad y motivación para el cambio de actitud. Ningún tratamiento debe prescindir de los ejercicios respiratorios y reeducativos al enfermo, de manera que practique la respiración diafragmática, la cual debe combinarse con ejercicios de relajamiento, gimnasia y natación.

IV. A otros Investigadores.

- Que realicen investigaciones específicas hacia el conocimiento de las características psicosociales de los padres de familia de niños con padecimientos asmáticos, lo cual se considera como limitación de esta investigación, debido a la defimitación del tema objeto de estudio, a fin de conformar un perfil de los principales conflictos que se desarrollan en el círculo familiar, lo que posibilitará la búsqueda de alternativas psicoterapéuticas que permitan el mejoramiento de la salud mental de niños con padecimientos asmáticos y por consecuencia de sus padres.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ajuriaguerra, José Antonio de. "MANUAL DE PSIQUIATRÍA INFANTIL".  
4ª Edición, Masson, Barcelona y México, 1983.
- Behrman, R. E. y Vaughan, V.C. "TRATADO DE PEDIATRÍA".  
12ª Edición, Interamericana México 1985.
- Caso Muñoz, Agustín "FUNDAMENTOS DE PSIQUIATRÍA". Limusa,  
3ª Edición, México, 1979.
- De la Fuente Muñiz, Ramón. "PSICOLOGÍA Y APARATO  
RESPIRATORIO". 2ª Edición, Limusa. México 1986.
- Díez Benavidez, Mariano "PROCESO PSICOSOMÁTICO TERAPEÚTICO",  
3ª Edición, Toray Masson S.A., Barcelona, 1986.
- Ey, Henri. "TRATADO DE PSIQUIATRÍA". 7ª Edición, Toray Masson, S. A.  
Barcelona 1975.
- Haller Gilmer, V. Bon. "PSICOLOGÍA GENERAL". 4ª Edición, Renuevo,  
México 1988.
- Kapland, Harold y Sadock, Benjamin. "COMPENDIO DE PSIQUIATRÍA".  
2ª Edición, Salvat, S.A. Madrid, 1991
- Kolb, C, Lawrence "PSIQUIATRÍA CLÍNICA MODERNA". 2ª Edición, La  
Prensa Médica Mexicana, S.A. México 1977
- Miller, Burt "SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA". 3ª Edición,

Interamericana, México, 1973.

- Monedero, Carmelo "PSICOPATOLOGÍA GENERAL". 2ª Edición, Biblioteca Nueva, México 1988.
- Romero García, Claudia Lucila "ASPECTOS PSICODINAMICOS FAMILIARES QUE AFECTAN EL ESTADO PSICOLOGICO DEL NIÑO CON ASMA BRONQUIAL". Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas 1992.
- Smith, Jeanne y Rossman, Isadore. "ENCICLOPEDIA PARA LA SALUD FAMILIAR". 2ª Edición, Stravon, Nueva York. 1989.
- Vallejo Najera, J. A. "INTRODUCCION A LA PSIQUIATRIA". 5ª Edición, Científico Medica. Barcelona 1979.
- Vidal, Guillermo y Alarcón, Renato, "PSIQUIATRÍA". 2ª Edición, Médica Panamericana, Buenos Aires, 1986.
- Zimbardo, Philip. "PSICOLOGÍA Y VIDA". 1ª Edición, El Manual Moderno. México, 1990.

## **ANEXOS**

ANEXO I  
HISTORIA CLÍNICA

No. de expediente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**1. DATOS GENERALES**

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**2. DESARROLLO Y EVOLUCION DEL PACIENTE**

Desarrollo motor \_\_\_\_\_

Desarrollo del Lenguaje \_\_\_\_\_

Personal-social \_\_\_\_\_

Conducta adaptativa \_\_\_\_\_

Historia de enfermedades \_\_\_\_\_

Cuándo presentó el niño su primera crisis de asma? \_\_\_\_\_

Qué piensan los padres que fue lo que motivó ese ataque? \_\_\_\_\_

Principales síntomas y signos observados en períodos de crisis \_\_\_\_\_

Conducta general del niño (Referencias de la madre o encargada)

---

---

Observaciones realizadas en el niño \_\_\_\_\_

---

### 3. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Estado civil

Casados \_\_\_\_\_ Divorciados \_\_\_\_\_ Separados \_\_\_\_\_ Madre soltera \_\_\_\_\_

Tipo de relación prevaeciente:

Llevadera \_\_\_\_\_ Conflictiva \_\_\_\_\_ Rutinaria \_\_\_\_\_ Poca

comunicación \_\_\_\_\_ Falta de comprensión \_\_\_\_\_

Tiene un conocimiento amplio de la enfermedad de su hijo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

La actitud que asume con respecto a la enfermedad de su hijo regularmente es?

De Aceptación Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Comprensiva Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Sobreprotectora Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Indiferente Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Incomodidad Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Insatisfacción Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Culpabilidad Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Complaciente Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En la relación con su esposo adopta una postura de:

- Dominio \_\_\_\_\_
- Edgente \_\_\_\_\_
- Posesiva \_\_\_\_\_
- Sumisa \_\_\_\_\_
- Arrogante \_\_\_\_\_
- Pasivo \_\_\_\_\_
- De respeto \_\_\_\_\_
- Poca comunicación \_\_\_\_\_
- Comprensiva \_\_\_\_\_
- Tenerosa \_\_\_\_\_
- Equitativa \_\_\_\_\_

## INDICE

	Pag.
Prologo	1
Capitulo I (Introducción)	2
Capitulo II (Tecnicas e Instrumentos)	31
Capitulo III (Presentación y Análisis de Resultado)	38
Plan Terapeutico	50
Capitulo IV (Conclusiones)	58
Recomendaciones	60
Bibliografia	62
Anexos	64