



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

86

FACULTAD DE PSICOLOGIA

MANEJO GRUPAL EN NIÑOS
ASMATICOS

T E S I S
Q U E P R E S E N T A
PALOMA ANGELICA DE HINOJOSA VALLEJO
PARA OBTENER EL TITULO DE:
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA

DIRECTOR DE TESIS:

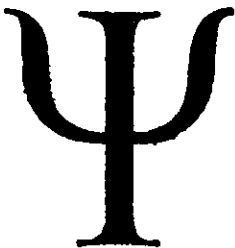
DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ

SINODALES: MTRO. SAMUEL JURADO

MTRO. JORGE PEREZ

MTRA. LYDIA BARRAGAN

MTRA. LUZ MA. SOLLOA



MEXICO, D.F.

2000

2022/3/21



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

MANEJO GRUPAL EN NIÑOS ASMATICOS

**T E S I S
QUE PRESENTA**

**PALOMA ANGELICA DE HINOJOSA VALLEJO
PARA OBTENER EL TITULO DE:
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA**

Director de tesis:

DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ

Sinodales:

Mtro. Samuel Jurado

Mtro. Jorge Pérez

Mtra. Lydia Barragán

Mtra. Luz Ma. Solloa

“Entender es comenzar a curarse”

Foulkes, S. H. y Anthony, E. J.

“El cuerpo mismo, a través de la salud o a través de la enfermedad, es lenguaje”

McDougall, J.

*“Dejar hablar a los niños,
eso es todo y con eso basta”*

Dolto F.

*Agradezco a todas y cada una de las personas,
que de alguna manera estuvieron involucradas
en la realización de este estudio... mi sueño.*

*Principalmente a mi madre
Quien construyó con cariño un mundo
completo, donde la fuerza de voluntad y la
comprensión son los ingredientes principales.*

*A mis amigas y amigos
Por su apoyo incondicional, su lealtad y
entrega en todo momento.*

*A los niños que padecen de asma
Por participar, para conocer de su enfermedad
y yo... para conocer de ellos.*

*A Gerardo Hernández
Porque con sus observaciones y disposición
mejoró el contenido de este trabajo.*

*A los Maestros Sinodales
Los cuales fueron una guía para culminar
esta investigación.*

*Al Dr. González Núñez
Mi profundo agradecimiento y afecto,
Porque con él he aprendido que el
conocimiento es una constante en nuestras
vidas.*

*A todas aquellas personas
Que han estado en mi camino y han
participado en el mismo teatro de la vida, por
su apoyo, cariño y comprensión.*

*Mi reconocimiento
al Instituto Nacional de Pediatría
y a los Médicos del área de Alergia por
brindarme la oportunidad de realizar
otra meta en mi vida.*

*Un especial agradecimiento
al Consejo nacional de Ciencia y Tecnología
y
a la Dirección General de Estudios de Posgrado
por el apoyo económico brindado
para la realización de la presente investigación.*

RESUMEN

El asma bronquial es una enfermedad psicossomática de origen multifactorial, la cual requiere a su vez un tratamiento multidisciplinario y constante estudio.

Esta investigación tuvo como objetivo detectar si un manejo de grupo inflúa en la psicodinámica del niño asmático y si a su vez este manejo provocaba cambio en el grado de severidad de la enfermedad.

Para ello se realizó la aplicación pretest y postest de la prueba de Apercepción Temática para niños (CAT) y su suplemento (CAT-S), así como diversas pruebas de apoyo (Bender, el Dibujo de la Figura Humana y la prueba de Matrices Progresivas de Raven) en el transcurso del manejo en grupo. De igual manera se efectuaron las pruebas de alergia correspondientes, con la siguiente muestra: 18 niños con diagnóstico de asma bronquial leve y moderada pertenecientes a consulta externa del Instituto Nacional de Pediatría, de los cuales se formaron 3 grupos: un grupo sin tratamiento y dos grupos con tratamiento, éstos dos últimos grupos recibieron un manejo de grupo de 12 sesiones de 2 horas cada una.

Los resultados señalan que con la prueba de Wilcoxon no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el número de palabras de las historias del CAT y CAT-S, antes y después del manejo grupal; así como en la comparación con la prueba de Kruskal-Wallis a excepción de la lámina 8 del suplemento en la evaluación pretest, que arroja datos de diferencias significativas.

Sin embargo en la comparación entre el número de palabras emitidas en las láminas que abordan temas específicos sobre la psicodinámica de los niños asmáticos (en las láminas 2, 3, 4 y 9 del CAT y las 4, 5, 7 y 8 del CAT-S), antes y después con la ji cuadrada, en los grupos 1, 2 y 3 se aceptan que existen diferencias significativas.

Finalmente se observan, en cuanto al grado de severidad del asma, que en todos los sujetos hubo una disminución de los síntomas.

ÍNDICE

	pp.
<i>INTRODUCCIÓN</i>	1
<i>CAPÍTULO I ASMA BRONQUIAL</i>	3
<i>Panorama Histórico</i>	
<i>Definición y Epidemiología</i>	
<i>Semiología y Clasificación</i>	
<i>Psicosomatización</i>	
<i>CAPÍTULO II EL NIÑO ASMÁTICO</i>	21
<i>Periodo del desarrollo</i>	
<i>Factores que intervienen</i>	
<i>a) Visión médica</i>	
<i>b) Aparato psíquico</i>	
<i>c) Relaciones objétales</i>	
<i>Ambiente Familiar</i>	
<i>CAPÍTULO III EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO</i>	40
<i>Pruebas Psicométricas</i>	
<i>a) Pruebas de apercepción temática para niños</i>	
<i>b) Prueba de percepción visomotora a través del Bender</i>	
<i>c) Dibujo de la figura humana</i>	
<i>d) Matrices progresivas (Raven)</i>	
<i>Estudios que se han realizado</i>	
<i>Estrategias Terapéuticas:</i>	
<i>a) Tratamiento farmacológico</i>	
<i>b) Control ambiental</i>	
<i>c) Medicina física</i>	
<i>d) Automanejo</i>	
<i>e) Enfoques en psicología</i>	
<i>Una propuesta de Tratamiento</i>	

<i>Vista Introductoria</i>	
<i>Definición de Grupo</i>	
<i>Características y Propiedades</i>	
<i>Técnicas de grupo</i>	
<i>Los niños en grupo</i>	
<i>a) Transferencia y Contratransferencia</i>	

<i>Planteamiento y Justificación del problema</i>	
<i>Hipótesis</i>	
<i>Clasificación de variables</i>	
<i>Definición Conceptual de variables</i>	
<i>Definición Operacional de variables</i>	
<i>Sujetos</i>	
<i>Muestreo</i>	
<i>Tipo de estudio</i>	
<i>Diseño</i>	
<i>Instrumentos y/o materiales</i>	
<i>Diseño del manejo de grupo</i>	
<i>Procedimiento</i>	
<i>Análisis estadístico</i>	
<i>Método Estadístico</i>	

<i>RESULTADOS</i>	<i>101</i>
<i>ANALISIS Y DISCUSION</i>	<i>116</i>
<i>CONCLUSIONES</i>	<i>123</i>
<i>LIMITACIONES Y SUGERENCIAS</i>	<i>125</i>
<i>REVISIÓN BIBLIOGRAFICA</i>	<i>126</i>
<i>APENDICE</i>	<i>132</i>
<i>GLOSARIO</i>	<i>199</i>

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente los problemas de salud eran manejados únicamente por el personal médico, sin embargo en la actualidad se acepta que se requiere trabajar de manera conjunta con otros profesionales relacionados en este campo. Tal es el caso del psicólogo que de manera multidisciplinaria puede apoyar al médico especialista en ciertos padecimientos.

A partir de la década de los 80's a la fecha se han ido incrementando hasta un 7% los casos de personas que padecen asma bronquial; Este padecimiento se puede presentar a cualquier edad, desde niños lactantes hasta la edad adulta, existiendo un mayor porcentaje de incidencia en las edades preescolar y escolar.

El asma bronquial, como se ha podido observar en diversos estudios¹, es una enfermedad psicossomática de origen multifactorial, la falta de dicho conocimiento desencadena crisis que angustian tanto a los familiares como al propio paciente. Por ello se diseñó un manejo de grupo para niños asmáticos cuyo objetivo fue el de dar a conocer la enfermedad y las estrategias terapéuticas para su control.

Asimismo se ha utilizado un diseño no experimental de datos relacionados, es decir con una sola muestra (niños asmáticos de 8 a 10 años de edad) con medida pretest y postest (pruebas proyectivas: C.A.T.-A. y C.A.T.-S.) en tres grupos (dos grupos con tratamiento y un grupo sin tratamiento). El tratamiento fue un manejo de grupo en 12 sesiones de dos horas cada una.

Otro de los objetivos fue el demostrar que un manejo en grupo es una alternativa de solución en el tratamiento de niños con asma bronquial, manejándose preferentemente de manera paralela con su médico de alergia.

De lo anterior surgió la siguiente premisa: Si se aplica un manejo de grupo en niños asmáticos ¿Habrà diferencias en la psicodinamia del niño asmático ? Y de ser así ¿Puede provocar un cambio en el grado de severidad del asma bronquial? .

Para resolver estas interrogantes, se ha elaborado el siguiente proyecto: En el primer capítulo se da un panorama histórico del asma bronquial, su definición, origen, incidencia, clasificación y su relación con las enfermedades psicossomáticas.

1. Bustos J. G. y Bracamontes F. (1997); De Hinojosa, V. (1995); French F. M. y Alexander F. (1944); Jaidar, V. A. (1971); Martín, B. R. (1971); Ramírez, N. y León H. (1993); Reed, J. W. Citado por Ajuariaguerra, J. (1990).

En el capítulo dos se menciona de las peculiaridades personales y familiares del niño asmático, así como de los factores que intervienen para que se inicie una crisis de asma.

El capítulo tres hace un recorrido por las diversas pruebas psicométricas que se utilizaron para esta investigación, así como también refiere los estudios que sean realizado con pacientes asmáticos, las técnicas y tratamientos que sean efectuado a la fecha en dichos pacientes y los cuales nos guiaron para realizar una propuesta de manejo.

En el capítulo cuarto se revisan algunos antecedentes de los grupos, definición, características y las diferentes técnicas de grupo que se utilizan para esta investigación.

El capítulo cinco es una panorámica de la metodología que se ha empleado para este protocolo, además se hace una descripción del manejo en grupo y se presenta el análisis de datos que se llevó a cabo.

Los resultados se muestran a través de gráficas y tablas que ilustran nuestro diseño y asimismo resume los datos obtenidos y el tratamiento estadístico empleado.

En el apartado de apéndice se muestra los formatos utilizados para la evaluación de cada uno de los niños, así como la reproducción de las historias de las pruebas CAT y CAT-S (pretest y postest) que ejemplifican las diferencias en la psicodinamia del niño con asma en los 3 grupos. También se exponen los hallazgos en las demás pruebas que fueron aplicadas durante el manejo de grupo.

Con el fin de facilitar la lectura, al final de esta investigación se anexa un glosario con la terminología médica empleada.

ASMA BRONQUIAL

PANORAMA HISTORICO

El concepto clínico de la palabra asma se encuentra registrada ocho siglos antes de Cristo con Hipócrates (460-370 A. C.) y Galeno (131-201 A. C.)² El primero de ellos reconoce la influencia de la emoción refiriendo que "el asmático se protege de su enojo". Sin embargo la primera descripción detallada del cuadro clínico del padecimiento suele acreditarse al griego Areteo de Capadocia, en el segundo siglo de la era Cristiana, quien enfatizó la rigidez y superficialidad de las respiraciones así como la angustiante sensación de sofocación que es característica de un ataque asmático.

Son diversas las referencias que se hacen en relación al padecimiento del asma bronquial en la historia, tal es el caso de las escrituras del nuevo testamento donde uno de los jueces que debía juzgar a Jesucristo no se presentó debido a que sufrió de un ataque asmático, aunque algunos investigadores refirieron que no era asma, sino miedo de ir al infierno (Citado por Salazar Q. 1982). También en la obra de la Iliada de Homero, se hizo mención de dicho padecimiento, refiriéndolo como una respiración angustiante y jadeante.

Moisés de Maimónides (1153-1204), describe el asma como precedente de un resfriado común, especialmente en las estaciones lluviosas así como también un factor emocional relacionado con su aparición³.

En 1698, Floyer publicó el primer libro dedicado a la enfermedad del asma, en el cual se le define al padecimiento como estiramiento, comprensión y constricción de los músculos bronquiales. Años más tarde, en 1761, Morgagni establece al asma como un síndrome causado por factores ambientales en individuos susceptibles⁴.

Uno de los ejemplos más fieles en la literatura sobre el aspecto emocional y el asma lo menciona Mackenzie en 1886, quien describe el caso de una paciente sensible a las rosas, a la cual logró inducirle un ataque con un ramo de rosas artificiales, cesando la paciente de su crisis después de haber sido comunicada de lo anterior (Citado por Bayés, R. 1987).

² Citado por Blanco C. (1990); Canseco R. (1991); Méndez C. (1989); Salazar Q. (1982)

³ Id.

⁴ Id.

Las enfermedades atópicas, que tienen que ver mucho con las alergias, fueron identificadas en 1896 por Durham. Y específicamente el concepto de alergia se piensa que es del siglo XX, y fue debido a los estudios de Von Pirquet y Bela, los cuales concluyeron que los anticuerpos podían producir enfermedad. En este mismo siglo, Muller establece la relación del asma y la fiebre del heno, posteriormente Koch, Portier y Richert, establecen la respuesta inmunitaria originando así el concepto de hipersensibilidad⁵.

Alexander en 1935 fue el iniciador de la teoría relacionada con los trastornos psicósomáticos en el asma, indicó la teoría de los mecanismos subyacentes de trastornos psicofisiológicos postulando que la excitación emocional crónica puede originar reacciones fisiológicas en sistemas orgánicos inervados por el sistema nervioso autónomo (citado por French y Alexander 1944). Esta teoría ha logrado controversia entre médicos alergólogos y especialistas en la salud mental; El papel causal de factores emocionales en el asma bronquial ha formado criterios de discrepancia.

A partir de estas fechas numerosas investigaciones se han realizado en el área de la medicina (Ishizaka, 1967-1970; Szentivanyi, 1968; Berman et col, 1969; Stanworth y Smith, 1973)⁶, en la cual se han descubierto la existencia de diferentes inmunoglobinas (IgE, IgG) que tienen que ver con las reacciones alérgicas, nuevos antígenos para su tratamiento, y la posibilidad de disminuir los efectos secundarios en la farmacología. Sin embargo, al factor emocional se le ha restado importancia en las investigaciones médicas, es por ello que nos compete a los interesados en el área de la salud mental llevar a cabo protocolos que nos guíen a la prevención y el tratamiento multidisciplinario de enfermedades que conlleven un aspecto emocional.

Los especialistas en general están en común acuerdo, en que un adecuado diagnóstico será la base principal para lograr un tratamiento sintomático y/o preventivo de cualquier enfermedad, y esto solo puede lograrse cuando se conoce el significado y el diagnóstico diferencial de dicho padecimiento. Conocer qué es el asma, sus causas y sus síntomas nos son fundamentales para el excelente control del asma bronquial.

⁵ Id.

⁶ Kaliner, M., Eggeston, P., Mathews, K. (1987); National Asthma Education Program Expert Panel Report (NAEPEPR) 1991

DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

La palabra alergia fue usada por primera vez en 1906 y etimológicamente significa "otra forma de reaccionar" y aunque es un vocablo de uso habitual, así como el término asma poca gente conoce con precisión sus posibles complicaciones. La relación entre ambas se vuelve más clara cuando se menciona que la alergia es la causa más frecuente de asma en la infancia.

El término de asma proviene de la palabra griega Azo que significa jadeante, es decir respiración agitada⁷.

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

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

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

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

"Asma es una enfermedad pulmonar con las siguientes características: 1)obstrucción de las vías aéreas que es reversible (pero no completamente en todos los pacientes) ya sea espontáneamente o con tratamiento, 2)inflamación de las vías aéreas y 3)incremento en la sensibilidad de las vías aéreas ante una variedad de estímulos"⁸.

⁷ Citado por Anda R. (1986); Blanco C. (1990) y Canseco R. (1991)

⁸ Ramírez N., Flores V., Pedroza A. y Valle J. (1986); (NAEPEPR) 1991

Una característica común a todas las células del ser humano es que necesitan oxígeno para llevar a cabo sus funciones, el aparato respiratorio es el encargado de recoger el oxígeno del aire y suministrarlo a las células, y los bronquios forman parte de este aparato respiratorio, el cual se origina a partir de la bifurcación de la traquea, hasta la formación de los alvéolos. Se dividen primeramente en bronquio izquierdo y derecho, este último es más largo, en tanto que el izquierdo es más grueso. Los bronquios primarios se dividen en secundarios y de ellos parten los de tercer orden. Al final se bifurcan formando los sacos alveolares.

Se puede definir al asma como un evento en el cual existe reducción del diámetro de las vías respiratorias de pequeño calibre, debido a que patogénicamente el asma es una enfermedad por obstrucción de las vías respiratorias, como resultado de la combinación de la contractura muscular lisa bronquial, edema e inflamación, así como secreción de moco viscoso. Afecta a las vías respiratorias de pequeño y gran diámetro, pero no a los alvéolos. Estas anomalías conducen a un aumento de la resistencia del flujo aéreo, una reducción del volumen espiratorio forzado y de los valores del flujo, y una hiperinflamación del pulmón con atrapamiento del aire. El aumento del trabajo respiratorio provoca una sensación de dificultad para respirar, y genera desequilibrios en la relación ventilación y perfusión alveolar, lo que causa hipoxemia⁹.

Esta enfermedad, además de ser muy compleja en su funcionamiento afecta a personas de todas las edades, sexo y condición social, y su frecuencia se ha incrementado en todo el mundo.

Entre 1980 y 1985 se realizaron en México, especialmente en la capital estimaciones del 1% de la población, mismo que se elevó al 5% si se consideran solamente los menores de 14 años. Para 1981 se reportó dentro del agrupamiento de asma, enfisema y bronquitis crónica, una tasa de mortalidad de 9.43 por 100 mil habitantes colocándose en el 5o. lugar como causa de muerte en el grupo de edad preescolar (de uno a cuatro años)¹⁰.

En una página de internet,¹¹ actualizada en 1999 se asegura que el asma afecta a cerca de 5 millones de niños menores de 18 años de edad en los Estados Unidos y ha aumentado por todo el mundo en las últimas décadas. Aproximadamente la mitad de todos los casos del asma se desarrollan antes de la edad de 10 años, y otro tercio antes de la edad de 40 años. Entre los niños más pequeños, el asma se

⁹ Barnes P. J.; Rodger I. W. y Thomson N. C. (1989) y Salazar Q. (1982)

¹⁰ Citado por Blanco C. (1990)

¹¹ www.asma.org.com

desarrolla dos veces más frecuentemente en los niños que en las niñas, pero después de la edad de 10 años, el número de hombres y mujeres que contraen la enfermedad es aproximadamente igual. Los niños afroestadounidenses tienen un riesgo más alto que los niños caucásicos, pero los niños hispanos, en particular los que viven en barrios pobres de las ciudades, parecen enfrentarse al riesgo más alto de los tres grupos de la población.

En América solamente, el riesgo en los niños aumentó en un 72.3% entre 1982 y 1994. Algunos estudios europeos atribuyen este fenómeno no a un aumento de los casos verdaderos de asma sino a otros factores. Un estudio británico indicó que los médicos en los consultorios de asma tienden a diagnosticar la enfermedad en exceso, y los expertos que analizaron 16 estudios que notificaron una tasa mayor de asma encontraron fallas en la interpretación. Creen que gran parte del aumento se debe a un mayor conocimiento por parte de los padres de la enfermedad y las diferencias en los criterios de diagnóstico. No obstante, otro estudio británico indicó que la enfermedad puede ser subdiagnosticada; en el estudio, un tercio de los niños que reportaron síntomas de asma no habían sido diagnosticados por los médicos y no estaban recibiendo tratamiento. No obstante, otras enfermedades respiratorias, la sinusitis y las infecciones del oído están claramente en aumento, sugiriendo que los factores de elementos transportados por el aire o ambientales pueden estar implicados.

Las teorías que explican este ascenso notable apuntan a mejores condiciones de vida en los países industrializados. Un estudio reciente encontró que los niños en guarderías tienen un mayor riesgo de la sibilancia y las infecciones de las vías respiratorias inferiores. Algunos estudios indican que el riesgo de asma es alto en los niños menores de cinco años que se presentan con sibilancia, tienen resfriados del tórax con frecuencia o tienen una tos crónica, aunque algunos expertos creen que tales infecciones en realidad pueden proteger contra el asma en el futuro. En los niños pequeños, la sibilancia no predice necesariamente el asma. Otros científicos creen que debido a que los niños ahora están pasando tres horas o más de tiempo por día adentro ocupados en actividades sedentarias, incluyendo ver televisión, jugar juegos de video o empleo de una computadora, son sobreexpuestos a los alérgenos internos y contraen el asma.

Cerca de un 75% a un 80% de niños con asma tienen alergias. Un estudio australiano informó que la prevalencia de los ácaros de polvo, un alérgeno identificado, subió junto con la aparición del asma en los niños entre 1978 y 1991. ¹²

¹² www.asma.org.com

En 1989, en los E.U. se estimó que 40 millones de norteamericanos padecían enfermedades alérgicas, de éstos, 8.9 sufrían de asma. Siendo la enfermedad crónica más común durante la infancia¹³.

Desde 1990, se ha estimado que la prevalencia del asma en el mundo es del 5%. Sin embargo la incidencia en el asma infantil varía en los diferentes países del mundo. e. g. en los países escandinavos la tasa de prevalencia en niños de 7 a 14 años varió un 0.8% en Copenhague y un 1.4% en Estocolmo. En el Reino Unido la cifra fue de 1.8% en el grupo de 6 a 15 años, en Australia la tasa aumentó de 4.6 a 20% en un grupo de seguimiento de los 7 a los 10 años y a su vez en México se estimó una frecuencia del 5 %¹⁴.

En México, en este mismo año, Gómez reportó que en el Departamento de Neumología Pediátrica del Hospital General del Centro Médico "La Raza" del IMSS de 3000 consultas al año, el 60-65% fueron por asma de difícil control¹⁵.

De 1993 a 1994, el padecimiento de asma en la población mexicana correspondió a un 5%¹⁶. Y en la población mundial entre un 5% y un 7%. Los últimos estudios realizados estimaron que la población laboral de los países occidentales pierde anualmente una media de veinte días laborales a causa de esta patología¹⁷.

En 1997, alrededor del mundo existieron 160 millones de asmáticos y se estimó que para el año 2000, habría 200 millones de personas con asma. En nuestro país, esta enfermedad ocupó las primeras 15 causas de hospitalización y se encontró dentro de las primeras 12 causas de mortalidad general. Estudios realizados en el Distrito Federal calcularon que hasta el 7% de la población infantil padecía asma¹⁸.

En México, en abril de 1998 el asma tuvo una prevalencia del 10 al 12% de la población general, esto significó que 2 de cada 10 niños o adultos padecían algún tipo de asma en algún momento de su vida¹⁹. En este mismo año, el asma

¹³ Gómez Z. (1990); Gortmaker S.L., Sappenfeld W. (1984) Kaliner M. et al (1988)

¹⁴ Alba, M. (1994); Gómez, Z. (1990)

¹⁵ Gómez, Z. (1990)

¹⁶Alba, M. (1993 y 1994)

¹⁷ Alba, M. (1994)

¹⁸ Segura, M. (1997)

¹⁹ Alba, M. (1998)

ocupo únicamente más del 90% del total de consultas dadas en el servicio de neumología del Hospital de Pediatría del Instituto Mexicano del Seguro Social²⁰.

A continuación se hace una revisión estadística del lugar que ocupa el asma en la tasa de Morbilidad de 1996 a la fecha, en la Consulta Externa del Instituto Nacional de Pediatría:

1996			1997		
2ª Causa	# de Casos	Tasa	2ª Causa	# de Casos	Tasa
Asma	315	1.9	Asma	327	2.2
1998			1999		
4ª Causa	# de Casos	Tasa	1ª Causa	# de Casos	Tasa
Asma	208	1.4	Asma	565	2.6

Nota: En los últimos años, el retraso psicomotor ha ocupado el primer lugar en causa de morbilidad en la consulta externa.

La tasa corresponde por 100 pacientes atendidos.

Fuente: Diario del Médico, INP

En la distribución por sexo se ha observado, que el masculino predomina a más del doble que el femenino, con una relación aproximada masculino/femenino de 2:1. Invirtiéndose la proporción en la edad adulta²¹.

Se ha podido notar que el asma se presenta principalmente en las zonas de climas más fríos, zonas industriales y contaminadas. También se observa que se presenta más frecuentemente en áreas urbanas y aquí en México cerca de los litorales, en donde existe un alto índice de humedad durante todo el año. Así como se puede identificar en específicas épocas del año, como lo son las épocas invernales y otoñales²².

El mayor número de ingresos anuales se presenta en los meses de julio a octubre con un 62%, esto debido a que el ácaro dermatofagoides* se reproduce principalmente en épocas de lluvia²³.

²⁰ Méndez C. (1989)

²¹ Anda R. (1986); Blanco C. (1990); Canseco R. (1991); Espinoza, A. (1992, mes 49); Méndez C. (1989) y Salazar Q. (1982)

²² Barnes, P. J. et al (1989); Ramírez N. et al (1986); Segura, M. (1997)

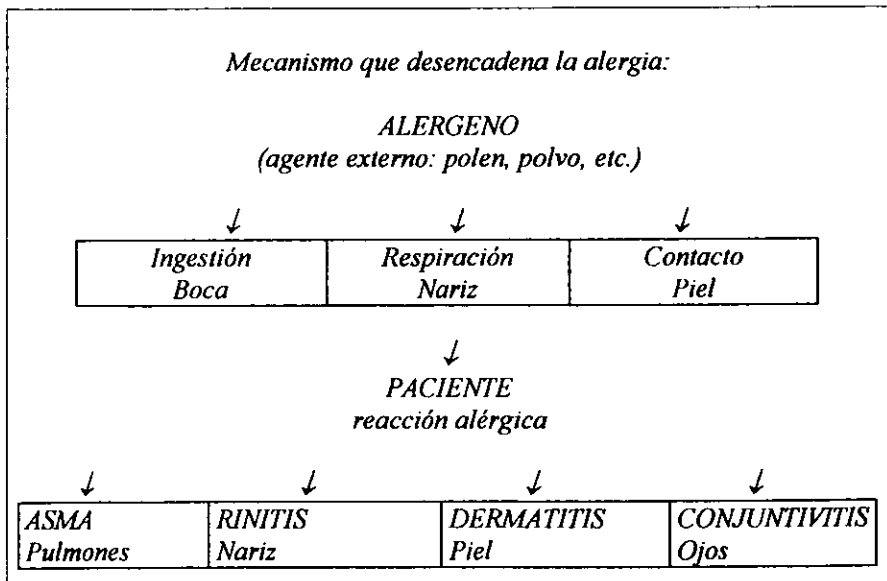
* Ácaro del polvo casero, que se alimenta de las escamas de nuestra piel y vive en cosas que almacenan polvo.

²³ Gómez Z. (1990); Méndez C. (1989); Segura M. (1997)

Las estadísticas muestran que el asma bronquial, generalmente se inicia en la infancia y se le considera la enfermedad crónica más frecuente en el niño²⁴. Cerca de la mitad de los niños con asma pueden comenzar con síntomas antes de los dos primeros años de vida.

SEMIOLÓGÍA Y CLASIFICACIÓN

Para facilitar la comprensión de dicho padecimiento, hemos decidido iniciar explicando esta compleja enfermedad con el siguiente cuadro:



Alergenos más frecuentes en el niño

- **Alergenos inhalados**
 - Ácaros del polvo de casa: son animales microscópicos que viven en el polvo.
 - Polen: árboles, flores y hierbas.
 - Mohos: hongos microscópicos que se desarrollan en zonas húmedas.
 - Animales: piel de gato, perro, caballo, hámster y plumas de aves.
- **Alergenos ingeridos**
 - Alimentos: leche, huevo, trigo, pescado, cítricos, frutos secos, frutas.
 - Aditivos alimentarios: colorantes y conservantes.
 - Medicamentos: antibióticos, aspirina y antiinflamatorios.

²⁴ Espinoza, A. (1992, mes 49)

- *Alergenos inyectados*
- *Medicamentos: antibióticos.*
- *Venenos de insectos: picadura de abeja y de avispa.*

- *Alergenos de contacto (poco frecuentes en niños)*
- *Plantas, pomadas y cosméticos.*

Los síntomas del asma son muy variables, en la mayoría de los niños se inicia con alteraciones mínimas como decaimiento o irritabilidad, falta de apetito, palidez y síntomas nasales²⁵.

Los siguientes signos son los que se encuentran en los niños asmáticos:

<i>Tos productiva (con flemas)</i>	<i>Sibilancias</i>
<i>Falta de aire (disnea)</i>	<i>Aumento de la frecuencia cardiaca</i>
<i>Aumento del diámetro del tórax</i>	
<i>Hundimiento entre costillas y arriba de la clavícula</i>	
<i>Amorotamiento de labios y uñas (cianosis)</i>	
<i>Estados de coma (en casos muy graves).</i>	

Durante las crisis, el niño asmático puede presentar todas las manifestaciones descritas, o bien puede tener sólo sibilancias, sin llegar a padecer disnea. Incluso puede tener solamente una tos espasmódica (seca), sin expulsión de moco que puede durar desde unos minutos hasta unas horas.

En cuanto a la clasificación del asma, Rackeman en 1904 fue el primero en hacer una clasificación: en asma extrínseca e intrínseca de acuerdo a que se conocieron los factores etiologicos externos. Por lo cual, en la actualidad, existen autores que la dividen por su origen²⁶ en dos tipos:

1. Asma Alérgica (extrínseca). En este caso existe una predisposición genética, antecedentes familiares de problemas alérgicos, en especial asma, y se asocia con frecuencia a otras enfermedades como conjuntivitis, rinitis y dermatitis atópica. En este tipo de asma, el estímulo capaz de desencadenar la inflamación bronquial se llama "alergeno", el cual suele ser un factor orgánico del medio ambiente como pólenes de plantas, hongos de la humedad, caspa, pelo y saliva de mascotas y ácaros del polvo casero. Se caracteriza por aumento súbito de bronco espasmos con sibilancias, disnea y otros síntomas respiratorios. Este tipo de asma se subdivide a su vez en otros dos tipos:

²⁵ Ramírez N. et al (1986); Ramírez N. y León H. (1993)

²⁶ Anda R. (1986); Barnes, P. J. et al (1989); Gómez Z. (1990); Salazar, Q. (1982); Sandoz y Cols. (1989); Segura, M. (1997); Walker (1918)

- **Tipo I (hipersensibilidad inmediata)** Es originado por una reacción de hipersensibilidad de tipo inmediato a los alérgenos mediada de forma primaria por IgE, por lo tanto las pruebas cutáneas usualmente son positivas y con aumento de IgE. Frecuentemente va precedido o acompañado de otras manifestaciones atópicas (dermatitis o rinitis). Generalmente es debida a exposiciones a alérgenos inhalados. También los alimentos pueden estar implicados tales como la leche, huevo, cacahuates, nueces, pescado y mariscos. Las pruebas cutáneas son positivas de un 70 a un 90% de los casos.
 - **Tipo III (hipersensibilidad mediada por inmunocomplejos)** Las reacciones tipo III resultan de la formación de complejos Ag-Ac, con activación del complemento que originan una diversidad de reacciones inflamatorias cuando los complejos son depositados en los tejidos.
2. **Asma No Alérgica (intrínseca, infecciosa, idiopática).** En este tipo no existe factor alérgico evidente, se asocia con factores irritativos, reflujo gastroesofágico, o procesos infecciosos, es decir después de una infección del tracto respiratorio; las pruebas cutáneas y los niveles de IgE son negativos. Habitualmente no existen antecedentes familiares de alergia, no se reconoce factores alérgicos en su producción, y su edad de aparición es generalmente superior de los 35 años. Existe frecuentemente patología infecciosa de base y ocasionalmente antecedentes de atopia.

Sin embargo, estos mismos autores mencionan que en la práctica médica estos dos tipos de asma se encuentran asociados en un mismo paciente y ocasionalmente una infección del tracto respiratorio puede iniciar los síntomas en el asma alérgica.

Existe otra clasificación del asma y está relacionada con el grado de severidad²⁷ que presenta el paciente ante una crisis asmática.

	Leve	Moderada	Severa
Características	Se presentan síntomas 1 o 2 veces por semana sin crisis; el paciente llega a despertar por las noches con tos 1 o 2 veces al mes.	Se llegan a presentar síntomas 1 o 2 veces por semana y el paciente se despierta por las noches más de 2 veces al mes requiriendo atención médica.	En este tipo de asma, los síntomas se presentan diario. El paciente requiere de atención médica constante. Presentando en las madrugadas el pecho cerrado.

²⁷ Botey (1994); Bustos, J. G. y Bracamontes, F. (1977); Gómez Z. (1990); Segura M. (1997)

	<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>	<i>Severa</i>
<u>Visitas a urgencias o consultorio</u>	Menos de 3 visitas por episodio agudo; menos de 2 hospitalizaciones previas por asma en los últimos 12 meses.	De 3 a 10 visitas; no más de 3 hospitalizaciones por asma en los últimos 12 meses.	Más de 10 visitas por episodios agudos y más de 3 hospitalizaciones en los últimos 12 meses.
<u>Síntomas</u>	Intermitentes con frecuencia menos de cada 2 meses y que responda a tratamiento intermitente oral o inhalado.	Continuos durante varios días y con frecuencia mayor de cada 2 meses.	a) Limitación persistente al flujo de aire con deterioro funcional continuo. b) Exacerbaciones recurrentes que amenazan la vida. c) Coexistencia con otras enfermedades crónicas serias y o d) Coexistencia de patrones de conducta en el paciente y familia que interfieran en el cuidado.
<u>Complejidad del cuidado ambulatorio</u>	Requiriendo medicamentos para mitigar los síntomas menos de 6 veces al año y menos de 2 semanas por episodio.	Requiriendo los medicamentos diariamente o terapia intermitente más de 6 veces por año.	Requiriendo diariamente terapia con esteroides orales y 2 o más medicamentos que minimicen los síntomas.

Otras de las características de cada uno de los grados de severidad son las siguientes:

LEVE Hay pocos signos clínicos o síntomas de asma entre las exacerbaciones, tienen un buen grado de tolerancia, pero no toleran el ejercicio tan vigoroso, especialmente si es una rutina prolongada, existe una asistencia satisfactoria a la escuela o el trabajo. En la función pulmonar no hay o hay un mínimo de evidencia de obstrucción de las vías aéreas en el espirómetro, la curva del volumen del flujo expiratorio es normal.

MODERADO Puede tener historia de exacerbaciones severas, pero raramente frecuentes, la asistencia a la escuela o al trabajo se ve un poco afectada. En la función pulmonar los signos de obstrucción de las vías son evidentes en el espirómetro, se muestra la curva del volumen del flujo reducido.

SEVERA La tolerancia al ejercicio y la asistencia al trabajo o la escuela es muy pobre con marcada limitación de las actividades.

Bustos en 1977 muestra por medio de un esquema de pirámide escalonada distintos grados de asma en la infancia, donde no todos los niños siguen ordenadamente los escalones, algunos saltan etapas:

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

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

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

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

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

Dentro del marco de las clasificaciones del asma, podemos notar aquellas que indican necesariamente un aspecto mental en la relación psique - soma.

PSICOSOMATIZACION

El término psicossomático proviene de las palabras griegas Psyché (espíritu o alma) y Soma (cuerpo)²⁸.

La medicina psicossomática se concibe generalmente como la parte de la medicina que se ocupa de la psicogénesis de los trastornos somáticos. Sin embargo Vallejo²⁹ opina al respecto que "la patología psicossomática o medicina psicofisiológica no es una rama de la medicina, es un modo de entender la medicina y de enfocar y tratar a los enfermos". Su esencia consiste en no olvidar que el enfermo es una persona, un ser humano, y que reacciona como un todo inseparable, alma y cuerpo unidos, tanto en las respuestas a las situaciones normales como en las patológicas.

González N. (1992) menciona que los trastornos psicossomáticos ocurren cuando los afectos y las emociones no se pueden expresar abiertamente, es entonces cuando la alergia se queda encerrada en el cuerpo de forma crónica y altera el funcionamiento de uno o más órganos de forma permanente o durante algunos períodos cíclicos donde el mal funcionamiento del órgano acumula o da contenido a la expresión de un conflicto. No es la simple acumulación de energía, sino el simbolismo que adquiere, lo que le da sentido al trastorno psicossomático, siendo el simbolismo entendido como el contenido inconsciente que encierra el trastorno.

La respiración constituye la primera función fisiológica postnatal que realiza el organismo fetal independientemente del organismo materno, siendo la respiración el primer paso hacia la independencia biológica del niño con respecto a la madre. En el paciente asmático esta función está inhibida por el espasmo de los bronquios, en este sentido el ataque de asma expresaría una protesta contra la separación. El umbral de sensibilidad alérgica depende del estado emocional del paciente³⁰.

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

²⁸ Citado por González N. J. (1992)

²⁹ Id.

³⁰ Ajuarriaguerra J. (1990); Bellak L. (1977) y French F. M. y Alexander F. (1944)

*problema respiratorio, explicando la angustia básica como un mecanismo de defensa del organismo ante situaciones percibidas como peligrosas*³¹.

Según French y Alexander (1944), la inhibición del impulso a gritar parece ser en estos casos el factor emocional nuclear. La función del grito en el niño es llamar la atención maternal y requerir ayuda. Posteriormente, el mismo efecto se logra por funciones fisiológicas más complejas (el habla), que, como el grito, incluyen la fase espiratoria de la respiración. La inhibición de confesar ha sido establecida por estos estudios como un factor superpuesto a la inhibición de gritar. El temor de ser separado de la figura materna estimula la urgente necesidad de recobrar el amor maternal mediante la confesión de pensamientos e impulsos prohibidos. Si esta necesidad es inhibida, el paciente que tiene una sensibilidad alérgica puede responder con un trastorno, típico de la función respiratoria, conocido como "asma".

*Weiss*³² *que llegó a la conclusión de que los ataques de asma se desarrollan como una reacción a la separación de la madre.*

La coexistencia de los factores psicológicos con los factores somáticos explica por qué en muchos casos los síntomas pueden desaparecer al efectuar ciertos cambios en uno de estos dos tipos de factores: el psicológico o el alérgico. En la mayoría de los casos, sólo la combinación de ambos tipos de factores produce la enfermedad.

SITUACIONES PRECIPITANTES DE ATAQUES DE ASMA.

Existen en la literatura numerosos ejemplos, de ataques de asma que parecen haber sido precipitados por factores emocionales. Sin embargo solo mencionaremos dos clases de situaciones (las vinculadas con nuestra investigación) que se encuentran frecuentemente asociadas con las exacerbaciones de esta enfermedad:

I. Emociones súbitas intensas, las emociones más frecuentemente encontradas son el temor y la rabia, pero existen también otras emociones intensas, citadas ocasionalmente, como originarias de ataques de asma. Es bien sabido que los pacientes asmáticos comunican repetidamente que no sólo las emociones agudas precipitan a menudo los ataques de asma sino también el ejercicio exagerado y el apresuramiento. Contrastando con lo anterior, en 1882 hay una serie de casos en los que un ataque de asma fue aparentemente curado por una emoción fuerte. Al respecto Dekker menciona que este alivio de los ataques de asma por las

³¹ Citado por Blanco C. (1990)

³² Citado por French F. M. y Alexander F. (1944); Weiss E.B. y Stein M. (1993)

*emociones fuertes es debido a la liberación de adrenalina que produce la estimulación del simpático que acompaña a dichas emociones*³³.

*II. Perturbaciones en la relación de dependencia. Como se ha ido mencionando los ataques de asma se desarrollan como una reacción a la separación de la madre. Se dice que es sorprendente la frecuencia con que los ataques de asma son comunicados como siguiendo inmediatamente a disputas familiares. Parecería que estos pacientes son particularmente sensibles a todo lo que perturba la armonía y atmósfera protectora del ambiente del hogar. En un número de casos comunicados a estos autores los ataques de asma siguieron al reproche de padres y maestros. Las rivalidades con hermanos y hermanas son particularmente perturbadoras de la relación de dependencia del niño con la familia*³⁴.

*Algunos autores*³⁵ *han observado, que el ataque agudo de asma ocurre substituyendo a un grito reprimido, como reacción ante un temor agudo a la pérdida del amor a la madre. Este temor de pérdida a la madre puede ser movilizado por:*

- 1°. La perspectiva de una separación física verdadera (abandono del hogar),*
- 2°. Situaciones tentadoras que están amenazadas con el desvío de la madre.*

El estudio de las defensas del paciente asmático contra el temor de pérdida de la madre, nos conduce a otra impresión que se relaciona con las situaciones precipitantes de ataques de asma. El ataque asmático ocurre cuando las defensas del paciente se resienten. Esto puede suceder:

- 1°. Cuando el peligro de perder a la madre se hace demasiado agudo o*
- 2°. Cuando la amenaza de separación de la madre toma al paciente por sorpresa, en circunstancias en que su Yo no esta preparado para ello.*

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

El grito del niño es, al principio, una respuesta fisiológica cuya función es la de establecer la respiración al nacer. Muy tempranamente adquiere un significado psicológico interpretado como una reacción de desamparo ante las necesidades que el niño es incapaz de satisfacer. Después de un tiempo, el niño aprende que

³³ Citado por French F. M. y Alexander F. (1944)

³⁴ Weiss E.B. y Stein M. (1993)

³⁵ Citado por Ajuarriaguerra J. (1990); Bekei M. (1991); French F. M. y Alexander F.(1944)

*gritando consigue a la madre, y el llanto se hace entonces, secundariamente, un medio para atraer a su lado la confortante presencia de la madre.*³⁶

*Son especialmente frecuentes las situaciones infantiles en las que el paciente fue más o menos rechazado por la madre o por ambos, padre y madre. La madre estaba demasiado preocupada con sus propias ambiciones o con sus propios problemas emocionales neuróticos como para dar amor adecuado a su hijo, aunque, a menudo, sobrecompensaba este rechazo inconsciente con una actitud excesivamente protectora para con él. Habitualmente, en estos casos, el padre era demasiado pasivo o bien estaba demasiado absorbido por sus propios intereses que le impedían dar al niño una seguridad suficientemente efectiva para contrarrestar la inseguridad resultante de la actitud de la madre*³⁷.

Rank dentro de su Teoría del "Trauma del Nacimiento", incluye el asma como un equivalente de angustia y ésta como resultante de la separación del niño del organismo materno "Todas las perturbaciones respiratorias de origen neurótico (asma) que reproducen la situación de asfixia (intrauterina), la cefalea neurótica (jaqueca) que se presta a tantas aplicaciones y en la que se puede ver un recuerdo de la presión dolorosa a la que la cabeza está expuesta durante el parto, pueden ser consideradas como reproducciones psicósomáticas directas del trauma del nacimiento, lo mismo que, de una manera directa, todas las crisis de contracciones musculares y de convulsiones que aparecen ya en los niños, y aun en los recién nacidos, como una manifestación prolongada del mismo".

La primera reacción que sigue al nacimiento consiste en gritos que, suprimiendo de una manera violenta la molestia respiratoria, disminuyen la tensión afectiva de la angustia. El niño repite enseguida los mismos gritos, todas las veces que siente la necesidad de estar cerca de la madre.

*En el caso del asmático, Alexander define el sistema respiratorio como el órgano vulnerable predispuesto, casi siempre por factores alérgicos que reacciona sistemáticamente por un conflicto emocional relacionado generalmente con el miedo a la separación y pérdida de afecto, especialmente en relación con la madre*³⁸.

Marty (1980) por su parte afirma que el niño necesita de las funciones maternas de consuelo y modificación de vivencias psíquicas y físicas dolorosas para mantener la ilusión de hacer uno con ella. Es esto lo que le permite digerir, eliminar, dormir, resumiendo funcionar somáticamente sin problemas, y posibilita que poco a poco la unidad madre-niño se vaya diferenciando en una

³⁶ Citado por Bekei M. (1991); French F. M. y Alexander F. (1944)

³⁷ Ajuarriaguerra J. (1990); Bekei M. (1991)

³⁸ French F. M. y Alexander F. (1944)

madre y un niño. La representación de la madre ideal y peligrosa a la que hizo referencia, también fue observada, por una vía clínica diferente en el orden psicosomático, cuando habla de los sujetos que sufren alergias, Marty observa que una representación de la madre ideal crea un desajuste (entre la representación de ellos mismos y de la madre real) que se traduce en un conflicto interior despedazante y desorganizante³⁹.

Gaddini se ocupa de los trastornos psicosomáticos infantiles y estudia este trastorno en su origen, como respuesta a dificultades en la relación madre-niño e investiga la formación del objeto transicional y su precursor en el marco de la relación dual, y la contrapone a las enfermedades psicosomáticas que se producen cuando el objeto transicional no se formó. Muestra que cuando esta creación no se produce, aparece en cambio los trastornos psicosomáticos tempranos: el cólico, el balanceo y el asma⁴⁰. Siendo esta una visión compatible con la de Winnicott (1966), el concepto de espacio transicional implica el puente que el infante construye desde la pura subjetividad a la realidad objetiva, compartida: la representación simbólica de la reunión con la madre después de la separación al nacer tiene lugar en este espacio transicional⁴¹.

Durante los primeros meses de vida el infante no puede diferenciarse del objeto. Sus estados emocionales, vivenciados intensamente, corresponden a hechos internos y externos. Todavía no ha integrado ninguno de estos acontecimientos en una gestalt, no ha ligado aquellos que podrían unirse en patrón de comprensión, ni tampoco emergió del estado de fusión con la madre y dijo "soy yo". Hasta los cinco o seis meses de edad, la relación del infante con el objeto es altamente subjetiva. A medida que se va alejando del objeto, va descubriendo que lo necesita; lo "crea", en tanto él objeto está ahí esperando ser creado y volverse un objeto catectizado", como lo plantea Winnicott (1969). Empieza a evolucionar en el momento en que la madre aparece: la primera creación -el objeto transicional- tiene lugar en ausencia de la madre⁴².

La investigación que involucraba el estudio del desarrollo de los síntomas psicosomáticos demostró que la frustración, la aflicción y la angustia deben ser experimentadas en un equilibrio óptimo, con una función materna suficientemente buena; de otro modo, no se construye el puente del objeto transicional. En "la función materna suficientemente buena" la madre renuncia a sus otros intereses, y no perturba la vida interior del niño. Esto crea un equilibrio positivo. Pero cuando la madre insiste demasiado en darle "el objeto"

³⁹ Citado por Bekei M. (1991)

⁴⁰ Gaddini R. referido por Bekei M. (1991)

⁴¹ Id.

⁴² Id.

al bebé, y cuando se enfatiza él símbolo", el bebé se desespera, y el objeto es desechado o decatectizado⁴³.

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

McDougall centra el interés de su trabajo "Un cuerpo para dos" en una forma patológica especial de resolver la dificultad de la individuación, separación del bebé de la madre. Pero la separación y diferenciación pueden ser temidas y la lucha contra la división primordial puede dar lugar a compromisos variados y como consecuencia este fenómeno es una forma original de solución autoagresiva que McDougall encontró en ciertos sujetos que establecen un corte radical entre psique y soma por querer resguardarse de una conmoción afectiva insupportable y preparan así el terreno para la somatización⁴⁴.

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

Esta misma autora piensa que cuando no se resuelve apropiadamente la separación madre-hijo, se provoca una psicopatización con las siguientes características:

- 1) Desamparo psicológico
- 2) Alexitimia (carencia de palabras para nombrar o distinguir sus afectos)
- 3) La actitud de la madre hacia el padre es con fines de devaloración.
- 4) Desafectación (de separación o de pérdida de sus emociones)
- 5) Defensas débiles

⁴³ Id.

⁴⁴ Mc Dougall J. referido por Bekei M. (1991)

EL NIÑO ASMÁTICO

PERIODO DEL DESARROLLO

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

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

En el aspecto biológico y fisiológico, los niños de 8 a 10 años no sufren muchos cambios: el proceso de mielinización continuará hasta los 13 años de edad; en su conducta motora y fina hay avances que dan por terminado el desarrollo motor, así como en los problemas de articulación en el lenguaje.

En el desarrollo físico existe poca diferencia entre los niños y las niñas; Sin embargo, el peso y la talla nos pueden dar indicadores de como se encuentra en términos de salud, un niño.

La siguiente tabla muestra los pesos y tallas en los niños de ocho a diez años de edad.

Niños					Niñas				
Edad	Peso		Talla		Edad	Peso		Talla	
8	22,100	25,720	119.3	125.0	8	22,130	25,350	118.2	124.6
9	24,360	28,700	124.0	130.1	9	24,525	28,340	123.5	130.4
10	26,925	31,850	128.4	135.3	10	27,350	32,070	129.0	136.1

Fuente: Asociación Mexicana de Pediatría, 1999

De acuerdo con Piaget (1974), los niños construyen de forma activa su propio mundo cognitivo; y a la edad de 7 a 11 años pasan por un periodo llamado de las operaciones concretas, en el cual los niños realizan un salto cualitativo al abandonar su egocentrismo y empezar a entender la reversibilidad y la conservación, es decir la habilidad para reconocer que dos cantidades iguales de materia permanecen iguales, aunque la materia sea organizada de otra manera sin añadir ni quitar nada; son más capaces de ponerse en el lugar de otro, lo cual reviste suma importancia para su capacidad para entender a otras personas y realizar juicios morales. Los niños en este periodo empiezan a pensar de forma abstracta, entienden conceptos como número y clasificación.

Erikson (1950), propuso una teoría del desarrollo psicosocial que comprende ocho etapas a lo largo de toda la vida, cada etapa depende de la solución con éxito de una crisis. La forma en que cada individuo resuelve cada crisis afecta al desarrollo de su personalidad. e. g. al niño de edad escolar le preocupa mucho el hacer las cosas y demostrar que las hace mejor que cualquier otro⁴⁵.

Erikson llama a esta etapa: laboriosidad frente a inferioridad (de los 6 a los 12 años), en el niño se familiariza con el mundo de las "herramientas" en el hogar y la escuela. En esta etapa los niños deben aprender las claves de su cultura, tanto a través de la escuela como de los adultos y los niños mayores. La productividad y un sentido de competencia son importantes si son moderadas por el conocimiento del niño. Esta etapa coincide en el tiempo con el denominado período de las operaciones concretas, cuyas habilidades permiten obtener muchos logros productivos. Los juegos continúan, pero se esperan del niño el trabajo productivo y los logros reales. Es preciso que adquiera habilidades y conocimientos. Y como afirma Erikson. "Se puede describir al niño como un aprendiz del arte de aprender las tareas de la edad adulta".

Después de alcanzar su clímax alrededor de los cinco años la relación del niño con sus progenitores decrece en fuerza y la sexualidad infantil llega a un punto donde se detiene y las apetencias libidinales disminuyen y pasan a segundo plano. Las observaciones muestran que las actividades sexuales entre los cinco y diez años son más obvias cuando la crianza temprana no se ha cumplido debidamente por cualquier motivo y no se ha logrado en la primera fase el control de la vida instintiva. El instinto sexual permanece más o menos latente en el segundo período de la niñez. Esto conduce a una comparativa falta de contenido emocional e instintivo y por consiguiente a ciertos cambios significativos en la conducta del niño, en sus ansiedades, en sus relaciones objétales, y en los contenidos de su psique. Una parte de él ha cambiado de naturaleza y ha adquirido capacidades y poderes que le permiten observar, interpretar y registrar los sucesos del mundo externo y del interno y controlar las respuestas que ante los mismos se adoptan.

Al respecto S. Freud (1949) menciona que este período implica la consolidación y la elaboración de los rasgos y habilidades previamente adquiridas, sin que aparezca nada dinámicamente nuevo, denominado período de Latencia. El origen del placer es de tipo sensoriomotora: placer del conocimiento, habilidad, construcción, interacciones con grupos de amigos y sus rasgos son de diferenciación (elaboración de los rasgos anteriores), aprendizaje social y desarrollo de la conciencia⁴⁶. Fase no solamente pasiva, sino activa, puesto que

⁴⁵ Papalia E. D. y Olds W. S. (1990)

⁴⁶ Dicarpio N. S. (1992)

implica la síntesis de los elementos así recibidos y su integración al conjunto de la personalidad.

Durante el segundo período de la niñez la conducta esta determinada por las acciones del yo, el niño puede concentrarse en tareas que se le proponen aunque no sirvan al propósito de la directa satisfacción del deseo sino a otros intereses. Cuando los niños llegan a la edad escolar sin que se haya producido en ellos este proceso de identificación con las figuras parentales, puede considerarse que se hallan retardados en su desarrollo⁴⁷.

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

Un niño que halla seguridad en esta relación continua con los padres y que ha logrado una solución satisfactoria a sus conflictos emocionales en las etapas anteriores, está gradualmente en condiciones de incorporarse a un grupo. Los resultados que logra en la escuela están de acuerdo con sus dotes básicas y habilidades adquiridas. Esta en condición de aceptar exigencias razonables por parte de los adultos con los cuales tiene contacto, y de aceptar las restricciones establecidas por la sociedad sobre sus impulsos⁴⁸.

Gesell (1993), señala que en el niño de ocho años, existen tres rasgos que son característicos en la dinámica de su conducta: la velocidad, la expansividad y la valoratividad⁴⁹, comienza a parecer más maduro incluso en su aspecto físico. Su sensibilidad se agudiza y no le agrada que se le diga directamente lo que debe hacer. Sin embargo espera el elogio y lo solicita, pero no quiere que sus limitaciones sean objeto de burla. El temor a la muerte y al ridículo se presenta a la edad de ocho años, le gusta ganarse el reconocimiento de los demás. Su sentido de sí mismo deviene de un sentido de status social y define constantemente sus relaciones de status con los camaradas, los hermanos y los mayores.

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

⁴⁷ Freud, A. (1992)

⁴⁸ Dicarpio N. S. (1992)

⁴⁹ Como la tendencia dominante del niño a valorar todo lo que sucede y lo que sucede por su causa.

Es capaz de hacerse responsable, tener disciplina y asignar a otros con mutua crítica. Le gusta coleccionar cosas y muestra interés por el dinero, debido quizás al sentido de propiedad que ha adquirido. Las tendencias expansivas en la cultura le engendran ciertas y nuevas curiosidades como son el interés de los recién nacidos; se plantea preguntas de sondeo sobre el origen de la vida y el matrimonio, esta extensión es a nivel tanto intelectual como emocional.

Gesell (1992), menciona que la característica sobresaliente del niño de nueve años es la automotivación. Es la clave para comprenderle en su progreso hacia la madurez, el niño posee una creciente capacidad de aplicar su mente a las cosas, por propia iniciativa o con ligeras sugerencias por parte del ambiente. Le complace poner a prueba su habilidad y le gusta perfeccionarla, por lo que puede y le gusta repetir las cosas una vez y otra vez.

Tiende a ser una persona relativamente bien organizada, muestra sentido de equidad y hasta de moderación en sus estimaciones y esperanzas, aceptando sus culpas. El niño que tiene nueve años, generalmente es honesto, sincero, seguro y responsable. Le agrada que depositen la confianza en él y le agrada poder gozar de cierta libertad. En la escuela, los grupos pueden incluir tanto varones como mujeres, pero las asociaciones espontáneas son casi siempre unilaterales.

Al niño de diez años, según Gesell, le gusta su hogar y se muestra leal con él. Las raíces de su apego penetran más hondo en torno a ambos padres. Le agrada participar en actividades que incluyen a toda la familia. Tiene capacidad de protección que se manifiesta de manera natural en actitudes comprensivas hacia los niños pequeños y hacia los animalitos domésticos. Tiene características generales como la tratabilidad, fácil reciprocidad emocional e interés concreto, práctico y positivo por los hechos. Le gusta aprender, memorizar a gran escala, identificar o reconocer hechos.

La autora Gillham (1991), menciona que la eficacia del niño como individuo se reduce o se acrecienta según su autoaceptación, y muestra que el proceso de ayudar a los niños a aceptarse a sí mismos y a los demás puede progresar aceleradamente si se detecta en el niño las señales de angustia, si se intuye en que momento debe prestarse atención manifiesta a un problema, si se es capaz de buscar y encontrar la oportunidad precisa que necesita el niño para vivir una experiencia que pueda proporcionarle una opinión diferente de sí mismo, de otro o del grupo. Este es un aspecto muy importante que debe manejarse en el niño asmático, debido a que con su enfermedad a veces los familiares, amigos y maestros crean barreras de "protección" que limitan al niño para que pueda ejercer una vida plena.

Algunos comportamientos problemáticos parecen tener por causa demora o anomalías del desarrollo relacionadas con la maduración biológica. Los niños con frecuencia superan estas condiciones, pero pueden sufrir efectos colaterales mientras tanto, e. g. el niño que tiene asma sufre de desventajas en su vida social, porque tiene que evitar juegos donde tenga que correr sobre todo si es temporada invernal; De modo que la aparición de cualquier desorden en el desarrollo de un niño requiere de atención.

FACTORES QUE INTERVIENEN

VISION MEDICA

El que el asma se presente en determinada etapa del desarrollo va a provocar en el niño una manera diferente de comportarse ante dicha enfermedad, por lo tanto su manejo estará en función de la edad del niño y los factores que intervienen para que se dé una crisis asmática.

Algunos autores como Ramírez, Flores, Pedroza y Valle (1992); Segura (1997), mencionan que para que la enfermedad se presente se requiere de múltiples factores, entre los de mayor importancia son:

- *La predisposición hereditaria*
- *Factores alérgicos*
- *Infecciones respiratorias*
- *Cambios climáticos*
- *Ejercicio*
- *Contaminación Ambiental y*
- *Los rasgos psicológicos.*

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

FACTORES ALERGICOS *La alergia es una respuesta exagerada de un organismo ante un estímulo. Para que una alergia se manifieste es necesaria la conjunción de la predisposición genética y la exposición al medio entre otros. A estos pacientes les falla la regulación del anticuerpo de la alergia, que recibe el nombre de inmunoglobulina E (IgE). Entre los alérgenos más comunes están los pólenes de árboles, de pastos, esporas de hongos de humedad, polvo, insectos y sus excretas, caspa, saliva, y orina de animales.*

En un estudio con niños asmáticos en las ciudades internas, cerca de 37% fueron alérgicos a las cucarachas, 25% a los ácaros de polvo y un 23% a los gatos. Las alergias de gatos pueden desencadenar el asma muy severo; en un estudio triplicaron el riesgo de hospitalización. En el mismo estudio, se encontró que las alergias a las cucarachas duplicaban el riesgo; las alergias a los ácaros de polvo, encontrados en el polvo doméstico, y a los perros no parecían tener ningún efecto en la hospitalización, aunque son capaces de desencadenar los ataques de asma.

Cerca de un 8% a un 10% de niños con asma también tienen alergias alimentarias. Los niños asmáticos con alergias alimentarias también parecen tener un alto riesgo de reacciones potencialmente fatales a tales alimentos. En los infantes y los niños pequeños, parece ser que la alergia a los huevos es un predictor principal del asma. Si los niños pequeños muestran señales de, o son positivos al examen de las alergias alimentarias, los padres deben usar extra precaución en prevenir la exposición a cualquier factor común que desencadene el asma.

Por lo que es recomendable evitar el contacto con los alérgenos que causan daño al paciente, por lo tanto, no debe tenerse contacto con polvo casero, pólenes ni hongos ambientales. A esto se le llama control ambiental y al realizarlo adecuadamente se puede obtener una mejoría de los síntomas del asma, punto que se trata con más detalle en el capítulo cuarto (evaluación y tratamiento).

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

Los especialistas en alergia recomiendan que ante cualquier síntoma gripal o de infección de la garganta, el paciente con asma inicie de inmediato el tratamiento indicado. La sinusitis influye en el empeoramiento del asma, por lo que estas infecciones se deben tratar oportunamente en todos los casos.

CAMBIOS CLIMATICOS *En un estudio realizado por Canseco (1991), se reporta que el clima juega un papel importante hasta en el 92% de los pacientes y de este el frío y la lluvia fueron los principalmente mencionados. El polvo fue otro factor importante referido en estos pacientes con un 85%.*

En épocas de contaminación intensa o de inversión térmica, se recomienda que los asmáticos hagan ejercicio por las tardes y lo realicen en áreas cubiertas evitando el ejercicio al aire libre.

El frío es una generalizada preocupación entre las madres de niños asmáticos, las que suelen llegar a restricciones exageradas. Son frecuentes los problemas de escolaridad provocada por temor al día frío o lluvioso y es habitual el temor al enfriamiento provocado por el baño en las mañanas. También algunos alimentos pueden ser temidos, lo que determina a veces someter al niño a dietas estrictas, sin indicación médica, que termina por debilitarlo. Así como la actividad física, por ello se lo limita en juegos que impliquen mucho despliegue de movimientos.

EJERCICIO *El correr o el ejercicio extremo puede precipitar un ataque en un 80% de niños con asma. El asma inducido por ejercicio (EIA, por siglas en inglés) es diferente al asma alérgico ordinario; algunas personas tienen solamente un tipo de asma, otras tienen ambos (EIA ocurre con más frecuencia durante ejercicio intenso en el aire seco frío). Por lo tanto el ejercicio puede actuar como desencadenante o agravante del asma, aseguran algunos médicos alergólogos. Con frecuencia los pacientes que corren, trotan o andan en bicicleta, manifiestan sibilancias, algunos minutos después de iniciar ejercicio y en ocasiones, la falta de aire los obliga a suspenderlo. Los niños pequeños también pueden presentar silbido de pecho o falta de aire al llorar intensamente o reír.*

Lo anterior no significa que los asmáticos no deban realizar ejercicio, sino que para poder realizarlo, el asma debe estar controlado, el ejercicio deberá ser progresivo y bajo un programa de entrenamiento especial para cada caso en particular.

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

El tabaquismo fue referido como factor familiar frecuente asociado a estos pacientes, a pesar de ser negado como factor desencadenante; Sin embargo es conocido que juega un papel importante como factor irritante.

Las infecciones respiratorias se mencionan en el 76%, el ejercicio y los factores emocionales son referidos con menor importancia⁴⁹.

FACTORES PSICOLOGICOS *El stress o la tensión emocional puede actuar también como un exacerbante del asma. Deben coincidir varios factores entre ellos un elemento psicológico, para que se declare el asma: la infección, la*

⁴⁹ Canseco R. (1991)

*disregulación de la broncomotricidad, un cierto número de consideraciones psicológicas particulares y además, el contacto con un antígeno desencadenante. Si no se reúnen estas características, la enfermedad rara vez se manifiesta, expresan algunos autores*⁵⁰.

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

Los conflictos emocionales, actuando sobre una predisposición orgánica, pueden desencadenar enfermedades. Las emociones pueden actuar sobre los bronquios de los niños asmáticos de la misma manera que los alérgenos o las infecciones. Una contrariedad, una situación de angustia, de ansiedad o de temor, la inseguridad provocada por los celos, por la ausencia del padre o de la madre, por la muerte de un ser querido y, en general, cualquier dificultad en el grupo familiar o escolar son vividas con intensidad y pueden provocar directamente una crisis de asma o crear las condiciones para que los otros factores actúen con mayor facilidad.

Cannon en 1991, también logró demostrar que los bronquiolos son sensibles a los cambios emocionales, e. g. con el miedo se dilatan. Es bien sabido que la frecuencia, el ritmo y la profundidad de la respiración se alteran en los estados de miedo o angustia.

Otro factor, que se ha estudiado con relación al asma, es la depresión, éste como un factor determinante y mortal en casos de niños que han sufrido por un divorcio, abandono o muerte y los que se han criado en familias conflictivas. Así nos lo sugiere en un comunicado de Cincinnatti Fisher "En mi experiencia personal de chicos que mueren de asma, generalmente había una situación de familia deshecha o el ataque había sido tan intenso que morían antes de recibir ayuda. (the New York Times)⁵¹. Un artículo publicado en el mismo año corrobora lo descrito por Fisher, el cual señala que existe la hipótesis real, de la relación de niños con asma y síntomas depresivos y ansiedad⁵².

⁵⁰ Haynal A. y Pasini W. (1984)

⁵¹ Alba, M. (abril, 1998)

⁵² Creer T. (1992)

APARATO PSÍQUICO

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

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

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

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

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

Freud S. (1925) en "inhibición, síntoma y angustia", menciona que a la angustia corresponden sensaciones físicas precisas y representativas, y son las que afectan a los órganos respiratorios y al corazón.

*Si sucede que desde su aparición el impulso libidinal encuentra prohibiciones en el mundo exterior, la representación es reprimida; la carga afectiva que la sostiene permanece y se vuelve **angustia**.*

La angustia va a depender en su intensidad de 2 factores; por una parte de la importancia de la carga afectiva separada de su apoyo original, por otra, del grado más o menos total, categórico, del obstáculo impuesto a la pulsión.

Se reserva el nombre de angustia primaria al sufrimiento resultante de un conflicto entre las pulsiones libidinales y las prohibiciones exteriores al sujeto. Se da el nombre de angustia secundaria a la que resulta de un conflicto entre el superyo y el ello en el seno mismo de la personalidad del sujeto⁵³.

⁵³ Dolto F. (1974)

Si la carga afectiva encuentra la manera de inyectarse en otra idea, mejor tolerada por el mundo exterior, tendrá lugar la formación de un síntoma: utilización desfigurada de la pulsión reprimida. Esta aparición del síntoma libera al sujeto de su angustia y proporciona un sentimiento inmediato de bienestar⁵⁴.

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

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

El Yo (ego), se desarrolla poco después del nacimiento, cuando el niño se da cuenta de que no todo lo que quiera lo obtendrá automáticamente, sirve de mediador entre el deseo y el deber de hacer, es el agente controlador, el cual procura ser racional y realista, por lo que opera mediante el principio de realidad, por lo cual una persona idea un plan y entonces lleva a cabo algún tipo de acción para ensayar ese plan (prueba de realidad), proceso secundario. Centro de satisfacciones e insatisfacciones conscientes, núcleo limitado, organizado, coherente y lúcido de la personalidad. A través de él, el ello entra en contacto con el mundo exterior. Primero es barrera entre el ello y el mundo externo y después, entre los seis y los siete años, entre el ello y el superyo.

El superyo (superego), aparece en la infancia, aproximadamente entre los 7- 8 años y opera mediante el principio de perfección. Representa los valores que sus padres y otros componentes sociales comunican al niño como ideales, y esta formado por el yo ideal y la conciencia, por lo que es el aspecto moral y social de la personalidad, busca eliminar los impulsos y se fuerza por alcanzar objetos morales o ideales.

El desarrollo del Ego o del autoconcepto del niño en edad escolar está amenazada por todas partes, para mantener su fuerza, los niños desarrollan mecanismos de defensa muchos de los cuales se mantienen durante la vida adulta⁵⁵.

⁵⁴ Id.

⁵⁵ Papalia E. D. y Olds W. S. (1990)

*Los procesos o mecanismos defensivos son aquellos medios psicológicos que el yo utiliza para solucionar los conflictos que surgen entre las exigencias instintivas y la necesidad de adaptación al mundo de la realidad, bajo determinadas influencias del ambiente familiar y social*⁵⁶.

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

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

Para Freud, los mecanismos de defensa sirven para la lucha del yo con su vida instintiva y se hallan motivados por tres principales tipos de angustia a los que está expuesto: la angustia instintiva, la angustia objetiva y la angustia de conciencia. Considera que el simple conflicto originado entre la lucha entre impulsos contradictorios basta para movilizar los mecanismos de defensa (Freud, A., 1992).

En la etapa de latencia, el niño utiliza los mecanismos de defensa como método para la eliminación o transformación de los conatos sexuales pregenitales peligrosos. Para entender que sucede en los aspectos psicodinámicos, es necesario hacer una breve descripción de los mecanismos de defensa mencionados, los cuales cobran una doble importancia al ser detectados en los pacientes de la presente investigación.

Negación de la Realidad.- *Proceso por el cual se excluyen de la conciencia aquellos aspectos que resultan displacenteros o dolorosos al yo.*

⁵⁶ Freud A. (1986)

Proyección.- Operación por medio de la cual el sujeto expulsa de sí y localiza o atribuye en otra persona cualidades, sentimientos, deseos que no reconoce como propios. En el caso de la agresión, los impulsos agresivos y destructivos se proyectan hacia fuera; esto es, se deja de sentirlos como parte del mundo interior del niño y se los adscribe en cambio a personas del mundo exterior, por lo general las mismas personas hacia las cuales se dirigía la hostilidad originaria.

Represión.- Consiste en la exclusión del conocimiento (o conciencia) de los impulsos, sentimientos, recuerdos, experiencias dolorosas o peligrosas para la persona. La represión de los conatos agresivos y destructivos elimina de la conciencia del niño las intenciones hostiles y los deseos de muerte contra los progenitores amados, sin afectar su existencia en el inconsciente. El niño desarrolla entonces tendencias reactivas de excesiva amabilidad, horror a la violencia, entre otros.

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

Regresión.- Proceso por el cual la libido regresa o se retrae a un nivel de desarrollo anterior que implica respuestas menos maduras, pero en las que se obtuvo mayor satisfacción.

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

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

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

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

Los psicoanalistas, que acuñaron el concepto de **identificación**, lo consideran una consecuencia de los complejos de Edipo y de Electra. Incapaces de competir con el progenitor del mismo sexo para lograr el amor del sexo contrario, los niños resuelven su conflicto identificándose con el progenitor del mismo sexo. Esto se denomina a veces "identificación con el agresor", puesto que el niño ve al progenitor del mismo sexo como un rival y un agresor potencial⁵⁷.

French en 1944 menciona que los pacientes con asma recurren al mecanismo de **gratificación compensatoria** de las propias necesidades, suministrando ayuda a las necesidades de los otros, "la tendencia compensatoria a buscar satisfacciones sustitutivas, dando a los demás lo que él mismo necesita, lo sitúa en conflicto con

⁵⁷ Esquivel, F. Heredia, C. y Lucio, E. (1994); Papalia, E. D. Y Olds, W. S. (1990)

su propia inseguridad emocional, suspirando por el amor y protección de la madre”.

González N. en 1992, menciona que las defensas que caracterizan el funcionamiento psicológico de los enfermos psicósomáticos son: a) la negación que se manifiesta en la dificultad para reconocer la asociación del problema orgánico con elementos emocionales, rechazando la idea de que sus molestias físicas estén ligadas al manejo de sus afectos, b) la represión, c) la regresión que constituye una manera de evitar el sentir nuevas frustraciones ante sus constantes demandas, y d) la formación reactiva que es una forma de reasegurar o proteger al sujeto de su hostilidad encubierta bajo un exagerado trato de amabilidad y atenciones, pero siempre con la sensación interna de que va a ser gratificado.

Una serie de comunicaciones demuestran una utilización secundaria de los ataques de asma, por ello hacemos mención de lo siguiente:

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

- *Su aparición posterior, como ganancia suplementaria o utilización por el sujeto de una enfermedad ya constituida;*
- *Su carácter extrínseco en relación con el determinismo inicial de la enfermedad y con el sentido de los síntomas;*
- *El hecho de que se trata de satisfacciones narcisistas o ligadas a la autoconservación más que de satisfacciones directamente libidinales”.*

Al trabajar con niños es importante comprender que frente a nosotros esta una persona integrada, es decir, hay que considerar tanto las características propias de su individualidad como aquéllas que son dadas por la etapa del desarrollo por la que atraviesa y por el ambiente específico en que se desenvuelve.

Una concepción global de los factores que intervienen en el desarrollo psicológico del niño son los de Brazelton⁵⁸ quien concibe la formación de la personalidad como el producto de la convergencia de tres aspectos que actúan de manera global:

***Factores constitucionales** formados por la herencia, tanto aspectos orgánicos como psicológicos. Se heredan comportamientos de muchos de los contenidos inconscientes que se dieron en generaciones anteriores y se actualizan en el sujeto.*

⁵⁸ Citado por González N. (1991)

Factores del desarrollo son aquellas conductas contenidas en la herencia, pero que requieren de determinado tiempo para su maduración. El retraso en el desarrollo de estas conductas determina patologías en ese sentido.

Factores situacionales o ambientales son todas las circunstancias que ocurren alrededor del niño y que influyen sobre su herencia o sobre su maduración de una manera determinante.

A estos primeros dos factores se les denomina mundo interno. El mundo externo es el mundo real, lo que sucede alrededor del sujeto. También se denomina entorno o medio. Es a través del yo que el sujeto tiene que adaptarse a él.

FUNCIONES YOICAS Michaca, P. (1987), ⁵⁹ señala que las funciones yoicas garantizan el mantenimiento de la estructura, es decir, son las que se encargan de realizar las transacciones necesarias para el equilibrio, la coherencia y la continuidad permitiendo que la estructura siga operando, frente a presiones que provengan del exterior o del interior, su conocimiento permite ajustar, en el paciente, de manera más realista, las metas y las actividades terapéuticas.

Debido a que en esta investigación se emplea el CAT (prueba proyectiva del autor Bellak, L.) se ha decidido presentar las tres áreas de funcionamiento yoico, tal y como Bellak en 1937⁶⁰ lo señala:

- *Area de contacto con el mundo exterior.- En ellas se encuentran cuatro funciones: 1) prueba de la realidad, supone la capacidad del yo para distinguir entre el afuera y el adentro y la precisión con que opera el proceso perceptual, 2) sentido de la realidad de sí mismo y del mundo esta basada en las patologías en las que se señala la pérdida de la continuidad del sí mismo, en su identidad, coherencia y en su capacidad de tolerar presiones externas o internas, 3) juicio de realidad es la capacidad de prever la consecuencia de los propios actos, lo inapropiado de la conducta ante un contexto determinado, 4) relaciones de objeto que opera en dos dimensiones específicas, una sobre la forma y calidad de las relaciones del yo con los objetos externalizados o internalizados, mientras que la otra se relaciona con el grado de evolución intrapsíquica con que se dan las relaciones de objeto.*
- *Area de control y modulación de los impulsos.- Esta pertenece al terreno de la teoría estructural, con funciones derivadas del choque entre los deseos y pulsiones y la realidad frustrante.*

⁵⁹ Citado por Esquivel, F. et al. (1994)

⁶⁰ Id.

- *Area de mantenimiento de la estructura.- Se encuentran las funciones de autonomía primaria y secundaria, que proveen la independencia de la estructura y su tolerancia a la presión.*

Existen adaptaciones normales y patológicas que son muchas veces el mejor esfuerzo de una persona por adaptarse a sus circunstancias con el medio interno que posee.

Las investigaciones realizadas por algunos autores como French y Alexander 1944; Weiss 1993; De Hinojosa 1995, señalan que la dependencia es uno de los rasgos más predominante y estadísticamente significativo en la etiología del asma por lo que hemos querido trabajar solo con este factor en esta investigación.

DEPENDENCIA *Es el modo de relación interpersonal en que uno necesita de otro, o dicho de otra manera es la tendencia a buscar la ayuda de alguien para tomar decisiones o para llevar a cabo acciones difíciles (Charles Rycronh, 1976)⁶¹.*

Alexander en 1944 postulaba que una persona pasivo - dependiente sin alguien con quien satisfacer su dependencia necesariamente caía en "estrés". Este "estrés" en particular podía estimular y mantener en constante alerta al sistema nervioso parasimpático con lo cual se incrementaba la secreción de ácidos gástricos con la consecuente hipermotilidad gástrica y eventualmente una úlcera péptica. Un individuo igualmente pasivo - dependiente pero con carga genética diferente puede, al ser reprimida la expresión de su conflicto, estimular la hiperfunción parasimpática a través de mecanismos productores de colitis o asma bronquial.

El problema de la dependencia se plantea con especial crudeza en el seno de la familia entre padres e hijos. Los niños se hayan sometidos a sus padres por necesidades de vida pero la tendencia natural de los padres a protegerlos puede llegar a sobrepasar los límites necesarios a una hiperprotección que coarta la necesaria libertad de los hijos. Esto lo podemos observar en una de las clasificaciones que se hacen de las familias de los pacientes asmáticos (ver tipos de familia). Unas veces reacciona en contra y otras se somete pasivamente, originando una conducta meramente pasiva.

La dependencia infantil como un agente en la formación del carácter y en neurogénesis se la considera como un " hecho biológico" y responsable de la mayoría de los logros de la personalidad del ser humano en desarrollo. Por el

⁶¹ Citado por English, H. B. Y English, A. C. (1977)

miedo de la pérdida de objeto, de la pérdida del amor del objeto, de los castigos a que se encuentra expuesto debido a su dependencia, el niño dependiente acepta el "sometimiento educacional" del mismo modo que el adulto convierte el temor de ser rechazado por la comunidad, en "sometimiento social". Por temor a la conciencia (culpabilidad) como residuo y producto final del periodo de dependencia infantil, adopta la tendencia a convertirse en neurótico⁶².

La independencia emocional se logra gradualmente durante el proceso de crecimiento. El niño será independiente si en cada fase de su desarrollo tiene oportunidades de autoexpresarse, pues mediante la autoexpresión aprende a usar las facultades correspondientes a su edad. Aprenderá a ser responsable por sus propias acciones si su autocontrol no está basado en el temor a las autoridades externas, sino arraigado en su propia conciencia moral. Esta conciencia moral se desarrolla a través de la identificación positiva con los adultos⁶³.

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

RELACIONES OBJETALES

El término relación de objeto u objetal, lo definen Laplanche y Pontalis en el diccionario de Psicoanálisis como: "El modo de relación del sujeto con su mundo, relación que es el resultado complejo y total de una determinada organización de la personalidad, de una aprehensión más o menos fantasmática de los objetos y de los tipos de defensa predominantes"⁶⁴.

Los comienzos de la psicología del self se pueden hallar en 1914 con el ensayo sobre narcisismo, donde S. Freud a borda por primera vez el problema de las relaciones de objeto. En cuanto a la elección de objeto que puede realizar el ser humano, divide entre elección de objeto narcisista, refiriéndose a que se elige el objeto en función de lo que uno es, o cree ser; y elección de objeto anaclítica, referido a que se elige el objeto de acuerdo a la persona que nos cuidó en el periodo de dependencia.

⁶² Freud, A. (1992)

⁶³ Alexander, F. y Ross, H. (1978)

⁶⁴ Citado por Esquivel F. et al. (1994)

En 1921 S. Freud⁶⁵ se refiere a las dos tareas fundamentales que debe realizar el niño para lograr su independencia psíquica y que son las siguientes:

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

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

AMBIENTE FAMILIAR

Se ha intentado agrupar en un perfil psicológico a las alteraciones emocionales del niño y sus padres, que surgen ante las crisis, se menciona que el niño asmático es dependiente, inseguro, deprimido, egoísta, demandante e inmaduro, y que los padres son fríos, rechazantes, conflictivos, perfeccionistas, que culpan al otro cónyuge para no asumir su responsabilidad, etc. En la práctica médica diaria, los alergólogos identifican algunas características en el sistema familiar ante los debates de los accesos asmáticos, debiéndose mencionar que estos aspectos ya existían previamente, y que ante la enfermedad se hacen más aparentes y disfuncionales⁶⁶.

En un estudio de dinámica familiar realizado por Gardini, Serna y Cedillo en 1992, con 50 niños asmáticos se llegó a la conclusión de que el asma estaba vinculado con la alteración de la dinámica familiar en la mayoría de los casos (72%).

TIPOS DE FAMILIAS Y SUS CARACTERÍSTICAS:

Diversos estudios⁶⁷ han identificado familias de diversos tipos que dependiendo de sus características reaccionan de diferentes maneras a la enfermedad, a continuación se describen:

Amalgamadas

- Familias muy unidas
- Reglas de la casa o límites mal definidos
- Intervención de todos los miembros de la familia entre sí
- Roles, pensamientos y sentimientos de cada quien se confunden.

La familia se "amontona", perdiéndose límites y confundiendo "quién hace qué, quién manda a quien" o en qué, y el que unos piensen o sientan por los otros.

⁶⁵ Michaca P. (1987)

⁶⁶ Ramírez N. et al. (1986); Sandoz y cols. (1989)

⁶⁷ Id., Minuchin S y Selvini, P.(1980) citados por Onnis L. (1990, 1ª ed.)

Rígidas

- Reglas o límites bien definidos
- Poco flexibles a nuevas situaciones
- La autoridad siempre está en lo correcto y no permiten sugerencias de personas extrañas.

"No tenemos ningún otro problema, somos una familia normal, el único problema es la enfermedad del niño" Que se traduce: "Todos estamos bien", muestras reglas, relaciones, costumbres, cómo pasamos el tiempo libre, etc. No nos toquen en esos aspectos, sólo curen el asma.

No-solución de problemas

- Cierran los ojos a los conflictos
- No les gusta discutir
- Desvían la atención a otras cosas sin tanta importancia

"Nunca discutimos, si acaso surge una discusión, yo me callo, o me pongo a ver la tele, o me salgo de la casa o de lo contrario el niño empieza a toser".

Involucran al niño enfermo en los problemas

- Este tipo de reacción familiar puede hacer que el niño presente una crisis asmática cuando los padres empiezan a discutir.

"Dile al Dr. cómo se pone tu papá cuando toma", o bien: "Cuéntale al Dr. cómo deja tu mamá que el polvo se junte porque no asea la casa".

Sobreprotectoras

- Centrada en el niño enfermo y actuada por todos los miembros de la familia aún los abuelos.

La conducta de la familia se muestra según reportes en una actitud de sobrealerta y atención de parte de cada uno de los miembros de la familia, con la participación importante del padre, quien es percibido como más tranquilo y objetivo que la madre, descrita como más alterada emocionalmente por el problema del chico.

La estructura y funcionalidad de la familia se modifica para enfrentar o prevenir las crisis de asma, ocasionándose desviación en el desarrollo emocional de los miembros del sistema familiar. El 70%⁶⁸ de los niños con asma presentan desviación en su desarrollo emocional, de leve a severa, el cual sufre las restricciones que el problema asmático le impone y la familia pierde su estructura y funcionamiento en un esfuerzo de prevenir o combatir las crisis,

⁶⁸ Asociación Mexicana de Asmáticos, A. C. (1990)

recorriendo un proceso de duelo que determina su conducta ante el asma, pasando por las siguientes etapas:

- 1.- Choque emocional, enojo.- Ante las primeras crisis y el diagnóstico.*
- 2.- Depresión.- La angustia y la falta de información hacen ver este problema mayor de lo que en verdad puede llegar a ser.*
- 3.- Búsqueda de solución.- Algunas crisis se repiten, por lo que se abandona al médico y tratamiento para probar hierbas, aceites, "drogas", charlatanes, etc.*
- 4.- Aceptación.- Llegar a esta etapa es una garantía: Entre el grupo disciplinario de médicos y la familia, asegurándose que sale adelante el paciente.*

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

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS

Las pruebas psicológicas pueden clasificarse de diversas maneras. Por su forma de realización, aplicación, por tiempo y por las características medidas. Entre ellas, las que nos informan sobre la capacidad intelectual (C.I.), rendimiento, aptitudes, nivel de maduración neurológica, y de personalidad entre otras.

Su validez y confiabilidad dependen, principalmente, de la escala de medición (nominal, ordinal, de intervalo y de razón), que se logre alcanzar con ellas y, de las investigaciones realizadas con tal fin.

En las pruebas proyectivas se puede encontrar un contenido manifiesto (lo que se dibuja o se cuenta) y un contenido latente (que es lo que el dibujo o la historia significa). El primero es consciente y se expresa abiertamente, mientras que el segundo está determinado por el inconsciente y requiere interpretación. Estas pruebas suponen que los estímulos inestructurados o semiestructurados permiten que el sujeto proyecte su subjetividad que constituye lo inconsciente de la estructura de la personalidad. Las técnicas descritas se caracterizan por ser instrumentos estandarizados.

Las pruebas que se mencionan a continuación son debido a su utilización para esta investigación.

El CAT y CAT-S

Las pruebas de apercepción temática para niños CAT y su suplemento, constituyen un método proyectivo de la personalidad creado por Leopold Bellak, cuya primera versión apareció en el mercado en 1949.

La prueba de Apercepción Temática para niños (C.A.T.) es un método proyectivo o aperceptivo de investigación de la personalidad a través del estudio del significado dinámico de las diferencias individuales en la percepción* de estímulos estandarizados.*

Bellak (1979) considera la definición de apercepción como una hipótesis de trabajo, en donde cualquier interpretación subjetiva es una distorsión

* Apercepción es la interpretación dinámica significativa que hace un organismo de una percepción. (Bellak, L. 1979)

* Percepción es el proceso con el que evaluamos la deformación aperceptiva de un tipo subjetivo, o bien, es el acuerdo subjetivo acerca del significado de un estímulo con el cual comparamos otras interpretaciones. (Bellak, L. 1979)

aperceptiva dinámicamente significativa, lo que constituye la base de la interpretación de las pruebas de apercepción temática.

El C.A.T. fue diseñado para facilitar la comprensión de la relación de un niño con las figuras importantes y con sus impulsos; Se pretende que a partir de figuras de animales antropomórficas el niño aborde temas que sugieren la manera como percibe su medio, en cada una de las láminas el sujeto debe contar una historia acerca de lo que ve.

A continuación se presenta la descripción de cada una de las láminas y algunos de los temas típicos que se obtienen como respuesta en las diferentes láminas del CAT-A⁶⁹.

- 1. Unos pollitos están sentados alrededor de una mesa en la cual está un gran tazón de comida. A un lado un pollo grande vagamente bosquejado.*

Las respuestas giran alrededor de la comida, a sí han sido o no suficientemente alimentados por cualquiera de los padres. Los temas de rivalidad giran alrededor de quién obtiene más, quién se porta mejor, etc. El alimento puede ser visto como un premio o, a la inversa, la negación del alimento es vista como castigo; aparecen problemas alrededor de la oralidad, o sea, de la satisfacción o frustración; y problemas de alimentación por sí mismos.

- 2. Un oso tira de un lado de una cuerda, en tanto que el otro oso y un osito tiran del otro lado de la cuerda.*

Es interesante observar si el niño identifica aquí la figura con quien él coopera como el padre o la madre. Puede ser vista esta lámina como una lucha seria acompañada de temor a la agresión, satisfacción de las propias agresiones o independencia. En forma benigna, esta lámina se ve como un juego. Otras veces, la cuerda es fuente de inquietud, o sea, el rompimiento de la cuerda como juguete y el temor del castigo subsiguiente, o un símbolo relativo a la masturbación con la cuerda que se rompe, representando así temores de castración.

- 3. Un león con una pipa y un bastón; en la esquina inferior de la derecha está un pequeño ratón en un agujero.*

Por lo general, esta lámina es vista como una figura paterna equipada con símbolos como la pipa y el bastón. Este puede ser visto o como un instrumento de agresión o ser usado para tornar esta figura paternal en una figura vieja e impotente de quien uno no necesita tener miedo. Esto, por lo general, es un proceso defensivo. Si el león es visto como una figura paterna fuerte, será importante notar si es benigna o peligrosa.

El ratón es visto por muchos niños como la figura de identificación. En tal caso el ratón puede tornarse en el más poderoso. Por otra parte, puede estar

⁶⁹ Bellak, L. (1997)

bajo el poder de león. Ciertos niños se identifican con el león, en tanto otros van alternando su identificación una o más veces, comunicando a sí su confusión acerca de su rol, conflicto entre dependencia y autonomía.

4. Ψ Un canguro con un gorro en su cabeza, llevando una canasta con una botella de leche; en su bolsa está un canguro pequeño con un globo; en una bicicleta, un canguro niño más grande.

Esta lámina, por lo general, despierta temas de rivalidad entre hermanos o de alguna inquietud respecto al origen de los bebés. En ambos casos, la relación con la madre es a menudo el rasgo característico. A veces un niño que es un hermano mayor se identificará con el bebé que está en la bolsa, indicando así un deseo regresivo para estar más cerca de la madre. Por otra parte, un niño que es en la realidad el menor puede identificarse con el mayor, indicando así su deseo de independencia y de dominio. La canasta despierta temas de comida. Ocasionalmente se introduce el tema de huir de un peligro.

5. Un cuarto oscuro con una cama grande al fondo; una cuna en el primer plano en la cual hay dos ositos.

Son comunes las producciones relativas a la escena primaria en todas las variaciones; el niño está inquieto acerca de lo que pasa entre los padres en la cama. Estas historias reflejan mucho de las conjeturas, observaciones, confusiones y complicación emocional de los niños. Los dos niños en la cuna se prestan a temas de mutuo manipuleo y exploración entre niños.

6. Una cueva oscura con dos figuras de osos bosquejados al fondo; un osito echado en el primer plano.

De nuevo esta lámina es una de las que despiertan historias relativas a la escena primaria. Es usada además de la 5, puesto que la experiencia práctica ha mostrado que en la 6 el niño se explaya frecuentemente y en grande sobre cualquier cosa que no dijo en la lámina anterior. A veces se reflejan celos francos en esta situación triangular.

7. Un tigre con colmillos y garras saltando hacia un mono que también está saltando al aire.

Aquí se exponen los temores a la agresión y las maneras de manejarlos. El grado de ansiedad del niño se hace evidente. Puede ser tan intenso que provoque el rechazo de la lámina, o las defensas pueden ser lo suficientemente buenas como para transformarla en una historia inocua, incluso el mono puede ganar en maña al tigre. Las colas de los animales se prestan fácilmente a la proyección de temores o deseos de castración.

8. Dos monos adultos están sentados en un sofá tomando tazas de té. Un mono adulto en primer plano está sentado hablándole a un mono pequeño.

Aquí se ve frecuentemente el papel en que el mismo niño se coloca dentro de la constelación familiar. La taza de té, nuevamente puede dar lugar a temas de

Ψ Las láminas representadas por este símbolo, evalúan específicamente los factores (dependencia, imagen corporal, efecto psicológico de la enfermedad), de interés para esta investigación.

oralidad.

9. *Ψ Un cuarto oscuro visto a través de una puerta abierta desde un cuarto iluminado. En el cuarto oscuro hay una cuna en la que están sentados un conejo viendo a través de la puerta.*

Los temas comunes a esta lámina son los de temor a la oscuridad, estar solo, al abandono de los padres y los temas de curiosidad hacia lo que pasa en el cuarto contiguo.

10. *Un perrito echado en las rodillas de un perro adulto; ambas figuras con un mínimo de expresión en sus rasgos. Las figuras están colocadas en el primer plano de un cuarto de baño.*

Esta lámina conduce historias de "crimen y castigo" revelando algo acerca de las concepciones morales del niño. Hay frecuentes historias a cerca de el entrenamiento en el baño así como de la masturbación. Las tendencias regresivas serán reveladas más claramente en esta lámina que en algunas otras.

El suplemento del C.A.T

El suplemento del CAT (CAT-S)⁷⁰ fue diseñado para suplir aquellas láminas que podrían ilustrar situaciones que no necesariamente pertenecen a problemas universales, pero que ocurren con frecuencia como para desear conocerlos, por ejemplo los efectos psicológicos de un problema somático en un determinado niño y pueden ser presentadas, cada una, además de las láminas del C.A.T.

Descripción de las láminas del C.A.T.-S. y sus respuestas típicas⁷¹:

1. *Esta lámina muestra cuatro niños ratones en una resbaladilla. Uno se está deslizando hacia abajo, otro a punto de empezar a deslizarse, y dos están subiendo la escalera. Los números uno de tres sugieren individuos del sexo masculino; el dos y el cuatro sugieren mujeres (faldas, moños en el cabello).*

En una situación de juego esta lámina permite la expresión de temores acerca de la actividad física, del daño físico y los problemas en las actividades sociales (juegos) con otros niños en general y específicamente con el sexo opuesto. Los niños pueden ser vistos como felices, peleándose, empujándose, asustados, etc.

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

Esta lámina se presenta a una proyección de los problemas con el maestro, los compañeros de clase y de otras situaciones en el salón de clases (aprender, recitar, etc.). Permite un amplio juego para la adscripción de varias características al maestro no visto, para las distintas dificultades que pasan

⁷⁰ Bellak, L. (1979); Bellak, L. y Sorel, B. (1979 y 1984)

⁷¹ Id.

los alumnos al recitar, así como para las posibilidades de desear hacer alarde de conocimientos, de relatar temores de inadecuación, de nerviosidad al presentarse en público, etc. El mono se está agarrando la cola con la mano, puede suscitar historias relativas a la masturbación.

3. Esta lámina muestra a niños "que juegan a la casa". El papá ratón, con lentes demasiado grandes para él y obviamente pertenecientes a un adulto, está recibiendo juguetes y un muñeco bebé en su cochecito.

Aquí, los niños pueden tener una oportunidad de relatar sus deseos fantaseados de ser personas mayores y hacer lo que les parezca deseables y posiblemente prohibido. Aparecerán claramente las relaciones apercibidas e imaginadas en la familia. Debido a que esta lámina incita a una identificación particular con los adultos, es probable que despierte más una fantasía que datos biográficos. Así que es especialmente necesario realizar una encuesta al final de la prueba para determinar - hasta donde sea posible- el nivel del cual viene esta historia.

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

Esta lámina puede despertar temas de deseos de naturaleza oral, sentimientos contra los hermanos menores, tendencias regresivas, etc. También arrojará luz sobre el conflicto entre ser (y desear) dependiente o independiente, así como la relación general con los padres.

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

Esta lámina facilita historias de temor al daño y la castración. Puede despertar sentimientos de incapacidad general, así como indicarnos la imagen corporal del sujeto. También se puede hacer alusión al rechazo social ante el impedimento físico.

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

Aquí puede aparecer la competencia entre los hermanos y compañeros de juego y los sentimientos que les acompañan, así como los temas de éxito y fracaso.

7. Ψ Un gato esta de pie ante un espejo viendo su imagen.

Esta lámina debe despertar ideas acerca de la imagen corporal*. La lámina 7 puede indicarnos las ideas que el niño tiene del crecimiento de sí mismo y de su cuerpo, de los defectos y del orgullo. La cola puede tener un significado fálico, y los pueden expresar sus ideas de cierta gente que es "tan sencilla" y de cierta gente que es "tan elegante", así como ideas de las diferencias sexuales, el exhibicionismo, etc.

* Como Schilder la describió: "La imagen corporal es la representación mental que tenemos de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente...la manera en que el cuerpo se muestra a nosotros mismos" (Citado por Bellak, L. 1979).

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

Aquí se nos pueden relatar historias de temores y traumas respecto a enfermedades físicas, operaciones, doctores y hospitales. Una amigdalectomía inminente o pasada o alguna otra enfermedad por el estilo, puede aparecer con un significado más o menos traumático y más o menos específico para el niño particular. Podemos también obtener detalles biográficas o fantaseadas con relación a la enfermedad de un miembro de la familia.

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

Aquí esperamos enterarnos más de las ideas del sujeto acerca de las diferencias sexuales, de la desnudez, del voyerismo, de los hábitos familiares en el baño; si un niño ha sido estimulado en exceso o no, que perturbaciones pueden haber en esta área; el manejo que el niño hace de la situación, si lo hay. La bolsa del enema puede darnos datos biográficos relativos a sus sentimientos acerca de los enemas. Pueden aparecer historias que indiquen prácticas de masturbación.

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

Esta lámina diseñada para sacar a luz las ideas que el niño tiene acerca de donde vienen los niños y las fantasías o el temor a esto.

Se ha dicho que la validez de las inferencias de las técnicas proyectivas está basada en tres factores⁷²:

1. *Un estudio de las diferencias individuales y de las deformaciones aperceptivas a través de la búsqueda de pautas repetitivas del protocolo: dentro de la prueba misma (intratest): si hay un tema de falta de apoyo, de amor y de alimento en casi cada historia, podemos inferir que el sujeto tiene una gran necesidad oral, aparentemente relacionada con sentimientos de privación. De la misma manera, si la mayor parte de las historias terminan con una nota desventurada, implicando que la suerte está en contra de uno y de este tipo de historias son demasiadas, podemos nuevamente hacer la inferencia de que este sujeto se siente desesperanzado y abrumado.*

2. *Se pueden comparar las fantasías, como aparecen en la prueba, con la conducta manifiesta y hacer inferencias sobre esta base: datos intraindividuales. Por ejemplo, en la mayor parte de las historias hay sangre como resultado de la agresión del héroe, y el sujeto es referido por su timidez y vergüenza, podemos hacer la inferencia de que este niño está tan lleno de agresión que la proyecta sobre las otras personas, y que no osa asociarse socialmente por miedo a que la agresión se manifieste al exterior (o sea, si otros datos apoyan esta connotación - a saber, indicación de falta de control,*

⁷² Id.

miedo de perder el control, etc.)

Sobre la base de estos dos niveles de interpretación hemos hecho notar que las normas y los estudios normativos- como es habitual en pruebas de inteligencia y otras muestras cuantitativas de desempeño o actuación- no son necesarios en las pruebas proyectivas.

3. *Un enfoque normativo- estadístico para la validez de la inferencia sobre la base de las diferencias intraindividuales en la apercepción.*

Por lo tanto la suposición de que los recuerdos de las percepciones influyen sobre la percepción de estímulos actuales, es lo que da base a la interpretación de las pruebas de Apercepción Temática, es decir se caracterizan por ser pruebas de contenido (lo que el paciente dice).

Por ejemplo: La percepción que tuvo un sujeto de su propio padre influye en la percepción que tiene de las figuras paternas en las láminas, lo anterior constituye una prueba válida y confiable.

PERCEPCIÓN VISOMOTORA A TRAVÉS DEL BENDER

La prueba gestáltico visomotora fue construida por Lauretta Bender entre los años de 1932 y 1938. El fundamento teórico de esta prueba se encuentra en la teoría de la Gestalt, en la Psicología de la percepción.

Al evaluar la percepción visomotora se puede conocer el nivel de madurez neurológica del niño, así como detectar si existe alguna alteración a nivel cerebral, debido a que la percepción y la coordinación motora dependen en gran medida de la maduración y de las condiciones en que se encuentra el cerebro. También se pueden observar si existen problemas emocionales.

La prueba consta de 9 láminas geométricas impresas en negro sobre láminas de cartulina blanca, la primera es la figura A y las demás se numeran del 1 al 8.

Bender en 1974 menciona cuales son los principios de la gestalt que se encuentran implicados en cada una de las figuras:

- 1) *Parte y todo.- El todo no es igual a la suma de sus partes. Vr. Fig. A*
- 2) *Proximidad.- Se perciben juntos los elementos próximos en espacio y/o tiempo. Vr. Fig. 1 y 2.*
- 3) *Similitud.- Los elementos parecidos se perciben como parte de una misma estructura. Vr. Fig. 8*
- 4) *Dirección.- La dirección de las líneas continúa fluidamente. Vr. Fig. 6*
- 5) *Disposición Objetiva (organización).- Continuamos viendo una organización dada anteriormente. Vr. Fig. 2*
- 6) *Destino común. Los elementos que se desvían se agrupan a su vez. Vr. Fig. 5*
- 7) *Cierre (o pregnancia).- Tendemos a percibir la figura de la mejor manera posible, la figura mejor percibida es la más estable. Vr. Fig. 3*

- 8) *Inclusividad.- La estructura que utiliza todos los elementos se percibirá más fácilmente que otras posibilidades. Vr. Fig. 7*

Técnica de evaluación de la Dra. Koppitz

Un sistema de puntuación para la prueba de Bender fue el desarrollado por Elizabeth M. Koppitz en 1963 y cuyo nombre es "escala de maduración del test gestáltico visomotor de Bender". La escala de maduración utiliza las 9 figuras propuestas por Bender y consta de 30 ítems clasificados en 7 categorías (Distorsión de la forma, Rotación, Sustitución de puntos por círculos o rayas, Sustitución de curvas por ángulos, y Adición u omisión de ángulos) que se califican con cero (ausencias) o uno (presentes), se puntúan sólo los errores. Koppitz construyó su escala para niños de 5 a 10 años y medio, y obtuvo normas en 1963 con 1104 niños, y en 1974 con 969 niños⁷³.

A continuación aparecen los ítems y la explicación de cada uno de ellos en la escala: (véase apéndice A).

Figura A

- 1. Distorsión de la forma: El cuadrado o el círculo o ambos están excesivamente achatados o deformados. Desproporción entre el tamaño del cuadrado y del círculo.*
- 2. Rotación: Rotación de la figura o parte de la misma en 45° o más, rotación de la tarjeta aunque luego se copie correctamente en la posición rotada.*
- 3. Integración: Falla en el intento de unir el círculo y el cuadrado.*

Figura 1

- 1. Distorsión de la forma: Cinco o más puntos convertidos en círculos.*
- 2. Rotación: La rotación de la figura en 45° o más.*
- 3. Perseveración: Más de 15 puntos en una hilera.*

Figura 2

- 1. Rotación: Rotación de la figura en 45° o más.*
- 2. Integración: Omisión de una ó dos hileras (horizontales) de círculos.*
- 3. Perseveración: Más de 14 columnas de círculos en una hilera.*

Figura 3

- 1. Distorsión de la forma: Cinco ó más puntos convertidos en círculos.*
- 2. Rotación: Rotación del eje de la figura en 45° ó más.*
- 3. Integración a) Desintegración del Diseño: Aumento de cada hilera sucesiva de puntos no lograda; b) Línea continua en lugar de puntos.*

Figura 4

- 1. Rotación: Rotación de la figura en parte de la misma en 45° o más.*
- 2. Integración: Una separación de más de 3 milímetros entre la curva y el ángulo adyacente.*

⁷³ Koppitz, M. E. (1986)

Figura 5

- 1. Modificación de la forma: Cinco ó más puntos convertidos en círculos.*
- 2. Rotación: Rotación de la figura total en 45° o más.*
- 3. Integración a) Desintegración del Diseño: Conglomeración de puntos, línea recta o círculo de puntos en lugar de un arco; b) Línea continua en lugar de puntos.*

Figura 6

- 1. Distorsión de la forma a) Tres o más curvas sustituidas por ángulos; b) Ninguna curva en una o ambas líneas.*
- 2. Integración: Las dos líneas no se cruzan o se cruzan en un extremo de una o de ambas líneas.*
- 3. Perseveración: Seis o más curvas sinusoidales completas en cualquiera de las dos direcciones.*

Figura 7

- 1. Distorsión de la forma a) Desproporción entre el tamaño y los dos hexágonos; b) Los hexágonos están excesivamente deformados.*
- 2. Rotación: Rotación de la figura o parte de la misma en 45° o más.*
- 3. Integración: Los hexágonos no se superponen o lo hacen excesivamente.*

Figura 8

- 1. Distorsión de la forma: El hexágono o el rombo excesivamente deformados.*
- 2. Rotación: Rotación de la figura en 45° ó más.*

Como se menciona anteriormente esta escala, por medio de la técnica de Koppitz, también arroja datos de rasgos emocionales, a continuación se describen las categorías:

- Orden Confuso.- No hay planeación, con 2 cambios bruscos, es significativo en niños mayores de 7 años de edad; Nos habla de inestabilidad o desorganización mental.*
- Línea Ondulada (figuras 1 y 2).- cuando hay cambio, baja o sube y trata de retomar la línea que tenía; Nos indica que son niños inestables en su animo.*
- Círculos sustituidos por rayas.- Son niños impulsivos y con falta de interés.*
- Aumento progresivo del tamaño (figuras 1, 2 y 3).- Van aumentando de tamaño los puntos, se considera si hay una diferencia de las tres terceras partes entre el primero y el último; Esta asociado con baja tolerancia a la frustración, explosividad e impulsividad.*
- Gran tamaño.- Se considera cuando alguna de las figuras es tres veces más grande que la figura del estímulo. Nos indica conductas acting out, poco controladas y con poca tolerancia a la frustración, explosivos.*
- Tamaño pequeño.- Figuras de la mitad o menos de la figura original; Se considera que hay inseguridad, retraimiento, depresión o timidez.*
- Línea fina.- Casi no se ven los puntos; Los trazos tenues están asociados a retraimiento y timidez.*

- *Repaso del dibujo.- Se traza repetidamente el dibujo, asociado con inseguridad, impulsividad y agresividad.*
- *Segunda tentativa.- Quedo mal y en vez de borrar se va a otra parte de la hoja; Indica inseguridad e impulsividad.*
- *Expansión.- Cuando utiliza más de dos hojas, esta asociado a personas muy abiertas, extrovertidas, con conductas acting out y explosividad.*

La prueba de Bender es una prueba que tiene una alta confiabilidad y validez⁷⁴. La confiabilidad de la Escala de Maduración en la percepción visomotora de Koppitz, se ha obtenido a través de: a) Coeficiente de confiabilidad interjueces (examinadores), y b) coeficiente de estabilidad temporal a través del método test-retest. Y la validez se ha obtenido de dos formas: por medio de una validez discriminante y por medio de una validez concurrente.

DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA (DFH)

A los niños desde muy pequeños les atrae hacer dibujos, es por ello que el dibujo de la figura humana es un excelente herramienta de trabajo, asimismo la técnica de Elizabeth Koppitz, es de gran riqueza pues permite evaluar aspectos de la maduración perceptomotora y emocionales.

Según Koppitz⁷⁵ es posible dar a la prueba de la figura humana una significación tanto de desarrollo como proyectiva a los indicadores que se muestran en el DFH. La misma autora desarrolló un sistema para analizar y tabular el DFH de niños de 5 a 12 años, como prueba evolutiva de maduración mental y como prueba proyectiva de las preocupaciones y actitudes interpersonales de los niños.

Algunos de los indicadores emocionales son significativos a cualquier edad, mientras que otros sólo adquieren relevancia a partir de cierta edad, e. g. si un niño de cinco años no dibuja los pies, no es inusual desde la perspectiva del desarrollo, sin embargo sí sucede con un niño de diez años puede indicar inmadurez o problemas emocionales.

Dibujar los brazos cortos, era según Koppitz atribuible a los pacientes clínicos, a los niños con enfermedades psicósomáticas, de clase especial o tímidos; El dibujo de los brazos pegados al cuerpo implicaba un control interno rígido que presentaba poca flexibilidad y relaciones interpersonales pobres⁷⁶.

⁷⁴ Bender, L. (1974); Citado por Esquivel, F. et al. (1994); Koppitz, E. (1980)

⁷⁵ Citado por Esquivel, F. et al. (1994)

⁷⁶ Citado por Rabedan, F. M. (1985)

Para calificar e interpretar el DFH se presenta la siguiente estructura desglosada de los indicadores (esperados y excepcionales) encontrados por Koppitz⁷⁷, de acuerdo con las edades estudiadas en esta investigación:

Indicadores Esperados		
8 AÑOS	9 AÑOS	10 AÑOS
◊ Cabeza	◊ Cabeza	◊ Cabeza
◊ Ojos	◊ Ojos	◊ Ojos
◊ Nariz	◊ Nariz	◊ Nariz
◊ Boca	◊ Boca	◊ Boca
◊ Cuerpo	◊ Cuerpo	◊ Cuerpo
◊ Piernas	◊ Piernas	◊ Piernas
◊ Brazos	◊ Brazos	◊ Brazos
◊ Pies	◊ Pies	◊ Pies
◊ Brazos 2 dimensiones	◊ Brazos 2 dimensiones	◊ Brazos 2 dimensiones
◊ Piernas 2 dimensiones	◊ Piernas 2 dimensiones	◊ Piernas 2 dimensiones
*Cabello	*Cabello	◊ Cabello
	*Cuello	◊ Brazos hacia abajo
		◊ Cuello
Indicadores Excepcionales		
◊ Fosas nasales	◊ Fosas nasales	◊ 2 Labios
◊ Codos	◊ Codos	◊ Rodilla
◊ 2 Labios	◊ 2 Labios	*Perfil
◊ Rodillas	◊ Rodillas	*Rodillas
*Perfil	*Perfil	
◊ Indicadores que presentan los niños de 8, 9 y 10 años respectivamente.		
◊ Y * Indicadores que presentan las niñas.		
Indicadores Emocionales		
1 Pobre integración de las partes		17 Manos grandes
2 Sombreado del cuerpo y/o de los miembros		18 Manos omitidas
3 Sombreado de cara		19 Piernas juntas
4 Sombreado de manos y/o cuello		20 Genitales
5 Asimetría gruesa de los miembros		21 Monstruos no humanos
6 Figura inclinada	7 Figura pequeña	
8 Figura grande	9 Transparencias	22 Omisión de los ojos
10 Cabeza pequeña		23 Omisión de la nariz
11 Ojos bizcos		24 Omisión de la boca
12 Dientes		25 Omisión del cuerpo
13 Brazos cortos		26 Omisión de brazos
14 Brazos largos		27 Omisión de piernas
15 Brazos pegados al cuerpo		28 Omisión de pies
16 Figuras dibujadas espontáneamente		29 Omisión del cuello

⁷⁷ Id. Citado por Esquivel, F. et al. (1994); Koppitz, E. (1973)

MATRICES PROGRESIVAS (RAVEN)

Las "Matrices Progresivas", Escala General, estaba destinada a abarcar toda la gama del desarrollo intelectual, desde la infancia hasta la madurez. Raven construyó sus *Progressive Matrices* para experimentación en 1936 y en 1938 estaban ya estandarizadas y publicadas como test. Hacia 1947 consideró útil derivar de su test una Escala Especial para medir las funciones perceptuales y racionales de niveles de madurez inferiores a los 12 años (5 a 11 años). Raven introdujo tres modificaciones a su test originario: 1) Reducción de Matrices, 2) Introducción de colores, y 3) Empleo de Forma de Tablero. Finalmente, con la mira de adecuarlo más a sujetos con déficit de lenguaje y de audición, el autor consideró útil presentar su nueva escala en dos formas: a) en Forma de Cuadernillo y b) en Forma de Tablero. La nueva Escala especial, "A, Ab, B", fue publicada en 1949 y en 1951 revisó y extendió sus normas con lo cual alcanzó su estado actual⁷⁸.

La edición original está constituida por dos elementos: a) Manual.- En él se encuentran todas las instrucciones necesarias dadas por Raven para la aplicación de la prueba, y B) Cuaderno de Matrices.- La escala Especial está constituida por 36 problemas que se presentan en 36 láminas de dibujos coloreados incompletos. Al pie de cada una se hallan seis dibujos pequeños, de los cuales sólo uno sirve para terminar correctamente el dibujo incompleto. Las 36 láminas están distribuidas en tres series A, Ab y B, respectivamente. Los problemas están ordenados en complejidad creciente: el A1 es el más fácil y el B12 el más difícil.

Raven propone aplicar la Escala Especial en niños menores de 12 años, o en sujetos con reducida capacidad intelectual o serios trastornos de lenguaje o audición. Con niños menores de 8 años o sujetos más dañados, sugiere la Forma de Tablero. La Forma de cuadernillo aplicada a sujetos de 8 a 11 años inteligentes puede autoadministrarse e inclusive administrarse colectivamente, bajo supervisión.

La prueba consiste en presentar a la inspección del sujeto, en el orden estandarizado, uno a uno, 36 problemas de completamiento ordenados por dificultad en aumento; cada uno con la respuesta correcta mezclada entre otras cinco errónea, y en pedir al sujeto que para cada problema señale la que en su opinión corresponde entre las soluciones brindadas a su elección.

⁷⁸ Raven, J. C. (1985)

Para evaluar el test deben seguirse los pasos siguientes: (véase Apéndice B)

- 1. Corregir la prueba: Evaluar el acierto o error en la solución propuesta por el sujeto para cada problema.*
- 2. Obtener los puntajes: Computar el número de soluciones acertadas por cada serie (puntaje parcial) y en el de series (puntaje total).*
- 3. Verificar la consistencia del puntaje: Comprobar si la composición del puntaje del sujeto se ajusta a la esperada.*
- 4. Convertir el puntaje obtenido por el sujeto (puntaje bruto) en el puntaje medio o típico (norma).*
- 5. Convertir el puntaje medio en percentil: Estimar el puntaje del sujeto en relación con un grupo de cien sujetos de su misma edad.*
- 6. Convertir el percentil en rango: Calificar con un índice ordinal la capacidad intelectual del sujeto.*

ESTUDIOS QUE SE HAN REALIZADO

En 1963, Fink y Schneer⁷⁹ refirieron que el cociente intelectual (C.I.), de su muestra de 18 adolescentes que presentaban asma, oscilaba entre el promedio y normal torpe. Sólo una muchacha presentaba inteligencia superior. No se menciona la prueba psicológica con la cual obtuvieron el C.I.

En ese mismo año, Bernstein y Purcell⁸⁰ midieron el C.I., con la escala de Inteligencia para niños de Wechsler (WISC), en 150 niños que presentaban asma crónica de difícil control. Encontraron muy pocos niños con retardo mental (5%); un porcentaje considerable en comparación con la población general de Denver obtuvo un C.I. por encima de 120, así como en el caso de Schneer, quién reportó el caso de una niña cuyo C.I., en la prueba de WISC, fue mayor en el área de ejecución, y que su C.I. verbal y el de ejecución, estaban arriba del promedio. Señaló además, que la misma niña al enfrentarse a la prueba de Rorschach, no tuvo la misma capacidad intelectual, al dar solamente cinco respuestas en total.

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

⁷⁹ Citado por Rabadan, F. (1985)

⁸⁰ Id.

en los dos grupos. Sin embargo podría objetarse que la prueba no era la adecuada para la edad de los pacientes.

En 1968, Koppitz⁸¹ realizó una investigación con 35 niños. 27 del sexo masculino y 8 del sexo femenino. Todos presentaban una historia con enfermedades psicosomáticas. Los comparó con pruebas de otro grupo de niños que robaban. Analizó el dibujo de una persona y trabajó sus datos con la prueba estadística Ji cuadrada, al nivel de significancia de 0.5. Según su hipótesis en este estudio comparativo, el niño con problema psicosomático tendría la tendencia a dirigir su ansiedad y agresión primeramente hacia él y sólo indirectamente hacia otros que se preocupaban por él, mientras que, por el contrario, el niño que robaba dirigía su agresión directamente hacia otros y sólo indirectamente hacia él en caso, por ejemplo, de ser descubierto y castigado. Descubrió en el niño con enfermedad psicosomática los siguientes indicadores emocionales:

- *Omisión de la nariz y de la boca.*
- *Manos cortadas.*
- *Presencia de nubes.*

Koppitz señaló que estos indicadores no se relacionaban con el robo como tal, sino que reflejaban ansiedad corporal y un pobre control de impulsos. Los hallazgos le sugirieron que el niño con pobre control de impulsos era más apto para robar, en tanto que el niño menos impulsivo podía desarrollar síntomas psicosomáticos cuando se frustraba y se enojaba.

Williams investigó, en 1975⁸², dos grupos de niños entre los 10 y 11 años de edad con diferente severidad de asma. Los igualó con dos grupos de control, uno "normal" y otro con enfermedad crónica del pecho. Les aplicó oraciones especialmente diseñadas, pruebas de completamiento de pinturas, el Rotter Level of Aspiration Board y el TAT. Los sujetos que padecían asma mostraron conflicto de dependencia - independencia, un fuerte vínculo madre - hijo y ansiedad al manejar la separación. Predominando los temas de claustro. Concluyó en su trabajo, en forma tentativa, que estas variables son específicas de niños que presentan asma.

Beller y Haeberle (1974)⁸³ estudiaron las respuestas al CAT de niños preescolares emocionalmente perturbados y encontraron que los niños que presentaron una fuerte tendencia a la dependencia con más temas de necesidad de gratificación directa y tendían a negar cualquier característica amenazadora

⁸¹ Id.

⁸² Id.

⁸³ Citado por Bellak, L. (1979)

de las figuras paternas. Niños con alto conflicto de dependencia reaccionaron con fantasías de amenaza, dolor y castigo ante situaciones que implicaban dependencia, destacaron los rasgos agresivos de los padres y no diferenciaron adecuadamente entre los estímulos agresivos y dependientes.

En 1977, Elkan⁸⁴ reportó el caso de una niña con asma que recibía psicoterapia una vez por semana. Reportó esta autora que la capacidad para la "experiencia mental" de la niña fue desarrollándose gradualmente. En la primera etapa del tratamiento se observó que la paciente era dócil y afectuosa y que sus dibujos eran constreñidos. En la segunda etapa la niña continuaba afectuosa, pero sus dibujos eran como el resultado de la explosión; el asma era menos aguda. La tercera etapa fue ilustrada con una sesión emocional, después de un año sin presentar asma, donde la paciente comenzaba a sufrir sentimientos dolorosos y a pensar a cerca de ellos. Elkan sugirió un paralelo entre el proceso recuperativo y patológico del asma y las fantasías. No señaló el tipo de dibujos realizados durante esta fase.

En el estudio realizado por Rabadan F. en 1985, en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez" con una muestra de 29 niños y 20 niñas con asma alérgica, cuyas edades oscilaban entre 8 y 10 años. Los resultados en los tres subgrupos con diferente intensidad de asma no arrojaron diferencias significativas, en las diez primeras conductas de la prueba DFH. Sin embargo la conducta 8 (dependencia hacia la madre), es la que más se acercó al nivel de significancia establecido (.05 y .01).

Pierson (1988)⁸⁵ reporta los excelentes resultados de los asmáticos en los Juegos Olímpicos de Los Angeles en 1984, debido a que en el equipo olímpico de los Estados Unidos había un 11,2 % de atletas con broncoespasmos inducido por ejercicio. Estaban implicados en todos los deportes, pero más aún en las pruebas de resistencia. De entre los 597 miembros del equipo, los 67 atletas con asma consiguieron ganar 41 medallas: 15 de oro y 21 de plata; Lo quede muestra que un manejo adecuado de la enfermedad permite llevar un estilo de vida saludable.

Blanco en 1990, presentó un estudio teórico - descriptivo sobre el asma bronquial, con una muestra de 30 adolescentes y 106 niños, en el que concluyó que los niños, en cuanto a la expresión de sentimientos se encuentra presente el enojo y la rebeldía ante la enfermedad, adjudicando las causas de las crisis a los alérgenos, a los cambios climáticos y a las emociones, admitiendo limitaciones en las actividades físicas y recreativas.

⁸⁴ Id.

⁸⁵ Gila, A. Martín-Mateos, M. (1991)

En 1995, De Hinojosa, reportó en un estudio comparativo realizado con una muestra de 60 niños (30 niños asmáticos y 30 no asmáticos), que en la variable dependencia existen diferencias significativas - la ji cuadrada calculada (4.3) fue mayor que la ji cuadrada de tablas (3.8) con P menor 0.05 - y no así en los factores de agresión, rasgos orales, temor al abandono por parte de la figura materna y rivalidad con los hermanos.

Con respecto al total de palabras empleadas en las historias se observó que la media del grupo no asmático correspondió a 355 palabras por niño, mientras que el grupo de asmático obtuvo una media de 302 palabras por niño. Los tres principales mecanismos de defensa empleados en los niños asmáticos durante la aplicación de las pruebas fue la proyección (70%), el desplazamiento (63%) y la negación (43%).

En otro estudio, cuarenta adultos asmáticos ($x=40.2$) fueron tratados en el Servicio de Alergia e Inmunología del Hospital General de México, S.S. con "Inmunoterapia Psicológica". Terapia psicológica multimodal no - invasiva. En sesiones semanales se entrenó a los pacientes en técnicas de relajación, inoculación de estrés y expresión emocional. Se usó retroalimentación biológica de temperatura periférica. La meta fue enseñar a los pacientes técnicas que les permitan reducir y controlar los síntomas que acompañan al asma y facilitan y mantienen los ataques asmáticos. Al terminar el tratamiento fueron más conscientes de sus emociones, las manejaron más exitosamente aplicando nuevas estrategias de afrontamiento⁸⁶.

Rogerson, Hardscastle y Duguid (1935)⁸⁷ estudiaron a 25 niños con asma bronquial, y de acuerdo con sus conceptos sobre los desórdenes de la personalidad, asociados con el asma, los autores intentaron modificar las actitudes de los niños, así como las de los padres, mediante la psicoterapia. Trataron, por un lado a) de inducir a los padres a adoptar una actitud menos solícita hacia los hijos, permitiéndoles un mayor grado de independencia, b) intentaron disminuir la ansiedad del niño, animándole a adoptar actitudes más independientes. Los autores consiguieron aliviar la frecuencia y la gravedad de los ataques (10 casos quedaron liberados de sus síntomas, 4 mejoraron mucho, 4 mostraron poca mejoría y 5 no mejoraron después del tratamiento).

Los estudios anteriores nos señalan el camino que debemos seguir para conocer e implantar nuevas estrategias de tratamiento en los pacientes con asma bronquial.

⁸⁶ Domínguez, B.; Pérez, L.; Hernández, C.; Esqueda, G. y Montes, J. (julio, 1998)

⁸⁷ Citado por French, F. M. y Alexander, F. (1944)(1944)

ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS

El objetivo del manejo del asma es reducir los síntomas y optimizar el estilo de vida con pocas limitaciones en la actividad del niño tanto en casa como en la escuela y sus diversiones, utilizando los esquemas que den menos efectos indeseables. Esto puede prevenir el desarrollo de desórdenes emocionales, hospitalizaciones, ausentismo escolar, disminución de las actividades físicas y sociales que mermen el desarrollo biopsicosocial del niño, así como reducir la tasa morbi-mortalidad.

De acuerdo con el informe de las Pautas para el Diagnóstico y Manejo del Asma emitido por el Programa Nacional de Educación del Asma, el tratamiento del asma tiene cuatro componentes:

- 1. El uso de medidas objetivas de la función pulmonar (espirometría, flujo máximo espiratorio) para evaluar la gravedad del asma y para monitorear el curso del tratamiento;*
- 2. Tratamiento con medicamentos diseñado para revertir y prevenir el componente inflamatorio de las vías respiratorias en el asma así como para tratar el estrechamiento de las vías respiratorias;*
- 3. Medidas de control ambiental para evitar o eliminar factores que inducen o desencadenan exacerbaciones del asma, considerando también la inmunoterapia;*
- 4. Información para el paciente que incluye la asociación entre el paciente, su familia y el médico. ⁸⁸*

El primer objetivo del tratamiento será eliminar las crisis, pero es fundamental conseguir una total normalización de las funciones del niño por dos motivos principales:

- * Para que pueda realizar cualquier actividad física propia de su edad.*
- * Para que su aparato respiratorio funcione correctamente a lo largo de la vida.*

De acuerdo a dichas Pautas, existen cinco metas para el manejo efectivo del asma:

- 1. Mantener (casi) óptimas los índices de función pulmonar;*
- 2. Mantener niveles normales de actividad, incluyendo el ejercicio;*
- 3. Prevenir síntomas crónicos y problemáticos (p. ej. Tos o falta de aire en la noche, temprano en la mañana o después de hacer esfuerzo);*
- 4. Prevenir brotes recurrentes de asma;*
- 5. Evitar efectos adversos provocados por medicamentos para el asma.*

⁸⁸ www.asma.org.com

Algunos especialistas⁸⁹ aseguran que controlar el asma con medicamentos adecuados y fomentar la salud emocional son dos metas importantes para el control de dicha enfermedad.

Se ha hecho hincapié en que el paciente con asma bronquial puede y debe ser capaz de tener una vida productiva y satisfactoria, y esto puede lograrse a través de la educación del paciente sobre su enfermedad; La divulgación de información médica expresada con lenguaje claro y sencillo, y una estrecha relación médico - paciente, son fundamentales para el excelente control de la enfermedad.

En el tratamiento del asma bronquial generalmente se utilizan medicamentos que lo controlan y lo evitan así como también los que disminuyen sus síntomas.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento del asma puede controlarse con diversos medicamentos que se pueden clasificar y dividir en las siguientes tres etapas⁹⁰:

a).- Tratamiento del acceso agudo.

Broncodilatadores - de corta acción
- de larga acción

Antiinflamatorios

Antihistamínicos

Inhaloterapia

b).- Tratamiento etiológico, o sea de las causas.

Inmunoterapia

c).- Tratamiento preventivo.

Tratamiento del acceso agudo. En este momento el paciente debe recibir medicamentos broncodilatadores, o sean aquellos que van a abrir los bronquios, es importante darlos en forma oportuna y por el tiempo necesario hasta obtener una normalización del calibre de los bronquios. Existen diferentes presentaciones: inyectables, tabletas, soluciones y aerosoles, esta última forma es la más rápida y efectiva y se evitan la mayor parte de efectos adversos. Los broncodilatadores sirven también como medicamentos preventivos contra el asma si se administran antes de efectuar algún ejercicio o actividad física que requiera esfuerzo, o bien cuando se sospecha que se va a desencadenar una crisis.

⁸⁹ www.asma.org.com

⁹⁰ Asociación Mexicana de Asmáticos A.C. (1990); Botey J. y Botey E. (1994); Ramírez, N. Et al (1986); Sandoz y Cols. (1989); Segura, M. (1997)

Existen broncodilatadores de acción casi inmediata que llegan hasta el lugar de la obstrucción y relajan el músculo bronquial liso; estos últimos deben ser administrados por los padres, debido a los efectos indeseables que se presentan cuando son mal administrados o dosificados. Los efectos secundarios pueden ser: temblores, nerviosismo, aumento de la frecuencia cardíaca, dolor de cabeza, dolor o ardor de estomago y en ocasiones, dependencia psicológica.

Los dos tipos principales de broncodilatadores son los agonistas beta-adrenérgicos (agonistas beta2) y metilxantinas (teofilina). El ipratropium es un tercer tipo de broncodilatador inhalado que se usa ocasionalmente para el asma. Los agonistas beta2 actúan relajando el músculo liso de la vía respiratoria y para ayudar en el control del estrechamiento persistente de las vías respiratorias. Consisten en medicamentos parecidos a la adrenalina que pueden administrarse en forma oral líquida o en tabletas, por inhalación o por inyección. Las inyecciones se usan principalmente en situaciones de urgencia. Los agonistas beta2 inhalados son el medicamento preferido para el tratamiento de brotes agudos de asma y para la prevención del asma inducida por el ejercicio. Los agonistas beta2 se encuentran disponibles en inhaladores de dosis medida, cápsulas de polvo seco y nebulizadores impulsados con compresor.

La teofilina es la principal metilxantina usada para el tratamiento del asma. Sirve como un broncodilatador leve a moderado. La formula de liberación sostenida es útil para controlar el asma nocturna. Se emplea en algunas ocasiones con agonistas beta2 para obtener mayor broncodilatación. También puede ayudar a reducir la fatiga muscular y tiene algunos beneficios anti-inflamatorios. Los efectos secundarios probables incluyen dolor abdominal, náusea, vómito, nerviosismo e insomnio. ⁹¹

Cuando el asma es más severa y el factor inflamación es importante es conveniente utilizar cortisona o cuando los broncodilatadores y las medidas generales no revierten totalmente el cuadro de asma, el uso es por periodos cortos y en dosis únicas matutinas con disminución gradual del medicamento.

La cortisona por vía oral o inyectada, solamente se debe administrar en los accesos muy severos y por poco tiempo. Los efectos probables de su uso a largo plazo incluyen aumento de peso, elevación de la presión arterial, cataratas, debilidad ósea, debilidad muscular e hinchazón. ⁹²

Hay productos derivados de la cortisona, como la beclometasona que se absorbe poco y sus efectos adversos son mínimos, pueden emplearse durante las crisis agudas y como antiinflamatorios por el tiempo y dosis que el médico lo indique.

⁹¹ www.asma.org.com

⁹² *Id.*

Los antibióticos solamente se administran en caso de infección bacteriana y el médico lo determina por los síntomas, la exploración del paciente o en ocasiones por datos de laboratorio.

Los antihistamínicos no sedantes tienen una utilidad, principalmente al inicio de los síntomas tales como lagrimeo, obstrucción nasal, estornudos, secreción de moco y comezón de la nariz; contrarrestan la acción de la histamina, ésta es una sustancia que se libera en el fenómeno alérgico y va a producir el cierre de los bronquios y parte de la inflamación.

La inhaloterapia es el empleo de medicamentos y/o agua a través de inhalaciones, especialmente durante las crisis agudas, el empleo de humidificaciones o vaporizaciones caseras, así como los medicamentos en forma de aerosol, pero en la práctica se llama inhaloterapia cuando esto se realiza en departamentos especiales dentro de los hospitales o clínicas con técnicas y aparatos más sofisticados, ayuda a expulsar secreciones bronquiales y la administración de medicamentos por vía bronquial. Los recursos en el hogar pueden ser la humedad de la regadera u olas que proporcionen vapor o nebulizadores.

La humedad con temperatura mayor a la ambiental (tibia o caliente) es útil durante las noches y en épocas de invierno, teniendo los siguientes cuidados:

- a) Evitar que la humedad se esparza por toda la habitación*
- b) Condicionar la temperatura para evitar cambios bruscos*
- c) Lavar el equipo con detergentes y enjuagar con una solución de vinagre blanco y agua*
- d) Cuando se usen humidificadores o nebulizadores caseros colocarlos sobre un plástico que cubra unos 60 cm. Alrededor del aparato*
- e) Mantener el agua hasta el nivel indicado en el depósito*
- f) Tenerlo siempre al alcance*
- g) Mantener los aparatos secos y empaquetados en bolsas de plástico cuando no se usen*

El tratamiento en el hospital se reserva para los períodos de crisis o en aquellos pacientes que no mejoran totalmente a pesar de recibir tratamiento médico adecuado.

El tipo de tratamiento que reciben en el hospital es: Fisioterapia pulmonar, ejercicios respiratorios, percusiones, relajación muscular, nebulizaciones y respiración con presión positiva.

Con todos estos medios se pretende practicar en el niño una limpieza bronquial y eliminar el espasmo, aumentar la cantidad de oxígeno y reforzar la función pulmonar.

Tratamiento etiológico. Después de que el alergólogo haya determinado las causas a través de la historia clínica y de las pruebas alérgicas (se realizan sobre la piel, raspando ligeramente para aplicar gotas de las sustancias a estudiar, si se produce una "roncha" se considera positiva es decir que sí se produce alergia) le indicará los alérgenos (sustancias que producen alergia) que deberá evitar, como alimentos, animales, o medidas para disminuir el polvo de casa, pólenes, etc. y si fuera necesario le preparará una vacuna para disminuir la sensibilidad y aumentar las defensas del organismo, a este procedimiento se le ha llamado **inmunoterapia específica o vacunas**; las llamadas "vacunas" solo están indicadas en pacientes asmáticos alérgicos y sólo cuando sean indicados y supervisados por médicos alergólogos certificados por el consejo respectivo. Una vez detectadas las sustancias que provocan la alergia se preparan, con estas mismas pero atenuadas. La aplicación se realiza por vía subcutánea y se inicia con una dosis muy pequeña que irá aumentando, el paciente crea anticuerpos o defensas que le permiten ir tolerando paulatinamente el contacto con sus alérgenos. La mejoría se observa entre los tres y los seis primeros meses de la aplicación de la vacuna, pero el tratamiento es prolongado y requiere de mucha paciencia y perseverancia.

La administración de la inmunoterapia esta indicada en los siguientes casos:

1. Que el paciente sea efectivamente portador de asma bronquial alérgica.
2. Paciente con pruebas cutáneas positivas y/o determinación de IgE específica positiva.
3. El "alérgeno" responsable de la reacción alérgica no puede ser erradicado del medio ambiente del paciente.
4. El resultado depende también de la calidad de los alérgenos empleados y el esquema a utilizar deberán ser óptimos.

El uso de inmunoterapia en los pacientes con enfermedades alérgicas no se contraindica con la administración de ningún tratamiento farmacológico o procedimiento médico⁹³.

Sin embargo, la inmunoterapia no esta exenta de riesgos, por lo que hay que tomar una serie de precauciones para su aplicación; a continuación se describen las más importantes⁹⁴:

- El niño debe estar sin ningún síntoma (de ninguna enfermedad).
- La primera administración debe ser bajo control médico para poder observar si no presenta reacción durante los primeros 30 minutos.
- También hay que vigilar la aparición de reacción a las 48 horas de haberse aplicado la vacuna.

⁹³ Segura M. (1997)

⁹⁴ Gómez Z. (1990)

- Las reacciones pueden ser locales, en el lugar de la inyección: enrojecimiento, hinchazón y sensación de calor o de peso en la zona del brazo donde se ha inyectado; o generales: crisis de asma o problemas nasales como estornudos, mucosidad clara o nariz tapada.
- La duración de este tratamiento es muy largo (de 2 a 6 años), y nunca debe interrumpirse de forma brusca, sino lentamente.

Tratamiento preventivo. La prevención en el asma deberá dirigirse a evitar la enfermedad, mejorando las condiciones del ambiente habitacional, reducir el polvo al mínimo, no tener animales dentro de la casa, mantener buena temperatura y ventilación, llevar dieta sana, variada. Fomentar en los lactantes la alimentación al seno y no dar muy tempranamente alimentos que sensibilizan fácilmente (huevo). Inmunizaciones oportunas contra enfermedades comunes en los niños.

El diagnóstico oportuno del asma inicial será un tercer nivel de prevención. En esta etapa además del mejoramiento del ambiente, la buena observación por parte de la familia, para detectar causas posibles son medidas preventivas; Es cuando actualmente se usan medicamentos profilácticos como el Ketotifeno, el cromoglicato.

Tratamiento multidisciplinario institucional es una etapa más de la prevención. El paciente con problemas en su desarrollo físico o emocional, incapacidades en la escuela, juego, también deben ser sujetos a la rehabilitación.

Los Fármacos preventivos Son aquellos que se administran al niño en tratamientos largos para conseguir una disminución de la respuesta de los bronquios ante el contacto con el alérgeno o con un irritante. También se utilizan para disminuir la inflamación bronquial. Sin embargo, también tienen sus desventajas a largo plazo.

Cromoglicato sódico.- Si se mantiene su administración durante largo tiempo, se consigue que el bronquio disminuya su respuesta anormal y exagerada frente al contacto con el alérgeno o agente irritante. El mecanismo de acción de este fármaco consiste en impedir que algunas células, como los mastocitos, liberen los gránulos que contienen sustancias mediadoras de la reacción alérgica. La forma de administración depende de la edad del niño.

El cromoglicato carece de efectos secundarios, aunque el niño lo utilice durante mucho tiempo, pero debe administrarse de 4 a 6 veces al día.

Este fármaco no presenta incompatibilidad con ningún otro medicamento. Su administración no debe interrumpirse en caso de crisis aguda de asma, a no ser que ésta sea tan intensa que el niño sea capaz de realizar la inhalación.

Neodocromil sódico.- Es un fármaco recientemente aparecido que actúa de forma similar al cromoglicato, pero que posee además un efecto antiinflamatorio sobre el bronquio.

Bromuro de ipratropio.- Sólo se utiliza en algunos casos muy concretos de hiperreactividad bronquial inespecífica, en tratamiento mantenido durante largo tiempo. Carece de efectos secundarios.

Corticoides inhalados.- Disminuyen la inflamación bronquial. Se administran mediante una cámara espaciadora. Al ser inhalados los corticoides no llegan a otros órganos, por lo que se evitan los temidos efectos adversos que provoca su administración por vía oral o inyectada.

Corticoides orales.- Solo se utiliza en casos de asma crónica, que no responden a los demás tratamientos existentes.

Ketotifeno.- Resulta eficaz en niños con asma leve de causa alérgica; sin embargo, su administración debe ser prolongada y constante. Actúa como un antihistamínico. Al principio del tratamiento puede producir una cierta somnolencia y también, en ocasiones, un aumento del apetito, con el consiguiente aumento de peso.

Los Fármacos Sintomáticos Son los que se utilizan en el momento de las crisis aguda.

Beta 2 adrenérgicos.- Estos fármacos son los de primera utilización en el tratamiento de las crisis de asma. Producen una relajación del músculo bronquial que da lugar a una dilatación rápida del diámetro del bronquio; el más frecuente es el salbutamol. En cuanto se presenta una crisis aguda grave, se administra en forma de aerosol mecánico, respirando por la boca con una mascarilla y a dosis ajustadas al peso del niño y cuando la crisis no es tan grave se administra en forma de jarabe o tabletas.

Los efectos secundarios más frecuentes son temblores, aumento de la frecuencia cardíaca y nerviosismo.

Teofilinas.- Son también fármacos broncodilatadores, su efecto no es tan rápido como el anterior. Su principal inconveniente es que tan sólo actúan cuando llega a una determinada concentración en la sangre, y existe riesgo de sobredosificación. Los efectos secundarios más frecuentes son los vómitos, dolores abdominales y nerviosismo.

CONTROL AMBIENTAL

Entre el 75% y 85% de los pacientes con asma también tienen alergias. Este hecho refuerza el concepto de que el control de las alergias será benéfico para el paciente asmático alérgico. Para prevenir las reacciones alérgicas, son indispensables las medidas de control ambiental para reducir la exposición a los alérgenos en interiores y exteriores e irritantes.

Como se ha mencionado existen ciertas substancias ambientales que pueden precipitar o agravar los síntomas, y la manipulación del medio ambiente del paciente puede resultar en gran ayuda; Esto puede ser logrado, efectuando una historia ambiental para identificar posibles "disparadores".

En casa también puede existir contaminación del aire, dañina para el paciente asmático, como el humo de cigarrillos o de asadores de carbón, vapores de insecticidas o desodorantes, cosméticos, pinturas y limpiadoras. (véase Apéndice C)

MEDICINA FÍSICA

La mayoría de las personas no utilizan correctamente sus músculos respiratorios, lo cual ocasiona que haya una deficiente entrada y salida de aire en su organismo. En el niño asmático, como ya se señaló anteriormente, el proceso respiratorio suele dificultarse, razón por la cual la medicina física juega un papel sumamente importante: el paciente asmático debe aprender a respirar en forma adecuada; ha de evitar o corregir vicios posturales y practicar ejercicios que contribuyan a un óptimo desarrollo físico y emocional.

Los objetivos de una buena respiración son:

- ◆ *Usar adecuadamente los músculos respiratorios*
- ◆ *Ayudar al aumento de la capacidad y de la función respiratoria*
- ◆ *Mejorar la condición física general del niño*
- ◆ *Corregir la postura*
- ◆ *Favorecer el desarrollo normal de las actividades de la vida diaria del niño en el hogar y en la escuela*
- ◆ *Contribuir a un mejor estado emocional*

AUTOMANEJO

Esta basado en un adiestramiento cuidadoso y de preferencia con instrucciones dadas además por escrito; Se busca que los padres y aún los mismos pacientes se conviertan en una "primera línea" efectiva en el manejo de los síntomas en forma inmediata y no tener que acudir a consulta o bien buscar ayuda en determinado momento.

Blanco C. en 1990, asegura que un programa de automanejo para control del problema asmático con énfasis en aspectos emocionales y conductuales podrían representar un camino de solución en nuestro país.

ENFOQUES EN PSICOLOGÍA

Dentro de este apartado hay un sin número de manejos terapéuticos en pacientes con asma bronquial. La medicina conductual concibe al asma como una respuesta aprendida, por lo tanto su técnica de tratamiento esta basada en la asociación estímulo-respuesta; Al paciente asmático se le enseña la respuesta de llanto (por el llanto suprimido) y una respiración adecuada (no respira adecuadamente).

Como ayuda a los pacientes asmáticos y personas con padecimientos respiratorios graves fue desarrollada por Buteyko desde los años cuarentas en la Unión Soviética la técnica de Respiración Buteyko que permite al enfermo a través de ejercicios respiratorios programar sus patrones de respiración para evitar y controlar las crisis respiratorias. Esta técnica fue aprobada por el ministerio de salud de Rusia en los años sesentas. Esta ha sido aplicada en distintos países como Australia, Nueva Zelanda, Alemania e Inglaterra y por primera vez en México en 1996⁹⁵.

Existen también dentro de las terapias conductistas, aquellas terapias combinadas de relajación y retroalimentación como el célebre trabajo de Wolpe⁹⁶ en padecimientos psicósomáticos como asma, hipertensión arterial y migraña, entre otros. Y los trabajos dedicados al estudio de la bioretroalimentación de la actividad electrodinámica de Stern y Rogers⁹⁷.

Otro autor, Kociak, en su modelo de medicina conductual propone la participación de un equipo de salud que trabaje conjuntamente con el paciente asmático, abarcando los siguientes puntos: 1) informar al paciente sobre los mecanismos que producen las crisis, 2) explicar la necesidad de participación, compromiso y aceptación de enfrentar las crisis por medio del aprendizaje de una serie de conductas, 3) realizar el entrenamiento de contra condicionamiento, 4) llevar a cabo el reaprendizaje de la respiración, y 5) promover la adquisición de "conductas sanas". Esto con el objetivo de lograr una situación de "autocontrol"; El tratamiento de la ansiedad se realiza de forma directa y con la participación del paciente, además del apoyo psicoterapéutico⁹⁸.

Dekker (1934) manifestó que se puede provocar por medio de la hipnosis un ataque ocasional en pacientes asmáticos. También establece que es posible por medio de la hipnosis, prevenir un ataque esperado. Hansen (1927) y Laudenhimer (1926) lograron mediante tratamiento hipnótico aliviar ataques en pacientes asmáticos, aún con test cutáneos altamente positivos⁹⁹.

En los pacientes tratados por French, algunos sujetos reaccionaron inmediatamente, al comienzo del tratamiento analítico, con una mejoría de su asma. Otros, en cambio, después de un período inicial de alivio y en tanto el análisis comenzaba a movilizar los temores agudos de separación de la madre, la

⁹⁵ Alba, M. (1996, julio)

⁹⁶ Id.

⁹⁷ Id.

⁹⁸ Citado por Blanco C. (1990)

⁹⁹ Citado por French, F. M. y Alexander F. (1994)

frecuencia y gravedad de los ataques de asma aumentaban, como si el Yo se defendiera contra los deseos reprimidos. En algunos más ocurría en los fines de semana o cuando el análisis tenía que ser interrumpido por períodos de vacaciones, y su desaparición después de que el paciente se adaptaba a la interrupción del análisis.

Psicoterapia Psicoanalíticamente Orientada

Cuando el paciente psicósomático inicia su padecimiento, se encuentra convencido de que su enfermedad es de origen orgánico, por lo tanto rechaza la psicoterapia como tratamiento para su enfermedad, siendo incluso, la idea de psicoterapia repulsiva como consecuencia de los habituales prejuicios en contra de la psiquiatría. Dificulta la labor terapéutica el que el paciente se encuentre preocupado únicamente con sus trastornos orgánicos, y sólo cuando el paciente se convence que son los trastornos emotivos los que de hecho determinan la organicidad, estará en condiciones de aceptar la psicoterapia.

Algunos pacientes frecuentemente resisten entrar a psicoterapia y no es raro que éste fenómeno predomine durante la terapia. Cuando la motivación es pobre, las deserciones son más frecuentes. Esto puede explicarse en base a que sus necesidades neuróticas son satisfechas por el padecimiento mismo¹⁰⁰.

En el tratamiento de las enfermedades psicósomáticas los conceptos claves son flexibilidad y técnica. Berle¹⁰¹ y asociados en 1953 recalcan que el tratamiento debería ser "flexible, y poder pasar de no directivo a altamente directivo".

Terapia Familiar y de Grupo

Como consecuencia del significado psicopatológico de la relación madre-hijo en la génesis de reacciones psicósomáticas, se han sugerido la modificación de esa relación como un foco de énfasis en la psicoterapia de los trastornos psicósomáticos. Karasu en 1979 sugirió que el "approach" a nivel de grupo debería ofrecer, de igual manera, un mayor y mejor contacto interpersonal con el subsecuente apoyo al ego débil de los pacientes psicósomáticos que temen al aislamiento y la separación de los padres. Al parecer éstas dos técnicas han logrado buenos resultados clínicos iniciales¹⁰².

La terapia familiar también ha sido tratada desde el enfoque sistémico, y uno de sus principales autores ha sido Minuchin, el cual se ocupa del tratamiento de pacientes con trastornos físicos, describiendo a la familia del asmático como "evitadores de conflicto" y al paciente como centro de atención que permite

¹⁰⁰ Citado por Novoa R. (1981)

¹⁰¹ Id.

¹⁰² Id.

interrumpir, mediante la crisis, cualquier conflictiva entre los padres. El tratamiento en este caso es lograr el ajuste del "sistema" de tal manera que los conflictos sean manejados sin temor y el paciente se vea liberado del papel de "intermediario o bloqueador" del conflicto¹⁰³.

En Brasil actualmente se realiza una estructuración de la atención interdisciplinaria a niños asmáticos y sus familiares a través de la Neumología y la Psicología del Hospital de Base. Por medio de un programa con reuniones semanales, en las cuales se discuten temas direccionados a los intereses y objetivos del grupo (delinear un programa de atención que promueva la adquisición de información más objetiva en relación con la enfermedad; eliminar las creencias sin fundamento; Identificar y reconocer los factores desencadenantes y agravantes de la crisis; informar sobre estrategia para que la familia y el paciente se cuiden en forma más eficaz). Colaboran en estas reuniones el Médico, la Psicóloga, el Fisioterapeuta, el Nutricionista y el Asistente Social. Esta atención posee características preventivas y disminuye la utilización hospitalaria. Persigue también mejorar la calidad de vida del niño asmático y de su familia¹⁰⁴.

Desde el punto de vista de la inteligencia emocional (CE), existe un campo de la investigación sobre el poder curativo de las emociones a la cual denominan psiconeuroinmunología, o PNI. Este término se refiere al estudio de la conexión entre la mente y las emociones: el sistema nervioso central, nervioso autónomo, y el inmunológico. La premisa básica de esta investigación es que la mente puede producir sustancias químicas que protegen el cuerpo de la enfermedad. El enfoque del CE utiliza técnicas de relajación¹⁰⁵.

Recientemente el Programa Nacional de Educación en asma, iniciado en E.U., ha trabajado con los objetivos de incrementar publicaciones y talleres relacionados con el manejo y condiciones para un mejor control del asma.

Los antecedentes en México sobre programas dirigidos a enfermos asmáticos data del año de 1957 en el Hospital Infantil de México, con el nombre de "escuela para padres de enfermos asmáticos", también en el Centro Médico de la ciudad de México durante varios años funcionó un programa de orientación.

Desde hace aproximadamente 25 años, Ramírez en colaboración con Flores, Pedroza y Valle han estado interesados en informar a los padres de los niños con

¹⁰³ Mimuchin, S. (1985)

¹⁰⁴ Rizzo, Kelly R., Miyazaki, M. C., Amaral, V. L. A. R. y Salomao, J. B. (julio, 1998)

¹⁰⁵ Shapiro L. E. (1999)

asma bronquial sobre esta enfermedad. Para ello se dieron a la tarea de realizar, al inicio, pláticas semanales en el Hospital Infantil del DIF; Con el objetivo de que estas pláticas llegaran, también a aquellas personas que no asistían al DIF se modificó a un curso anual (de un solo día) que hasta el día de hoy aún sigue funcionando, pero esta vez no solo para informar a los familiares sino también para el niño asmático. En 1986 estos mismo autores escribieron un manual "Asma Infantil" que responde a las preguntas que con mayor frecuencia se plantean los familiares y como guía para el paciente asmático.

Actualmente en México, como una medida de prevención se han desarrollado en otras Instituciones talleres y/o cursos con el propósito de dar a conocer al público en general ciertos aspectos relacionados con la salud y la enfermedad, un ejemplo de ello es el Hospital Central del Sur de PEMEX que desde 1994 por medio de su programa anual de la "escuela para padres", ha dado a conocer temas como: derechos de los niños, violación, emuresis, enfermedades de la piel y asma bronquial. Sin embargo, a pesar de ser unos excelentes programas, como se puede observar están dirigidos exclusivamente a los padres de familia, sin llevar a cabo una medida directa hacia la persona más afectada, en este caso el paciente.

Los programas de educación en la salud, enfatizan el propio manejo del enfermo, lo cual puede reducir la morbilidad y mejorar la calidad de vida del paciente asmático. Esto puede realizarse si se les menciona a los padres y/o hijos los factores posibles de agravar una crisis, el manejo adecuado de medicamentos como broncodilatadores e histamínicos y lo que puede provocar una mala administración de estos¹⁰⁶.

Una posible manera de trabajarlo es proporcionar a los interesados libros educativos, videos que expliquen la enfermedad y actividades que estén relacionadas con los factores que intervienen en su enfermedad.

UNA PROPUESTA DE TRATAMIENTO

Pareciera que el niño con asma bronquial debe de tomar una serie de cuidados como son el ingerir una cantidad extrema de medicamentos, asistir a lugares donde se les apliquen inmunoterapias y/o inhaloterapias, y como si fuera poco, deben también controlar su medio ambiente.

Dolto (1986) y McDougall (1974), proponen que para evitar los trastornos psicossomáticos, al niño hay que dejarlo expresar lo que siente y piensa "solo en

¹⁰⁶ Weiss, E. B. y Stein, M. (1993)

aquellos que reprimen este deseo y no hablan de él, el cuerpo tendrá que significarlo antes de que dejen la infancia atrás. Esa es la diferencia: la palabra expresa un deseo y evita que eso hable en el cuerpo, si no hoy, más tarde... dejar hablar a los niños, eso es todo y con eso basta”.

La propuesta de esta investigación está encaminada a que el niño asmático aprenda a manejar su asma: a) por medio del incremento en la información que posee respecto a su enfermedad, b) con ejercicios de respiración y de relajación, y c) con la adecuada administración de su medicamento; Sólo de esta manera podemos provocar que el niño con asma sea un ser autosuficiente, como paciente disminuirá sus crisis y a su vez dependerá menos de los cuidados de su madre y de los tratamientos anteriores.

Como se ha mencionado, el mejor tratamiento para esta enfermedad es el conocimiento de la misma¹⁰⁷.

En cualquier programa de entrenamiento los ejercicios respiratorios son primordiales, ya que tienen como objetivo conseguir una buena respiración abdominal y una exhalación prolongada. Los ejercicios respiratorios son útiles para que el paciente aprenda a utilizar su capacidad respiratoria lo mejor posible, elimina las secreciones bronquiales (flemas) y controla la intensidad de las crisis asmáticas¹⁰⁸.

La falta de aire durante la crisis, hace que el paciente experimente una sensación de angustia que aumenta a medida que ésta es más aguda. Y es un hecho comprobado que no pueden existir al mismo tiempo angustia cuando los músculos se encuentran relajados, por esta razón el entrenamiento mediante técnicas de relajación permite que el paciente ejerza el control de sus músculos durante la crisis, disminuyendo la intensidad y duración de ésta e incluso a nivel preventivo aprende a detectar, cuándo va a desencadenar el asma¹⁰⁹.

El entrenamiento mediante técnicas de relajación permite que el paciente ejerza el control de sus músculos durante la crisis, disminuyendo la intensidad y duración de ésta e incluso a nivel preventivo aprende a detectar, cuándo va a desencadenar el asma.

Anna Freud (1981) en su primer conferencia menciona un periodo de preparación al que llama “entrenamiento” para el análisis, en el cual establece en el pequeño paciente la conciencia de su enfermedad, infundiéndole en ellos confianza en el análisis.

¹⁰⁷ Segura, M. (1997)

¹⁰⁸ Ramírez N. et al. (1986); Sandoz y cols. (1989)

¹⁰⁹ Ramírez, N. et al. (1986)

MANEJO EN GRUPO

VISTA INTRODUCTORIA

A través del tiempo hemos observado como se ha transformado hasta cierto punto, la idea original de la terapia (en ese entonces individual), y su relación con el "secreto profesional", la privacidad se pone al descubierto. Primer aspecto que hace entre ver que la terapia de grupo e individual son conceptos diferentes.

La psicoterapia de grupo es relativamente joven (1940); En Estados Unidos, Trigant Barrow, Louis Wender y Paul Schilder fueron los precursores de este movimiento, existiendo en Inglaterra algunas diferencias tanto en su formación práctica como teórica.

Para los psicoterapeutas de grupo, la situación se extiende infinitamente, en todas las dimensiones. La situación es una representación en miniatura del mundo, y el paciente es visto proyectando en el tiempo a sus yo más primigenios e, interiormente, a zonas menos conscientes de su personalidad. La situación psicoterapéutica se analiza en términos de estructura, proceso y contenido.

Estructura.- Se refiere a pautas de relación que son, relativamente, estables y continuas, la forma y organización amoldándose como configuraciones, repara en los roles habituales adoptados por los miembros.

Proceso.- Es el comportamiento dinámico de la situación y puede definirse como la interacción de los elementos de la situación, en sus relaciones y comunicaciones recíprocas, verbales y no-verbales.

Contenido.- Estructura y proceso son los canales a través de los cuales se trasmite el contenido y el análisis del contenido - las actitudes, ideas, valores, sentimientos y sensaciones - y, más particularmente, del contenido anormal (psicopatología).

S. R. Slavson (E. U.), quien denomina a su método "Psicoterapia Analítica de Grupo", es un destacado exponente del psicoanálisis aplicado en un marco grupal; Él parte de tratar al individuo en el grupo, es siempre el individuo y no el grupo como tal. Aquí, el énfasis se sitúa sobre el efecto del grupo en el individuo y no tanto sobre el efecto del individuo en el grupo¹¹⁰.

Otro psicoterapeuta de grupo norteamericano, A. Wolf, emprende lo que llama "Psicoanálisis de grupo", el cual considera al marco de grupo de admirable conveniencia para la exploración del pasado infantil reprimido del individuo, mediante el uso, como en el psicoanálisis de las interpretaciones de la

¹¹⁰ Citado por Foulkes, S. H. y Anthony, E. J. (1964); Anzieu, D. (1971)

transferencia, las reconstrucciones y el análisis de los sueños. El "inconsciente" del paciente individual es tan accesible en la situación grupal como en la psicoanalítica y que puede ser alcanzado con técnicas idénticas. En los grupos de Wolf, alienta a cada miembro a que desempeñe el rol de un analista. Frecuentemente, se vuelve terapeuta sin que él mismo lo sepa, a pesar de sí mismo y en virtud solamente de su propio rol interactivo¹¹¹.

Para Ezriel, su principal énfasis recae sobre la necesidad de interpretaciones activas de los aspectos del "aquí y ahora", de la relación de transferencia que se establece entre el grupo y el terapeuta.

La combinación del psicoanálisis y la perspectiva total de grupo es característica de ciertos investigadores en Londres, uno de ellos es W.R. Bion

La apreciación de Bion¹¹² de la vida dentro del grupo sigue el modelo a dos niveles que corresponden a los procesos primario y secundario del sueño:

- *En el nivel manifiesto, el grupo se mantiene unido por la tarea en mano, cooperando los miembros voluntariamente bajo la dirección del líder de trabajo.*
- *A un nivel profundo, postula la existencia de un factor cohesivo espontáneo, fundado en las mutuas necesidades básicas supuestas, que ocasiona la "combinación instantánea" de dos o más individuos. A este factor lo denomina "valencia".*

En los "grupo sin líder" los miembros se reúnen con el propósito principal de descubrir un líder. Si no lo hallan en el grupo, lo encontrarán en una idea o en un objeto. Si la necesidad de organización del grupo de trabajo se frustra, aparece un instantáneo temor de que emerjan los "supuestos básicos" del grupo. Esto lleva a una tensión creciente y al descubrimiento de fuertes emociones primitivas. La atmósfera puede volverse "insana". Existe entonces, una locura de tipo indefinible y profundo que yace bajo la actividad superficial del grupo manifiesto.

Fue K. Lewin el primero en llevar adelante la idea del grupo como un todo dinámico, operando en un campo social, cuya descripción topográfica proporcionó información acerca de la estructura y de las fuerzas o "vectores" del campo, orientadas hacia los objetos con una cualidad o "valencia" positiva (de atracción) o negativa (de repulsión).

¹¹¹ Citado por Foulkes, S. H. y Anthony, E. J. (1964)

¹¹² Id.

J. L. Moreno ha usado técnicas de grupo en Viena antes de 1920 y acuñó el término psicoterapia de grupo en 1931, situando el énfasis en las ideas de la interacción social, del "átomo social", de la espontaneidad y de las posibilidades dramáticas latentes en cada grupo. Siendo sus técnicas sociométricas valiosas para la investigación grupal¹¹³.

DEFINICIÓN DE GRUPO

El término francés groupe (grupo) proviene del italiano gruppo o gruppo, término que designa a todas las manifestaciones artísticas donde había varias personas para un tema común. El vocablo se extiende pronto al lenguaje corriente y designa un conjunto de elementos, una categoría de seres o de objetos. Sólo hacia mediados del siglo XVIII, grupo, designa, en francés, una reunión de personas¹¹⁴.

Freud S. para explicar los fenómenos de grupo se basa en dos trabajos fundamentales sobre el tema: Totem y tabú de 1913 y Psicología colectiva y análisis del yo, de 1920. En el cual explica la transición de la familia al grupo.

González, N. Monroy, V. y Kupferman, S. (1978) define al grupo como una reunión más o menos permanente de varias personas que interactúan y se interfuyen entre sí con el objeto de lograr ciertas metas comunes en cuyo espacio emocional todos los integrantes se reconocen como miembros pertenecientes al grupo y rigen su conducta en base a una serie de normas que todos han creado y aceptado o modificado.

En los grupos existen diversas categorías como lo son: la muchedumbre, la banda, el agrupamiento, el grupo primario y el grupo secundario; A su vez cada uno de ellos está formado por propiedades y características que los hacen ser diferentes en cuanto a su categoría.

CARACTERÍSTICAS Y PROPIEDADES

Didier Anzieu en 1971 menciona que las principales características de un grupo son las siguientes:

- 1. Está formado por personas, para que cada una perciba a todas las demás en forma individual y para que exista una relación social recíproca.*

¹¹³ Id.

¹¹⁴ Anzieu, D. (1971)

2. *Es permanente y dinámico, de tal manera que su actividad responde a los intereses y valores de cada una de las personas.*
3. *Posee intensidad en las relaciones afectivas, lo cual da lugar a la formación de subgrupos por su afinidad.*
4. *Existe solidaridad e interdependencia entre las personas, tanto dentro del grupo como fuera de éste.*
5. *Los roles de las personas están bien definidos y diferenciados.*
6. *El grupo posee su propio código y lenguaje, así como sus propias normas y creencias.*

Al respecto González, N. et al (1978) considera que el grupo tiene las siguientes características:

- 1.- *Percepciones y conocimientos de los miembros*
- 2.- *Motivación y necesidad de satisfacción*
- 3.- *Organización del grupo*
- 4.- *Interdependencia de los miembros del grupo*

Un grupo surge de la interacción de personas en relaciones recíprocas que, independientemente de su tamaño y temporalidad, constituyen individuos con algo en común: normas, valores, objetivos, intereses, actividades, etc.

El funcionamiento del grupo depende del grado hasta donde estas propiedades se encuentren cuantitativamente presentes. Loeser (1994)¹¹⁵, menciona solo las siguientes cinco propiedades:

1. *Una interacción dinámica*
2. *Una meta común*
3. *La relación existente entre el tamaño y la función del grupo*
4. *Voluntad y beneplácito*
5. *Una capacidad de autodirección*

Sin embargo, creemos que existe un número mayor de propiedades que pueden constituir una base que permita comprender las actitudes de los integrantes del grupo¹¹⁶; a continuación detallamos cada una de ellas:

A. Antecedentes. Se refiere a los factores que el grupo puede o no tener, pueden ejercer una influencia favorable o desfavorable en las metas, en la atmósfera y otros aspectos inherentes al grupo.

El grupo puede estar constituido por personas con diversos antecedentes, entre los que podemos citar: el apellido, personas dependientes, individuos

¹¹⁵ Citado por Morton, K. (1994)

¹¹⁶ Durkin, citado por Morton, K. (1994); Foulkes, S. H. y Anthony, E. J. (1964); González, N. (1992); González, N. J. et al (1978)

provenientes de hogares permisivos, individuos que prefieren el trabajo individual, etc.

El conocer las experiencias previas que haya tenido la persona nos ayuda a determinar cómo será su reacción en el grupo.

- B. **Atmósfera.** Puede concebirse como la disposición de ánimo, tono afectivo o sentimiento que está presente en los integrantes del grupo que, a su vez, conforman la atmósfera grupal. Está determinada por factores tanto internos como externos. Los factores físicos también son importantes en la atmósfera afectan la espontaneidad y la interacción de los participantes dando como resultado distintos tipos atmósfera: cálida, democrática, agresiva, apática, entre otras.*
- C. **Esquema o Patrón de Participación.** Se determina por la dirección de las relaciones existentes dentro del grupo y por el grado de participación de los miembros en los asuntos grupales. Estas relaciones existentes dentro del grupo pueden ser:*
- a) **Unidireccional.** Se dirige del coordinador hacia los demás integrantes del grupo.*
 - b) **Bidireccional.** En ellas el coordinador se dirige a los participantes y éstos a su vez se comunican con él.*
 - c) **Multidireccional.** Los miembros del grupo se comunican unos con otros, a la vez que se comunican con el coordinador.*
- D. **Capacidad de Autodirección.** Se refiere a la disposición que tiene el grupo para regularse por sí mismo y dirigirse hacia la meta, para lo que es necesario que los miembros hayan incorporado los principios del grupo y adopten actitudes democráticas.*
- E. **Interacción Grupal.** Esta es una propiedad común de todos los grupos. El líder es un elemento determinante en la interacción, cuando no existen los resultados pueden ser caóticos y llegar a la ruptura del grupo producida por una sobreestimulación, por lo que es necesario, para que un grupo sea productivo, que la interacción sea regulada y limitar, hasta cierto punto, la libertad de interactuar.*
- F. **Interestimulación.** Se trata del fenómeno de activación recíproca que se presenta entre las personas que tienen un objeto en común y luchan juntos para alcanzarlo mediante sus conductas, pensamientos y actitudes. La interestimulación es el resultado de la comunicación tanto verbal como a nivel preverbal y de las motivaciones y activaciones mutuas de diferente índole entre los miembros, de una forma espontánea, sin que intervenga el conductor del grupo de forma impositiva y autoritaria.*
- G. **Inducción Mutua.** En la inducción mutua se enfatiza especialmente en los factores de índole emocional. Los miembros del grupo se inducen, ya sea de forma consciente o inconsciente, de forma verbal o preverbal.*
- H. **Asimilación.** Es una tendencia de los grupos que favorece la socialización; en este proceso va a controlar y a apropiarse de las características personales*

del individuo, haciéndose así un grupo sumamente cohesivo. La disposición que tiene cada persona para ser asimilada por el grupo va a depender en gran medida de la vida familiar y personal del sujeto durante su primer infancia, así como de sus capacidades innatas para socializar.

- I. Polaridad. Es una manifestación dinámica de un grupo, casi todos los grupos están polarizados en torno a una persona, una idea, un problema, o bien, una meta.*
- J. Voluntad y Beneplácito. La eficacia de un grupo se basa en la voluntad y beneplácito de los miembros por pertenecer a él. Tener éxitos personales y grupales producen ese estado de satisfacción y fortalecen la voluntad de los miembros por pertenecer al grupo.*
- K. Identificación. Estas se dan en todos los grupos, pueden ser positivas o negativas, dependiendo de las características emocionales de los participantes. En los grupos muy cohesivos se fomentan las identificaciones y en los homogéneos pueden observarse claramente. Los grupos propician las identificaciones yoicas y superyoicas. El coordinador del grupo también queda expuesto a identificarse (inconscientemente) con los participantes y es a la vez objeto de identificaciones, pero al hacerla consciente y manejarla adecuadamente le resulta útil al coordinador como persona y ayuda al proceso grupal. Como mecanismo de defensa la identificación permite controlar las ansiedades, los temores y las fantasías.*
- L. Cohesión. Esta puede definirse como la cantidad de presión ejercida sobre los miembros del grupo para que éstos permanezcan y contribuyan en él. La cohesión se manifiesta en la atmósfera del grupo, en la cooperación y, en general, en las relaciones y forma de interactuar de los miembros. En el grupo terapéutico, las fuerzas naturales del grupo tienden, durante las primeras sesiones, a obstaculizar en lugar de facilitar la cohesión. En un principio, los miembros del grupo no están conscientes de qué clase de satisfacciones obtendrán. Están ansiosos, y en su ansiedad, desean muchas veces una relación exclusiva con el líder; y le corresponde a este último utilizar su experiencia terapéutica en la formación del tipo específico de cohesión que facilitará la obtención de su objetivo.*
- M. Meta Común. Para que un grupo se reúna, se da por sentado que existe una meta común; la motivación de conseguirla pone a funcionar la mayor parte de las propiedades grupales. La ausencia de metas comunes provoca ansiedad y dificultad la formación del grupo.*
- N. Tamaño y Función. Estas dos propiedades se encuentran estrechamente relacionadas, ya que al aumentar o disminuir el número de participantes se ven afectados los patrones de participación y la interacción, así como las otras propiedades del grupo. Es evidente que si el tamaño del grupo no es el apropiado, de acuerdo a las funciones que han de realizar para alcanzar las metas, la eficacia del trabajo disminuye de una forma notable imposibilitándose el llegar a los objetivos para los que se formó el grupo.*

En cuanto a estas dos últimas propiedades, existe una relación definitiva entre tamaño, forma y función. El estudio de grupos de diferentes tamaños conduce al observador a establecer clasificaciones basadas en su tamaño.

También en todo grupo hay un nivel o estrato consciente que abarca exclusivamente la discusión o tema que se está desarrollando en un momento dado. Es aquello de lo que el grupo se está percatando. Pero hay otra zona o nivel de temas tratados de los que el grupo si bien no los recuerda en el momento actual, puede, por un esfuerzo de voluntad y recurriendo a la memoria, traerlos nuevamente al plano consciente. La tercera zona del grupo es precisamente el inconsciente, el cual está formado por todos aquellos hechos, situaciones, estados de ánimo, etc., que siendo común a todos los miembros del grupo no pueden aflorar a la conducta por ser extremadamente desagradables para los miembros¹¹⁷.

El mundo de los impulsos instintivos de cada participante del grupo se integra como una unidad cerrada con los impulsos instintivos de los restantes miembros, formando así la parte instintiva del grupo como totalidad. El Ello del grupo va a representar la impulsividad sexual y agresiva de todos sus componentes. El Yo del grupo viene dado por aquella actitud en contacto con la realidad del medio ambiente que tiende a darle sentido de objetividad y sensatez a las reacciones de sus componentes. Y el Superyo del grupo representará su conciencia moral o aparato ético¹¹⁸.

Spotnitz (1952) observó que las resistencias de grupo constituían importantes factores en el tratamiento psicoanalítico de los grupos, y que si el analista lograba comprender esas renuencias, podía obtener la máxima ventaja terapéutica. El paciente situado en un contexto de grupo se resiste a expresar oralmente pensamientos, sentimientos, fantasías, impulsos y recuerdos inaceptables, particularmente los relacionados con sus compañeros o con el analista. Los miembros de un grupo pueden compartir una renuencia común a expresar ideas y experiencias rechazadas, de manera inconsciente, pueden formalizar entre sí un virtual contrato que consiste en retener o impedir esta clase de verbalizaciones¹¹⁹.

Por lo regular es la intelectualización el mecanismo que más utiliza el Yo, junto con la represión, para enfrentar los peligrosos impulsos del Ello. Sin embargo, los medios de que se valen los grupos para enfrentarse a las situaciones de

¹¹⁷ Foulkes, S. H. y Anthony, E. J. (1964); Portuondo, J. (1985)

¹¹⁸ Id.; Morton, K. (1994)

¹¹⁹ Ormont, L. citado por Morton K. (1994)

peligro interior, así como a las de peligro exterior son diversos, los siguientes son los principales psicodinamismos de los grupos¹²⁰:

La regresión	La formación reactiva	Aislamiento
La negación	Proyección	Introyección
Sublimación	Desplazamiento	La fantasía mágica
La identificación	La aparición de síntomas físicos	Las quejas
La racionalización		

CLASIFICACIÓN DE LOS GRUPOS

De acuerdo con su tamaño los grupos pueden clasificarse de la siguiente manera¹²¹:

Diada.	Triada.
Grupo de cuatro a ocho miembros.	Grupos mayores de ocho miembros.
La masa.	

Pueden existir diferentes tipos de grupos: de psicóticos, de neuróticos, de personalidades psicopáticas, de niños problemas, de padres, de entrenamiento, de trastornos psicósomáticos, de leves alteraciones de la personalidad, etc.

Grupos Psicoterapéuticos¹²²: Son grupos primarios, artificiales, que se desenvuelven dentro del campo clínico. Grupos de pacientes reunidos bajo el liderazgo de un terapeuta con el fin de trabajar juntos para alcanzar fines psicoterapéuticos: específicamente, para el tratamiento de los trastornos emocionales de cada paciente.

Kadis y Krasner¹²³, mencionan los siguientes tipos de grupos psicoterapéuticos: Cerrados. Los hay de tres tipos:

De afiliación constante: no permite a los miembros abandonar al grupo a voluntad, sino que, se espera que satisfagan las necesidades del grupo durante cierto tiempo. El periodo de tiempo se estipula al comienzo y puede durar desde pocos meses hasta dos años.

De prototipo familiar: Los miembros abandonan el grupo uno por uno cuando están listos, separándose de él como si fueran sus familias nucleares. El grupo desaparece cuando todos los miembros lo han abandonado.

Ocasionalmente reabiertos: En ellos se pueden añadir o transferir miembros de acuerdo a las necesidades.

¹²⁰ Id.; Foulkes, S. H. y Anthony, E. J. (1964)

¹²¹ González, N. et al. (1974)

¹²² Id.; Foulkes, S. H. y Anthony, E. J. (1964)

¹²³ Citado por Morton, K. (1994)

Abiertos. Teóricamente, tales grupos pueden perpetuarse indefinidamente, ya que aquellos miembros que completan el tratamiento y dejan el grupo, son reemplazados.

En cuanto a la duración de un grupo, depende un poco de la naturaleza del grupo y del ambiente, Vr. El tratamiento intensivo de grupos abiertos tomará, probablemente, un promedio de dos años. Aunque pueden verse buenos resultados aun en un periodo de unos pocos meses, un lapso de seis meses sería relativamente corto. Por otra parte, un grupo cerrado puede cubrir una gran cantidad de terreno en seis meses, pero sería recomendable un periodo mínimo de nueve meses, y ocho meses como el periodo estándar para esta clase de grupo.

Homogéneos. Formados por gentes diagnosticadas de la misma forma.

Heterogéneos. Formados por individuos de personalidades contrastantes, patologías o problemas diferentes.

Mixtos. Constituidos por neuróticos y psicóticos.

De guía. Se centran en el problema común y su meta es hacer que el individuo funcione mejor en su situación vital. El grupo estimula la discusión e incrementa la fuerza del yo del paciente, mediante la aceptación de los otros miembros o la identificación de los problemas.

De consejo. Los problemas y sentimientos se discuten libremente, pero las discusiones se orientan más hacia las personas significativas fuera del grupo que hacia los mismos miembros de este.

De admisión. Son llamados de recepción, de diagnóstico, de sostén o de orientación. Proporcionan a los pacientes, en espera de tratamiento, una experiencia preliminar de grupos y constituyen un medio para evaluar las necesidades del paciente y para mantener contacto con él hasta que se le transfiera a otro lugar.

Específicos. Son los grupos que satisfacen las necesidades de sus integrantes.

Foulkes en 1964 da otra clasificación de grupos psicoterapéuticos:

Con cometido importante en sí. El grupo es tratado por el grupo mismo. El funcionamiento del grupo es la verdadera meta. Es considerado en la clasificación porque está relacionado con los aspectos saludables de pertenecer a un grupo en la vida ordinaria.

No considerando la labor importante. El individuo es el que cuenta. El prototipo de este grupo es de análisis de grupo. Su existencia es tan sólo un instrumento terapéutico.

Grupos puramente terapéuticos. Grupos en los que el terapeuta debe de cuidar de no utilizar al grupo para sus fines y debe corregir sus propias valoraciones a la luz de las del grupo.

TÉCNICAS DE GRUPO

Podemos iniciar definiendo a las técnicas grupales como el conjunto de maneras, procedimientos o medios sistematizados de organizar y desarrollar la actividad de grupo.

La técnica es el diseño, el modelo congruente y unitario que se toma en base a diferentes modos, a partir de los cuales se pretende que un grupo funcione, sea productivo y alcance otras metas más(González, N. et al 1978).

Ψ Expositiva: Esta técnica se refiere a la exposición oral de un tema, hecha por un experto ante un grupo. Puede ser usada para lograr objetivos relacionados con el aprendizaje de conocimientos teóricos o informaciones de diversos tipos. Mientras el especialista expone el tema previamente escogido, la actividad de los participantes consiste en reflexionar sobre lo que escuchan, contestar preguntas que el expositor formula, y posteriormente aclarar aquellos incisos que no hayan quedado comprendidos.

Los principales objetivos de esta técnica consisten en:

- a) Estimular la motivación de los participantes a lo largo de toda la sesión.*
- b) Proporcionar información y ejemplos suficientes en relación al tema.*
- c) Verificar la comprensión de los conocimientos transmitidos a través de las preguntas.*

Conferencia: Una técnica común es aquella situación grupal en la que un expositor calificado pronuncia un discurso o conferencia ante un auditorio. Se trata de una técnica extremadamente formal que permite la presentación de información completa y detallada sin interrupciones.

Esta técnica se utiliza cuando la información debe presentarse proveniente de un experto, de una manera formal, rápida continua y directa. La conferencia identifica problemas y es capaz de explorar sus soluciones, estimulando al grupo a leer y analizar.

Esta técnica no se considera como óptima si se le quiere aplicar como método didáctico ya que la mayor parte del auditorio responde pobremente ante la conferencia y es difícil medir de una manera objetiva los efectos de un discurso sobre el grupo.

Congreso: Esta técnica sugiere una reunión con el propósito de impartir e intercambiar información, tomar decisiones, resolver problemas, averiguar hechos, identificar situaciones, planear o inspirar algo.

Ψ Este símbolo representa las técnicas empleadas durante el manejo de grupo en niños asmáticos, debido a las características propias de cada técnica, así como la facilidad para utilizarla con dicha muestra.

Su característica principal es la fusión de experiencias y de opiniones entre un grupo de personas calificadas en una determinada esfera, o entre un grupo que busca analizar un problema, basándose en la información proporcionada por conductores competentes.

Un congreso debe formularse objetivos, métodos y responsabilidades, los cuales deben ser expuestos en la primera sesión de trabajo.

Asamblea: Esta actividad es uno de los mejores medios para mantener a la gente informada, y confirmar su compromiso respecto a las actividades de su comunidad.

Algunos métodos para dirigir las asambleas son las disertaciones, los paneles, los debates y los simposios.

La asamblea presenta algunas limitaciones: si los componentes del auditorio no se perciben a sí mismos como parte del grupo y no se otorga a los miembros del auditorio una oportunidad de participar, se puede llevar la sensación de que el conocimiento reside solo en la tribuna, y la ignorancia en el auditorio.

Simposio: El simposio es una técnica formal y fácil de organizar que permite la expresión sistemática y completa de ideas de manera ininterrumpida, permitiendo que problemas complejos aparezcan divididos en partes lógicas. Esta técnica se utiliza para presentar información básica, relativamente completa y sistemática.

Diálogo: El diálogo es conocido como la discusión de dos personas eruditas capaces de sostener una conversación equilibrada y expresiva, sobre un tema específico, ante un grupo.

Esta técnica es informal y facilita el acceso a una comunicación directa. Por lo tanto es útil en la presentación informal de hechos, como si fuera una conversación con opiniones o puntos de vista permitiendo la creación del interés sobre el tema, o trayendo la atención sobre otros problemas.

Es un método sencillo y fácil de planear, además permite la aclaración, la lógica, la validación y la comprobación, a medida que se desarrolla la discusión.

También se utiliza para explorar detalladamente diferentes puntos de vista o para obtener acuerdo sobre dos o más de ellos. Fomenta el pensamiento reflexivo permitiendo el establecimiento de un esquema para pensar, discutir y brindar hechos básicos previos a la discusión general del grupo.

Panel: Es la reunión de un grupo de expertos en un tema específico con el fin de dar respuestas a cuestionamientos presentados directamente por ello o a través de un moderador. Puede utilizarse cuando se desea estudiar un tema o problema delante de un grupo y/o actualizar la información.

Jornadas: Las jornadas son una serie de reuniones concebidas para impartir instrucción e información específica en sectores particulares de trabajo. Generalmente se programan para ser realizadas en varios días. Un objetivo importante es el de identificar, analizar o resolver problemas, para inspirar a la gente hacia la acción, o para crear conciencia grupal y despertar interés.

Mesa Redonda: Esta técnica se describe como una discusión ante un auditorio por un grupo seleccionado de personas bajo la dirección de un coordinador. Esta técnica brinda la oportunidad exponer y enfocar diferentes puntos de vista, hechos y actitudes sobre un tópico, permitiendo un máximo de interacción y de interés. La presentación activa del tema alienta la participación de los otros integrantes de la mesa, aumentando el interés del auditorio.

Ψ Actividades Recreativas: Las actividades recreativas son técnicas que no están orientadas hacia una meta específica y que ejercen su efecto de un modo indefinido e indirecto, por ejemplo la música y los juegos. Con esta técnica es posible aumentar la creatividad del grupo, así como ayuda a la integración de los individuos al grupo y proporciona oportunidades para el reconocimiento, la respuesta y nuevas experiencias. A su vez, crea una atmósfera agradable, aumenta la participación, facilita la comunicación, fija algunas normas grupales y desarrolla la capacidad de conducción, con disminución en la tensión.

Esta técnica puede usarse en grupos recién formados. Las actividades pueden ser el primer paso para las relaciones intragrupalas, y aun en grupos no tan nuevos, esta técnica tiene la capacidad de crear socialización. También es útil cuando los sentimientos de lealtad y solidaridad del grupo se ven amenazados o no existen.

Ψ Discusión en grupos pequeños.- Consiste en el intercambio mutuo de ideas y de opiniones entre los integrantes de un grupo relativamente pequeño.

Esta técnica permite la presentación y análisis de ideas, la expresión de dudas, la búsqueda de respuestas a interrogantes a través de una retroalimentación inmediata de los integrantes. Los participantes son enseñados a pensar como grupo y a desarrollar un sentido de igualdad.

Mediante este método es posible establecer situaciones que favorecen la conducción de grupos; se brinda la oportunidad a cada participante de ampliar sus puntos de vista, así como de obtener comprensión y cristalizar sus pensamientos. Para lograr esto es necesario que todos los miembros escuchen atentamente, razonen, reflexionen y participen.

Esta técnica puede utilizarse para identificar y/o explorar las preocupaciones, diversos tópicos de discusión o problemas mutuos, proporcionando apreciación y comprensión para ellos. Así como también para proporcionar y difundir información y conocimiento, y al mismo tiempo, motivar al grupo a actuar.

Técnica de los corrillos: Se trabaja en pequeños grupos, desde dos participantes hasta grupos de ocho, discuten un tiempo determinado tema o parte de un tema hasta llegar a conclusiones. Del informe de todos los grupos se obtienen las conclusiones generales.

Es una técnica rápida que alienta la división del trabajo y la responsabilidad, al mismo tiempo que asegura la máxima identificación individual con el problema o tema tratado. Ayuda a los individuos a liberarse de sus inhibiciones para participar en un grupo pequeño. También logra aliviar la fatiga, el aburrimiento y la monotonía cuando las reuniones grandes tienden a estancarse.

Grupos de Confrontación: A través de los grupos de confrontación, es posible lograr que el sujeto distinga su mundo interno de su mundo externo, con lo cual se favorece su salud mental y su rendimiento.

Para obtener buenos resultados, es conveniente que estos grupos no excedan de 15 personas homogéneas en cuanto a edad. Las personas que toman parte en este tipo de experiencia grupal, deben estar en contacto con alguna actividad que permita el movimiento interno deseado. Por ejemplo Si el grupo se refiere a padres de familia, se le denomina "grupo de confrontación familiar".

Grupos de encuentro: Un grupo de encuentro consiste en un conjunto de personas que quieren interrelacionarse sobre aspectos de sus potencialidades. Algunas personas hablan en relación a las experiencias de grupos de encuentro como una reeducación emocional, en la que se está aprendiendo a reconocer, experimentar y, en última instancia, a controlar las propias emociones.

La finalidad más importante de casi todos los miembros es encontrar nuevas maneras de relacionarse con los otros integrantes del grupo y consigo mismos.

Su duración puede ser de 18 horas en un fin de semana, o de 40 horas aproximadamente en un grupo semanal.

Sensibilización: Es un grupo no estructurado, que se centra en problemas de tipo afectivo y en el cual se minimizan los factores intelectuales y didácticos. Los grupos de sensibilización tienden a ser hincapié en las habilidades para las relaciones humanas, en el desarrollo personal, aumento de la comunicación y las relaciones interpersonales. A sí como que los participantes aprendan a dar y recibir ayuda honestamente y se conviertan en agentes de cambio.

Las desventajas de la sensibilización son las de que provoca resistencias al cambio por lo que requiere un instructor altamente capacitado en el conocimiento de la conducta humana; además puede originar ansiedad sobre el fracaso o el éxito de la experiencia.

Ψ Promoción de ideas: Esta técnica se refiere a un tipo de interacción en un grupo pequeño, concebido para alentar la libre presentación de ideas sin restricciones ni limitaciones en cuanto a su factibilidad. Este permite la discusión de un problema sin consideración sobre cualquiera de las restricciones o inhibiciones usuales. Brinda al grupo la oportunidad para considerar muchas alternativas, incluyendo nuevas oportunidades que estimulan las facultades creadoras de los interrogantes.

Ψ Interrogatorio: Se trata de una técnica en la cual un solo individuo se enfrenta a un interrogatorio efectuado por varias personas. Es un método formal que permite un control flexible de la situación por medio de la comisión. Este permite al interrogado exponer su gran variedad de conocimientos, aptitudes y habilidades. Si hay una buena división de las responsabilidades y un buen respaldo, es fácil lograr un buen interrogatorio, y en consecuencia, el aliento a pensar e interrogar en grupo.

Uno de sus objetivos es estimular el interés u obtener información de acuerdo a un contexto significativo para el grupo.

Psicocomunidad: Es una técnica de investigación, influencia y exploración de la comunidad que toma como marco conceptual los modelos psicoanalíticos de Rappaport. Es un modelo psicoanalítico a corto plazo, que ha mostrado ser útil para estudiar y modificar comunidades.

Ψ Lectura Comentada: Consiste en que los participantes lleven a cabo la lectura de una información estableciendo pausas para discusión de la misma; participa el terapeuta y el grupo.

Ψ Dramatización: Se refiere a la interpretación "teatral" de un problema o de una situación en el campo general de las relaciones humanas. Se trata de un método que por sí mismo crea informalidad, es flexible, permisivo y facilita la experimentación estableciendo una "experiencia común" que puede emplearse como base para la discusión.

Desde el punto de vista psicológico, alienta la participación de los miembros del grupo liberándolos de inhibiciones, ayudándolos a expresar y proyectar sus sentimientos, actitudes y creencias.

La dramatización es fácil de planear pero exige gran habilidad en su aplicación real. Asegura el máximo de compenetración psicológica e identificación con un problema, y así, aumenta la participación del grupo. También sirve para ensayar las sugerencias o soluciones postuladas como un caso hipotético que puede semejarse mucho a una situación de la vida real. Siendo el elemento más importante de la dramatización, la espontaneidad.

Role Playing: La finalidad de esta técnica es la de representar una situación de la vida real con personas que encarnen un "personaje típico". El "role playing" se distingue del sociodrama por ser menos dramático.

A cada integrante del grupo le es asignado el que tiene que representar. Este equipo es presidido por un coordinador o por el mismo conductor del grupo.

Sociodrama: El sociodrama puede definirse como la representación espontánea, en forma dramatizada de una situación de la vida real, problema, necesidades, temores y aspiraciones, concerniente a los miembros del grupo, con el fin de obtener una vivencia más exacta de la situación y encontrar una solución adecuada. En ella se presentan situaciones problemáticas, ideas contrapuestas, actuaciones contradictorias, para luego suscitar la discusión y la profundización del tema.

Ψ Demostrativa: La demostración es utilizada con el fin de instruir, principalmente en lo relacionado a destrezas manuales. Esta técnica consiste en que el instructor ejecuta y explica una operación frente a un grupo. Posteriormente cada participante debe ejecutar por sí solo la operación, bajo la supervisión del instructor.

Para realizar esta técnica es preciso contar con el equipo real de trabajo. Esta técnica permite un aprendizaje eficiente y completo puesto que el instructor puede verificar, paso a paso, los progresos o deficiencias de los participantes.

Ψ Exhibición de Películas: La exhibición de películas es útil tanto de complemento como sustituto a la comunicación interpersonal del trabajador de la salud, el mensaje se recibe a través de la vista y del oído, su mayor ventaja es la atracción que produce en audiencia de todas las edades.

Ψ Juego: La técnica del juego elaborada por M. Klein tiene sumo valor para la observación del niño; Tenemos oportunidad de reconocer así sus distintas reacciones, la intensidad de sus inclinaciones agresivas, de sus sentimientos compasivos y de su actitud ante los diferentes objetos y personas representados por los juguetes. Estas asociaciones lúdicas del niño equivalen exactamente a las asociaciones libres del adulto y, en consecuencia, traslada continuamente cada uno de esos actos infantiles a la idea que le corresponde, es decir, procura averiguar la significación simbólica oculta tras cada acto del juego¹²⁴.

El juego permite: a) Relacionarse espontáneamente con su realidad para conocerla y transformarla, b) relacionarse con otras personas sin temor a equivocarse, c) transformar simbólicamente la realidad y entrenarse para

¹²⁴ Freud A. (1981)

transformarla en la práctica y hacer más agradables los procesos de enseñanza-aprendizaje, y d) las personas que los elaboran a la vez que se expresan artísticamente, van adquiriendo y aportando conocimientos para el cuidado de la salud.

Los juegos con juguetes, el dibujo, la pintura, la puesta en escena de juegos fantásticos y la actuación en la transferencia han sido aceptados en reemplazo de las asociaciones libres¹²⁵.

Con frecuencia los niños prefieren dibujar o pintar lo que se les antoja, y no lo que se les dice que hagan. Esto no desvirtúa el proceso terapéutico, la importancia reside en lo que es el primer plano para el niño ¹²⁶.

Dolto en su libro "psicoanálisis y pediatría" propone la conversación en el curso de la cual debe uno escuchar, mirar, observar sin omitir nada, gestos, expresiones, mímicas, palabras, lapsus, errores y dibujo espontáneo.

Ψ En relación con la relajación, si uno le enseña a los niños a relajarse, ello puede aliviar su tensión y a menudo les ayuda a expresar la fuente de ésta. La imaginaria es una buena ayuda para la relajación.

Conducir al niño en una agradable y placentera fantasía guiada también funciona bien¹²⁷. La percepción del cuerpo es básica para un sentido vigoroso del Yo. Los ejercicios de relajación y respiración ayudan mucho.

Los niños manifiestan su baja autoestima en muchas formas diferentes. Puede que ni siquiera estén conscientes de que no están conformes consigo mismos, aunque saben que algo anda mal. Algunas señales comunes son¹²⁸: lloriqueo, necesidad de ganar, hacer trampas en el juego, perfeccionismo, fanfarroneo exagerado, desprenderse de golosinas, dinero o juguetes, recurrir a trucos para atraer la atención como hacer el payaso, bufonear, provocar, desarrollar conductas antisociales, ser autocrítico, retraído o tímido, culpar de todo a los demás, inventar excusas para todo, estar continuamente disculpándose, ser temeroso de probar cosas nuevas, desconfiar de la gente, necesitar muchas cosas, conducirse a la defensiva, comer en exceso, complacer siempre, sentirse incapaz de elegir y tomar decisiones, nunca decir "no".

Y la mejor manera de ayudarlos es reforzando los sentimientos del Yo, solo así puede entregarse de lleno al proceso de explorar y descubrir todas las cosas de su mundo¹²⁹.

¹²⁵ Freud A. (1992)

¹²⁶ Oaklander, V. (1996)

¹²⁷ Id.

¹²⁸ Gillham, H. L. (1991)

¹²⁹ Id.

- *Escuchar, reconocer y aceptar los sentimientos del niño.*
- *Tratarlo con respeto. Aceptarlo como es.*
- *Hacerle elogios específicos.*
- *Ser sincero con él.*
- *Ser específico en las críticas.*
- *Darle responsabilidades, independencia y la libertad de elegir.*
- *Involucrarlo en la solución de problemas y la toma de decisiones que atañen a su propia vida.*

LOS NIÑOS EN GRUPO

Los grupos de niños pequeños básicamente se manejan como un grupo de juego, con un número aproximado de cuatro o cinco niños. Las "comunicaciones", en el plano del "monólogo colectivo" son descritas por Piaget en 1986. Los niños hablan acerca de lo que ellos hacen y de lo que esto significa. La charla acompaña sus actividades y en apariencia no es dirigida a nadie en particular. La actividad gesticular suplanta, en sumo grado, al lenguaje. Los silencios son frecuentes y naturales.

En la etapa siguiente, comienza el desarrollo del grupo. Las barreras entre las parcelas de juego se cruzan y los temas de juego personal se inmiscuyen en las parcelas vecinas. A medida que pasa el tiempo se forman más y más vínculos espontáneos y, durante un periodo, puede dominar en los comportamientos un solo tema de juego.

Con el nacimiento de las "asociaciones de juego" espontáneas, hay un cambio en la calidad de las comunicaciones. Los impulsos placenteros y destructivos están dirigidos, en su mayoría contra los materiales "buenos" y "malos", pero fácilmente pueden volcarse sobre los participantes. La mayor parte de las peleas son acerca de la posesión de algún material, y pueden distinguirse de la hostilidad que emana de la fantasía¹³⁰.

Los niños en el periodo de latencia se les maneja mejor en combinación con una ocupación sedentaria, tal como dibujar, pintar o modelar. El terapeuta debe trabajar con ellos también, y sus producciones estarán sujetas a la misma crítica libre. El grupo puede hacerlo mejor cuando esta mezclado. La sesión se desliza confortablemente durante una hora, y puede redondearse con un breve rato de actividad en la cual todos puedan participar. Cinco o seis miembros forman una buena "pandilla" terapéutica.

¹³⁰ Foulkes, S. H. y Anthony, E. J. (1964)

Los del sector inhibido del grupo, primero son espectadores pasivos de la interacción entre los miembros activos. Entre estos últimos se da una clase especial de niños, generalmente un varón con una personalidad atractiva y llena de colorido, y constantemente "representando un papel". El intenta personificar al tipo del héroe, pero puede ser identificado con facilidad como un chico pasivo, temeroso, que se está compensando ampliamente de sus sentimientos de timidez e inferioridad. El disfraz heroico se desprende sin esfuerzo bajo la tensión, pero en condiciones promedio su brillante inteligencia social resplandece sobre el grupo, y lo convierte tanto en el centro como en el blanco de los sentimientos de aquél. Cuanto más sea su posición, más estimulado se siente y se vuelve, a su vez, más estimulante. En las primeras etapas ayuda a integrar más rápidamente al grupo de lo que hubiera sido posible en otro caso. Pero la desventaja de este "estimulador" es el que tiende a monopolizar el tiempo del grupo y a dirigirlo fuera de su desarrollo natural.

Eventualmente, el grupo lo descubre y procede a devolverle un poquito de su propia medicina. En esta etapa, puede desaparecer o pedir que lo transfieran a un grupo donde congenie mejor.

Una situación de grupo bien equilibrada para esta edad, se divide en una fase de discusión y, reconociendo la necesidad de actividad del niño, especialmente después de las abstracciones, una fase de actividad.

Estos grupos de niños en el período de latencia tienen un encanto y un carácter propios. El "chismorreo" es su punto fuerte. Disfrutan discutiendo personalidades y relaciones de grupo. Son esquivos en cuanto a sus síntomas, especialmente sobre aquellos regresivos como mojar la cama, y temen desprestigiarse. En las últimas etapas, la preocupación de los miembros prepuberes sobre temas tales como las diferencias sexuales, los roles de los sexos, los problemas misteriosos del nacimiento y de la muerte, y los temores de que ocurran calamidades en la casa, está muy en evidencia. En el grupo se defienden contra tales ansiedades con mucha hilaridad y bullicio y, característicamente, tienden a hacer tabúes los problemas, rodeándose en los chistes, y con un comportamiento exaltado. Muchos de sus sentimientos mezclados, respecto a los padres, se fijan en el terapeuta¹³¹.

Los niños presentan durante el período de latencia especiales dificultades al análisis a diferencia del niño de corta edad, debido a que tienen una vida imaginativa muy limitada, de acuerdo con la poderosa tendencia a la represión que es característica de esta edad, su yo no está aún desarrollado y no tienen conciencia de enfermedad ni sienten la necesidad de ser curados; Se puede agregar a esto la actitud general de reserva y desconfianza tan típica de este

¹³¹ Foulkes, S. H. y Anthony, E. J. (1964)

*período de la vida, actitud que en parte es resultado de su intensa preocupación por la lucha contra la masturbación. No juegan como los niños, ni proporcionan asociaciones verbales como los adultos. Sin embargo es posible establecer la situación analítica muy pronto tomando contacto con su inconsciente, pero desde un ángulo de acercamiento adaptado a sus mentes de niños mayores. Los juegos del niño se adaptan más a la realidad y son menos imaginativos. El yo del niño es aun mucho más débil que el del adulto, trata de fortificar su posición colocando todas las energías al servicio de las tendencias represoras y manteniéndose unido a la realidad*¹³².

*Al tratar a niños en este período es esencial establecer contacto con sus fantasías inconscientes, y esto se hace al interpretar el contacto simbólico de su material en relación a su ansiedad y sentimiento de culpa. Pero, ya que la represión de la imaginación en este período del desarrollo es mucho más severa a menudo se tiene que buscar acceso al inconsciente a través de representaciones que en apariencia están por completo desprovistas de fantasías*¹³³.

La persona con trastornos psicósomáticos trata de llamar la atención e intentando ser el centro del grupo con sus actitudes corporales. El diálogo corporal se vuelve muy importante con este tipo de personas: las miradas y las posturas se vuelven más importantes que las palabras.

*En general, el paciente psicósomático se comporta en el grupo de una manera muy inestable, demandante y a veces infantil*¹³⁴.

TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA EN GRUPO

Freud habla de transferencia desde el inicio de su práctica, aunque no tiene una teoría sobre el fenómeno. Refiere que es un fenómeno frecuente e incluso regular en el tratamiento. Para él, el mecanismo de la transferencia supone, en el pasado, la represión de un deseo y en el presente, en la relación con el médico, el mismo esfuerzo por rechazar ese deseo. Dolto (1974) menciona que hay transferencia en cualquier relación humana.

*La transferencia es un tipo terapéutico característico de relación de objeto que consiste en poner en la persona del terapeuta pulsiones, sentimientos, actitudes, fantasías y defensas en el presente que no le corresponden y que en realidad son desplazamientos de afectos del pasado hacia sus objetos importante. A su vez la contratransferencia la consideramos una reacción global por definición inconsciente del terapeuta hacia su paciente*¹³⁵.

¹³² Klein, M. (1987)

¹³³ Id.; Freud, A. (1981)

¹³⁴ González, N. (1992)

¹³⁵ González N. (1989)

En el intento por revivir y reactualizar situaciones reales o imaginarias y satisfacer necesidades pretéritas durante el análisis psicoterapéutico presente, la transferencia se convierte en un fenómeno regresivo cuya máxima expresión es la neurosis de la transferencia, a la que se le debe dar un sentido curativo.

La contratransferencia es una distorsión inconsciente que se caracteriza por ser una relación de objeto específico. Consiste en proyectar sobre el paciente sentimientos que no le corresponden, sentimientos que en realidad sintió hacia otras personas del pasado, y ahora son transferidos hacia el paciente. Tal distorsión inconsciente se caracteriza por ser una repetición del pasado (Kemper, W. 1972), una reedición de una antigua relación de objeto, un error cronológico (Greenson, 1978)¹³⁶.

La persona con trastornos psicوسomáticos se muestra exigente con el coordinador y con sus compañeros de grupo, desea que le presten atención absoluta a sus conflictos. Ante la menor frustración o contradicción por parte del coordinador se siente incomprendida y opta por que sus dolencias psicوسomáticas se agraven y, así, provocar culpa en los demás. Los sentimientos que el sujeto psicوسomático experimenta hacia el conductor y sus compañeros son un tanto ambivalentes. Y sus demandas transferenciales son de nivel preverbal principalmente.

En la contratransferencia con el enfermo psicوسomático, el coordinador siente algunas veces que es omnipotente y que va curar al sujeto de sus males, cuidándolo como si se tratara de un pariente cercano o de un ser muy querido; desea satisfacerle sus demandas, pero puede caer en el error de apoyar sus ganancias secundarias por sentir inconscientemente que él tiene elementos psicوسomáticos. A veces también el coordinador puede tornarse agresivo ante el sujeto ante la excesiva demanda de éste, provocando en él, fuertes sentimientos de frustración¹³⁷.

Freud A. en 1981 recomienda que al establecer una transferencia en el niño deberá realizarse mediante la vinculación "positiva con el analista" por el contrario estos impulsos negativos contra el analista son sumamente incómodos, por más esclarecedores que resulten ser en múltiples sentidos.

En la entrevista con el niño se da un juego de transferencia mucho más complicado que el que se da con el adulto, por muy diversas razones. En primer lugar porque el niño está inmerso dentro de una situación triangular, de la que es totalmente dependiente, y por lo tanto, en la entrevista con él no sólo

¹³⁶ Citado por González N. (1989)

¹³⁷ González N. (1992)

se expresa su transferencia hacia el entrevistador, sino también la transferencia de los padres hacia el mismo.

En el trabajo con niños, el psicólogo necesariamente revive su propia infancia, infancia que está reprimida, lo cual hace que este trabajo sea más complicado, que el trabajo con los adultos, pues puede ser que sin darse cuenta el profesional trate de darle al niño lo que a él no le dieron sus padres, o lo que hubiera querido que le dieran¹³⁸.

El terapeuta debe tomar en cuenta su propia personalidad ya que sus actitudes, valores, ideales y demás características de su personalidad pueden influir en el proceso o en la personalidad de sus pacientes o en la de su grupo.

La contratransferencia disciplinada del terapeuta determina en gran medida la estimulación o inhibición de la interacción de los miembros del grupo. A su vez, la interacción transferencial es determinada en la contratransferencia del terapeuta¹³⁹.

¹³⁸ Esquivel F. et al. (1994)

¹³⁹ González N. (1989)

METODOLOGÍA

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Los problemas de salud eran manejados únicamente por el personal médico, sin embargo en la actualidad se acepta que se requiere trabajar de manera conjunta con otros profesionales relacionados en este campo.

El asma bronquial como se ha observado en diversos estudios, es una enfermedad psicosomática de origen multifactorial, el niño que la padece vive en un mundo de limitaciones y cuidados, para disminuir esta situación y lograr que se desenvuelva en óptimas condiciones requiere del apoyo de diversas disciplinas.

Por consiguiente creemos que es de importancia llevar a cabo un tratamiento, donde de manera paralela al médico alergólogo, el psicólogo desde el punto de vista psicodinámico ayude a controlar la ausencia del asma bronquial por un tiempo más prolongado.

Según French, Alexander y otros^a, la coexistencia de los factores psicológicos con los factores somáticos explica por qué en muchos casos los síntomas pueden desaparecer al efectuar ciertos cambios en uno de estos dos tipos de factores: el psicológico o el alérgico.

El niño de 8-10 años, se encuentra en edad escolar donde el juego es un elemento vital en su desarrollo; los compañeros, amigos, maestros, hermanos y figuras parentales influyen en su desenvolvimiento y en la forma de vivir su enfermedad. Un espacio donde se logra trabajar con estas figuras, el conocimiento de la enfermedad y como controlarla es por medio de un manejo de grupo, propuesta en la que se hace hincapié para esta investigación.

A partir de la siguiente premisa surgen también las siguientes preguntas de investigación: Se ha observado por medio de una serie de investigaciones^b que el niño asmático presenta ciertos factores en su psicodinamia (agresión y dependencia, entre otros), que influyen para que se desencadene una crisis asmática. Si manejamos uno de estos factores ¿Podríamos, entonces disminuir estas crisis de asma?, y de ser así ¿Existe relación entre el cambio en el grado de severidad de las crisis asmáticas y la aplicación de un manejo grupal? Y por

^a French F. M. y Alexander F. (1944); Weiss E.B. y Stein M. (1993)

^b Id.; Blanco C. (1990); Bustos J. G. y Bracamontes F. (1997); De Hinojosa, V. (1995); Mc Dougall J. (1974)

último ¿Existen diferencias en la psicodinámia del niño asmático antes y después del manejo en grupo?. Siendo el objetivo de la investigación detectar si el manejo grupal influye en la psicodinámia del niño de 8 a 10 años de edad, con asma bronquial y si a su vez este manejo provoca un cambio en el grado de severidad en el asma?.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS CONCEPTUAL

El manejo de grupo, orientado a dar información, influye en la psicodinámia del niño con asma bronquial y este manejo provoca un cambio en el grado de severidad en el asma.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Ho No existen diferencias estadísticamente significativas en la psicodinámia del niño asmático antes y después del manejo de grupo

Ha Existen diferencias estadísticamente significativas en la psicodinámia del niño asmático antes y después del manejo de grupo

Ho No existe relación estadísticamente significativa entre el grado de severidad del asma, antes y después del manejo de grupo

Ha Existe relación estadísticamente significativa entre el grado de severidad del asma, antes y después del manejo de grupo

CLASIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente

Manejo de Grupo

Variable Dependiente

Psicodinámia del niño asmático

Grado de severidad en el asma bronquial

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

Grupo. *Es una reunión más o menos permanente de varias personas que interactúan y se interfluyen entre sí con el objeto de lograr ciertas metas comunes en cuyo espacio emocional todos los integrantes se reconocen como miembros pertenecientes al grupo y siguen su conducta en base a una serie de normas que todos han creado y aceptado o modificado (González Nuñez, 1978).*

Psicodinámia son los cambios y el desarrollo de los procesos psíquicos que ocurren en un individuo (English, H. B. y English A. C. 1977).

Asma Bronquial Es una enfermedad pulmonar con las siguientes características: 1) obstrucción de las vías aéreas que es reversible a veces espontáneamente otras con tratamiento 2) inflamación de las vías y 3) incremento de la sensibilidad a una variedad de estímulos; que requiere de múltiples factores (hereditarios, ambientales, psicológicos y/o de contaminación), para desencadenarse en una crisis (Ramírez, N. et al 1986).

En cuanto a su grado de severidad se clasifica en los tres siguientes grupos:

<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>	<i>Severa</i>
<i>Se presentan síntomas 1 o 2 veces por semana sin crisis; el paciente llega a despertar por las noches con tos 1 o 2 veces al mes.</i>	<i>Se llegan a presentar síntomas 1 o 2 veces por semana y el paciente se despierta por las noches más de 2 veces al mes.</i>	<i>En este tipo de asma, los síntomas se presentan diario.</i>

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Cada lámina del CAT y su suplemento (CAT-S) proporcionan temas típicos, en los cuales nos basamos para su evaluación e interpretación de la psicodinámia del niño con asma bronquial. Con forme a la descripción de las láminas y sus respuestas típicas (temas de interés para esta investigación), se encontró que las láminas 2,3,4,9,4^S arrojan respuestas relacionadas con el conflicto de ser dependiente e independiente y las láminas 5S, 7S suscita ideas de la imagen corporal, las ideas que tiene sobre sí mismo y sobre su cuerpo, los defectos, el orgullo; así mismo la lámina 8S nos ayuda a conocer los efectos psicológicos del problema asmático. Por lo cual son las láminas en las que enfocaremos nuestra atención.

Para observar las diferencias en la psicodinámia del niño asmático se procederá a cuantificar el número de palabras de las láminas del CAT y CAT-S, antes y después del manejo de grupo, así como se observará el tipo de respuesta (contenido) que los sujetos den a cada una de las láminas de las pruebas de apercepción temática (e. g. Situaciones de dependencia o independencia).

^S Cada que aparezca una S a lado de un número nos referimos a una lámina específica del suplemento del CAT.

Si los sujetos difieren en el número de palabras y en el relato de las historias, será el indicador para pensar que existen diferencias, apoyándonos en las pruebas estadísticas correspondientes.

Así también como ya se mencionó, las láminas 5, 7 y 8 del CAT-S, originan sentimientos sobre impedimento físico o incapacidad general, ideas de la imagen corporal, temores y traumas relacionados con enfermedades físicas, operaciones, médicos y hospitales. En este caso en la prueba pretest se esperan respuestas típicas relacionadas con el asma y sus conflictos, pero para la prueba postest se espera que las respuestas no estén relacionadas en términos de conflicto.

Para evaluar el grado de severidad en el asma, se tomará en cuenta los síntomas registrados por el médico alergólogo, en el expediente del sujeto en el Instituto Nacional de Pediatría, antes y después del manejo de grupo.

Para señalar si existe una disminución o un aumento en el grado de severidad del asma nos apoyaremos en su clasificación (asma leve, moderada y severa), por lo que la presencia de menos episodios en los síntomas del asma nos estará indicando una disminución del padecimiento, pero si por el contrario, el sujeto presenta síntomas con mayor frecuencia, esto mostrará un aumento en el grado de asma.

Para identificar los principales mecanismos de defensa en los grupos de niños asmáticos, se utiliza una lista de verificación de los mecanismos adaptativos en las respuestas al CAT elaborado por Mary R. Haworth (Ver Apéndice D), la cual se califica de la siguiente manera: En los espacios en blanco que preceden a cada reactivo se indica con una marca la aparición de la respuesta respectiva. Cuando se han calificado todas las historias, se registra el número total de las marcas para cada categoría en el espacio en blanco respectivo. El número que está entre paréntesis en cada uno de estos espacios en blanco indica el número mínimo de marcas consideradas como "una puntuación crítica" para la categoría respectiva.

SUJETOS

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

<i>Edad</i>	<i>8-10 años</i>
<i>Padecimiento</i>	<i>Asma Bronquial</i>
<i>Grado de Severidad</i>	<i>Leve y Moderado</i>
<i>Escolaridad</i>	<i>primaria</i>
<i>Sexo</i>	<i>femenino/ masculino</i>
<i>Nivel Socioeconómico</i>	<i>bajo y medio</i>

POBLACIÓN

La población de la cual se extrajo la muestra de pacientes con asma bronquial se recabo en el área de consulta externa (departamento de alergia) del Instituto Nacional de Pediatría (INP).

Así mismo se obtuvieron 18 niños(as) asmáticos con todas las características antes mencionadas, a los cuales se les realizó las pruebas de aperccepción temáticas.

MUESTREO

Los sujetos fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico por cuota, debido a que en la población total de personas asmáticas (N= 7%), existe entre otros, asma bronquial en la niñez (n= 4%), de los cuales sólo fueron elegidos niños de la consulta externa del INP (n=122) de la Ciudad de México y a su vez niños que llevarán el mismo tratamiento farmacológico aplicado por el médico de alergia.

De los niños asmáticos elegidos, se conformaron tres muestras designadas como "grupo 1", "grupo 2" y "grupo 3"; en los dos primeros grupos se asigno un tratamiento (manejo de grupo) y en el tercer grupo no se asigno.

TIPO DE ESTUDIO

*La investigación es de tipo **no experimental** debido a que es una indagación empírica y sistemática en la cual no se tuvo el control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones son inherentemente no manipulables, **de Campo** porque el estudio se realizó en escenarios no experimentales, es decir la muestra (niños asmáticos) fue seleccionada y estudiada directamente en el departamento de alergia del INP.*

*El estudio se considera **longitudinal** puesto que se midió dos veces la variable, es decir en cada uno de los grupos se realizó una evaluación pretest y después de determinado tiempo una segunda valoración. Es **comparativo** pues existen 3 muestras (dos con tratamiento y una sin tratamiento) de una sola población (niños asmáticos), donde se quiere comparar algunas variables para constatar una hipótesis central.*

DISEÑO

Es un diseño no experimental de 3 grupos de estudio (dos grupos con tratamiento y uno sin tratamiento) con una sola muestra (niños asmáticos) con medida pretest y postest.

Grupo 1 con tratamiento

M1	TX	M2
Se aplicó CAT y CAT-S para observar como llegó el grupo	Se aplicó el manejo de grupo	Se aplicó CAT y CAT-S para observar si existían diferencias en el grupo

Grupo #2 con tratamiento

M1	TX	M2
Se aplicó CAT y CAT-S para observar como llegó el grupo	Se aplicó el manejo de grupo	Se aplicó CAT y CAT-S para observar si existían diferencias en el grupo

Grupo # 3 sin tratamiento

M1	P	M2
Se aplicó CAT y CAT-S para observar como llegó el grupo	Se aplicó el manejo de grupo	Se aplicó CAT y CAT-S para observar si existían diferencias en el grupo

M1 implica que la conducta de los sujetos se midió antes, y después M2 de la administración del tratamiento Tx y la P significa que no recibieron tratamiento.

INSTRUMENTOS Y/O MATERIALES

El primer instrumento que se utilizó para esta investigación fue la ficha de identificación, que en su mayoría fue contestada por el paciente asmático (3 de los sujetos prefirieron que el familiar contestara dicha ficha "no se", "no puedo"). Se elaboró con la finalidad de seleccionar la muestra y conocer que tanto el paciente como el familiar, dominan el tema del asma bronquial, de su enfermedad (véase Apéndice E).

A los pacientes que reunieron las características antes mencionadas y desearon cooperar, se les aplicó el Test de Apercepción Temática para niños y su suplemento (CAT y CAT-S), como prueba pretest y postest para determinar si existían diferencias en los grupos.

Material para:

CAT y CAT-S

- Las diez láminas del CAT y las diez láminas del CAT-S
- Una micrograbadora y un cassette

Material para:

Manejo en grupo

Para las sesiones del manejo grupal se utilizaron: Pizarrón verde, gises, hojas blancas, lápices de colores y plastilina, estambre, cartulina, tijeras, juegos de mesa y dibujos relacionados con el asma que sirvieron como ejercicios.

Instrucciones para CAT y CAT-S:

Antes de aplicarse la prueba se estableció una buena relación con el niño, y la consigna fue:

“Jugaremos a contar cuentos, tú los contarás mirando unas láminas, y me dirás qué sucede, qué están haciendo los animales”, en el momento oportuno, se realizaron preguntas como: “¿Qué sucedió antes?, ¿Qué sucederá después?, ¿Qué papel tienen los personajes?”.

Para un análisis complementario, durante el manejo de grupo se realizaron tres pruebas:

- 1) *La prueba de Raven como un criterio de inclusión, para identificar coeficiente intelectual promedio en niños asmáticos (véase Apéndice B).*
- 2) *El Test Gestáltico Visomotor de Bender para evaluar el nivel de maduración neurológica de cada uno de los niños, así como para detectar si existían algunos indicadores emocionales (véase Apéndice A).*
- 3) *La Prueba del Dibujo de la Figura Humana para cotejar los hallazgos en las pruebas de Apercepción Temática y el Gestáltico Visomotor de Bender; Debido a que es bien sabido que una sola prueba no hace un diagnóstico.*

Material para:

Raven

- *Manual (contiene las instrucciones)*
- *Cuaderno de Matrices (escala con 36 láminas de dibujos coloreados incompletos, distribuidas en tres series - A, Ab, B - de 12 dibujos cada una)*
- *Protocolo de prueba (registro de datos de identificación, anotación y clasificación de las respuestas por el sujeto, y registro de diagnóstico y observaciones)*

Bender

- *Las 9 láminas geométricas impresas en negro sobre láminas de cartulina blanca, la primera es la figura A y las demás se numeran del 1 al 8.*
- *Hojas blancas bond, tamaño carta. Se le da una al sujeto, y se deja al lado más hojas por si desea hacer los dibujos en varias hojas.*
- *Un lápiz mediano del número 2 ½ y una goma para borrar.*

DFH

- *Una hoja blanca tamaño carta para cada prueba*
- *Lápices*
- *Goma para borrar y*
- *Sacapuntas*

Instrucciones para:

Raven

El examinador abrió el cuadernillo en la primera ilustración, A1 y dijo: "Mira esto, como ves, es un dibujo al que se le ha sacado una parte. Cada uno de estos dibujos tiene la misma forma que ese espacio vacío, pero sólo uno completa el dibujo. El núm. 1 tiene una buena forma, pero el dibujo no queda bien. El núm. 2, tampoco. El núm. 3 tampoco va bien. El núm. 6 es casi bueno, pero falla aquí. Sólo uno es bueno. Señala tú cuál es el dibujo que viene bien". Luego el examinador mostró el problema A2 y dijo: "Ahora indica la pieza que completa este dibujo".

Bender

Koppitz nos sugiere sentar al niño en la mesa, con luz adecuada, con lentes si es que usa, el material necesario, cuidar que el niño no esté cansado para que rinda óptimamente y decirle: "Aquí tengo nueve tarjetas con dibujos para que los copies. Aquí está el primero. Haz uno igual a éste".

DFH

"Quiero que en esta hoja dibujes una persona completa. Puede ser cualquier clase de persona que quieras dibujar, siempre que sea una persona completa" a cualquier pregunta aclaratoria se le menciona: "Como tu desees".

MODELO DEL MANEJO GRUPAL

Frecuentemente, se ha podido observar en la clínica que los niños con asma bronquial pocas veces tienen conocimiento de su propia enfermedad. Esto se refleja en una serie de incógnitas que los niños y sus padres no saben resolver tales como ¿El asma es una enfermedad curable o controlable?, ¿Siempre va a

tomar medicamentos?, ¿Qué actividades puede realizar mi hijo?, ¿Qué alimentos tiene que suspender?, ¿Tiene que seguir alguna dieta?. Estas y otras preguntas provocan en el entorno familiar angustia, la cual induce a que se desencadene una crisis asmática en el paciente.

Por lo que esta investigación propone que el paciente con asma bronquial, tenga conocimiento de su enfermedad y de sus propias capacidades y limitaciones como individuo. Conocer y conocerse a sí mismo es la principal herramienta que tenemos los seres humanos para vivir una vida más saludable. Esto a su vez ayuda a que el niño asmático sea más independiente del núcleo familiar debido a que él mismo aprenderá a manejar su enfermedad. Disminuyendo a sí su angustia y por lo tanto sus crisis asmáticas.

El manejo de grupo se aplicó a los 6 niños con asma (grupos 1 y 2), y se llevó a cabo en sesiones de dos horas cada una, tres veces por semana, durante un mes, siendo el total de sesiones 12 así como 24 las horas empleadas (véase Apéndice F).

ESCENARIO

La selección, de la población, la aplicación de las pruebas, el manejo grupal y la junta con los padres de familia se realizaron en el área de consulta externa (departamento de alergia) del Instituto Nacional de Pediatría.

El departamento de alergia nos proporcionó para este estudio un aula con las siguientes características: un espacio de 2 por 3 metros cuadrados, con suficiente luz y ventilación, había en ella una mesa rectangular de aproximadamente 1 metro por 60 cm. 7 sillas y una camilla (que por ordenes del área no podían salir del aula).

PROCEDIMIENTO

*Para realizar esta investigación se llevó a cabo los siguientes pasos:
Con la previa autorización del departamento de alergia del INP.*

- 1. Se eligieron a los 18 sujetos (6 para cada uno de los 3 grupos), que cumplieran con los criterios de selección.*
- 2. Al ser elegidos los niños asmáticos se pidió la autorización verbal, a los padres de acuerdo a los lineamientos del Código Ético del Psicólogo.*

3. *Se aplicó una ficha de identificación a cada uno de los niños, la cual fue contestada por uno de los padres o tutor y/o el niño (véase Apéndice E).*
4. *Conforme al manual del CAT y CAT-S se llevó a cabo la aplicación individual en los 18 niños asmáticos (pretest).*
5. *Se citaron a los padres de familia de 12 niños (6 niños para cada grupo con tratamiento "grupos 1 y 2") con la finalidad de darles información más amplia sobre el manejo grupal y se les dio a su vez una sesión informativa sobre el asma bronquial.*
6. *Al tercer día se citó a los 6 primeros niños con asma para iniciar las sesiones del manejo grupal (grupo 1), (véase Apéndice F).*
7. *El manejo grupal se llevó a cabo en horario y días establecidos conforme a la conveniencia de los sujetos y el médico de alergia (Cada tercer día, dos horas por sesión, en el departamento de alergia de 8.30 a 10:30 a.m.).*
8. *Al término de éste, es decir después de las 12 sesiones, se citó una vez más a los niños (6 niños con tratamiento "grupo 1" y 6 niños sin tratamiento "grupo 3") para la aplicación, nuevamente de las pruebas CAT y CAT-S.*
9. *Se citaron a los 6 niños restantes para aplicar las 12 sesiones del manejo de grupo, al finalizar se citaron nuevamente a los sujetos para la valoración postest (grupo 2).*
10. *Para evitar tropezar con un problema ético, se invitó días después de la aplicación de las pruebas CAT y CAT-S, a los niños que no recibieron tratamiento para llevar a cabo el manejo de grupo (grupo 3).*
11. *Se entregó un informe a cada uno de los padres y médico de alergia a cerca de los resultados de la aplicación de las pruebas y del manejo en grupo, a los familiares de los pacientes se les entrego una lista de recomendaciones para el manejo del asma bronquial, medidas generales que explican a detalle el control ambiental que se debe llevar a cabo cuando aún no existe un buen manejo o control de la enfermedad (véase Apéndice C).*

METODO Y ANALISIS ESTADÍSTICO

Tomando en cuenta los planteamientos de la investigación, el tipo de estudio, el diseño de grupos, las variables a contrastar y el nivel de medición, fueron seleccionados los procedimientos estadísticos: "las gráficas circulares".

“gráficas de barras” “tablas de comparación” y “tablas de enunciados”.

También se eligieron técnicas inferenciales de tipo no paramétrico para la comparación de los grupos tales como la “ji cuadrada”, análisis de varianza no paramétrico “Kruskal-Wallis” para grupos independientes, es decir para la comparación de las evaluaciones pretest y postes y “prueba de Wilcoxon” para grupos relacionados.

RESULTADOS

En el departamento de alergia de consulta externa del Instituto Nacional Pediatría, se registra un promedio de 245 pacientes por semestre, con síntomas de asma bronquial, ocupando así los primeros lugares en la tasa de morbilidad en los últimos años. Por lo que el número de pacientes para esta investigación fue de 18, que corresponde al 22% del promedio de la población mensual.

Características Demográficas

Con la muestra total de los 18 niños asmáticos se formaron tres grupos elegidos en la consulta externa del departamento de alergia del INP conforme al día de la cita de los pacientes, fueron seleccionados los niños que cumplían con los criterios de inclusión antes mencionados.

Los dos primeros grupos fueron invitados a asistir al manejo de grupo, de los cuales solo 7 (58%) asistieron, y uno de ellos realizó únicamente pretest y se presentó a 6 de las 12 sesiones del manejo en grupo.

El tercer grupo no tuvo tratamiento durante esta investigación, por lo que se presentaron solo a la evaluación del pretest (6 niños) y del postest (3 niños), teniendo en este grupo una muerte experimental del 50% (véase Tabla 1).

Tabla 1. Señala como se conformó la muestra de cada uno de los grupos.

<i>Grupo</i>	<i>Citado</i>	<i>Realizaron pretest</i>	<i>Asistencia al manejo de grupo</i>	<i>Realizaron postest</i>
1	6	6	4*	3
2	6	6	3	3
3	6	6	---	3

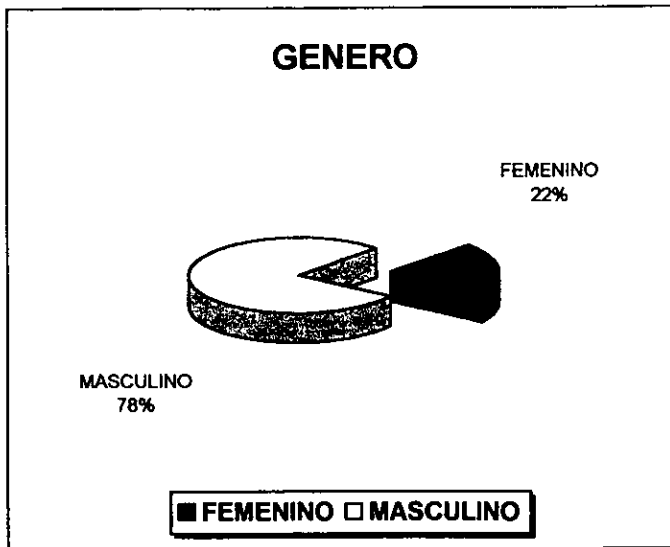
* Asistió a 6 sesiones de 12 y no realizó postest.

De los sujetos que realizaron únicamente la evaluación pretest y no asistieron al manejo de grupo ni al postest (ocho niños: dos del grupo 1, tres de los grupos 2 y 3 respectivamente) se formó otro grupo, al cual llamaremos "grupo 4".

Por lo tanto se toman en cuenta a los 18 niños, sólo en las figuras 1 y 2, y la tabla 2.

Con respecto al genero, encontramos un número mayor de sujetos del sexo masculino (13 niños), en relación con el femenino (5 niñas) (véase Figura 1).

Figura 1. Porcentajes por genero en los sujetos de la muestra.



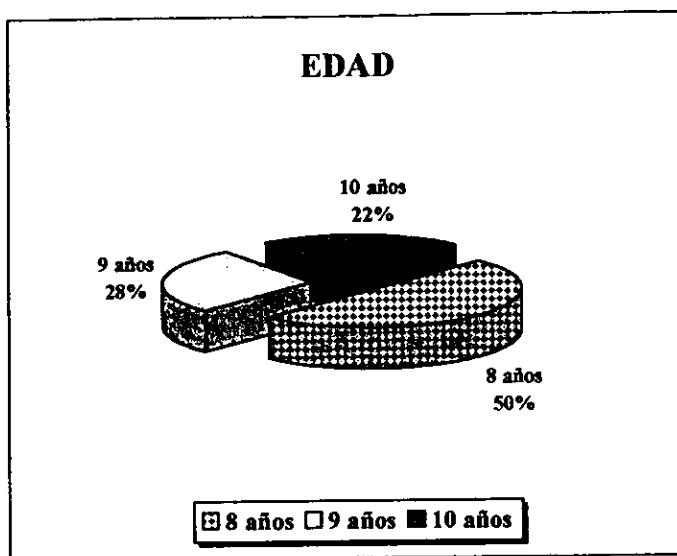
En la tabla 2 se señala por grupo, el número de sujetos que pertenecen al genero masculino y femenino.

Tabla 2. Sujetos por genero en cada uno de los grupos.

Grupo	Genero	
	Masculino	Femenino
1	2	2
2	3	0
3	3	0
4	5	3

Con respecto a la edad, predomina la de ocho años obteniendo 9 casos (6 niños y 3 niñas), seguido de la edad de nueve años con 5 casos (4 niños y 1 niña), y por último los niños de diez años con 4 casos (3 niños y 1 niña) (véase Figura 2).

Figura 2. Porcentaje por edad en los sujetos de la muestra.



La tabla 3 muestra por edad, el número de sujetos que conformaron cada uno de los grupos.

Tabla 3. Sujetos por edad en cada uno de los tres grupos.

Grupo	Edad		
	8	9	10
1	2	0	2
2	1	2	0
3	2	1	0
4	4	2	2

En la tabla 4 se observa que la escolaridad corresponde cronológicamente a la edad de los sujetos de estudio; es decir los niños de 8 años de edad asisten a tercer años de primaria, los de 9 a cuarto y los 10 años a quinto de primaria.

En cuanto al número de hermanos el 70% de los pacientes tiene un hermano(a), el 20% dos o más hermanos y sólo uno de ellos es hijo único.

En relación al tiempo que llevan los pacientes padeciendo asma bronquial se encontró que el 80% de los sujetos tiene más de 3 años de evolución sin existir cambios aparentes.

Tabla 4. Características de los grupos: por edad, escolaridad, número de hermanos, tiempo de evolución de la enfermedad y evaluaciones realizadas.

No. ID	Sujetos Grupo	Edad	Escolaridad	No. hermanos	Tiempo de evolución	Evaluación Pretest	Postest
1							
1	CID	10,5	5º	2 menores 2 mayor y	6ª	Si	Si
2	JEG	10,8	5º	1 menor	3ª	Si	No
3	KJA	8,8	3º	1 mayor	4ª	Si	Si
4	MAF	8,4	3º	1 menor	1ª	Si	Si
2							
1	SMT	8,9	3º	-----	5ª	Si	Si
2	JAC	9,3	4º	1 mayor	2ª	Si	Si
3	RVR	9,10	4º	1 mayor	3ª	Si	Si
3							
1	MMG	8,3	3º	1 mayor	3ª	Si	Si
2	HHF	8,0	3º	1 menor	5ª	Si	Si
3	CCT	9,7	4º	1 mayor	5ª	Si	Si

Nota: las iniciales de la segunda columna corresponden a los nombres de los sujetos de los grupos, las cuales nos ayudara a identificar a los niños (véase Apéndices J, K, L).

Como se muestra en la misma tabla4, al realizar la evaluación pretest existieron 10 sujetos, sin embargo uno de ellos solo se presentó a 6 sesiones y no realizó su valoración postest, por ello solo se toman en cuenta 9 casos para los resultados restantes y su análisis estadístico.

En la muestra se reportó a 5 casos con antecedentes de alergia, asma o bronquitis en familiares del paciente (56 %) y 4 sujetos (44%) sin antecedentes.

Grado de Severidad

En cuanto al grado de severidad, al realizarse la evaluación del pretest, se presentaron 2 casos (22%) con asma bronquial leve persistente y 7 casos (78%) con asma bronquial moderada persistente e intermitente (véase Tabla 5).

La diferencia del asma leve persistente e intermitente radica en que la primera se trata con inmunoterapia y con uno de los siguientes fármacos: antiinflamatorios, antihistaminicos o broncodilatadores, y la segunda (intermitente) solamente con inmunoterapia (vacunas).

El postest se realizó al mes de haberse efectuado la primera evaluación, sin embargo con fines de seguimiento se decidió revisar los expedientes tres meses después para asegurar que el cambio en la gravedad fuera constante, también se llamo por teléfono al paciente para confirmar los resultados.

Cabe recordar que el 56% de los pacientes llevaba más de cuatro años de padecimiento de la enfermedad sin disminuir el grado de severidad.

Para la valoración del postest se observó que a los tres meses 7 casos disminuyeron de asma moderada a asma leve y 2 casos que tenían asma leve persistente disminuyeron a leve intermitente (véase Tabla 5).

Tabla 8. Grado de severidad en los niños asmáticos, antes y después del manejo en grupo.

	<i>Aplicación del CAT y CAT S</i>		
	<i>Pretest</i>	<i>Postest</i>	
<i>Grupo # 1</i>		<i>1mes</i>	<i>3 meses</i>
<i>C.I.D.^a</i>	<i>A.B.M.P</i>	<i>A.B.M.P</i>	<i>A.B.L.I</i>
<i>K.J.A.</i>	<i>A.B.M.I</i>	<i>A.B.L.P</i>	<i>A.B.L.I</i>
<i>M.A.F.</i>	<i>A.B.M.I</i>	<i>A.B.L.P</i>	<i>A.B.L.I</i>
<i>J.E.G.</i>	<i>A.B.M.P</i>	-----*	-----*
<i>Grupo # 2</i>			
<i>S.M.T.^b</i>	<i>A.B.M.P</i>	<i>A.B.M.P</i>	<i>A.B.L.I</i>
<i>J.A.C.</i>	<i>A.B.L.P</i>	<i>A.B.L.I</i>	<i>A.B.L.I</i>
<i>V.R.I.</i>	<i>A.B.M.P</i>	<i>A.B.M.L</i>	<i>A.B.L.P</i>
<i>Grupo # 3</i>			
<i>M.M.G.</i>	<i>A.B.L.P</i>	<i>A.B.L.I</i>	<i>A.B.L.I</i>
<i>H.H.F.^c</i>	<i>A.B.M.P</i>	<i>A.B.L.P</i>	<i>A.B.L.P</i>
<i>C.C.T.^d</i>	<i>A.B.M.P</i>	<i>A.B.L.I</i>	<i>A.B.L.I</i>

*Nota: ABMP significa Asma Bronquial Moderada Persistente
 ABMI significa Asma Bronquial Moderada Intermitente
 ABLP significa Asma Bronquial Leve Persistente
 ABLI significa Asma Bronquial Leve Intermitente*

^a C.I.D. Al terminar el manejo de grupo presentó crisis asmática durante una semana, luego fue bien controlada y a los 3 meses disminuyó a asma leve intermitente.

^b S.M.T. No se presentó los dos últimos días del manejo grupal por una fuerte crisis asmática, la cual ha sido la última en presentarse dando como resultado un asma leve intermitente.

^c H.H. disminuyó el grado de severidad asma, sin embargo a los tres meses de haber realizado su pretest presentó parálisis facial parcial del lado derecho de su cara por lo que se le remitió al área de psicología del I.N.P. (edad de 8 años).

^d C.C.T. También disminuyó en el grado de severidad en el asma, pero al mes de haber realizado su postest comenzó con cefaleas persistentes, actualmente la madre lo lleva al neurólogo (edad 9 años). Para mayor información véase en los Apéndices J, K, L, los protocolos de cada uno de los sujetos.

Mecanismos de Defensa

Con respecto a los mecanismos de defensa empleados en los niños durante la aplicación de las pruebas destacaron los siguientes:

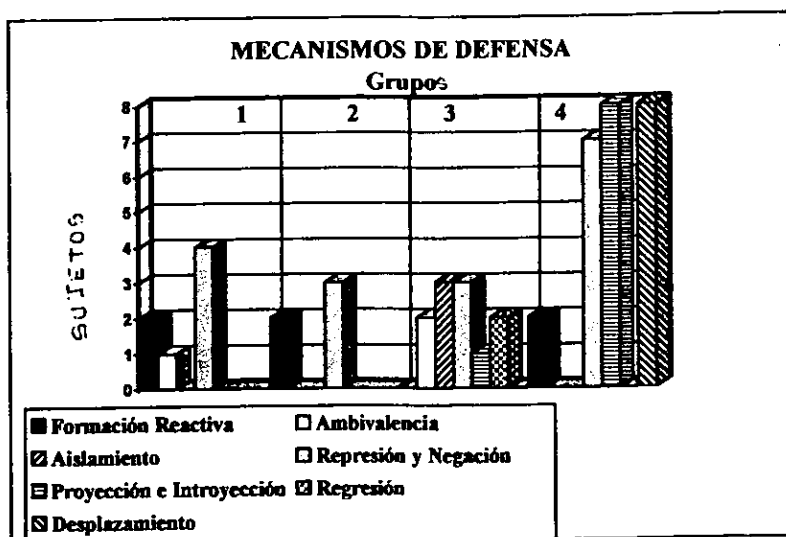
En el primer grupo.- la negación y represión en 4 casos, (100 %) y la formación reactiva y proyección en dos casos (67 %).

En el segundo grupo.- la negación y represión en 3 casos (100%) y el aislamiento en 2 casos (67 %).

En el tercer grupo.- la negación, la represión y el aislamiento en 3 casos (100 %), y la regresión en 2 casos.

En el cuarto grupo.- la proyección y el desplazamiento con 8 casos (100 %) y la negación con 7 casos (88 %)(véase Figura 3).

Figura 3. Comparación de los principales mecanismos de defensa empleados por los grupos.



Los principales mecanismos de defensa utilizados por los sujetos fueron la negación y represión (100 %) y la formación reactiva (67%) para los tres primeros grupos. También en el grupo 3 se observa el aislamiento como mecanismo de adaptación a diferencia del resto de grupos.

En el grupo 4 el desplazamiento, la proyección e introyección son las principales defensas utilizadas en las historias (véase Apéndice G).

Número de Palabras

Con respecto al número de palabras empleadas, los dos primeros grupos (grupos 1 y 2) redactaron sus historias más cortas en la prueba pretest (media de palabras = 175.5) en comparación a la prueba posttest (media de palabras = 219.2).

El grupo 3 (grupo sin tratamiento) obtuvo en la prueba pretest una media de 1736 palabras en las 10 láminas del CAT y su suplemento, y en su evaluación posttest una media de 647 palabras, es decir menos de la mitad de las palabras que realizó en la primera valoración.

Como se observa en los dos primeros grupos (grupos con tratamiento), la media del número de palabras es menor a la del grupo 3, tanto en su evaluación pretest como en el posttest, y la narración de las historias del pretest, es más corta en los grupos 1 y 2, y más larga en el grupo 3.

En el grupo 4 (grupo que no realizó posttest) la media fue de 394 palabras por las 20 láminas de la evaluación pretest, siendo mayor esta media con respecto a las de los grupos 1 y 2 (véase Tabla 6*).

Tabla 6. Media del número de palabras de la evaluación pretest y posttest de las láminas CAT y CATS en los grupos.

<i>Grupo</i>	<i>Pretest</i>		<i>Posttest</i>	
	<i>CAT</i>	<i>CATS</i>	<i>CAT</i>	<i>CATS</i>
1	239	199	265	228
2	149	115	223	161
3	1602	624	689	605
4	389	400	----	----

* Los formatos utilizados para el vaciado del número de palabras se encuentra en los Apéndices H. I.

Datos Comparativos

Debido a que en la presente investigación se registra la variable dependiente en nivel de medida ordinal, el análisis comparativo se realizó empleando las pruebas estadísticas no paramétricas de Wilcoxon y Kruskal-Wallis.

La prueba de Wilcoxon se uso para comparar el número de palabras de las 10 láminas del CAT y de las 10 láminas del CAT-S, entre las aplicaciones pretest y posttest para cada grupo.

Los resultados de comparación con esta técnica estadística indicaron que no existen diferencias estadísticamente significativas en el número de palabras en cada una de las 10 láminas del CAT y CAT-S, entre las evaluaciones pretest y posttest, debido a que la probabilidad asociada al valor de Wilcoxon (W), fue mayor que el nivel α ; es decir $P > 0.05$.

Se empleo la prueba Ji cuadrada para realizar un análisis complementario de las láminas que abordan temas específicos sobre la psicodinámica de los niños asmáticos, es decir se analizaron por separado las láminas 2, 3, 4 y 9 del CAT y la lámina 4 del suplemento del CAT que arrojan respuestas relacionadas con el conflicto de ser dependiente e independiente. Así mismo, se analizaron las láminas del suplemento del CAT 5 y 7 que suscitan ideas de la imagen corporal y la lámina 8 de la misma prueba que ayuda a conocer los efectos psicológicos del problema asmático (véase Tabla 7).

Tabla 7. Comparación entre el número de palabras emitidas antes y después, con la Ji cuadrada, en los grupos 1, 2 y 3.

Comparación	Ji cuadrada	Nivel de significancia	Decisión
<i>Las 4 láminas del CAT</i>	<i>54.88</i>	<i>0.0000</i>	<i>Se acepta Hi</i>
<i>Las 4 láminas del CATS</i>	<i>24.72</i>	<i>0.0000</i>	<i>Se acepta Hi</i>
<i>Láminas de dependencia CAT</i>	<i>372.19</i>	<i>0.0000</i>	<i>Se acepta Hi</i>
<i>Láminas de dependencia CATS</i>	<i>11.67</i>	<i>0.0000</i>	<i>Se acepta Hi</i>
<i>Láminas de autoconcepto CATS</i>	<i>13.31</i>	<i>0.0000</i>	<i>Se acepta Hi</i>
<i>Láminas somatización CATS</i>	<i>17.39</i>	<i>0.0000</i>	<i>Se acepta Hi</i>

Nota: con grados de libertad de 2 para todos los casos.

Para todas las comparaciones se encuentra que la probabilidad asociada a la prueba Ji cuadrada, fue menor que el α ($P < 0.05$); es decir existen diferencias estadísticamente significativa en el número de palabras emitidas en las 4 láminas del CAT (2, 3, 4 y 9) y las 4 láminas del CAT-S (4, 5, 7 y 8) por los niños de los grupos 1, 2 y 3.

Existen también, diferencias en el número de palabras emitidas en las 4 láminas del CAT (2, 3, 4 y 9) y 1 del CAT-S (4) que arrojan respuestas relacionadas con el conflicto de ser dependiente e independiente en los pacientes de los 3 grupos.

En cuanto al número de palabras emitidas en la lámina 8 del CAT-S, existen diferencias significativas, lo cual nos ayuda a conocer los efectos psicológicos del problema asmático por los grupos 1, 2 y 3.

Por último en el número de palabras emitidas en las 3 láminas del CAT-S (5, 7 y 8) que suscita ideas que tienen sobre sí mismo y sobre su cuerpo por los niños de los grupos 1, 2 y 3, también existen diferencias.

Para observar los efectos por separado de cada de las láminas antes y después del manejo en grupo, se compararon el número de palabras de cada una de las láminas CAT y CAT-S entre los grupos 1, 2 y 3, para ello se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis (H), debido a que se cuenta con grupos independientes (véase Tabla 8).

Tabla 8. Comparación entre el número de palabras de cada una de las láminas entre los grupos 1, 2 y 3 con la prueba de Kruskal-Wallis.

Lámina	Valor de H		Nivel de Significancia		Decisión	
	(CAT)	(CATS)	(CAT)	(CATS)	(CAT)	(CATS)
Evaluación Pretest						
1	2.039	2.4202	0.3607	0.2982	Rechaza Hi	Rechaza Hi
2	0.6947	1.5014	0.7066	0.4720	Rechaza Hi	Rechaza Hi
3	4.1008	3.8222	0.1287	0.1479	Rechaza Hi	Rechaza Hi
4	1.4463	1.6889	0.4852	0.4298	Rechaza Hi	Rechaza Hi
5	4.7283	1.3785	0.0940	0.5019	Rechaza Hi	Rechaza Hi
6	3.3220	2.2222	0.1899	0.3292	Rechaza Hi	Rechaza Hi
7	5.5350	1.8983	0.0628	0.3871	Rechaza Hi	Rechaza Hi
8	2.4202	6.4889	0.2982	0.0390*	Rechaza Hi	Acepta Hi
9	1.8824	5.4006	0.3902	0.0672	Rechaza Hi	Rechaza Hi
10	3.2889	3.7871	0.1931	0.1505	Rechaza Hi	Rechaza Hi
Evaluación Postest						
1	2.1737	3.2889	0.3373	0.1931	Rechaza Hi	Rechaza Hi
2	0.0889	4.3556	0.9565	0.1133	Rechaza Hi	Rechaza Hi
3	1.8667	0.0000	0.3932	1.0000	Rechaza Hi	Rechaza Hi
4	2.7556	3.2889	0.2521	0.1931	Rechaza Hi	Rechaza Hi
5	3.2941	0.2667	0.1926	0.8752	Rechaza Hi	Rechaza Hi
6	1.9152	2.9804	0.3838	0.2253	Rechaza Hi	Rechaza Hi
7	2.7115	2.6218	0.2578	0.2696	Rechaza Hi	Rechaza Hi
8	0.6437	1.5014	0.7248	0.4720	Rechaza Hi	Rechaza Hi
9	1.1653	5.9556	0.5584	0.0509	Rechaza Hi	Rechaza Hi
10	2.8908	3.2889	0.2357	0.1931	Rechaza Hi	Rechaza Hi

Nota: con grados de libertad de 2 para todos los casos,

La evaluación pretest para los grupos 1, 2 y 3 en la lámina 8 del CAT-S, indica la presencia de diferencias estadísticamente significativas ($P < 0.05$).

Así mismo las láminas 5 y 7 del CAT y la lámina 9 del CAT-S sugieren una aproximación en su nivel de significancia para la prueba al valor α . En la valoración postest ocurre lo mismo la lámina 9 del CATS, lo cual nos muestra que no hay suficiente información para rechazar la hipótesis de nulidad.

Datos Cualitativos

Los resultados obtenidos hasta el momento nos arrojan datos relacionados con las características demográficas de los grupos, así como de los datos cuantitativos.

Sin embargo para obtener un panorama amplio de las diferencias en la psicodinámia del niño con asma, se muestra a continuación algunos datos cualitativos.

En cuanto a las historias relatadas en las pruebas del CAT y CAT-S, en el pretest y postest de cada uno de los grupos se observan diferencias palpables que al revisar el protocolo de cada uno de los sujetos toman mayor significado (véase Apéndices J, K, L).

En la evaluación postest los niños del grupo 1 y 2 relatan las historias más espontáneamente, no se toman tanto para pensar que decir, realizan menos preguntas a cerca de los personajes y existen menos titubeos al reproducir los relatos (véase Apéndices J, K, L).

Esto se puede corroborar en los tiempos de aplicación en el grupo 1, ya que en la evaluación postest se obtuvo una duración menor en relación al pretest (véase Tabla 9).

Tabla 9. Duración en minutos de las aplicaciones pretest y postest de cada uno de los sujetos.

Grupo	Evaluación	
	Pretest	Postest
1		
JEG	32	---
CIDS	17	9
KJA	15	10
MAF	16	12
2		
SMT	8	15
JAC	15	16
RVR	8	12
3		
MMG	10	14
HHF	41	21
CCT	66	41

También existen menos omisiones de personajes en las historias, por ejemplo "CID" menciona en el pretest del CAT en la lámina 3 que hay un león (omite al ratón), y en la lámina 4 que hay una mamá canguro y su hijo (omite al segundo hijo), para el postest ya no existen estas omisiones (véase Apéndice J).

En los contenidos de los relatos también se observan diferencias, un buen ejemplo de esto lo encontramos en las historias de "KJA" (véase Apéndice J) quien en el pretest del CAT menciona que en la lámina 4 hay una llena y un canguro (la llena es la madre y omite a un segundo canguro) y para la evaluación postest relata que hay un canguro y sus 2 hijos; es importante mencionar que "KJA" en la primera evaluación mostró una actitud agresiva hacia la madre que paulatinamente se vio disminuir en el transcurso del manejo grupal.

En las láminas 2 y 9 del CAT no se observan diferencias en el contenido de los relatos antes y después del manejo en grupo (véase Tabla 10 y Apéndices J, K, L), a excepción de CCT que pertenece al grupo 3.

Tabla 10. Palabras significativas en los relatos de la lámina 9 del CAT, antes y después del manejo en grupo en cada uno de los niños.

Grupo	Evaluación	
	Pretest	Postest
1		
JEG	Puerta abierta se salió sucio	-----
CIDS	Duerme solo pero cuida cosas	Esta contento se cuida mucho
KJA	Esta dormido-despierto Puerta abierta	Se esta haciendo el dormido
MAF	Puerta abierta	Esta de coqueto puerta abierta
2		
SMT	Le da miedo la oscuridad	Puerta abierta tiene frío No tiene sueño
JAC	Esta calentito (descriptivo)	(descriptivo)
RVR	Durmiendo (descriptivo)	Esta viendo (descriptivo)
3		
MMG	Durmiendo (descriptivo)	Se va a dormir (descriptivo)
HHF	Tenia miedo Entraron cazadores y se lo comieron	Se salió a jugar en la noche Lobos lo querian cazar no le paso
CCT	Me gusta tanto esta familia pero me gusta estar sola La mamá se come a la hija (mensaje)	nada Unos padres que querian tener un bebé compraron de su tipo y se pusieron muy felices.

Al comparar el tipo de respuestas en las láminas del CAT-S, antes y después del tratamiento en los tres grupos se observó que en la lámina 7, seis niños mencionan una mejor imagen para el gato de la historia en la evaluación posttest con respecto al pretest, lo cual nos muestra una diferencia acerca de la idea que tienen los niños asmáticos sobre su imagen corporal (véase Tabla 11).

En la lámina 8 también se observan diferencias en el tipo de respuesta ante la enfermedad del conejo, en el posttest 5 respuestas giran alrededor de características más específicas del asma (pulmones) o de estar sano; en tres casos se puede hasta pensar en una segunda enfermedad como la viruela, ser cardíaco o estar enfermo del corazón (véase Tabla 11).

Tabla 11. Palabras significativas en los relatos de las láminas 7 y 8 del CAT-S, antes y después del manejo en grupo en cada uno de los niños.

Grupo	Láminas			
	7 Pretest	7 Posttest	8 Pretest	8 Posttest
1				
JEG	Niño feo	-----	Gripa, corazón	-----
CIDS	Sano y fuerte	Muy bien, guapo	Pecho	Pulmones
KJA	Sorprendido, chico	Bien	Pulmones	Pulmones
MAF	? cómo estará	Bien	Asma	Respira, bien
2				
SMT	Chico, flaco, pequeño	Bonito	Gripa	Corazón
JAC	Bonito	Igual	Tos	Viruela
RVR	Mas o menos	Feo	Corazón, pulmón	Cardíaco
3				
MMG	Bien	Bonito	No se	Tos
HHF	Triste, feo, enfermo	Bonita	Estomago	Pulmones
CCT	Miedo de sí mismo	Monstruo, tonto		No esta enfermo

En relación al coeficiente intelectual de los sujetos, con la aplicación de la prueba de Raven se observó que el 78% de los niños asmáticos presentan una clasificación intelectual superior al término medio y el otro 22% se ubico en un percentil de 50, lo cual equivale intelectualmente al término medio (véase Apéndice M).

Los resultados obtenidos en la prueba de Bender para conocer el grado de maduración de los niños asmáticos, arrojaron que en cada uno de los niños de

los tres grupos hubo un niño con edad equivalente mayor, igual y menor a la edad real (véase Apéndice N).

Los niños que obtuvieron un puntaje mayor en la edad equivalente muestran una diferencia de 3 a 7 meses con respecto a la edad real. En los casos con puntaje menor al de la edad real, la diferencia es significativa, ya que va de un año a año y medio.

En cuanto a los indicadores de la maduración perceptomotora encontrados en los niños asmáticos mediante la prueba del Dibujo de la Figura Humana, se observó que 4 niños obtuvieron de 5 a 6 puntos totales, lo que corresponde a un nivel normal y normal alto respectivamente (véase Apéndice O).

En los indicadores emocionales los puntajes totales van de 1 a 5 (véase Apéndice P) lo cual nos indica que la inmadurez que presentaron algunos niños asmáticos en la prueba del DFH puede deberse a factores emocionales y no aún daño neurológico.

Sin embargo al comparar las tres pruebas (Raven, Bender y DFH) en cada uno de los sujetos sus puntuaciones no varían significativamente, es decir muestran datos equivalentes (véase Apéndices M, N, O) y lo que produce las diferencias son los aspectos emocionales.

Datos de las observaciones

A continuación se presenta una descripción de las situaciones observadas durante la presente investigación.

En el momento de la aplicación dos niños se negaron a realizar momentáneamente la tarea. Después de prolongar el tiempo de rapport (30 minutos más) fue posible que estos niños relataran sus historias.

Durante la aplicación algunos niños no se esforzaron por realizar las tareas, es decir, en el momento de la encuesta hubo niños evadieron las preguntas o se negaban a contestar respondiendo "no se" y otras veces sólo contestaron una palabra.

Por otra parte 9 niños tosieron durante la primera aplicación (un niño del grupo 2, dos del grupo 3 y cinco niños del grupo 4).

Se ha observado en diferentes estudios que se omiten ciertos factores, provocando limitaciones para los resultados, dichos factores se han tomado en cuenta para esta investigación y son los siguientes: sexo, edad, inicio del asma, coeficiente intelectual y nivel de maduración.

ANALISIS Y DISCUSION

El Instituto Nacional de Pediatría recibe anualmente un promedio 350 casos de niños afectados de los bronquios, de los cuales en su mayoría padecen asma bronquial siendo en la actualidad, la enfermedad más común en la edad pediátrica.

La población inicial para esta investigación, se formó por 18 niños con asma bronquial, elegidos en la consulta externa del departamento de alergia del INP. Se eligió a los niños que cumplieran con los criterios de inclusión mencionados en la metodología, sin embargo solo 9 llegaron a finalizar el estudio. Los 9 niños restantes (50%) se presentaron únicamente a la evaluación pretest y uno de ellos a 6 sesiones del manejo en grupo, sin realizar el postest.

Los resultados obtenidos en el presente estudio con los 18 niños, predominio del genero masculino (78%) sobre la del femenino (22%), lo cual confirma las observaciones de estudios referentes al tema (Anda R. 1986; Blanco C. 1990; Canseco R. 1991; Méndez C. 1989 y Salazar Q. 1982), respecto a una diferencia en cuanto el número de pacientes del sexo masculino sobre el femenino. Se considera que esto se debe a que en nuestra cultura no permitimos que los niños (varones) expresen sus emociones de igual manera que las mujeres; Cuando un niño llora, se le critica fuertemente por lo tanto se le influye para que reprima su llanto en próximas ocasiones, lo cual se aproxima a lo descrito por French y Alexander (1944) que reportan que el asma es la inhibición del impulso a gritar.

En lo referente a la edad de los pacientes, definitivamente la edad de 8 años es la que prevale con un 50%, los niños de 9 años ocupan el segundo lugar con un 28% y los de 10 años un 22% de los casos.

La investigación no ofrece datos con respecto a la tendencia familiar de tipo genético a padecer asma, debido a que el 56% tiene parientes con enfermedades de alergia, asma o bronquitis y el otro 46% no presenta antecedentes.

En cuanto a las características del paciente asmático, se observa que la escolaridad corresponde cronológicamente con la edad. Así mismo el 70% de los pacientes tiene un hermano(a), el 20%, 2 o más hermanos y sólo uno de ellos es hijo único.

Los datos de este estudio señalan que el asma aparece de los 3 a los 7 años de edad, lo cual coincide con los estudios realizados por Baeza M. y Sienna J. (1993), Canceso R. (1991), Espinoza A.. (1992), Jadair V. (1971) y Méndez C. (1989) que señalan la aparición del asma en la edad preescolar. Coincide también con las investigaciones realizadas por Gaddini, R. (citada por Bekei, M.

1991) quien menciona que el asma hace su aparición en los primeros años de vida después del período de desarrollo normal del objeto transicional (O.T.), debido a dificultades en la relación madre-hijo. Gaddini señala que el O.T. no se forma y en cambio aparecen los trastornos psicossomáticos tempranos. En estos casos, aparentemente la madre se retira abrupta y no gradúa la adaptación a las necesidades cambiantes y en expansión del niño, cuyos procesos de crecimiento lo empujan hacia la independencia.

Los datos indican que en la evolución del asma bronquial las cifras van de 1 a 6 años (80% de los sujetos tiene más de 3 años de evolución sin existir cambios aparentes), dato que ratifica que se trata de un padecimiento con desarrollo en la edad escolar (Blanco, 1990; Gómez, 1990; Gortmaker y Sappenfeld, 1984; y Kaliner et al 1988).

En lo referente al grado de severidad en el asma, se encontró que en la evaluación pretest el 22% de casos presentó asma bronquial leve persistente (ABLP) y el 78% asma bronquial moderada persistente e intermitente (ABMP y ABMI). Lo cual es preocupante en términos de salud pública, ya que la mayoría de los casos presentan síntomas durante el día de 2 veces por semana y durante la noche 2 veces al mes, requiriendo hasta 10 visitas médicas y 3 hospitalizaciones en el año.

A diferencia de la valoración posttest que muestra que a los tres meses 7 casos disminuyeron de asma bronquial moderada a asma bronquial leve y 2 casos de asma bronquial leve persistente a leve intermitente. Como resultado de una disminución en los síntomas. Invertiéndose la proporción del grado de asma en los sujetos, es decir, al inicio del estudio la mayor parte de los casos presentaba asma moderada y actualmente presentan asma leve.

Es importante destacar que en el grupo 3 (grupo sin tratamiento), dos sujetos a pesar de haber disminuido levemente su grado de severidad en el asma bronquial, actualmente presentan otro problema de salud, situación que no ocurre en los grupos 1 y 2 que si recibieron el manejo de grupo. CCT es uno de ellos, al mes de haberse realizado su pretest empezó con cefaleas persistentes, se envió al área de neurología y se le aplicaron exámenes (electroencefalogramas entre otros), sin embargo no se encontraron evidencias de algún problema neurológico.

El otro caso, HHF a los tres meses de haberse realizado el pretest presentó parálisis facial parcial del lado derecho del rostro, al igual que CCT se efectuaron estudios que no arrojaron datos de daño neurológico, por lo que fue remitido al área de psicología.

El sujeto 3 del mismo grupo, MMG lleva tres años de padecer asma bronquial, cuando ingresó al INP llegó con una asma leve persistente la cual solo a disminuido de subclasificación, es decir asma bronquial intermitente (véase Tabla 4).

En cuanto a los mecanismos de defensa, el grupo 1 y 2 presenta como principales la negación y la represión en el 100 % de los casos; la formación reactiva, la proyección y el aislamiento en un 67 % de los niños asmáticos.

El grupo 3 muestra como mecanismos de adaptación en el 100% de los casos la negación, la represión y el aislamiento, lo cual coincide con la observación de González N. (1992), el cual menciona como principales defensas del enfermo psicossomático la negación, la represión y la formación reactiva. Sin embargo el grupo 1 y 2 también presentan la proyección y el aislamiento, que junto con la represión y la negación nos señalan defensas de tipo esquizofrénico.

El desplazamiento, la proyección y la introyección son las defensas que el grupo 4 utiliza en relato de sus historias. Recordemos que el grupo 4 se formó con los sujetos de los grupos 1, 2 y 3 que realizaron solo evaluación pretest. En este último grupo las defensas están orientadas hacia los trastornos de carácter cuyos mecanismos son la proyección, la introyección, la negación y la formación reactiva, siendo este último una forma de desplazamiento.

En diferentes estudios citados por Bellak, y Sonya, en 1979, se muestra que el conteo del número de palabras por lámina es de utilidad para el análisis de datos cuantitativo debido a que radica en el señalamiento de pautas y no de indicadores infalibles. Es por ello que en la presente investigación se realizó un análisis de datos con el número de palabras empleadas para las historias en las láminas del CAT y CAT-S, que a continuación se detallan.

Respecto al número de palabras empleadas, los dos primeros grupos enunciaron sus historias más cortas en la prueba previa con una media de 176 palabras para las 20 láminas de las pruebas de apercepción, en comparación con la evaluación postest cuya media fue 219.2. Esto coincide con los resultados presentados por De Hinojosa (1995), que menciona que los niños asmáticos tienden hacer historias cortas con respecto a los niños que no tienen asma.

El grupo 3 (grupo sin tratamiento) presenta una media de 1736 palabras en las 10 láminas del CAT y las 10 láminas del suplemento en la evaluación pretest y en la postest una media de 647 palabras, en el cual se observa una disminución de la media del número de palabras, lo cual hace una diferencia estadísticamente significativa.

Cotejando las medias de los tres grupos se observa menor la del grupo 3, tanto en su evaluación pretest como en el postest.

La narración de las historias del pretest, es más corta en los grupos 1 y 2, y más larga en el grupo 3; y es inversamente proporcional a los grupos anteriores, es decir, el grupo 1 y 2 realizan sus historias más cortas en la evaluación pretest y el grupo 3 en la evaluación postest.

Esto puede entenderse de la siguiente manera: el grupo 1 y 2 en el manejo de grupo, tuvo la oportunidad de realizar actividades de su agrado y a la vez comunicarse, situación que les permite desenvolverse con mayor seguridad. El grupo 3 no vivió esta experiencia, lo cual indica que el contar historias quizás no le "sirve" para comunicarse y probablemente no encuentran sentido a explayarse al realizar las historias (evaluación postest).

En el grupo 4 (grupo que no realizó postest) la media palabras para las 20 láminas de la evaluación pretest, fue mayor que las de los grupos 1 y 2. En este grupo cabe la posibilidad de que los integrantes hallan faltado a la valoración postest porque crean que sus síntomas no depende de ellos y que el asma sea resultado de los problemas de contaminación o de algún factor que no depende de su persona; recordando que su principal defensa es el desplazamiento.

Al comparar el número de palabras de las 10 láminas del CAT y las 10 láminas del CAT-S con la prueba de Wilcoxon, en la evaluación pretest y postest de los grupos 1, 2 y 3, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Posteriormente se realizó un análisis complementario de las láminas 2, 3, 4 y 9 del CAT por separado, que arrojan respuestas relacionadas con el conflicto de ser dependiente e independiente, así como con la lámina 4 del CAT-S.

Así mismo las láminas del suplemento del CAT 5 y 7 que suscitan ideas de la imagen corporal y la lámina 8 de la misma prueba que ayuda a conocer los efectos psicológicos del problema asmático.

Los datos indican que existen diferencias estadísticamente significativa en el número de palabras emitidas en las 4 láminas del CAT (2, 3, 4 y 9) y las 4 láminas del CAT-S (4, 5, 7 y 8) por los niños de los grupos 1, 2 y 3.

Existen diferencias estadísticamente significativa en el número de palabras emitidas en las cuatro láminas del CAT (2, 3, 4 y 9) y una del CAT-S (4) que arrojan respuestas relacionadas con el conflicto de ser dependiente e independiente en los pacientes de los 3 grupos. Lo mismo ocurre con el número de palabras emitidas en la lámina 8 del CAT-S, la cual nos ayuda a conocer los efectos psicológicos del problema asmático.

También existen diferencias estadísticamente significativa en el número de palabras emitidas en las 3 láminas del CAT-S (5, 7 y 8) que suscita ideas que tienen sobre sí mismo y sobre su cuerpo por los niños de los grupos 1, 2 y 3.

De lo anterior se puede inferir que no es necesario utilizar, para fines estadísticos, las 20 láminas de las pruebas temáticas, debido a que si se emplean todas las láminas, interfieren en el análisis de datos de las láminas que abordan los temas específicos de interés.

Los resultados que arroja la ji cuadrada se pueden entender como la diferencia en la psicodinámica del niño asmático antes y después del manejo de grupo.

En relación a la capacidad intelectual de los sujetos se observa que con la prueba de Raven los niños asmáticos presentan una clasificación intelectual superior al término medio, lo cual difiere con los hallazgos de Fink y Scheneer (1963) citados por Rabadan en 1985, quienes refieren que el coeficiente intelectual de pacientes asmáticos oscila entre el promedio y normal torpe.

En la prueba de Bender y el DFH algunos sujetos obtuvieron puntuaciones bajas lo cual pudiera estar relacionado con factores emocionales y no así con los indicadores de la maduración.

Antes, durante y después del manejo en grupo existen conductas de los sujetos que son importantes de resaltar para abrir un panorama más amplio de lo sucedido en este estudio, por lo cual a continuación mencionamos ciertas pautas de comportamiento en los casos.

En el momento de la aplicación dos niños se negaron a realizar momentáneamente la tarea: En el caso de HHF después de mencionarle que no era necesario hacer la aplicación en ese momento, si no que se podía posponer para otro día, él accedió a relatar las historias; lo mismo ocurrió con JAC, que después de que "amenazo" su mamá con salir del consultorio realizó con timidez sus relatos. Cabe señalar que estos dos casos son los que puntuaron (5 y 6 respectivamente) con mayor número de indicadores emocionales en el DFH y en la prueba de Bender con una edad equivalente menor a la edad real.

También durante la aplicación, se observó que la mayor parte de los niños no se esfuerzan por realizar las tareas, es decir, en el momento de la encuesta, estos niños evaden o se niegan a contestar las preguntas, respondiendo "no se" y otras veces sólo contestando con una palabra.

Se observó que nueve niños tosieron durante la primera aplicación (dos niños del grupo 2, tres del grupo 3 y cinco niños del grupo 4), en la segunda valoración (un niño del grupo 2 y dos del grupo 3).

En cuanto al comportamiento de los niños asmáticos en las sesiones del manejo de grupo se observa que a los niños de 8 años les agrada el elogio frente a sus compañeros, pero no les gusta que se les diga lo que tienen que hacer, mucho menos hacerles notar sus limitaciones (cuando a S.M. sus compañeros le hicieron ver sus "errores" él lloró y faltó a la siguiente sesión); en los niños de 9 años se observa una constante para repetir sus habilidades (en cada sesión mejoraban el mismo muñeco de plastilina que construyeron desde el primer día); y en los niños de 10 años se observa la capacidad de protección que se manifiesta en el cuidado de los compañeros más pequeños y en la asignación de tareas para cada uno de ellos. Lo cual confirma lo que Gesell describe a cerca de las características de los niños, mencionando que los niños de 8 se muestran más maduros, con mayor sensibilidad y no les agrada que se le diga lo que deben de hacer directamente; en los niños de 9 la automatización es el rasgo que predomina y en el de 10 años la capacidad de proteger que se manifiesta en actitudes comprensivas hacia los niños pequeños.

En relación a las técnicas utilizadas (expositiva, demostrativa, exhibición de película entre otras) en el manejo de grupo, se considera que el juego es la técnica más útil de todas ellas, como lo sugiere Klein M. (1986) y Freud A. (1981 y 1982), debido a que el niño no habla sobre sus síntomas, sino los actúa; el juego da la oportunidad de conocer las reacciones, inclinaciones agresivas, defensas, actitud ante las figuras importantes del niño.

Una diferencia notoria entre el grupo 1 y 2 es el material que utilizaron durante el manejo de grupo, el primero de ellos utilizó hojas blancas y lápices de colores para expresarse y el segundo grupo utilizó la plastilina, esto debido posiblemente a que el primer grupo estaba formado por dos niñas y dos niños (1 asistió solo a 6 sesiones), y el grupo 2 por tres niños. También que el grupo 1 realizó completa su técnica de relajación, mientras que el grupo 2 no pudo a completarla debido a constantes risas y la necesidad de encender la luz; quizás esta falta de luz y el silencio excesivo, angustia a los niños (varones) que padecen asma bronquial.

Gillham, H. (1991) señala que los niños manifiestan su baja autoestima con ciertas señales que se pudieron observar en los sujetos de esta investigación, e. g. SMT, JAC, KJA y RVR presentaron necesidad de ganar en los juegos con trampas, fanfarroneo exagerado, recurrir a trucos para atraer la atención y culpar de todo a los demás; En CID perfeccionismo y ser autocrítica; En JAC y MAF mostrarse retraídos y tímidos, ser temerosos de probar cosas nuevas, sentirse incapaces de elegir y tomar decisiones.

En relación con los padres se observa una actitud de desconfianza hacia la psicología y su relación con la enfermedad. Dicha actitud limita la posibilidad de apoyar en el tratamiento integral del asma bronquial, provocando una pérdida considerada en la muestra (muerte experimental del 50 %).

Los familiares durante el manejo de grupo presentaron 2 conductas notables:

- 1.- Atención muy acentuada sobre cuidados y protección hacia el paciente.*
- 2.- Descuido hacia el paciente y su tratamiento.*

La primera conducta corrobora lo mencionado por Minuchin S. Y Selvini P. en 1980 (citado por Onnis L. 1990 1ª ed.), los cuales identifican un tipo de familia que centra su atención en el niño enfermo y a la cual han llamado "familia sobreprotectora".

CONCLUSIONES

El panorama para el asma en una ciudad como la muestra en la cual la contaminación crece a pasos agigantados es grave, debido a que es uno de tantos factores que afectan para aparición y desarrollo del asma.

Sin embargo, Sandoz y cols. (1989) aseguran que cuando el tratamiento es integral, un 80% de la población pediátrica que padece asma puede llegar a la curación. El 20 % restante podrán controlarse adecuadamente, aunque lleguen a presentar crisis asmática durante la adolescencia y en la edad adulta.

Por lo que el propósito de la presente investigación fue conocer si un manejo de grupo influye en la psicodinámica del niño con asma bronquial y si este manejo provoca un cambio en el grado de severidad en dicho padecimiento, de ser así, plantear el manejo de grupo como una alternativa de tratamiento.

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

No existen diferencias estadísticamente significativas en el número de palabras con las 20 láminas del CAT y su suplemento, entre las evaluaciones pretest y postest.

Sin embargo en el análisis de las 8 láminas que sugieren temas específicos sobre la psicodinámica del niño asmático, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el número de palabras emitidas antes y después del manejo grupal, en los grupos 1, 2 y 3.

Con respecto al grado de severidad se observa que después del manejo de grupo todos los sujetos presentaron una disminución en los síntomas, lo cual provocó un cambio en la clasificación del asma bronquial.

Sin embargo en el grupo 3, dos meses después, dos sujetos presentaron un nuevo problema de salud que en los grupos 1 y 2 no se presentó.

Los principales mecanismos de defensa del grupo 1 y 2 fueron: la negación, la represión y la formación reactiva. Del grupo 3, la negación, la represión y el aislamiento.

En el grupo 4 las defensas difieren, debido a que presentan el desplazamiento, la proyección y la introyección, como principales mecanismos.

Los resultados también señalan las siguientes conclusiones:

- *Existe un índice muy alto de enfermos de asma bronquial en la edad pediátrica.*
- *El genero masculino predomina sobre el genero femenino en la infancia.*
- *La edad predominante fue la de 8 años.*
- *El 50% de los sujetos presentaron antecedentes de atopia familiar.*
- *La edad en que aparece el asma es de los 3 a los 7 años de edad.*
- *La capacidad intelectual de los niños asmáticos se ubica entre el término medio y el superior al término medio.*
- *Los niños con asma bronquial presentan indicadores de problemas emocionales, lo cual afecta para determinar el nivel de maduración perceptomotora.*

Finalmente, se puede concluir que el planteamiento de realizar un manejo de grupo con niños asmáticos, en el que se incluya información a cerca de la enfermedad y se permita al niño realizar actividades acorde a su edad, ofrece una alternativa de tratamiento paralelo al del médico especialista en el asma bronquial.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

La principal limitación es la difícil permeabilidad de los padres a realizar el presente estudio, y esto puede ser debido a tres causas:

- *Los familiares no dan la suficiente importancia al tratamiento del niño con asma bronquial, lo cual nos lleva a un desconocimiento de los factores que provocan una crisis (como lo son la herencia, alergias, infecciones y emociones), y la poca credibilidad a que una crisis asmática pueda ser iniciada y desarrollada por un aspecto psicológico.*

Esto último posiblemente al deseo de no quererse ver involucrados en la problemática del hijo.

Con este estudio obtuvimos información a cerca de la psicodinámica del niño asmático antes, durante y después de un manejo de grupo. Sin embargo la investigación sólo es representativa en el Instituto Nacional de Pediatría, por lo tanto sería conveniente realizar un estudio en otras Instituciones u Hospitales, para comparar los datos.

También se sugiere para próximos protocolos:

- *Prevenir la muerte experimental teniendo una muestra lo suficientemente amplia para mayor control del estudio, lo cual podría lograrse si se realiza un contrato terapéutico con los padres y con el paciente asmático.*
- *Durante el manejo de grupo sería conveniente que la muestra lleve un registro diario de los síntomas y signos de su padecimiento, esto ayudaría a observar si existen fluctuaciones durante el tratamiento y de ser así en que sesión ocurre.*
- *Disminuir el número de sesiones por semana, posiblemente a una en vez de tres y aumentar el número de sesiones por un lapso mínimo de tres meses, esto con la finalidad de manejar más factores psicológicos (agresión, rivalidad con los hermanos, etc.) y dar tiempo para que los sujetos logren elaborar el material que ahí se trabaje.*
- *Realizar la evaluación del postest de 3 o 6 meses después de la primera aplicación (pretest).*
- *Efectuar un seguimiento al paciente durante 3, 6 y 9 meses después de la aplicación del manejo de grupo, así como una valoración cuando el paciente sea dado de alta en el Instituto.*
- *Por último sería conveniente realizar un análisis cualitativo tanto de las sesiones de grupo, así como de los resultados de las pruebas empleadas para esta investigación.*

REVISION BIBLIOGRAFICA

- Ajuariaguerra, J. (1990). Manual de psiquiatría infantil. Barcelona: Masson.
- Alba, M. Asma. (1993, septiembre) NOVEDADES p C3.
- Alba, M. Asma. (1994, agosto) NOVEDADES p C12.
- Alba, M. Asma (1996, julio) NOVEDADES p C6.
- Alba, M. Verdades y Mentiras. (1998, abril) NOVEDADES p C2.
- Alexander, F. y Ross, H. (1978). Psiquiatría dinámica. Buenos Aires: Paidós.
- Anda R. (1986) Asma Bronquial: experiencia clínica. Tesis de Posgrado. Facultad de Medicina. México: UNAM.
- Anzieu, D. (1971) Psicodinámica de grupos pequeños. Buenos Aires: Kapelusz.
- Asociación Mexicana de Asmáticos A. C. (1990, 1ª ed.) México: Autor.
- Barnes, P. J.; Rodger, I. W. y Thomson, N. C. (1989). Asthma: Basic mechanisms and clinical management (2ª ed.). California: Academic Press.
- Bayés, R. (1987). Factores de aprendizaje en salud y la enfermedad. Madrid: Centro de psicología e higiene mental Luria.
- Bekei, M. (1991). Lecturas de lo psicósomático. Buenos Aires: Lugar.
- Bellak, L. (1977). Psicología de las enfermedades orgánicas. Buenos Aires: Paidós.
- Bellak, L. (1979). El uso clínico de las pruebas psicológicas del T.A.T., C.A.T. Y S.A.T. México: El Manual Moderno.
- Bellak, L. y Sorel, B. S. Test de apercepción infantil: Suplemento. Buenos Aires: Paidós, 1979.
- Bellak, L. y Sorel, B. S. Manual for supplement to the children's apperception test. California: WPS, 1984.

- Bellak, L. y Sorel, B. S. Test de Apercepción Infantil: Con figuras animales (8ª ed.). Buenos Aires: Paidós, 1997.
- Bender, L. Test Gestáltico Visomotor. Ed. Buenos Aires: Paidós. 1974.
- Blanco, C. (1990). Asma bronquial: Una revisión y propuesta de programas de automanejo. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Botey J. Y Botey, E. (1994). Asma y alergia en la infancia. México: Diana.
- Bustos, J. G. y Bracamontes, F. (1977) El niño asmático: Libro para padres. Buenos Aires: Galerna.
- Caso, A. (1982). Fundamentos de psiquiatría. (2a. ed.) México: Limusa.
- Canseco, R. (1991). Asma bronquial: Experiencia clínica en la unidad de pediatría del Hospital General de México de la S.S.A. Tesis de Especialidad. Facultad de Medicina. México: UNAM.
- Cannon, (1991). El concepto psicossomático. México: Servicio de información Médica del Instituto Promeco.
- Creer, T. Psychiatric complications of pediatric asthma. Departament of psychiatric children's National Medical Center. 1992:69(4):285-90
- Corominas, J.; Farré, L.; Martínez, M. y Camps N. (1996). Psicoterapia de grupo con niños. México: Paidós educador.
- De Hinojosa, V. P. (1995). Factores psicológicos en un grupo de niños asmáticos y no asmáticos, evaluados con CAT-H y CAT-S. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Dicarpio, N. S. (1992). Teorías de la personalidad. (2ª de.) México: Mc Graw Hill: México.
- Dolto, F. (1986). La imagen inconsciente del cuerpo. México: Paidós.
- Dolto, F. (1974). Psicoanálisis y pediatría. México: Siglo XXI Editores, 1991
- Domínguez, B.; Pérez, L.; Hernández, C.; Esqueda, G. y Montes, J. (1998, julio). Inmunoterapia psicológica: Tratamiento no-invasivo de pacientes asmáticos del Hospital General de México, S. S. Simposium efectuado en el Congreso Mundial de Terapias Cognoscitivas y Conductuales, Acapulco.

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

Espinoza, A.(1992, mes 49). Evaluación inicial en el asma bronquial infantil: Revisión de 100 casos. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. p. 891.

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

Foulkes, S. H. Y Anthony, E. J. (1964). Psicoterapia de grupo. Buenos Aires: Paidós.

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

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

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

Freud, A. (1992). Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente. Buenos Aires: Paidós.

Freud, S. (1923). El yo y el ello. Obras completas (vol. VII pp. 2701-2728). Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1948). Inhibición, síntoma y angustia. Obras completas (vol. III pp. 2833-2883). Madrid: Biblioteca Nueva.(Trabajo original publicado en 1925).

Gardina, Ch. A. ; Serna, P. C.; Cedillo, H. L. (1992, noviembre) Estudio de la dinámica familiar en 50 niños asmáticos. Boletín Médico del hospital Infantil de México. p. 801.

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

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

Gila, A. y Martín-Mateos, M. (1991) El niño asmático. Barcelona: Martínez Roca.

Gillham, H. L. (1991). Cómo ayudar a los niños a aceptarse a sí mismos y a aceptar a los demás. (3ª ed.). México: Paidós Educador.

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

González, G. E. (1991). Características de personalidad y estilos de afrontamiento en pacientes con asma. Tesis de Especialidad. Facultad de Medicina. México: UNAM.

González, N. J; Monroy, V. y Kupferman S. (1978). Dinámica de grupos. México: Concepto.

González, N. J. (1989). La fortaleza del psicoterapeuta: La contratransferencia. México: I.I.P.C.S.

González, N. J. (1992). Interacción grupal. México: Nociones.

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

Kaliner, M. Eggieston, P. A. Mathews, K. Rhinitis and Asthama. JAMA 1987; 258: 2851-2873.

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

Klein, M. (1974). Obras completas II. Buenos Aires: Paidós-Horme.

Klein, M. (1987). El psicoanálisis de niños. Madrid: Paidós.

Koppitz, M. E. El test Gestáltico visomotor para niños. Buenos Aires: Editorial Guadalupe, 1986.

Koppitz, M. E. (1973). El dibujo de la figura humana en los niños. México: Editorial Pedagógica, Editorial Guadalupe.

Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association (1998) (1ª ed. en español, traducida de la 4ª ed. en inglés). México: El manual moderno.

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

McDougall, J. (1974). Teatros del cuerpo. París: Payot. 1984

- Méndez, C. J. (1989). Asma bronquial en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez". Tesis de Especialidad. Facultad de Medicina. México: UNAM.
- Méndez, R.; Namihara, G.; Moreno, A. y Sosa, M. (1990). El protocolo de investigación. México: Trillas.
- Michaca, P. (1987). Desarrollo de la personalidad. México: Carlos Césarman.
- Minuchin, S. (1985). Familias y terapia familiar. (2ª ed.) México: Gedica.
- Morton, K. (1994). Dinámica de grupo y psicoanálisis de grupo. México: Limusa.
- National asthma education program expert panel report: Definition and diagnosis. Journal Allergy Clinic Immunology 1991;88:427-38.
- Novoa, R. J. (1981). Trastornos psicósomáticos: Consideraciones terapéuticas. Tesis de Especialidad. Facultad de Medicina. México: UNAM.
- Oaklander, V. (1996). Ventanas a nuestros niños. (3ª ed.). Chile: Cuatro Vientos.
- Onnis, L. (1990). Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos (1ª y 2ª ed.) México: Paidós.
- O.M.S. (1985) Manual de técnicas para estrategia de comunicación en salud Serie Paltex no. 11: Washington.
- Papalia, E. D. y Olds, W. S. (1990). Desarrollo humano. México: Mc Graw Hill.
- Piaget, J. y Inhelder, B. (1974). Psicología del niño. Buenos Aires: Paidós.
- Piaget, J. (1986) Seis estudios de psicología. México: Grupo Editorial Planeta.
- Pourtuondo, J. (1985). Psicoterapia de grupo y psicodrama. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Rabadan, F. C. (1985). Análisis psicodinámico en dibujos de un grupo de niños con asma. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Ramírez, N.; Flores, V.; Pedroza, A. y Valle, J. (1986). Asma infantil: Una guía para el paciente asmático. México: Autor.

Ramírez, N. y León H. (Cols.) (1993). Hablemos de asma. México: Fundación Glaxo.

Rank, O. (1985). El trauma del nacimiento. (2a. ed.). México: Paidós.

Raven, J. C. Test de Matrices Progresivas. Buenos Aires: Paidós, 1985.

Risso, Kelly R., Miyazaki, M. C., Amaral, V. L. A. R. y Salomao, J. B. (1998, julio). Asma en la infancia: Atención interdisciplinaria. Simposium efectuado en el Congreso Mundial de Terapias Cognoscitivas y Conductuales, Acapulco.

Salazar, Q. A. (1982). Asma bronquial en el niño. Tesis de Posgrado. Facultad de Medicina. México: UNAM.

Sandoz y Cols. (1989). Entendiendo el asma. México: Autor.

Shapiro, L. E. (1999). La inteligencia emocional de los niños. México: Grupo Zeta.

Segura M. N. (1997). Asma Bronquial: Nuevos enfoques para un viejo problema. Organo Oficial de la Fundación Clínica Londres: Vida y Salud. 10, 20-21

Sociedad Mexicana de Psicología (1990). Código ético del psicólogo. (2a ed.). México: Trillas.

Weiss, E. B. y Stein, M. (1993). Bronchial asthma mechanisms and therapeutics. (3ª ed.). California: Data.

WWW. ASMA.ORG. COM

Zincer, O. (1987). Psicología experimental. Bogotá: Mc Graw Hill.

Apéndices

Apéndice A
Escala para obtener el grado de maduración
según E. Koppitz

Nombre _____ Edad _____
 Grado Escolar _____ Sexo _____ Fecha _____
 Puntuación cruda _____ Nivel de maduración _____
 Diagnóstico _____

Figura A	Figura 5
1 Distorsión de la forma _____	15 Círculos por puntos _____
1ª Desproporción _____	16 Rotación _____
2 Rotación _____	17ª Desintegración de la forma _____
3 Integración _____	17b Línea continua _____

Figura 1	Figura 6
4 Círculos por puntos _____	18ª Distorsión de la forma _____
5 Rotación _____	18b Ninguna curva _____
6 Perseveración _____	19 Integración _____
	20 Perseveración _____

Figura 2	Figura 7
7 Rotación _____	21ª Desproporción _____
8 Integración _____	21b Distorsión de la forma _____
9 Perseveración _____	22 Rotación _____
	23 Integración _____

Figura 3	Figura 8
10 Círculos por puntos _____	24 Distorsión de la forma _____
11 Rotación _____	25 Rotación _____
12ª Integración _____	
12b Línea continua _____	

Figura 4	Indicadores Emocionales
13 Rotación _____	Orden confuso _____
14 Integración _____	Línea ondulada _____
	Círculos sust por rayas _____
	Aumento prog. Tamaño _____
	Gran tamaño _____
	Tamaño pequeño _____
	Segunda tentativa _____
	Expansión _____
	Línea fina _____
	Repaso del dibujo _____

Koppitz, M.E. El Test Gestaltico Visomotor para niños. Buenos Aires: Editorial Guadalupe. 1986

Apéndice B

PROTOCOLO DE PRUEBA DE RAVEN ESCALA GENERAL

Nombre..... Exp.No.....
 Forma de aplicación..... Prueba No.....

Fecha de Nacimiento:..... Edad:..... años meses. Grado:..... Distrito: Escuela: Maestra:.....	Motivo de la aplicación: Fecha de hoy: Hora de inicio: <div style="text-align: right;">Duración:</div> Hora de fin:
--	--

A			B			C			D			E		
1			1			1			1			1		
2			2			2			2			2		
3			3			3			3			3		
4			4			4			4			4		
5			5			5			5			5		
6			6			6			6			6		
7			7			7			7			7		
8			8			8			8			8		
9			9			9			9			9		
10			10			10			10			10		
11			11			11			11			11		
12			12			12			12			12		
Puntaje parcial			Puntaje parcial			Puntaje parcial			Puntaje parcial			Puntaje parcial		

DIAGNOSTICO			
Edad cronologica		Puntaje	
T / minutos		Percentil	
Discrepancia		Rango	
Diagnóstico			
..... Examinador			

Raven, J. C. Test de Matrices Progresivas Buenos Aires: Paidós, 1985

Apéndice C

Medidas Generales o Recomendaciones que deben seguirse con los enfermos con posible Alergia Respiratoria

- 1. Ventilar la habitación por la mañana, cerrando las ventanas por la tarde. Evitar la humedad en toda la casa.*
- 2. Es conveniente que el paciente duerma solo, cuando esto no sea posible, se recomienda que el paciente y las personas que lo acompañan laven su cabello por la noche y lo sequen perfectamente antes de dormir. Esto guarda polvo, pólenes, hongos, etc.*
- 3. Nunca fumar enfrente del paciente, ni en su recámara o sitios a los que acuda.*
- 4. Evitar el uso de insecticidas, substancias de olor fuerte o irritante: desodorantes, perfumes, spray para pelo, polvo facial, talco, detergentes, limpiadores, alcanfor, naftalina, pintura fresca, gasolina y humo, en presencia del paciente.*
- 5. Se debe disminuir la ingesta de chocolates, fresas, mariscos, nueces y colorantes artificiales de color amarillo (de refrescos, dulces, gelatinas, etc.) en muchas ocasiones no significa que sean alérgicos a estas sustancias, pero estos alimentos favorecen la liberación de sustancias que provocan los síntomas de alergia.*
- 6. Eliminar la presencia de mascotas de pelo o pluma como los gatos, perros, aves y conejos.*
- 7. Evitar enfriamientos, así como el contacto con personas con infecciones respiratorias (gripe, bronquitis, fiebres eruptivas en especial el sarampión, etc.) y evitar lugares donde se puedan contagiar fácilmente estas infecciones (cines, teatros, etc.)*
- 8. Evitar plantas y flores, naturales o artificiales, dentro de las habitaciones.*
- 9. Disminuir el uso de aire acondicionado y humidificadores, evitar la humedad en la casa y los cambios bruscos de temperatura.*

En cuanto al polvo...

- 1. Evitar polvo en toda la casa, pero especialmente en la habitación del paciente.*
- 2. Retirar de la recámara objetos innecesarios como son libreros, jugueteros, tapetes, sillas, floreros y objetos que favorezcan la acumulación de polvo.*
- 3. Se debe evitar al máximo los muñecos de peluche, lana, plumas, substituirlos por otros de plástico fácilmente lavables.*
- 4. Mantener al paciente alejado de sitios que puedan cubrirse de polvo, como closets, sótanos, covachas, tapancos y cajas.*
- 5. Limpiar diariamente con paño húmedo muebles, lámparas, cuadros y otros objetos. Cambiar lo más pronto posible la alfombra de la recámara y el cuarto de TV por un piso fácil de limpiar, si esto no es posible por el momento; aspirar diariamente alfombras y tapetes;; de preferencia cuando el paciente no se encuentre en casa.*
- 6. Evitar almohadas de plumas, borra o pedazos de tela. Usar almohadas de hule espuma forrado de plástico y con funda de algodón. Lavar el hule espuma cada 15 días y volver a forrar la almohada con una cubierta de plástico.*
- 7. Forrar el colchón con una funda de plástico y aspirarlo y asearlo una vez por semana.*
- 8. Utilizar ropa de cama que pueda lavarse a 50 o 70 grados centígrados y cambiar 2 veces por semana.*
- 9. Evitar el uso de pijamas, cobijas y cobertores de lana o con materiales afelpados. Son preferibles las prendas de algodón.*
- 10. Las cortinas de la habitación deben ser de plástico o tela sencilla, fácil de limpiar y lavar. Las cortinas no deben llegar hasta el suelo para que no acumulen polvo. Es conveniente usar persianas en vez de cortinas.*
- 11. Evitar que las ropas que lleva puestas el paciente sean de lana o seda, mejor utilizar prendas de algodón.*

En relación a las emociones...

Un niño siempre está aprendiendo lo que su conducta provoca en las personas que le rodean. Si observa que al "tosar" o enfermar obtiene muchos cuidados y privilegios puede llegar a utilizar sus síntomas o provocárselos para conseguir lo que desea. El niño, sin darse cuenta, es condicionado por sus familiares quienes, para evitarle contratiempos o una vez que salió de ellos, le dan lo que pide, o hasta lo que no ha pedido. Si en vez de ello se le enseña que él es responsable de su problema y de su tratamiento, aprenderá a no utilizarlo para obtener ganancias.

Casi todos los niños con asma pueden hacer todo lo que les gusta. Anime a su niño a ser activo. Ayúdelo a seguir su plan de acción y a controlar los desencadenantes.

ASMA EN LA ESCUELA

La educación de nuestros hijos es una preocupación importante y constante para todos los padres. Los siguientes puntos pueden orientar a los padres a ayudar a sus hijos con asma:

- *No permita que su niño pierda días de escuela.*
- *Si su hijo no puede ir a la escuela busque la manera de ayudarlo a compensar el trabajo atrasado.*
- *El niño puede acudir a la escuela con síntomas leves de la enfermedad, como síntomas nasales y tos esporádica. No deberá acudir cuando la crisis sea más severa, es decir, cuando presente signos de dificultad respiratoria.*
- *Si el niño empieza con síntomas de asma en la escuela o durante la clase de educación física o deportes, los ejercicios de respiración y relajamiento le ayudarán a controlar los síntomas.*
- *Tiene la capacidad para realizar sus actividades diarias normales.*

PRIMEROS SIGNOS DEL ASMA

- *Tos progresiva*
- *Catarro leve*
- *Ruido de pecho (ronquido o silbido)*
- *Falta de aire*

SEÑALES PARA DEJAR AL NIÑO EN CASA

- *Dolor de garganta, evidencia de infección de las vías respiratorias, ganglios inflamados o adoloridos en el cuello.*
- *Fiebre de 38° C o más.*
- *Silbido en el pecho aun después de haberle dado la medicina una hora antes.*
- *Debilidad o cansancio, como si al niño le fuera difícil continuar con sus actividades diarias.*
- *Respiración muy rápida y muy forzada.*

SIGNOS DE ALARMA

Llame de inmediato al médico o acuda a un Hospital cuando se presenten las siguientes manifestaciones:

- *Falta de mejoría de los síntomas del asma a pesar de estar usando los medicamentos antiasmáticos adecuadamente.*
- *Hundimiento de costillas y respiración rápida.*
- *Un ataque más severo o de mayor duración de lo habitual.*
- *Labios y uñas moradas o azules.*
- *Inquietud y nerviosismo exagerado.*
- *Quejido cada vez que el niño exhala aire.*
- *Respiración entrecortada y difícil.*
- *Datos del tórax inmóvil.*
- *Cuando el niño deja de jugar y no puede reanudar sus actividades por cansancio.*
- *Dificultad para hablar o caminar.*

Apéndice D

LISTA DE LOS MECANISMOS ADAPTATIVOS EN LAS RESPUESTAS AL C.A.T.

Nombre _____ Fecha de nac. _____ Fecha _____ Edad _____
Puntuaciones críticas _____

MECANISMOS DE DEFENSA	
Totales	<p>A. Formación reactiva</p> <p>1. Bondad o limpieza exageradas.</p> <p>2. Actitudes de oposición, rebelión, terquedad.</p> <p>3. Tono de la historia opuesto al contenido de la lámina.</p>
(A+B=5)	<p>B. Anulación y Ambivalencia</p> <p>1. Anulación.</p> <p>2. Da alternativas; frases equilibradas (dormido - despierto, etc.).</p> <p>3. Indecisión del sujeto o del personaje de la historia.</p> <p>4. Vuelta a formular ("Eso...no, esto..., "Iba a pero...").</p>
(6)	<p>C. Aislamiento</p> <p>1. Actitud de desprendimiento ("no podría suceder").</p> <p>2. Literal ("no se ve, así que no puedo decir").</p> <p>3. Comentarios sobre la historia o la lámina ("Esto es difícil").</p> <p>4. Risas ante la lámina, exclamaciones.</p> <p>5. Usa cuentos de hadas, historietas o temas o personajes pasados.</p> <p>6. Describe detalladamente, lógico "el fin", da título de la historia.</p> <p>7. Detalles, nombres o citas específicos ("4 horas").</p> <p>8. El personaje se pierde.</p> <p>9. El personaje huye de coraje.</p> <p>10. El sujeto se alía con los padres contra el personaje infantil mal portado; desaprueba las acciones del niño.</p>
(5)	<p>D. Regresión y negación</p> <p>1. El personaje infantil espera, se controla, se adapta, es bueno.</p> <p>2. Acepta la fatalidad, no quiere otra cosa.</p> <p>3. Castigos prolongados o remotos.</p> <p>4. "Fue como un sueño".</p> <p>5. Olvida pierde algo.</p> <p>6. Omite las figuras o los objetos de la historia.</p> <p>7. Omite el contenido ordinario de la historia.</p> <p>8. No hay fantasía ni historia (describe la lámina).</p> <p>Rechaza la lámina.</p>

Totales	E.	Decepción
(3)*		1: Niño superior al adulto, se burla del adulto, es más listo, engaña al adulto, serpientes, finge, se esconde de, roba a, espía al adulto. 2. El adulto engaña al niño, no es lo que aparenta ser.
	F.	Simbolización
(4)		1. Los niños juegan en la cama. 2. Ve a los padres en la cama (lámina 5). 3. Abre la ventana (lámina 5 y/o 9); excava o cae en un hoyo. 4. Nacimiento de bebés. 5. La cuerda se rompe (No. 2); la silla o el bastón se rompen (No. 3); el globo estalla (No. 4); la cola es jalada o mordida (No. 4), la cuna rota (No. 9). 6. Lluvia, río, agua, tormentas, frío. 7. Fuego, explosiones, destrucción. 8. Palos, cuchillos, pistolas. 9. Cortaduras, piquetes, lesiones, asesinatos (distinto hacer comido). 10. Privación oral.
	G.	Proyección e Introyección
(4)		1. El que ataca es atacado "comer y ser comido". 2. El inocente es comido o atacado. 3. El niño es agresor activo (muerde, golpea, arroja; no se incluyen ataques verbales o bromas). 4. Unos personajes insultan a otros. 5. Otros tienen secretos o se burlan de alguien. 6. El sujeto añade detalles, objetos, personajes o temas orales. 7. Magia y poderes mágicos.
	H.	Temor y ansiedad
(3)		1. El niño se esconde del peligro, huye por medio. 2. Temores a fuerzas extrañas (viento, espantos, cazadores, monstruos). 3. Sueños de peligro. 4. Padres muertos, se van, o no quieren al niño. 5. "lapsus linguae" del sujeto.
	I.	Regresión
(2)		1. Mucho afecto al relatar las historias. 2. Referencias personales. 3. Alimento derramado. 4. Cama o calzoncillos mojados, agua salpicada. 5. Sucio, desarreglado, mal oliente; una persona o un objeto cae en el baño. 6. Espantos, brujas, casas de espantos.

* ó 2, si ambos son respuestas E-2.

	J.	Controles débiles o ausentes
(2)	_____	1. Huesos, sangre.
	_____	2. Veneno.
	_____	3. Palabras sin sentido o por consonancia.
	_____	4. Perseveración del contenido extraño de una historia anterior.
	_____	5. Pensamiento tangencial, asociaciones desordenadas.
	_____	6. Contenido extravagante.
		IDENTIFICACION
	K.	Adecuada, del mismo sexo
(L=0>K)	_____	1. El sujeto se identifica con el padre del mismo sexo o con el personaje infantil del mismo sexo.
	_____	2. El niño está celoso de, o es regañado o castigado, por el padre del mismo sexo.
		3. El niño ama o es ayudado por el padre del sexo opuesto.
	L.	Confusa, del sexo opuesto
	_____	1. El sujeto se identifica con el padre o con el personaje infantil del sexo opuesto.
	_____	2. El niño tiene miedo a, o es regañado o castigado por el padre del sexo opuesto.
	_____	3. Falta de reconocimiento del sujeto del sexo o de las especies.
	_____	4. Lapsus linguae respecto al sexo de las figuras.

Lista de mecanismos adaptativos en las respuestas al C.A.T.

Nota: La lista de mecanismos adaptativos en las respuestas del CAT por Mary R. Haworth. Copyright C.P.S. Inc. Box 83, Larchmont, New York 10538 (citado por Bellak, (1979).

Apéndice E

FICHA DE IDENTIFICACION

☺ ¡Hola ! Se que eres paciente del I.N.P., me gustaría conocerte y para ello he realizado algunas preguntas, puedes contestarlas por favor.

CUAL ES TU NOMBRE?

EN QUE GRADO VAS EN LA ESCUELA?

QUIEN VIVE CONTIGO?

TIENES HERMANOS? SI NO
EDAD Y NOMBRE DE CADA UNO DE ELLOS?

• • • • • • • • •

TIENES ASMA BRONQUIAL? SI NO
DESDE CUANDO TIENES ASMA?

TE HAN HOSPITALIZADO A CAUSA DEL ASMA? SI NO
CUANTAS VECES?

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

ALGUN FAMILIAR TIENE ALERGIA O ASMA? SI NO
QUIEN?

QUE MEDICAMENTOS UTILIZAS?

CREES TENER ALGUN PROBLEMA? SI NO
CUAL?

PRACTICAS ALGUN DEPORTE?
CUAL (ES)?

Gracias ☺

Nota: Esta Ficha de Identificación fue elaborada por la autora, con la finalidad de seleccionar la muestra y saber que tanto el paciente como su familiar conocen de su propio padecimiento.

Apéndice F

Descripción del manejo en grupo

<i>Sesión #</i>	<i>Contenido</i>	<i>Técnicas</i>	<i>Materiales</i>
1	<i>Bienvenida</i>	<i>Expositiva</i>	<i>Pizarrón / gis</i>
	<i>Presentación</i>	<i>Juego</i>	<i>Hojas blancas,</i>
	• <i>del Curso/Taller</i>	<i>Dibujo / plastilina</i>	<i>colores y/o plastilina</i>
	• <i>de los participantes</i>	<i>Ejercicios</i>	<i>Estambre</i>
	<i>¿Que es el asma?</i>	<i>Lluvia de ideas</i>	<i>Ejercicios en papel</i>
	<i>Hacer carpeta</i>	<i>Lluvia de ideas</i>	<i>Cartulina y estambre</i>
2	<i>Signos y Síntomas</i>	<i>Expositiva</i>	<i>Ejercicios en papel</i>
		<i>Ejercicios</i>	
		<i>Juego</i>	
3	<i>Factores que intervienen</i>	<i>Lluvia de ideas</i>	<i>Pizarrón / gis</i>
		<i>Ejercicios</i>	<i>Ejercicios en papel</i>
	<i>Aplicación " Raven "</i>	<i>Colectivo / Juego</i>	<i>Test de Raven</i>
	<i>Enfermedades asociadas</i>	<i>Lluvia de ideas</i>	<i>Pizarrón / gis</i>
4	<i>Morbilidad</i>	<i>Expositiva</i>	<i>Estambre</i>
	<i>¿Cómo se diagnóstica?</i>	<i>Juego</i>	
	<i>Medicamentos</i>	<i>Demostrativa</i>	<i>Medicamento de cada</i>
5		<i>Juego</i>	<i>sujeto</i>
	<i>Aplicación del Bender</i>	<i>Colectivo</i>	<i>Test de Bender</i>
		<i>Demostrativa</i>	<i>Un relato</i>
6	<i>Relajación</i>	<i>Ejercicios</i>	
		<i>Juego</i>	
	<i>Respiración</i>	<i>Demostrativa</i>	
7		<i>Ejercicios</i>	<i>Hojas blancas y</i>
	<i>Aplicación DFH</i>	<i>Colectivo / Juego</i>	<i>lápices</i>
	<i>Prevención y</i>	<i>Lluvia de ideas</i>	<i>Ejercicios en papel</i>
8	<i>Tratamiento</i>	<i>Juego</i>	
	<i>Simulacro</i>	<i>Dramatización</i>	
9		<i>Juego</i>	
	<i>Repaso</i>	<i>Lluvia de ideas</i>	
10	<i>¿Qué pasaría si...?</i>	<i>Juego</i>	
	<i>Repaso</i>	<i>Lluvia de ideas</i>	
11	<i>Manejando la situación</i>	<i>Juego</i>	
		<i>Lluvia de ideas</i>	
12	<i>Cierre</i>	<i>Actividades</i>	
		<i>recreativas</i>	

Apéndice G

El siguiente formato se utilizo para el vaciado de datos, con respecto a los mecanismos de defensa en cada uno de los sujetos de los cuatro grupos.

	Mecanismos de Defensa									
	A	B	C	D	G	H	I	Z	K	L
Grupo										
1										
C.I.D.										
K.J.A.										
M.A.F.										
2										
S.M.T.										
J.A.C.										
R.V.R.										
3										
M.M.G.										
H.H.F.										
C.C.T.										
4										
S.G.										
A.D.T.										
Y.M.R.										
H.A.A.										
E.G.										
J.C.R.										
Y.C.H.										
M.V.C.										

MECANISMOS DE DEFENSA

- A. Formación Reactiva
- B. Anulación y Ambivalencia
- C. Aislamiento
- D. Represión y Negación
- G. Proyección e Introyección
- H. Temor y Ansiedad
- I. Regresión
- Z. Desplazamiento

IDENTIFICACION

- K. Adecuada
- L. Confusa

Apéndice H

El presente formato se utilizó para la captura del número de palabras (pretest y postest) en las láminas del C.A.T. y su suplemento (C.A.T.-S.), en los cuatro grupos (grupo 1 y 2 con tratamiento, grupo 3 sin tratamiento y grupo 4 el que se formó con los sujetos que realizaron pretest únicamente).

	<u>Lámina</u>									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
C.A.T.										
PRETEST										
Grupo										
1										
2										
3										
4										
POSTEST										
Grupo										
1										
2										
3										
4										
C.A.T.- S.										
PRETEST										
Grupo										
1										
2										
3										
4										
POSTEST										
Grupo										
1										
2										
3										
4										

Apéndice I

Este formato se utilizó para la captura del número de palabras (pretest y postest) en las láminas del C.A.T. y su suplemento (C.A.T.-S.), de cada uno de los sujetos de los cuatro grupos.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Lámina 10
	C.A.T.									
PRETEST										
Grupo 1										
C.I.D.										
K.J.A.										
M.A.F.										
Grupo 2										
S.M.T.										
J.A.C.										
R.V.R.										
Grupo 3										
M.M.G.										
H.H.F.										
C.C.T.										
Grupo 4										
S.G.										
A.D.T.										
Y.M.R.										
H.A.A.										
E.G.										
J.C.R.										
Y.C.H.										
M.V.C.										
POSTEST										
Grupo 1										
C.I.D.										
K.J.A.										
M.A.F.										
Grupo 2										
S.M.T.										
J.A.C.										
R.V.R.										
Grupo 3										
M.M.G.										
H.H.F.										
C.C.T.										

Apéndice J

A continuación se presentan las historias del CAT y su suplemento (pretest y postest), así como la reproducción de las pruebas de Bender y el DFH, de cada uno de los sujetos de los grupos 1, 2 y 3, así como una breve descripción del caso.

GRUPO # 1

Protocolo "CID": Narración de las historias del CAT y CAT-S.

Tiempo aplicación: Pretest - 22 min. Postest - 14 min.

La mamá entró con ella a la evaluación, estuvo haciendo comentarios a CID durante la aplicación, CID volteaba constantemente para verificar o preguntar sobre lo que decía.

PRETEST CAT-A

1. Había una vez tres pollitos que estaban comie... en la hora de la comida y iban empezar a comer ...entonces su mamá los mando a comer y entonces le pidieron a su mamá y la mamá ya les iba a servir.
2. Una vez había una competencia quién jalaba más la cuerda, en un lado estaba el papá oso y en el otro lado la mamá osa y su bebe, y estaban jalaba la cuerda a ver quien ganaba ? estaba ganando la mamá osa y el niño.
3. Había una vez un, un señor león pensando, estaba cansado en su silla pensando que hacer con su reinado y también estaba pensando que en su pueblo había mucha gente que fumaba y podía ser daño para su salud , pensaba como arreglar el problema.
4. Aquí estaba una mamá canguro y su niño iban muy apresurados porque tenían que llegar por comida para que comieran y entonces la mamá iba muy apresurada ?...
5. Aquí hay una casa donde, aquí se duermen su mamá de unos hijos, su papá y otro hermano, aquí nos dice que cuidemos nuestras cosas para que nos duren.
6. ...Aquí hay una cueva donde el osito esta dormido con su mamá y su papá, él duerme aba... el duerme bajo unas hojas y también tiene su caverna limpia porque es higiénico.
7. ...Aquí hay un tigre que se quiere comer al changuito, pero el changuito se quiere defender para que no se lo coman.
8. Este es una familia de... monos?, changos, este es una familia de changos, su mamá le esta diciendo al niño que ponga atención que no haga travesuras, que se cuide y que no vaya hacer ninguna cosa mala.
9. ...Este es un conejito que esta en su cuarto, él se duerme solo pero cuida cosas porque quiere que su cuarto se vea bien.

10. ... Es una ma, mamá perrita con su bebe, lo bañar para que... para que tenga higiene y que sea muy limpio para bien de su salud.

PRETEST CAT-S

1. ...Aquí había unos niños jugando en una resbaladilla, el niño se iba ahechar por la resbaladilla, pero una niña lo empujó y ...se puede caer y se puede lastimar.
2. Aquí hay unos changuitos estudiando, pero un changuito no entiende lo que dice el otro porque no pone atención, el otro estudia mucho para que salga bien y cuando sea grande sea alguien de provecho.
3. Aquí hay una niña y un niño jugando a la hora del té ...? ...
4. Aquí hay una mamá panda cuidando a su bebe para que cuando crezca sea grande y fuerte.
5. Aquí hay un cangurito que se lastimó su pie, va ir al Dr. para que se lo curen y vuelva a jugar como todos los demás ? porque a lo mejor se pego y se lastimó.
6. Estos son unos niños que están jugando, pero no sean dado cuenta que si corren y como son muchos se pueden empujar, se pueden caer y se pueden lastimar.
7. Aquí hay un gatito viendose en el espejo que va creciendo muy sano y muy fuerte.
8. Este es un conejito que fue ...al Dr. para que lo revisara, para que le dijera si esta creciendo bien o no, y el Dr. le dijo que iba muy bien con su salud ? del pecho.
9. Aquí ... un ... es una, Aquí hay un venadito bañandose para que tenga higiene y para que tenga mucha salud, para que este sano y fuerte.
10. Aquí hay una gatita que va tener su be...un gatito y quiere que nazca su gatito para que crezca sano y fuerte.

Aquí CID decidió que no era necesario que su mamá entrará a la aplicación, realizó menos preguntas de verificación en comparación con el postest.

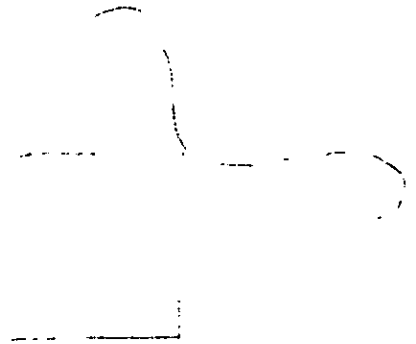
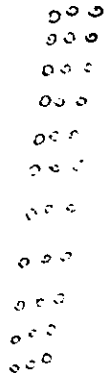
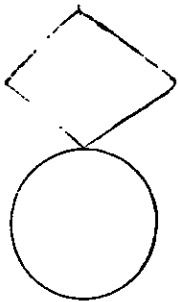
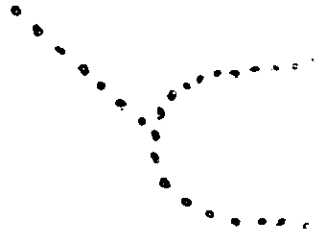
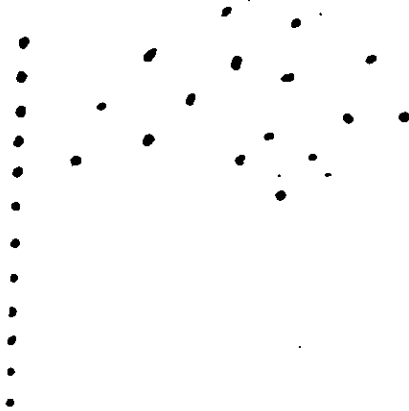
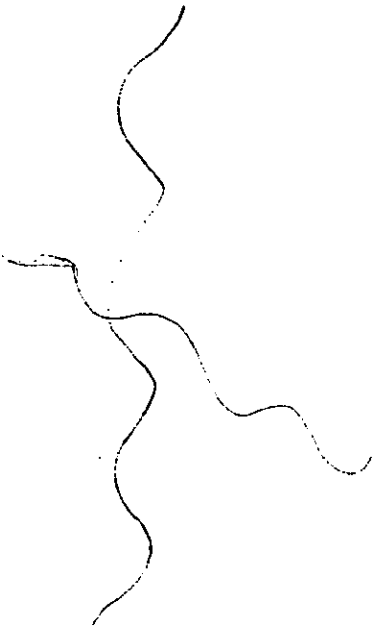
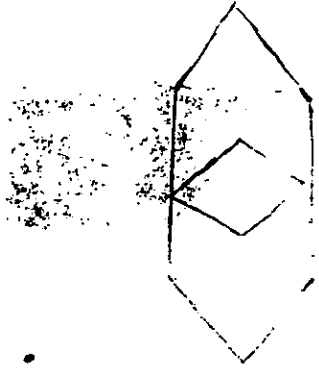
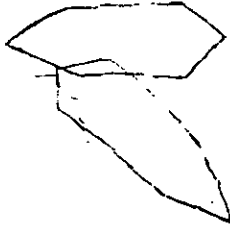
POSTEST CAT-A

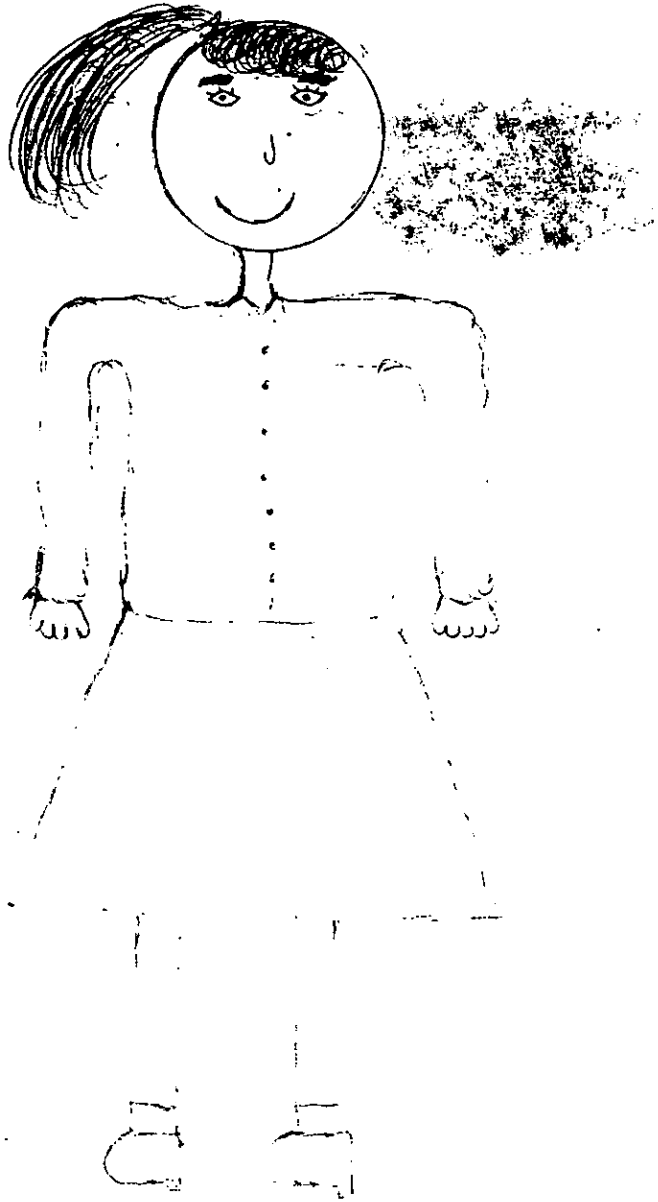
1. Aquí tenemos tres pollitos que están comiendo para que crezcan grandes y fuertes, uno apenas se va a servir de comer y los otros ya están comiendo.
2. Estos son tres osos que están, que están este, jugando a ver quien jala la cuerda, a ver quien tira más fuerte y va ganando papá oso ? la mamá y el hijo.
3. Este es un león ya un poco viejo, esta, esta sentado en su trono acordandose de cuando era joven y abajo en un pequeño ahujero un pequeño ratón.
4. Este es un mamá que va muy apresurada porque va ir de campamento con sus dos bebes, ella va, va saltando y su otro bebe en la bici, todos quieren llegar rápido para, porque se van encontrar con el papá porque van a comer.
5. Este es un cuarto que esta muy limpio y asiado, ahí están dos ositos que están contentos porque esta limpio su cuarto y así no tienen enfermedades.

6. Aquí esta una cueva durmiendo tres osos, la mamá y el papá, y el niño esta en otro lado contento también porque su cueva esta limpia y así no esta enfermo y es bien para su salud.
7. Este es un tigre y un mono, el mono se esta protegiendo del tigre, porque el tigre se lo quiere comer y el mono lo quiere arañar y se quiere trepar para que no se lo coma.
8. Esta son tres, dos monos tomando café: una señora mona y un señor mono, la mamá, otra mamá mona esta diciendole a su hijo que se porte bien porque hay invitados.
9. Este es un conejito que esta durmiendo en su cama, él también esta contento porque tiene su cuarto asiado y bonito y así mamá no lo va regañar y además se cuida mucho.
10. Este es una mamá perrita que quiere bañar a su bebe para que así tenga salud y no se enferme de ninguna enfermedad y este sano y fuerte.

POSTEST CAT-S

1. Estos son...como ardillas?, estos son cuatro ardillas dos niñas y dos niños, uno ya se hecho por resbaladilla, la otra se va ahechar solo que no se a dado cuenta que su compañero llegue hasta abajo, y así puede pegarle y partirle la cabeza.
2. Estos son tres changuitos que están estudiando, uno esta leyendo, y los otros están escuchando para que sepa de que se trata lo que esta leyendo.
3. Estas son dos niños que están jugando a la comidita, el niño es el papá y la niña la mamá, los dos son ratoncitos y están jugando juntos porque se llevan muy bien.
4. Este es una mamá panda que esta cuidando a su bebe y lo esta alimentando para que, para que sea un niño, un panda grande y fuerte y crezca bien.
5. Este es, es un cangurito que esta lastimado de su brazo y de su cola, por no tener cuidado lo atropellaron y por eso le pusieron muletas.
6. Estos son cuatro zorrillos...son zorrillos?, zorrillos que están corriendo, pero no se andado cuenta de que se pueden caer, les puede pasar un accidente y se pueden lastimar.
7. Este es un gatito que se esta viendo en el espejo, se esta viendo como esta de guapo, esta muy bien y muy guapo y esta creciendo fuerte.
8. Este es un... es un doctor conejo, esta cuida... viendo como esta el bebe conejo, le esta revisando los pulmones para ve si están sanos y fuertes ? si.
9. Este es un venado que se esta bañando para que tenga higiene y para que este fuerte y sano y para que no tenga ninguna enfermedad.
10. Es una mamá gatita que va tener a un bebe y se cuida mucho para que su bebé nazca sano y fuerte.





Protocolo "CIDS"

Datos Personales: CID es una niña de 10^a 5 meses, nació el 12 de febrero de 1989, y va en 5^o año de primaria. Vive en la Delegación de Tlalpan con sus padres y sus 2 hermanos menores (E. de 6 y L. De 4 años), le gusta jugar y ver los partidos de football con su papá.

CID padece asma bronquial moderado desde los 4 años, sus medicamentos: Nasacort, Clarityne D e Inmunoterapia (en la evaluación pretest), actualmente le aplican solo vacunas.

Resultados de las pruebas Raven, Bender y DFH.

- En la prueba de Raven obtuvo con un puntaje de 29 puntos lo cual le da un rango de capacidad intelectual de RII, es decir superior al término medio.
- En la valoración de Bender es importante mencionar que al inicio de la aplicación una vez roto la hoja (de vertical a horizontal, aún después de invitarla a no hacerlo), por lo tanto no puntúa como rotación en las láminas, obteniendo un puntaje crudo de 0 + 2 puntos de indicadores emocionales, lo cual equivale a un nivel de maduración de percepción visomotora mayor a la que le corresponde por su edad (edad equivalente de 11 años a 11 años 11 meses).
- En cuanto a los indicadores esperados de maduración perceptomotora encontrados en la prueba del DFH su puntaje total fue de 5, lo cual corresponde a un nivel normal.
- En relación a los indicadores emocionales en la prueba de Bender presentó orden confuso y línea fina que puede estar hablandonos de una incapacidad para planear y organizar el material, así como cierta timidez y retraimiento. En la prueba del DFH presentó omisión de las orejas (no es significativo para su edad) y presencia de botones que nos señalan cierta dependencia.

En cuanto a la prueba del CAT y su suplemento se destaca que en la mayoría de las láminas, las historias se vuelven a formular en el trayecto del relato y casi en todas ellas hay una moraleja de buena conducta, limpieza y salud.

De su grupo (grupo 1) fue la que empleó mayor número de palabras en sus relatos tanto para la evaluación pretes como para la del postest. Las historias más largas de su valoración fueron: Las láminas 2,3,4 del CAT y la lámina 8 del CAT-S (pretest), junto con la lámina 4 del CAT y la primera del CAT-S (postest).

Sus principales mecanismos de defensa son: Formación reactiva, Negación y Ambivalencia

Observaciones Conductuales: "CID" se mostró en la aplicación de las diferentes pruebas con timidez y cooperativa. En el manejo de grupo tomó una actitud de ser la niña que tenía razón, con más experiencia, protección hacia los niños menores y es quien en los simulacros dio roles a los demás participantes.

Apéndice J

Protocolo "KJAA": Narración de las historias del CAT y CAT-S.

Tiempo aplicación: Pretest - 20 min. Postest - 15 min.

KJA entró a la evaluación con su mamá, la cual no hizo ningún comentario durante la aplicación.

PRETEST CAT-A

1. Estoy viendo unos pollitos que están comiendo ? nadie, ? tres.
2. Tres osos jalando una cuerda ? un osito con su papá contra la mamá ? estos dos, porque son dos.
3. El rey león, solo que no tiene su corona, es muy viejito y por eso aquí tiene su bastón y además fuma. Ah aquí anda un ratón y ya.
4. Este es un... como llena?, bueno es una llena, este un canguro, este también es canguro y van a ir de día de campo.
5. Aquí hay dos osos que están dormidos ? están solos.
6. Dos osos en una cueva están dormidos, bueno este, este no.
7. Es un tigre, se esta lanzando contra un chango ? porque se lo quiere comer.
8. Aquí este, esta platicando con el este changueo, ? este, bueno aquí tiene un arete es que es su mamá, su tía, su abuelito, este su abuelita y este su sobrino y la tía esta platicando con el abuelo.
9. Un conejo en su cuna, y la puerta abierta y se ve que esta dormido ? esta solo, esta despierto.
10. Son... es una mamá pegandole a su perrito ? no se, una travesura, quien sabe que hizo, se hizo del baño.

PRETEST CAT-S

1. Cuatro lobos en una resbaladilla ? subiendo a la resbaladilla y se están bajando.
2. Son tres changuitos y uno esta leyendo, el otro esta dormido soñando y el otro esta poniendo atención ?..., porque le dijeron que leyera en la clase.
3. Este es un ratón, un ratón y una ratona y una muñeca y están jugando ? a la comidita.
4. Un oso panda y su pandita ? lo esta abrazando el panda.
5. Un canguro que se rompió la pata y la cola ? se cayó.
6. Cuatro llenas que están corriendo ? porque están jugando.
7. Un gato que se esta viendo en el espejo y esta parado ? esta sorprendido porque tiene unos chicos ojotes, quien sabe ? parado y más chico.
8. Un conejo Dr. que esta revisando a un conejito ? de sus pulmones ? de los pulmones.
9. Una jirafa bañandose y su ...jirafita que se esta poniendo sus zapatos ?.
10. Un gato gordo ? porque comió mucho.

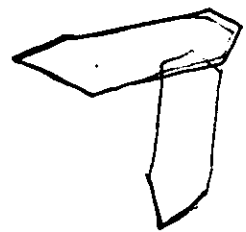
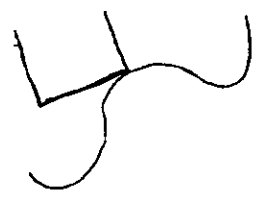
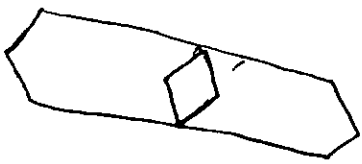
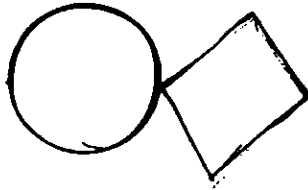
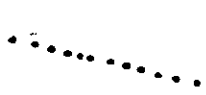
Para la aplicación del postest, KJA decidió que no entrará su mamá

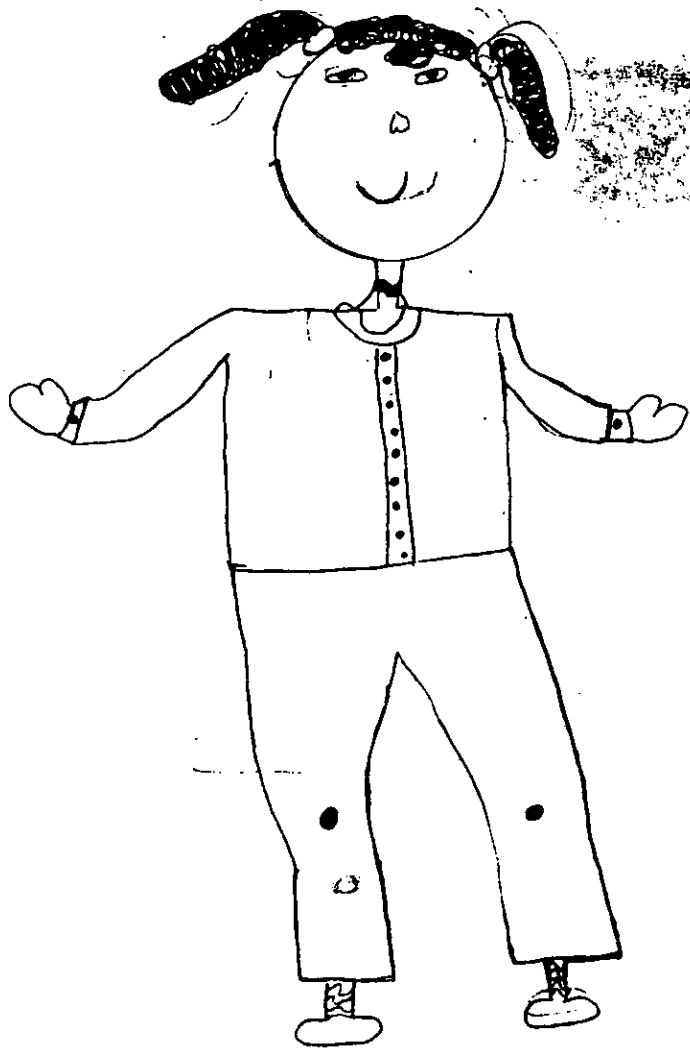
POSTEST CAT-A

1. Son tres pollitos que están comiendo, están comiendo quien sabe que cosas, que más... no le dieron (señalando a la gallina) ? a la mamá.
2. El papá oso esta con su hijito oso y están compitiendo con su mamá ? el papá oso y el hijito oso.
3. Este, un león muy viejo con un bastón y un ratón acá... ? Esta sentado y tiene una pipa en la mano.
4. Un canguro y sus dos hijitos, porque uno lo tiene aquí en la bolsa y el otro esta aquí, esta con el sombrero y una bolsa y el canguro esta en la bolsa con un globo y el otro cangurito esta con una bicicleta y la mamá tiene una canasta para ir de día de campo.
5. Dos ositos... ? están dormidos.
6. Tres ositos, también están dormidos, aquí están ? el, la mamá osa, el papá oso y el hijito.
7. Un tigre contra un chango, el changuito se subió, ? se están peleando.
8. Cuatro, digo, no cinco changos, la abuela, el abuelo, la tía, la otra tía y el sobrinito, aquí esta la abuela, aquí el abuelo, aquí la tía y aquí la otra tía y la mamá del changuito ? Le esta diciendo que coma ? estas están platicando.
9. Un conejito durmiendose ? bueno ni esta durmiendo porque tiene los ojos abiertos, nada más se estaba asiendo el dormido.
10. Un este, un, una mamá perra con un, un su perrito, y le esta dando ? porque ensucio el baño.

POSTEST CAT-S

1. Cuatro, que serán?... zorros, dos zorritas, dos zorros, se están subiendo a la resbaladilla y uno ya se hecho.
2. Tres changos, uno esta leyendo, el otro esta pensa.. esta en las nubes y el otro esta poniendo atención.
3. Dos ratones y una muñeca, los ratones están jugando a la comidita.
4. Un oso panda y su pandita ? el oso panda lo esta abrazando.
5. Un canguro que se rompió la pata y la cola ? porque seguro estaba saltando.
6. Otra vez los cuatro zorritos que se hecharon a correr ? porque de seguro se bajaron de la resbaladilla y se hecharon a correr.
7. Un gato re.. reflejandose en un espejo y esta parado en dos patas ? bien, bien.
8. Un conejo Dr., otro conejo lo va revisar al conejito ? algo de los pulmones ? bien.
9. Dos jirafitas ? una se esta bañando y la otra poniendose los zapatos.
10. Un gato gordo ? porque comió.





Protocolo "KJAA"

Datos Personales: KJAA es una niña de 8^o 8 meses, nació el 23 de noviembre de 1990, y va en 3er año de primaria. Vive en la delegación de Tlalpan con su mamá y un hermano mayor (J. de 17 años), le gusta jugar en con las computadoras y le gustaría saber nadar.

KJA padece asma bronquial moderado desde hace 4 años combinado con una rinitis alérgica y tiene problemas en las amígdalas, por lo cual será operada; Sus medicamentos: Becotide e Inmunoterapia (en la evaluación pretest), actualmente le aplican solo vacunas.

Resultados de las pruebas Raven, Bender y DFH.

- En la prueba de Raven obtuvo con un percentil de 75 puntos lo cual le da un rango de capacidad intelectual de RII+, es decir definitivamente superior al término medio.
- En la valoración de Bender su puntaje crudo fue de 3 + 4 puntos de indicadores emocionales, lo cual equivale a un nivel de maduración de percepción visomotora igual a la que le corresponde por su edad (edad equivalente de 8 años 6 meses a 8 años 11 meses). Durante la aplicación KJA roto la hoja varias veces "para acomodarse", en cada una de las figuras por lo que no se puntúa.
- En cuanto a los indicadores esperados de maduración perceptomotora encontrados en la prueba del DFH su puntaje total fue de 6 (5 puntos de indicadores esperados y uno más por indicadores excepcionales), lo cual corresponde a un nivel normal alto o superior.
- En relación a los indicadores emocionales en la prueba de Bender presentó orden confuso, tamaño pequeño, segunda tentativa y repaso, lo cual nos apunta a una incapacidad para planear el material, rasgos de impulsividad, agresividad y ansiedad. En la prueba del DFH presentó omisión de las orejas (no es significativo para su edad) y presencia de botones que nos señalan cierta dependencia.

En relación a la prueba del CAT y CAT-S, las historias arrojan un común denominador, y es que KJA tiene una percepción muy particular de la relación de ella con su mamá, lo cual se podrá observar en la siguiente descripción:

En la primer lámina KJA no menciona a la figura sombreada (mamá gallina), al preguntarle quienes están? Responde y señala solo a los tres pollitos; En la lámina 2 el papá y el hijo luchan contra la mamá; En la primera aplicación, en la lámina 4 observa a una llena con sus canguros (a la madre la ve como llena) y en la segunda aplicación es un canguro con sus hijos y su historia tiene el doble de número de palabras que la primera; En la lámina 6 en el pretest menciona que son

2 osos y en el postest que son tres (papá, mamá e hijo, es fácil adivinar a quien no menciono en el pretest); En la lámina 8 del pretest comenta que por el arete a de ser la mamá y en el postest, aunque menciona a la mamá al final la observa comunicandose con el hijo; En la lámina 9 existe ambivalencia en el pretest, primero menciona que el conejo esta dormido, pero al decir que esta solo señala que esta despierto, en el postest acomoda mejor la situación diciendo que esta haciendose el dormido.

Como se puede observar los relatos de KJA son cortos, sin embargo arroja mucha información de la psicodinámia de ella.

Sus principales mecanismos de defensa en las historias del CAT y CAT-S son: La proyección, la ambivalencia y la negación; y durante el manejo de grupo se observaron la proyección y la reparación.

Observaciones Conductuales: “KJA” se mostró en la aplicación de las diferentes pruebas cooperativa al inicio, sin embargo en el momento de relatar las historias del CAT y su suplemento, no se esfuerza por ampliar sus relatos. En el manejo de grupo, el primer día se mostró un poco agresiva e impulsiva en sus actitudes, burlandose en ocasiones de sus compañeros. Sin embargo fue siempre la primera en llegar a las sesiones (su mamá comentaba que una vez que entraba al INP corria a la sesión) y durante el desarrollo de las mismas su conducta fue espontanea y disfrutaba de las actividades.

También mostró interés en continuar en otro grupo similar a este.

Actualmente KJA esta en psicoterapia individual en el IMP, fue enviada por dificultades en el control de su conducta, su mamá refiere “su mal comportamiento en la escuela, es impulsiva...explosiva...no piensa las cosas...”.

Apéndice J

Protocolo "M A F M": Narración de las historias del CAT y CAT-S.

Tiempo aplicación: Pretest - 21 min. Postest - 17 min.

MAF entró muy temeroso a la aplicación del pretest junto con su madre, sin embargo ella no hizo ningún comentario durante la aplicación, y MA volteaba a ver a su mamá constantemente.

PRETEST CAT-A

1. Unos pollitos que andan comiendo, ¿ son 3 pollitos, los tres andan comiendo ? la mamá, andan sentados comiendo.
2. Son tres osos peleandose jalando una cuerda, uno chico, uno mediano y uno más grande, ¿ son hermanos.
3. Un león viejo, sentado, preocupado, con un ratón y ya, y el cigarro.
4. Dos venados, una bici y el otro cami.. saltando, que diga son canguros, uno lleva una canasta con comida y en su bolsa un sombrero y a su bebe cargandolo.
5. Dos camas en la cuna hay dos ositos que son hermanos son de color negro con gris.
6. Tres osos durmiendose en una cueva, una roca y hojas y ya.
7. Un tigre luchando contra un chango... el chango brincando ? porque habrá probado algo.
8. Cuatro changos, dos tomando su café, un cuadro y el otro chango sentado y el más chiquito parado, el que anda sentado en un sofá le anda diciendo al otro una cosa ? que vaya hacia allá.
9. Un conejo acostado en una cuna, con una puerta abierta, una ventana y una lampara ? mirando hacia fuera ? bien.
10. Dos perritos jugando en el baño, uno en un banco al otro lo andan cargando, una toalla ? no se, a ver, a ver jugando.

PRETEST CAT-S

1. Um... cuatro zorrillos jugando en una resbaladilla, dos subiendose la escalera y otro hechandose.
2. 3 changos estudiando, dos sentados y el otro parado.
3. 2 ratones jugando a ...la comidita, hay una mesa, dos sillas, uno esta sentado y el otro esta parada con un moño con dos dados, con una pelota y una carreola.
4. Un oso con su hijito, le anda dando de comer, ¡a ver qué más!, y el otro anda sentado, el más grande y el otro anda ahí agarrado de él..
5. Un canguro lastimado vendado de la cola y con dos muletas, es en el pie y en la cola.
6. 4 zorrillos jugando como a las traes, hay uno hasta tras, dos en medio y el otro hasta el principio, hay pasto, hay arboles.
7. Un gato mirandose en un espejo como diciendo, cómo estará de salud ? bien.
8. Un conejo, como un Dr. conejo ayudando al otro conejito viendole la salud y esta sentado ? de asma.

9. Dos venados, uno bañándose y el otro ya poniéndose sus zapatos, uno sentado y ... con manchitas negras.
10. Un gato, una gata con un collar con un... cómo se llama?, delantal, así parada de punta, gorda.

Para la aplicación del postest, MAF mencionó que no había necesidad de que pasará su mamá, se observaba más confiado en su conducta.

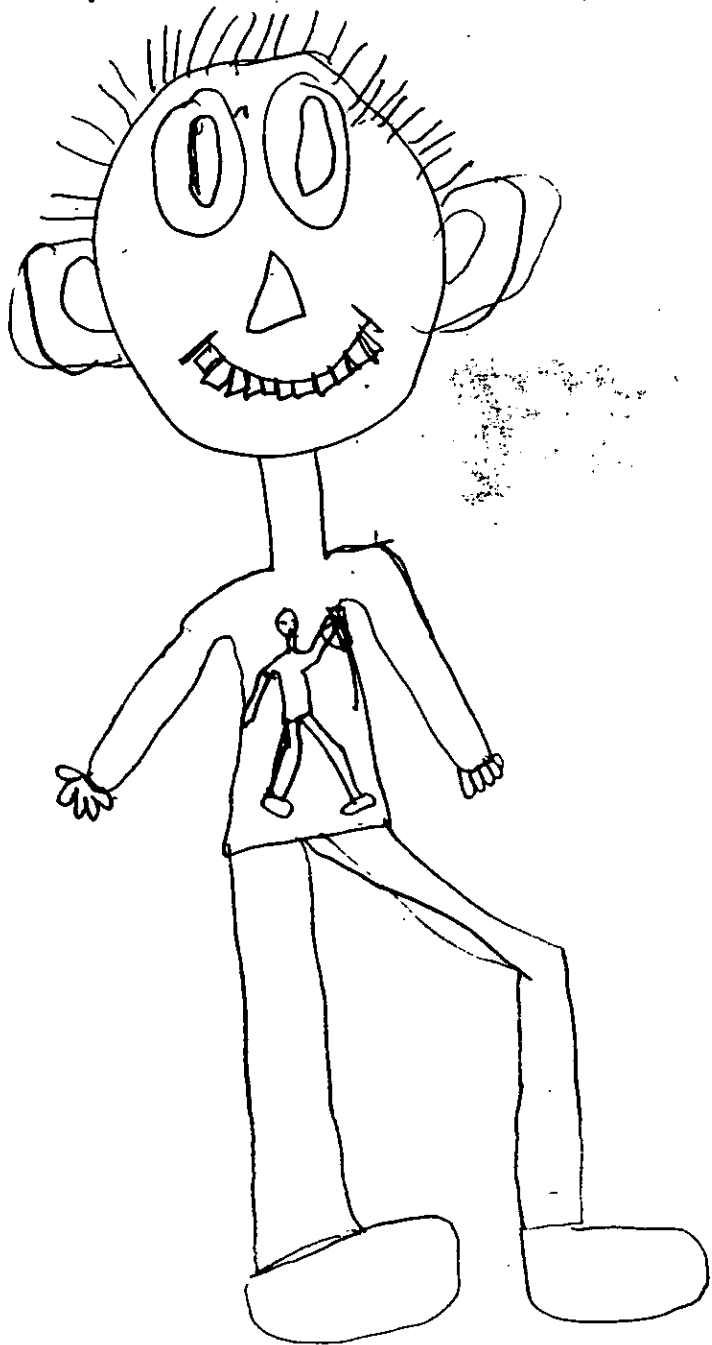
POSTEST CAT-A

1. Una gallina dándole de comer a sus pollitos que son sus hijos, hay cuatro platos con su alimento, dos están sentados y el otro parado.
2. Tres osos que son hermanos, uno jalando la cuerda se están peleando ? porque le a deber quitado algo.
3. Un león viejo, vivía solo, un ratón, una pipa.
4. Tres canguros, la mamá jalando al niño chiquito, lleva, van como corriendo, lleva un globo, el otro más grande va en una bici, el otro va jalando, como su bolsa, la mamá con un sombrero como si fueran a un día de campo llevan sus esas cosas.
5. Dos osos y un niño en una cuna tapado con, el también está acostado tapándose, ah y hay una cama y lámparas. "que estas no venían en chiquito?".
6. Dos osos grandes y uno chiquito acostado con ramas en una cueva.
7. Un tigre está peleándose con un chango como huyendo y el tigre como atacándolo, brincando y atacándolo y se pelean porque le a deber quitado algo.
8. Dos monos platicando con café y una sola, un niño monito y la mamá mono diciéndole algo ? que no se vaya tan lejos.
9. Un conejo coqueto, en una cama con barandales, aquí está viendo para fuera, y la puerta está abierta, hay una lámpara y las ventanas están cerradas y... ? bien.
10. Dos perros jugando, uno sentado y el, y al otro perrito le anda cargando, una toalla, una taza ? porque... anda jugando con él.

POSTEST CAT-S

1. Cuatro zorrillos jugando en una resbaladilla, un, uno echándose, otro para echarse y otros dos subiendo las escaleras.
2. Tres monos, uno pensando, otro triste y el otro leyendo, dos sentados en la banca y el otro parado.
3. Dos ratones jugando, uno sirviéndole algo al otro, una, un ratón sentado y la otra parada agarrando la silla, hay una mesa, una carreta con una muñeca, dos dados y una pelota.
4. Un oso grande y otro chiquito cargando al chiquito al grande, el grande está sentado y el otro anda ahí, tomando ? de su mamá, leche.
5. Un canguro lastimado con muletas, lastimado del pie y de la cola y va si con el pie y el otro arriba, va volteando así para la cámara.
6. Tres zorrillos, tres zorros, uno hasta tras, dos mujeres en medio y el otro, el último, van corriendo.
7. Un gato mirándose en un espejo.. viendo como que tal, está dos lámparas de lado y el espejo ? bien. "y el de los conejos?"

8. Un Dr. conejo viendo la salud del otro conejito, el conejito sentado en la mesa viendo como respira y... ? bien y atrás de él hay tres medicina.
9. Dos jirafas, una bañándose y la otra no esta bañándose y tañándose la que se anda bañando y la otra poniendose sus zapatos.
10. Un gato gordo con delantal y anda parado de puntitas.



Protocolo "MAF"

Datos Personales: MAF es una niño de 8^a 4 meses, nació el 13 de abril de 1991, y va en 3er año de primaria. Vive en Tlahuac con sus padres y un hermano menor (C. de 4años), le gusta jugar al beisboll con sus primos, pero no siempre porque lo hacen llorar.

MAF padece asma bronquial moderado desde hace un año y también tiene rinitis alérgica; Sus medicamentos: Ventolin inhalado con Inmunoterapia (en la evaluación pretest), actualmente le aplican solo vacunas.

Resultados de las pruebas Raven, Bender y DFH.

- En la prueba de Raven obtuvo con un percentil de 75 puntos lo cual le da un rango de capacidad intelectual de RII+, es decir definitivamente superior al término medio.
- En la valoración de Bender su puntaje crudo fue de 6 + 1 punto de indicador emocional, lo cual equivale a un nivel de maduración de percepción visomotora menor a la que le corresponde por su edad (edad equivalente de 7 años a 7 años 5 meses).
- En cuanto a los indicadores esperados de maduración perceptomotora encontrados en la prueba del DFH su puntaje total fue de 6 (5 puntos de indicadores esperados y uno más por indicadores excepcionales), lo cual corresponde a un nivel normal alto o superior.
- En relación a los indicadores emocionales en la prueba de Bender presentó gran tamaño, lo cual nos indica poca tolerancia a la frustración. En la prueba del DFH su dibujo esta mostrando los dientes que puede estar denotando cierta agresividad.

Observaciones Conductuales: "MAF" se mostró en la aplicación de las pruebas del CAT y CAT-S un poco temeroso y retraído. En el manejo de grupo se observó, al inicio un poco callado, atento y muy flexible (era él y dos niñas).

Hay que recordar que en el grupo 1 asistió "JGE" un niño de 10 años de edad, que sol se presentó a 6 sesiones de las 12, MAF se identificó con él (se sentaba a su lado, votaba por lo que él decía, etc.) y lo buscaba para apoyarlo y pedir su aprobación en las actividades que realizaba. Sin embargo cuando "JGE" faltó a las sesiones MAF se apoyaba en la niña de 10 años (CID) y realizaba sus actividades con más espontaneidad.

Apéndice J

Protocolo "JEGM": Narración de las historias del CAT y CAT-S.

Tiempo aplicación: Pretest - 37 min. Postest - no se realizó

En el caso de JEG su mamá entró a la evaluación, pero no intervino en nada. Solo J.E. volteaba de vez en cuando, tosió varias veces durante la aplicación.

PRETEST CAT-A

1. Había una vez cuatro pollitos comiendo el agua y... ? la mamá gallina les esta sirviendo... empiezan a comer...ya acabaron y cada quien recoge su plato, lo llevan al lavadero y su mamá los lava.
2. Había una vez tres ositos, dos grandes y uno chiquito, estaban hechando carreritas a ver quien tiraba del lazo más fuerte y de un lado nada más había uno y del otro lado uno grandote y uno chiquito, se calló el grande y apachurro al chiquito y el que estaba solo se cayo encima del monte
3. Había una vez un león que estaba muy triste y salió el ratón de su ahujero y este y el león lo quería agarrar y el ratoncito, y al ratoncito no lo agarraba, y el ratoncito le dijo "que quieres de mí" y el león le dijo tengo hambre y te voy a comer " hasta crees que me vas a agarrar" y "apoco no" y el ratoncito se metió a cada uno de los ahujeritos y el león se enoja y con su bastón lo i va deteniendo y el ratoncito dijo "ya me canse" y el león lo agarra, se lo comió y luego se puso a fumar su pipa.
4. Había una vez dos canguros: la mamá y la hija, que la mamá iba cargando la comida, con su mano iba deteniendo el sombrero y la hija iba ayudando en la bicicleta y en la cangurera traía un canguro con su globo y...
5. Había una vez unos ositos que eran muy ... juguetones, por la mañana estaban durmiendo y su mamá estaba preparando comida y les hablaba y les hablaba y no despertaban y luego un osito se levanto y le dio una patada a la niña porque no se queria levantar, se levantaron los dos, la niña se enoja y ya se levantaron de la cuna, tendieron su cama.
6. Había una vez tres osos, un chiquito y dos grandes, estaban durmiendo en su cama y el chiquito se levanto y fue buscar comida y encontró a un león y el osito se hecho a correr y estaba horrible, horrible y le dijo "vas a ver ahorita como te voy a almorzar" agarra y este, su papá se despertó y su mamá se fueron a buscar y ya estaba todo tirado.
7. Había una vez unos monos y un tigre, el mono estaba jugando y se subió a un árbol y ya no se podía bajar, llegó un el león y empezó a moverlo y se cayó, lo persiguió y le dijo que no se volviera a subir "cada que yo me subo me caigo" "pero es que tú estas muy pesado" y se para de las dos patas, lo agarra y le pellizca la nariz y lo deja ir y el león se enoja y se fue.
8. Había una vez una familia de changos, y este, y el monito chiquito y la mamá se estaba regañando al mono chiquito que no jugara fuera de su casa porque si sabían lo iban atrapar los cazadores entre la hermana y el papá le estaban diciendo al chiquito, pero el mono chiquito se salió de su casa, más lejos de su casa y encontró a la bisabuela, en

fantasma no, y el niño que le dice “y tu quien eres” “yo soy tu bisabuela agarra y el chiquito gritó hay mamá que se vaya mi bisabuela ya salieron los tres.

9. Había una vez una familia de conejitos, el papá y la mamá salieron a comprar al mandado y dejaron la puerta abierta y el conejo chiquito se salió y se fue con sus amiguitos porque estaba muy triste porque no estaban sus papas después y se perdió y luego regresaron los papás y vieron la puerta abierta, como si la habían cerrado, buscaron al conejito y ya no lo encontraron y lo fueron a buscar y lo encontraron con sus y como antes se había bañado y ya lo encontraron todo sucio y este ya estaba jugando el conejito.
10. Había una vez una familia de perritos, y el perro chiquito lo había regañado su mamá porque bajo la palanca de la taza y ya se estaba cayendo todo el agua y no estaba su mamá y llegó su mamá del mandado y, y ya estaba todo inundado y y este perrito chiquito se subió al sillón y luego se subió a su tele y toda la tiro y luego hizo un desastre en su casa, llegó su mamá y le pegó.

PRETEST CAT-S

1. Había una vez unos niños jugando en la resbaladilla y un niño era muy malo y ya que se bajo el seguía una niña y luego subió otro niño y luego rápido se subió a las escaleras y ya nada más quería ser el dueño de, de la resbaladilla y cada niño que se subía lo tumbaba y una vez lo desobedecieron y había un charco debajo de la resbaladilla cuando se hecho de la resbaladilla todos se cayeron y lo salpicaban.
2. Había una vez una escuela de puros changuitos, aunque la maestra los ponía a leer y un changuito una vez le cambio su libro de español por el de matemáticas y esa lectura cual es “la del saltamontes” perdón maestra y lo castigo por un día sin salir al recreo y...ya siempre le hacia así a todos los niños y lo dejaban salir porque no se daba cuenta la maestra y un día vio la maestra cuando estaba cambiando el libro y lo castigo un día, luego una semana y ya no se le quitaba la maña de cambiarlos libros y un día que a él le paso así y lo castigaron todo el año.
3. Había una vez 2 niños que estaban jugando a la comidita y un niño tenía sus lentes y ya habían terminado de jugar a la comidita y se pusieron a jugar pelota y la niña y el niño se le cayeron sus lentes y al niño por desquitarse tenía una muñeca y la destrozó y llegó su mamá y le pegó a los 2 por enojarse y destruirse las cosas.
4. Había una vez una mamá panda y un hijito, al hijito lo encontró ahí una vez barriendo y lo agarró, lo acostó en sus brazos ... y la mamá le dijo “hay te dije que te quedas aquí en la casa” “hay mamá es que me fui con mis amigos” “ y te dije que no salieras, porque nada más te vienen a molestar a ti, solo te están metiendo ideas en la cabeza” “no mamá ya me voy a portar bien” y ya lo dejó otra vez en su casa” y los niños fueron por él y otra vez encontró allá a su hijo y su hijo lo mando bañar y la mamá panda los llevó de la oreja a los demás niños con su mamá “nada más le están enseñando malas cosas al niño” y ya.
5. Había otra vez un, un canguro que estaba jugando football y un canguro a otro canguro le fracturó el pie y luego ya se estaban peleando todos los canguros y a uno le pisaron la cola y al otro el pie, y le dolió mucho y mientras otro estaba peleando él se hizo una muleta de vara y se fue para su casa y ya en su casa le pusieron vendas y todo ya se fue otro día a jugar football y se quito las vendas para que vieran que no le había

- pasado nada y lo volvieron a pisar y dijo “hay como me duele y lo tuvieron que volver a poner las vendas en el pie para que no se las quitara y con un cuchillo se quitó el yeso y volvió a jugar otra vez y hasta que un día le dijeron que ya no iba a jugar.
6. Había una vez una carrerita de zorros eran 4 y se formaron y como había el zorro malo de la resbaladilla, iban saliendo y a cada uno les puso el pie y se iban cayendo y el zorrito gana.
 7. Había una vez un gato que no sabía que se reflejaba en el espejo, una vez el gato se decía “hay que me estas viendo niño feo” y este y como él dijo igual “que me estas viendo niño feo” porque lo que le dice él, le dice él, y una vez rompió el cristal y tuvo 7 años de mala suerte.
 8. Había una vez un niño que se enfermó de gripa, por estarse mojando en el agua, lo llevaron al Dr. arrastrando porque no quería irse y ya lo atendió el Dr. y el niño se puso un reloj debajo de su ropa y el Dr. le dijo “que corazón tienes niño estas muy enfermo” y lo llevaron a la sala de operaciones para quitarle haber que tenía el corazón y, y el niño estaba chillando porque no era cierto y le quitaron el corazón, bueno le cambiaron de corazón.
 9. Había una vez, esta una familia de ... familia de venados, se estaba bañando su mamá y el niño cuando acababa de bañarse se fue a ensuciar otra vez y la mamá se enojó y le pegó con el cinturón y el niño le dijo “hay me voy a bañar con lodo para que se te quite para que me pegas con tu cinturón” y la mamá lo metió a fuerzas a la regadera para volverlo a bañar y el niño ya se bañó se fue a revolcar nuevamente a la tierra y le cambiaron toda su ropa y ya. Y el niño de maldoso jaló la llave del agua caliente y su mamá se enojó porque solo se estaba bañando con agua fría y llegó el papá y lo regañó y el venadito siempre hacía eso y su mamá lo castigó siempre y lo dejó a fuera sin bañarse un año.
 10. Había una vez una mamá, una gatita embarazada y como no tenía dinero y tenía joyas, vendió todas sus joyas y se quedaron pobres y el Dr. les dijo que querían más dinero por la operación. Y luego hasta tuvieron que pedir limosna y todo eso para juntar para la operación de la gata para sacarle el bebé y luego una vez el Dr. nada más los estaba estafando, quería más dinero cada vez y la mamá gatita se fue a otro hospital, pero a cada hospital que iba le cobraban más dinero y la gatita se quedó sin un quinto de dinero y se alivió en la carretera y el niño se pegó en la cabeza y lo tuvieron que internar todo un mes ... y, y al niño le salió un tumor en la cabeza.

Protocolo "JEGM"

Datos Personales: JEG es un niño de 10^a 8 meses, nació el 12 de noviembre de 1988 y va en 5^o de primaria. Vive en Chalco, Edo. De México con la abuela materna, 2 tías maternas, 3 hermanos (C. y A. mayores, E. más pequeño), papá y mamá

Su diagnóstico es asma bronquial moderado con 3 años de evolución, sus medicamentos: Bentolin, Nasaconten, Nasalud, Lubrinase

No tenemos resultados de las pruebas de Raven, Bender y DFH de JEG, debido a que realizó solo el pretest y asistió a 6 sesiones de 12 que eran.

Los relatos de sus historias en las láminas del CAT y CAT-S, nos arrojan datos de rasgos orales, debido a que en la mayoría de las láminas añade historias relacionadas con la comida, también menciona constantemente accidentes, problemas y agresiones (véase por ejemplo las láminas 2, 3, 5, 6).

Sus principales mecanismos de defensa de JEG son: La represión, el aislamiento y la proyección.

La lámina 8 y la 10 del suplemento del CAT nos arrojan datos importantes de cómo JEG visualiza a los médicos, por una parte en la lámina 8 el paciente logra engañar al médico y por otra parte en la lámina 10, el médico es visto como un estafador. En la misma prueba las respuestas de las láminas 5, 7 y 8, son significativas para esta investigación por lo que a continuación se menciona un breve análisis: en la primera de ellas el relato termina señalando que ya no podrá jugar más al football por la "culpa de otros", JEG cuando llegó al manejo de grupo lo primero que pregunta es que si después del grupo y tomar sus medicinas, es decir cuando se cure del asma, iba a poder seguir jugando al football; En la lámina 8 al reflejarse el gato en el espejo él se observa feo, esta es una lámina que arroja datos sobre la imagen corporal del examinado por lo tanto no necesitamos preguntarnos como se describe JEG; En la lámina 8 el niño se enfermó de gripa (un síntoma del asma) por mojarse y luego es llevado con el doctor que lo opera del corazón "por equivocación", aquí reconoce el sujeto que hay que tener ciertos cuidados para no enfermarse, pero que finalmente le cambiaron el corazón, le hicieron sentirse diferente.

Observaciones Conductuales: JEG se mostró con interés desde el inicio (fue el primero junto con KJA en llegar a las sesiones, a pesar de que su domicilio es en Chalco, Edo. de México). Sin embargo la lejanía de su domicilio, parece que fue lo que impidió que JEG no terminará con el tratamiento.

JEG se observaba callado en momentos, sin embargo en los momentos que debía de opinar o elegir el orden de las actividades, lo hacía con gusto.

Apéndice K

GRUPO # 2

Protocolo "SMT": Narración de las historias del CAT y CAT-S.

Tiempo aplicación: Pretest - 13 min. Postest - 26 min.

La abuela materna de SMT fue quien lo llevo a consulta y a las sesiones del grupo, estuvo en la evaluación, pero no intervino.

PRETEST CAT-A

1. Que... unos pajaritos están comiendo y su mamá les esta enseñando a comer la sopa y después ya aprenden y se la comen
2. Son unos osos que estan jugando a la cuerda uno contra dos y como uno se cae y pierde.
3. Un rey león esta pensando si un ratón pudiera ganarle o no. ? no.
4. Un cangurito esta aprendiendo andar en bici para ir al mercado.
5. Es un bebe oso que esta durmiendo.
6. Un bebe oso y sus papas osos en su cueva. ? durmiendo.
7. Un tigre que quiere casar un chango ? para comer.
8. Es una familia de changos ? abuela, papá, mamá y el hijo ? platicando.
9. Es un conejito en una cama trata de dormirse ? le da miedo la oscuridad.
- 10.No se... una mamá y un cachorrito ? bañandose.

PRETEST CAT-S

1. Un gato que esta jugando a la resbaladilla
2. Changos en la escuela estudiando, uno esta leyendo ? alto y que sabe mucho.
3. Dos ratones jugando al té.
4. Un oso panda que lo esta tratando de dormir.
5. Un canguro que se lastimó la pata y la cola y anda con muletas ? se cayo de un árbol.
6. Unos... como zorros corriendo, 2 niños y 2 niñas ? estan jugando a las escondidillas.
7. Un gato viendo por el espejo ? chico y flaco, esta pequeño de edad.
8. Un conejo Dr. revisando a un conejo ? esta enfermo ? de gripa.
9. Un venado bañandose y un venado desvistiendose.
10. Una gata que esta gorda.

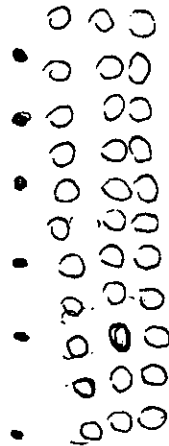
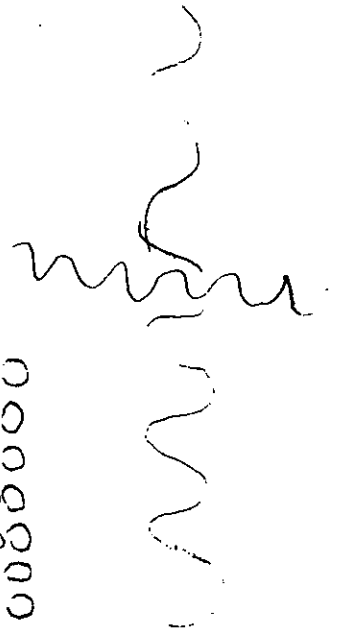
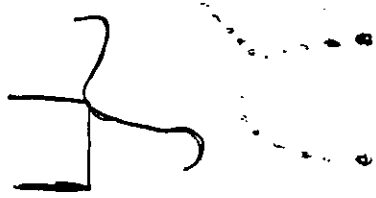
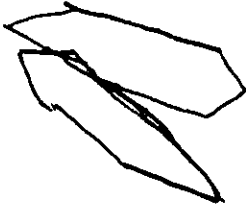
Para la aplicación del postest, S.M prefirió que entrará su abuela nuevamente.

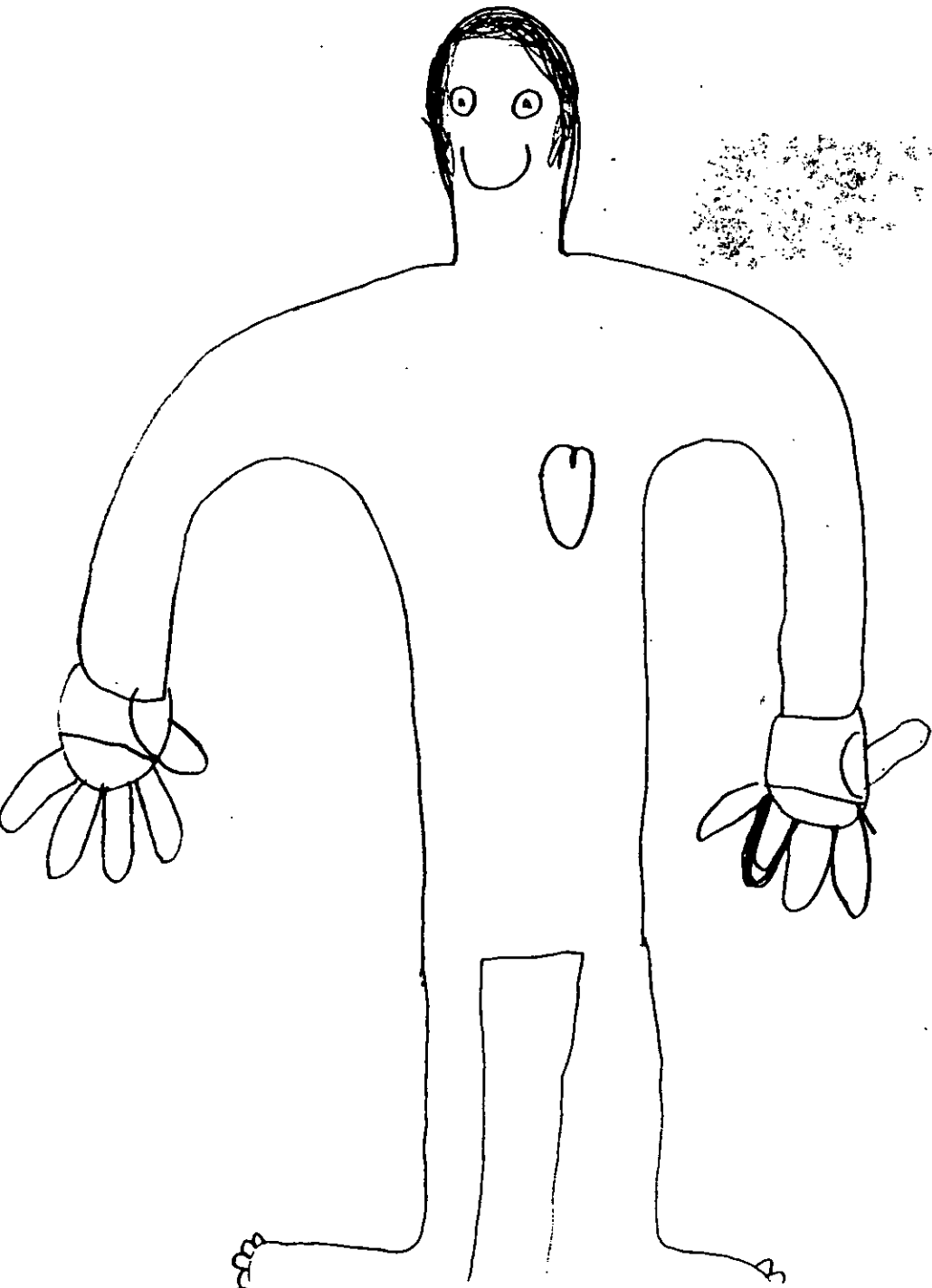
POSTEST CAT-A

1. Tres pollitos comiendo y una gallina, están comiendo y esta atrás su mamá medio mal dibujada, hay una mesa de madera y bancos de madera y están comiendo pure de papa, con unas cucharas, manteles y platos.
2. Unos osos jugando a la cuerda, uno contra dos, uno chiquito y uno pequeño contra otro ? no se, los tre ositos de risitos de oro.
3. Un león sentado con una pipa, un bastón y un ratón a su lado en un ahujero de madera y piso con flores.
4. Una mamá canguro trayendo a dos hijos, una canasta de comida, este... un hijo en una bicicleta y el otro en su bolsa ? al bosque.
5. Dos osos en una cuna, una cama grande, eh em... nada ? nada.
6. Dos oso en una cueva, y uno pequeño al frente comiendo hojas.
7. Un tigre casando un mono en una jungla, el mono se esta trepando y el tigre esta saltando ? lo quiere atrapar porque lo quiere comer.
8. Una familia de changos, una abuela y un abuelo sentados en un sillón y un hijo de una mamá, la mamá esta sentada en un banco y el hijo parado, fin.
9. Un conejo en una cuna y no tiene sueño ? porque esta la puerta abierta y tiene frío y la ventana esta abierta y entra mucha luz.
10. Dos perros en un baño, una toalla, un water ? no se, jugando o algo así.

POSTEST CAT-S

1. Son cuatro zorros en una resbaladilla, uno se esta hechando y los otros esperando a que se heche.
2. Este... tres changos estudiando, digo dos changos estudiando y uno leyendo, "no se me ocurre nada más".
3. Dos ratones jugando al té, un niño y una niña, uno tiene lentes y la otra un moño en la cabeza, dos dados y una pelota, atrás... a un lado del niño y una, un bebe atrás de la niña.
4. Dos osos panda, uno se esta durmiendo y el otro despierto ? no se, no, no lo se.
5. Un canguro lastimado de la cola y de la pierna con unas muletas y mirando al, al frente ? lo atropello un auto.
6. Cuatro zorros corriendo en un bosque, en un bosque, en un bosque sin crecer, eem... están jugando a las traes ? el del frente.
7. Un gato mirandose al espejo, el espejo a los dos lados tiene dos luces ? no, se que esta viendo, pero esta viendo ? al frente de su cara, esta viendo su cara ? bonito.
8. Un conejo revisando a un conejito, con una mm..., de estos ¿como se llaman?, no se, ¿audifonos?, tres medicinas atrás del doctor ? del corazón.
9. Un venado se esta bañando y el otro esperando a que se bañe, para que, para que también se pueda bañar.
10. Un, una gata gorda ? porque come mucho.





Protocolo "SMT"

Datos Personales: SMT es una niño de 8^a 9 meses, nació el 26 de octubre de 1990, y va en 3er año de primaria. Vive en la delegación de Coyoacan con su Abuela materna y su mamá, SMT no tiene hermanos. Le gusta jugar con sus muñecos de Pokemon y no le gusta jugar a ningún deporte porque no los puede realizar.

SMT padece asma bronquial moderado desde los tres años de edad; Sus medicamentos: Salbutamol, Becotide, Intal 5 e Inmunoterapia (en la evaluación pretest), actualmente le aplican solo vacunas.

Resultados de las pruebas Raven, Bender y DFH.

- En la prueba de Raven obtuvo un puntaje real de 22 puntos lo cual le da un rango de capacidad intelectual de RIII, es decir intelectualmente término medio.
- En la valoración de Bender su puntaje crudo fue de 2 + 2 puntos de indicadores emocionales, lo cual equivale a un nivel de maduración de percepción visomotora mayor a la que le corresponde por su edad (edad equivalente de 9 años a 9 años 11 meses).

Durante la aplicación se observaron bloqueos, los cuales se manifestaron por:

- a) negativa a dibujar las figuras,
- b) reacción retardada antes y durante la elaboración del dibujo,
- c) acomodación y reacomodación al iniciar y durante la prueba en la silla, y
- d) verbalizaciones.

También roto la hoja varias veces para su reproducción, a pesar de invitarlo a guardar la posición original y autocrítica. La figura 8 muestra borrones y en las figuras 1, 2 y 3 contó los puntos aún después mencionarle que no había necesidad de que lo hiciera.

- En cuanto a los indicadores esperados de maduración perceptomotora encontrados en la prueba del DFH su puntaje total fue de 3 lo cual corresponde a un nivel normal bajo.
- En relación a los indicadores emocionales en la prueba de Bender presentó orden confuso y repaso, lo cual nos indica incapacidad para organizar el material, así como cierta impulsividad y agresividad. En la prueba del DFH presentó 3 indicadores: figura grande, transparencia y omisión de boca que podría estar hablando nos de inmadurez, impulsividad, conflicto emocional y angustia.

Con respecto a la prueba del CAT y CAT-S, SMT realiza en el postest sus relatos con un número mayor de palabras que en el pretest, debido a que describe la lámina, evitando así comprometerse al realizar las historias, e. g. En la lámina 1 menciona la mesa de madera, bancos de madera, cucharas, manteles y platos.

En algunas láminas omite personajes, como por ejemplo en la lámina 4 menciona en el pretest a un solo canguro, para el postest señala que hay canguro mamá con sus dos hijitos, al igual que en la lámina 5 al inicio hay un bebe y en la segunda aplicación son dos osos. También en la lámina 5 y 6 del CAT es visto como bebe.

En la lámina 9 del CAT (pretest) el sujeto reconoce que le da miedo la obscuridad y en la evaluación postest su respuesta es muy simbólica debido a los elementos que menciona: no tiene sueño, la puerta abierta, tiene frío, ventana abierta, entra luz, lo cual nos esta indicando que SMT es un niño temeroso y que se siente solo.

En el suplemento en las láminas 5, 7 y 8 su respuesta varía del pretest al postest, en la lámina 5 primero el canguro se cayo de un árbol luego es atropellado por un auto; en la lámina 7 es un gato chico, flaco y pequeño luego es bonito y en la lámina 8 el conejo esta enfermo de gripa (un síntoma del asma) luego del corazón.

Sus principales mecanismos de defensa son: La represión y la negación.

Observaciones Conductuales: “SMT” se mostró en el inicio tanto de las aplicaciones de las pruebas como en el manejo de grupo, renuente, un poco agresivo y desconfiado. Sin embargo durante el desarrollo de la misma su actitud fue ambivalente, a veces se manejaba espontaneo y alegre, otras impulsivo y agresivo verbal y físicamente contra sus compañeros. SMT quería imponerse a toda costa, pero sus compañeros (dos niños de 9 años) en la sesión número 7 le hicieron ver y sentir que su actitud no agradaba y que debía ser más amigable, a pesar de que para SMT esto fue dolorosos (falta a la siguiente sesión y a la última), en las siguientes sesiones sus actitudes más favorables para el grupo.

También es importante hacer notar que SMT, mencionó en las dos primeras sesiones que sí él no se sentía bien él se iba a ir a un grupo de “cursos de verano”, en el cual ya estaba inscrito. En la tercera sesión SMT anunció lo siguiente “esta bien ya decidí quedarme aquí, porque podemos jugar y platicar sin problemas”.

Apéndice K

Protocolo "JACS": Narración de las historias del CAT y CAT-S.

Tiempo aplicación: Pretest - 20 min. Postest - 21 min.

Su mamá estaba en la evaluación e intervino preguntando a JA que más veía en la lámina, y él a su vez volteaba constantemente para pedir afirmación. Al inicio no quería hablar, ni siquiera decir su nombre, como apenado, su mamá le dijo que sí no cooperaba se iba a salir y el tardo en contestar aprox. 3 min., el rapport duró aprox. 30 min.

PRETEST CAT-A

1. Tres pollitos comiendo en tres bancos, en una mesa con su mamá atrás.
2. Tres osos, dos están jalando la cuerda contra uno y uno de los dos osos es chiquito ? peleando.
3. Un león sentado en una silla con una pipa, hay un hueco con un ratón y un bastón ? triste.
4. tres canguros, uno va con su mamá, la mamá con una canasta de comida, una bolsa y un sombrero y el otro canguro en un triciclo ? brincando el de atrás.
5. Un león en la selva atacando un chango ? para comerselo.
6. Es una casa con una cuna, una cama, una alfombra, dos muebles con una lampara, dos cortinas.
7. tres osos en una cueva ? jugar y... comer.
8. Cuatro changos, una familia con un cuadro, un sillón, un banco, dos están tomando café, hay un chango chiquito ?...
9. Un conejo en una cuna, en una casa con espejo ? acostado, con una ventana, dos cortinas, una lampara y una alfombra ? calentito.
10. Dos perros en el baño, peleandose, uno esta subido en el banco ? lo están regañando ? hizo una travesura.

PRETEST CAT-S

1. Cuatro zorros en una resbaladilla ? jugando con la resbaladilla.
2. Tres changuitos, en tres bancas y otro viendo hacia la ventana y el otro pensando ? en lo que esta contando el segundo changuito.
3. Dos ratones a la casita, estan tomando té.
4. Dos osos panda durmiendo ? papá lo esta cargando.
5. Un canguro que se lastimó, anda con muletas y tiene una venda en su cola... ? por anadr brincando muy rápido.
6. Son cauro zorros corriendo en el campo.
7. Un gato viendo en el espejo, esta viendo al otro gato que es el mismo ? bonito.
8. Un Dr. conejo, revisando un conejito ? tos.

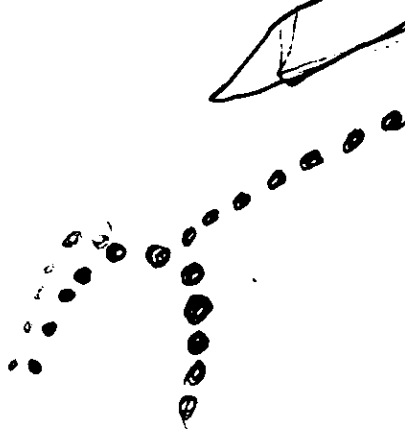
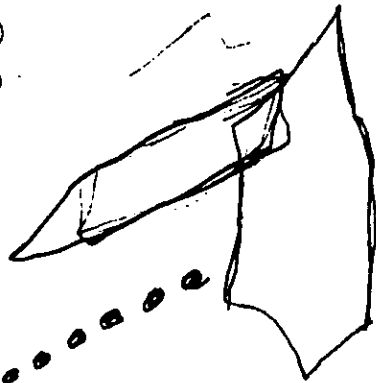
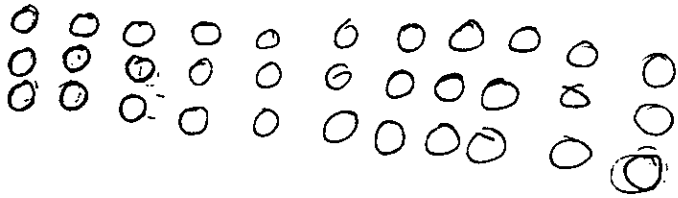
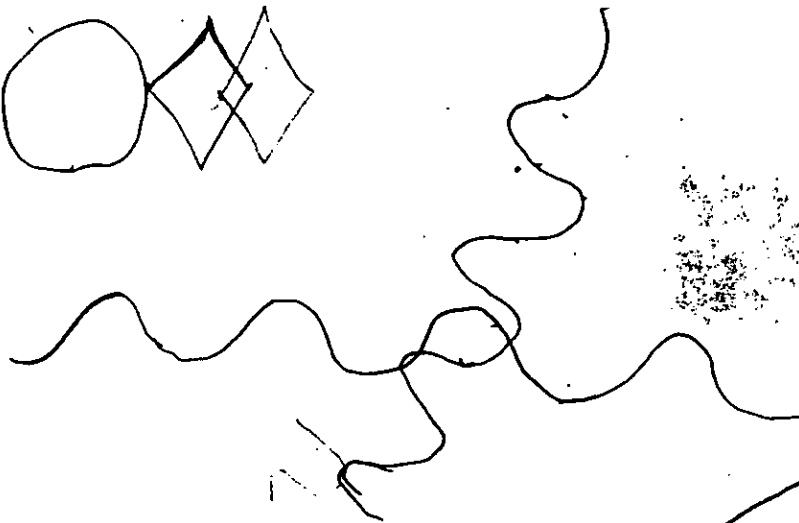
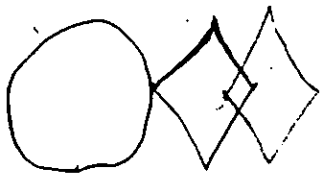
9. Dos venados, una grande y un chiquito, uno se esta bañando y el otro poniendose los zapatos.
 10. Un gato con un delantal, esta gordo.
- Para la aplicación del postest JAC refirió que no era necesario que entrará su mamá, tardó un poco en contestar pero finalmente lo hizo.

POSTEST CAT-A

1. Son tres pollitos comiendo sentados en tres bancos y su mamá esta dandoles atrás.
2. Son tres osos, dos de lado derecho y uno de lado izquierdo ? competencia.
3. Es el rey león, sentado fumando una pipa y sentado en su trono real, un ahujero y un ratón.
4. Son dos canguros, uno, una mamá va con su sombrero, su bolsa y una canasta, no son tres, una canasta, el chiquito trae una, una como, manzana, y el otro va en triciclo ? al bosque de día de campo.
5. Es, son dos osos, en una cuna, una cama, una ventana con dos cortinas, una alfombra con dos muebles y una lampara.
6. Son tres osos durmiendo en una cueva, esperando a que termine el invierno.
7. Es un tigre que esta persiguiendo a un chango en la selva, se lo quiere comer ? porque tiene hambre.
8. Son cuatro changos, uno diciendole a otro quien sabe que, la otra le esta diciendo que no, que valla a la tienda, hay un cuadro, están los papas y como banco.
9. Es un conejo en una cuna con una puerta, el piso es de madera, una ventana con una cortina, un mueble con una lampara, un espejo.
10. Son dos, son dos perros que uno le esta pegando al otro porque hizo una travesura en el baño.

POSTEST CAT-S

1. Son ...cuatro gatitos jugando a la resbaladilla.
2. Son tres changuitos, uno leyendo, otro viendo el pizarrón y el otro viendo la ventana.
3. Son dos ratones jugando a la comidita con un bebe de juguete.
4. Es un oso panda dandole de comer a su bebe.
5. Un canguro que se lastimo su pierna, su pata y su cola ? por andar brincando.
6. Son cuatro zorros haciendo carreras.
7. Es un gatito viendose en el espejo con su cola rayada ? igual.
8. Es un doctor, es un doctor conejo revisando a un conejito ? a ver... de viruela ? si.
9. Dos venados, uno bañandose y otro chiquito poniendose los zapatos.
10. Un gato gordo, con su cola rayada, con un delantal agarrandose el collar.





Protocolo "JACS"

Datos Personales: JAC es un niño de 9 años 3 meses, nació el 3 de marzo de 1990 y va en 4° de primaria. Vive en la delegación de Tlalpan con sus padres y una hermana mayor (A. de 11 años).

Su diagnóstico es asma bronquial leve persistente con 2 años de evolución, sus medicamentos: Clarytine, Augmentin y vacunas (en la valoración pretest), actualmente le aplican vacunas.

Resultados de las pruebas Raven, Bender y DFH.

- En la prueba de Raven obtuvo un puntaje real de 24 puntos lo cual le da un rango de capacidad intelectual de RIII, es decir intelectualmente término medio.
- En la valoración de Bender su puntaje crudo fue de 5 + 3 puntos de indicadores emocionales, lo cual equivale a un nivel de maduración de percepción visomotora menor a la que le corresponde por su edad (edad equivalente de 7 años 6 meses a 7 años 11 meses). JAC contó los puntos de todas las figuras de la prueba aún después de mencionarle que no había necesidad de hacerlo.
- En cuanto a los indicadores esperados de maduración perceptomotora encontrados en la prueba del DFH su puntaje total fue de 4 lo cual corresponde a un nivel normal a normal bajo.
- En relación a los indicadores emocionales en la prueba de Bender presentó orden confuso, segunda tentativa y repaso, lo cual nos indica incapacidad para organizar el material, así como cierta impulsividad, ansiedad y agresividad. En la prueba del DFH presentó 5 indicadores: Figura grande, transparencia, ojos bizcos, dientes, y omisión de orejas, este último no es significativo para su edad, los demás indicadores se pueden interpretar como cierta inmadurez, impulsividad y hostilidad.

Observaciones Conductuales: JAC se mostró muy retraído desde la aplicación de las pruebas del CAT y CAST-S, luego en las sesiones no daba una opinión propia, veía y escuchaba a sus compañeros y después daba una respuesta a lo que se pedía en grupo. El grupo estuvo formado por tres niños (uno de ocho y uno de nueve años igual que él). En las primeras sesiones se apoyaba de SMT (el niño de 8 años), pero después se inclinó por las opiniones de RVR.

Sus figuras de plastilina eran de monstruos muy agresivos, aunque decía que eran de una caricatura actual donde no había malos, se inclinó por siempre mostrarlos hostiles en sus actitudes. En ocasiones cuando perdía en un juego tomaba actitudes infantiles (la regresión como defensa).

Apéndice K

Protocolo "RVR": Narración de las historias del CAT y CAT-S.

Tiempo aplicación: Pretest - 13 min. Postest - 17 min.

RVR vino acompañado de su mamá a la aplicación del pretest, la mamá no hizo comentarios durante la evaluación.

PRETEST CAT-A

1. Son unos pollitos que estan comiendo... hay una gallina.
2. Son unos osos jugando, una cuerda, de un lado hay dos y del otro lado uno.
3. Es un león sentado, tiene una pipa, un bastón y en la pared hay un ratón.
4. Es un canguro con una canasta y eso creo que también es un canguro en una bicicleta, un sombrero, una bolsa y un bebe.
5. Hay una cuna, una cama, una lampara, dos osos durmiendo ? en la cuna.
6. Son tres osos en una cueva ? papá, mamá, bebe.
7. Un tigre se quiere comer a un changuito ? tiene hambre, para llevarse los a sus bebes.
8. Son cuatro gorilas sentados en dos sillones, hay un cuadro de mamá changuita.
9. hay una puerta, una lampara, una cuna con un conejo ? durmiendo.
10. Un perro en baño pegandole a una perrita y el perro esta sentado en un banco ? se porto mal.

PRETEST CAT-S

1. Son unos gatitos lanzandose por una resbaladilla.
2. Tres niños, ¡no, changos!, estudiando y el del medio esta leyendo.
3. Dos ratoncitos jugando a la mamá y al papá, la mamá le esta sirviendo té al ratoncito.
4. Es un oso con un bebe y en sus brazos dandole de comer.
5. Es un canguro lastimado de la pierna y de la cola y trae muletas.
6. Son cuatro zorros hechando carreras, el primero es un zorro, el del medio zorritas y el último zorro.
7. Es un gato viendose al espejo ? más o menos.
8. Es un conejo revisando a otro conejito, le esta revisando el corazón ? pulmón.
9. Es un venado bañandose y poniendose los zapatos.
10. Es una gatita embarazada ? gatita.

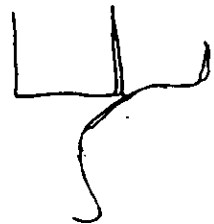
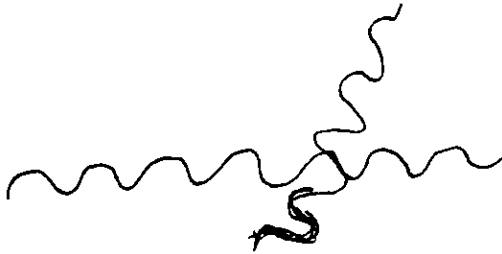
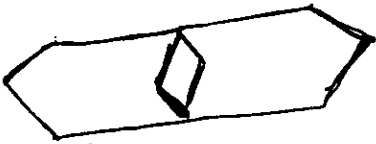
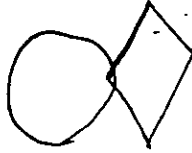
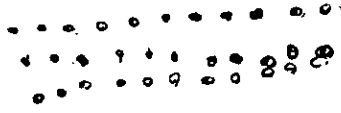
Para el postest, RVR decidió entrar solo a la aplicación.

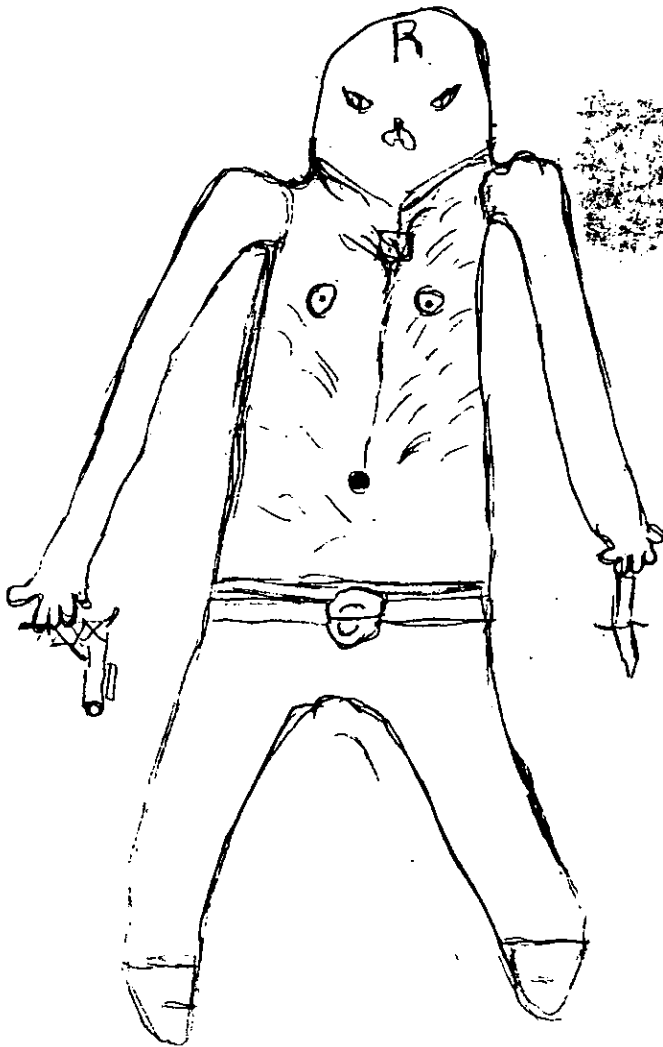
POSTEST CAT-A

1. Son tres pollitos, comiendo en una mesa, sentados en tres bancos, este y atrás hay una gallina.
2. Son tres osos, hay dos de lado derecho uno en el izquierdo, jalando una cuerda encima de una piedra ? para una competencia.
3. Es el rey león, con un bastón con una pipa en la pata, sentado en su trono real y un ratón en el hoyo, y abajo hay este, flores.
4. Son tres canguros, un canguro tiene un sombrero, una canasta, una, este, tiene su bolsa, un cangurito en su bolsa de acá , hay otro canguro en su triciclo y una cabaña y pinos.
5. Hay una ventana, no tres ventanas, una lampara, una cama, una cuna, dos ositos y el piso es de madera y en las ventanas hay montañas.
6. Son tres osos, en una cueva durmiendo ... la mamá y el papá.
7. Un tigre corretiando a un mono que se quiere colar por los arboles ? porque se caen mal, porque tiene hambre.
8. Son cuatro, no son cuatro changos, dos chismosas murmurandose y los dos, pidiendole a su mamá salir con sus amiguitos ? que se porte bien.
9. Hay una puerta, hasta al fondo hay un espejo, una lampara, una ventana, una cuna y en el fondo hay un conejo ? esta viendo.
10. Es un perro más otro perro, sentado en un banco, pegandole en un baño ? porque hizo afuera.

POSTEST CAT-S

1. Son cuatro gatos en una resbaladilla ? estan jugando en la resbaladilla.
2. Son tres monos estudiando y uno esta parado leyendo la clase.
3. Son dos ratones jugando a la comidita con un muñequito que no es ratón es una muñeca.
4. Es un oso panda dandole chichi a su pandita.
5. Es un canguro que lo lastimaron ? no se, se fracturo de la pata y la cola ? no se y trae muletas.
6. Son cuatro zorros hechando carreras y el primero llegó a la meta.
7. Es un gato mirandose lo feo que esta, con su cola rayada mirandose al espejo.
8. Es un conejo revisando a otro conejo, este le quiere mandar viagra para el corazón, bueno medicina. ? es cardiaco.
9. Es un venado bañandose y el otro venado no se esta bañando, el hijito se esta poniendo los zapatos.
10. Es una gata embarazada, garrandose el collar con un... babero, y sus ojos de zopilote.





Protocolo "RVR"

Datos Personales: RVR es un niño de 9 años 10 meses, nació el 4 de octubre de 1990 y va en 4° de primaria. Vive en la delegación de Tlalpan con sus padres y una hermana mayor (A. de 11 años).

Su diagnóstico es asma bronquial moderada con 3 años de evolución, sus medicamentos: Salbulin, Becotide, Combivent y vacunas (en la valoración pretest), actualmente le aplican vacunas y toma Becotide en caso necesario.

Resultados de las pruebas Raven, Bender y DFH.

- En la prueba de Raven obtuvo un percentil de 75 puntos lo cual le da un rango de capacidad intelectual de RII, es decir intelectualmente superior al término medio.
- En la valoración de Bender su puntaje crudo fue de 2 + 4 puntos de indicadores emocionales, lo cual equivale a un nivel de maduración de percepción visomotora igual a la que le corresponde por su edad (edad equivalente de 9 años 0 meses a 9 años 11 meses). RVR insistió en contar los puntos de las figuras 1, 2 y 5, aún después de comentarle que no había necesidad de que lo hiciera.
- En cuanto a los indicadores esperados de maduración perceptomotora encontrados en la prueba del DFH su puntaje total fue de 4 lo cual corresponde a un nivel normal a normal bajo.

Durante la aplicación de la prueba se observaron bloqueos, los cuales se manifestaron por :

- a) negativa a realizar el dibujo de la figura humana,
 - b) verbalizaciones y
 - c) acomodación y reacomodación al iniciar y durante la prueba en la silla.
- En relación a los indicadores emocionales en la prueba de Bender presentó orden confuso, segunda tentativa, tamaño pequeño y repaso, lo cual nos indica incapacidad para organizar el material, así como cierta impulsividad, ansiedad y agresividad. En la prueba del DFH presentó 3 indicadores: Transparencia, omisión de la boca y omisión de cuello, lo cual se puede interpretar como cierta inmadurez, impulsividad, inseguridad y angustia, el último indicador es significativo hasta los 10 años en varones.

Observaciones Conductuales: RVR se mostró un poco renuente a realizar relatos en las pruebas del CAT y CAST-S.

RVR fue especialmente referido al grupo por quejas de su mamá, sic. "no lo aguanto...es muy distraído e inquieto...agresivo con los niños" y por la especialista en alergia que lo atiende; Sin embargo en el manejo de grupo se

observó cooperativo en las actividades que estaban relacionadas con juegos, pero en las explicaciones de qué es el asma bronquial se observaba inquieto y callado. Sus juegos de plastilina eran monstruos agresivos que peleaban y herían a los demás personajes. En la ocasión que faltó SMT, RVR decidió aplastar el muñeco de plastilina de su compañero (llegamos a un consenso de que no lo hiciera hasta que SMT diera su opinión), a la sesión siguiente RVR pidió la autorización de su compañero y finalmente lo destruyó.

Apéndice L

GRUPO # 3

Protocolo "MMG": Narración de las historias del CAT y CAT-S.

Tiempo aplicación: Pretest - 15 min. Postest - 19 min.

MMG entró a la aplicación con su mamá y se observaba alegre, pero tímido; su mamá no intervino en la evaluación.

PRETEST CAT-A

1. Es una gallina, una mesa, un mantel y tres pollitos, tres platos ? van a comer.
2. Tres osos, una cuerda y... ? jugando ? los de acá porque son dos.
3. Un león, un, un bastón, una silla y un rey, y un ratón que esta ahí ? esta sentado con su pipa, nada más.
4. Una bicicleta, un caballo, un zorro, cuatro árboles y pasto ? no se, de día de campo.
5. Una cama, una cuna, unas ventanas, unas cortinas, una lampara y una, un tocador ? unos ositos ? durmiendo.
6. Dos osos dormidos en un árbol con hojas de nochebuena ? no se.
7. Un este, un tigre corretiando a un este, un chango, hay muchos árboles, muchas hojas y un árbol y ya ? no se.
8. Cuatro changos están comiendo, un cuadro, dos sillones ? umm, no se.
9. Un cuarto, una ventana con un conejo, una puerta y unas cortinas ? durmiendo.
10. Dos perros que están jugando en un baño y una toalla ? no se, corriendo.

PRETEST CAT-S

1. Unos zorros en una resbaladilla jugando.
2. Unos changos en la escuela, una silla, dos, diga tres cuadernos.
3. Dos ratones, una carreola, una mesa, dos sillas y una cocina ? van a comer.
4. Dos osos que están sentados durmiendo.
5. Un canguro que se lastimo de la pierna y de la cola ? se cayó.
6. Tres zorros jugando y uno que se va caer ? se tropezó.
7. Un gato con un espejo y, esta parado de las patas ? bien.
8. Un conejo que esta revisando, un doctor que esta revisando a un conejo y unas medicinas están a lado ? no se, si.
9. Un canguro que se esta bañando y otro canguro que ya se acabo de bañar y se esta poniendo los zapatos.
10. Una gata con su babero ? va ser de comer.

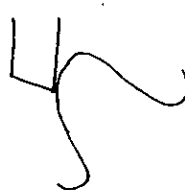
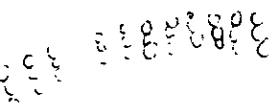
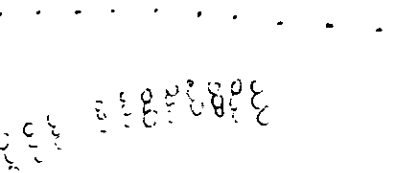
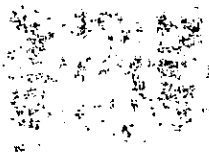
Durante la aplicación el papá estuvo en el mismo salón y la mamá se salió al pasillo, tosió dos veces.

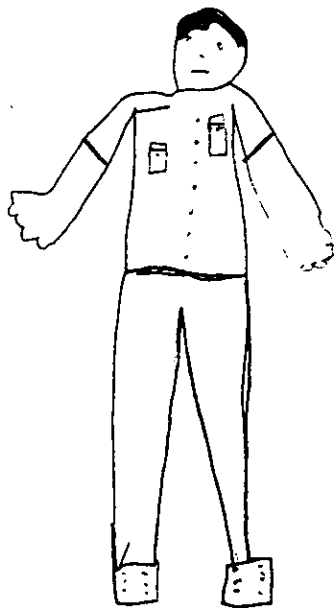
POSTEST CAT-A

1. Unos pollitos, un gallo, una mesa y los platos donde van a comer, el mantel y este plato grandote y la mesa y el mantel.
2. Una osa, un osito y otro oso que están jugando ? tienen una cuerda ? no se.
3. Un trono de león, el león y su bastón del león ? sentado, fumando con su pipa y el ratoncito acá.
4. Una bicicleta, un zorro y un burro que van de día de campo ... y se va caer el burro ? este ? se tropezó.
5. Una cuna con un conejito, una ventana, una lampara, un buro, una cama, un colchón, las cobijas, nada más ? los dos osos y el hijito durmiendo.
6. Tres osos que están en una cueva con yerbas y pastito ? durmiendo.
7. Un león que esta persiguiendo a un chango, unos árboles aquí y acá y unas como cuerdas y nada más ? porque se lo quiere comer.
8. Tres changos que están platicando, un retrato, un sillón y otro silloncito aquí ? no se.
9. Una puerta, una cuna con un conejito, unas cortinas, una ventana y las cobijas del conejito ? se va a dormir.
10. Dos perros, una tasa de baño y una toalla ? no se, uno esta persiguiendo al otro.

POSTEST CAT-S

1. Este, una resbaladilla, cuatro zorritos jugando, están las escaleras.
2. Tres changuitos que están en la escuela, sus libros y sus sillas y las bancas ? trabajando.
3. Un ratón y una ratona que están comiendo y a ladito un bebe, en la mesa la comida y una cafetera que esta por acá.
4. Dos osos que están... que están durmiendo, uno negro con blanco y el otro igual.
5. Un canguro que se lastimó la pierna y la cola y va con sus muletas ? se cayó.
6. Este, cuatro zorritos que están jugando y uno que se va caer.
7. Un gatito que se esta viendo en un espejo, que esta parado de dos patas y se esta viendo aquí ? bonito.
8. Un doctor que... hay... un doctor, unas medicinas que están acá y un paciente y una camilla que esta aquí ? no se, tos.
9. Un canguro que se esta bañando y otro que se salió de bañar para que el otro ya pudiera bañarse, una cortina, una tina de baño y la regadera que esta aquí.
10. Una gata tiene su babero, y esta parada en dos patas y su collar.





Protocolo "MMG"

Datos Personales: MMG es un niño de 8 años 3 meses, nació el 4 de octubre de 1990 y va en 3° de primaria. Vive en la Delegación de Coyoacan con sus padres y un hermano mayor (E. de 16 años).

Su diagnóstico es asma bronquial leve con rinitis alérgica con 3 años de evolución, sus medicamentos: Aungentin, Clarytine y vacunas (en la valoración pretest), actualmente le aplican vacunas.

Resultados de las pruebas Raven, Bender y DFH.

- En la prueba de Raven obtuvo un percentil de 90 puntos lo cual le da un rango de capacidad intelectual de RII+, es decir definitivamente superior al término medio.
- En la valoración de Bender su puntaje crudo fue de 3 + 2 puntos de indicadores emocionales, lo cual equivale a un nivel de maduración de percepción visomotora mayor a la que le corresponde por su edad (edad equivalente de 8 años 6 meses a 8 años 11 meses).
- En cuanto a los indicadores esperados de maduración perceptomotora encontrados en la prueba del DFH su puntaje total fue de 4 lo cual corresponde a un nivel normal a normal bajo.
- En relación a los indicadores emocionales en la prueba de Bender presentó línea ondulada y tamaño pequeño, lo cual nos indica que es un niño retraído y con un poco de inestabilidad en la coordinación motora. En la prueba del DFH presentó presencia de botones que nos confirman cierta dependencia.

MMG no asistió al manejo de grupo debido a que pertenece al grupo 3.

Apéndice L

Protocolo "HHFH": Narración de las historias del CAT y CAT-S.

Tiempo aplicación: Pretest - 46 min. Postest - 27 min.

HHFH llegó a la aplicación del pretest acompañado de su mamá, se observa como un niño muy inseguro; Tardamos en el rapport más de 30 minutos, cuando se decidió hacerlo otro día, accedió a la evaluación.

PRETEST CAT-A

1. de esto?... mm... son unos pollitos ? comiendo, este, jugando, una gallina, tres pollitos jugando a las estraes, no, a los carritos ? un mantel, comiendo unos gusanos jay, yo no se contar historias!, hay madera en los bancos.
2. Había una vez que, que, que un oso panda y una mamá andaban juntos con su bebe y andaban jugando con una cuerda y que, que un oso se cayó y que, el chiquito, y este, y se cayó al agua y no se pudo salvar y sus papas que, lo quisieron ayudar pero no pudieron y empezaron a llorar y después se pusieron tristes, y el hijito dijo "auxilio, auxilio" y que pudo salvarlo el oso más grande y que se pusieron felices ? un oso polar.
3. Había una vez que un, un, un tigre andaba en su, su casa y había muchos ratones y, y que uno atrapo y se lo comió y el ratón le, le, como se llama? Lo mordió y, y, y otro ratón lo mordió y este, y el tigre, diga el león se lo comió y se fue a dormir y salieron muchos ratones a comer queso y, y el león escucho ruido y dijo "me voy a parar a ver que están haciendo" y vio a los ratones, y vio a los ratones y como se llama? Y se los comió a todos y ya este, ya se fue a dormir tranquilo.
4. ¡ Y ! esa si esta difícil, no voy a poder esta muy difícil, había una vez que una señora llevo a pasear a sus hijos, y un, una muñeca en su triciclo, pero se iba a resbalar la niña en su triciclo y se fue hasta bajo y se este, se estrello en un árbol y, y su mamá fue a verla a ver que pasaba y tenía una cita, aunque iban a jugar y después a comer y, y su hijita chiquita la fue a ver ? y su hijita se descalabro y, y fueron doctores ayudarla.
5. Esto qué es?... esta está un poco difícil, había una vez unos, unos ositos chiquitos que andaban durmiendo y sus papas fueron a una fiesta y, hicieron muchas travesuras y cuando llegaron habian visto la casa toda, toda, toda este... toda adesa... arreglada y entonces los ositos ya se habían ido a su cuna a dormir y llegaron y se pusieron a recoger todo y ya este, y sus papas ya, y se pusieron a recoger y... dejaron la estufa prendida y en la noche se incendio y fueron los bomberos.
6. umm, esos son osos?, había una vez unos osos que andaban en su cueva y su papá andaba durmiendo y su hijito se fue al bosque y ahí este, un tigre se lo comió y... y ¡ es que no me acuerdo! Este, en la mañana siguiente el papá despertó y dijo "donde esta mi hijo?" y lo fue a buscar y lo vio y... y después su mamá despertó y fue a buscar a los dos y encontraron al hijo y se pusieron ahí abajo y ya.
7. ¡ ya no voy a poder ! Había una vez un tigre que, que, que quería atrapar un chango para cazarcelo y, y que solo el tigre, pero, pero no se lo pudo cazar y, y lo agarro otro tigre, y, y le, y llego ayudarlo, pero no pudo y luego ¡ es que no puedo! y llego y le

- ayudo su papá chango y se enojo y lo mato a todos y luego su mamá de los tigres y le gano al chango y ya.
8. ... Había una vez una, una familia que tenía mucho dinero y, y este, y que platicaban y su hijo chango le dijo a su mamá "ya voy a jugar" y la mamá le dijo " pues ve a jugar" y salió a jugar y no quisieron jugar y, y se fue y mejor se quedo allá... y llegó su papá del niño y le dijo, y le dijo que no querían jugar con él y le dijo a su, a su hijo "que no jugara con él".
 9. ¿esa esta más difícil ! había una vez un conejito que, que ya tenía sueño, pero tenía miedo y dejaron la puerta abierta y entraron unos cazadores a cazarlo y, y este... se lo llevaron y este, luego se lo llevaron y se lo comieron y después ya se lo comieron y ya.
 10. ¿ esta no esta tan difícil ! este, había una vez, este un perrito, que este se lo llevaron a pasear y este, y... se fueron a una coladera que andaba abierta, no diga a un hoyo porque estaba en la calle y lo, y lo salvaron los que lo andaban haciendo y, pero andaba sucio y... ? y lo metieron a bañar.

PRETEST CAT-S

1. Había una vez un, unos niños que andaban jugando en la resbaladilla y un, y a un niño no lo dejaban jugar y le andaban diciendo de cosas y se enojo y les pego y ya ? porque no querían jugar con él.
2. Había una vez unos changuitos que andaban en su escuela, pero él no sabía que hacer porque no escucho las instrucciones y entonces "me puede repetir maestra" y le dijo la maestra "no" y el changuito se puso contar.
3. son ratones? Había una vez un ratón que se habían encontrado a un bebe y, y se lo dejaron y después creció y no pudo salir y se quedó atorado y... ? se quedo atorado en la puerta.
4. Había una vez un osito panda que, que, una osa panda que quería jugar y andaban en la jaula y que este, y después este, que se puso a jugar y le abrieron y le empezaron hacer burla y después la mamá osa se enojo y les pegó.
5. esta difícil?, había una vez una, que es esta?... un canguro, había una vez un canguro que, que lo atropellaron y, y fue al doctor y le pusieron unas vendas y le dieron una muleta ? un coche, y lo vendaron.
6. que son?... había una vez unos lobos que andaban jugando a las traes, ¿ no mejor otra!, había una vez unos niños que andaban hechando carreras y uno les hizo trampa porque les puso el pie y se fue corriendo y el otro gano el trofeo.
7. Había una vez un gatito que, que estaba muy triste porque se miraba feo y después... se puso triste y luego se fracturo y estaba muy enfermo ? la gripa.
8. Había una vez un conejito que fue al hospit... al doctor a que lo revisarán y... el doctor conejo le dijo que tenía... umm que tenía, andaba enfermo de la tos y le dijo que tomará una medicina ? si.
9. Es un canguro? Había una vez, unos, unos canguros que se iban a bañar y, y se bañaron y se resbalo la mamá y se cayó y se fracturó y la llevaron al doctor para que la revisaran y la revisaron y le dijeron que se había roto un hueso.
10. Había una vez una mamá gata que, que un papá, no es cierto una mamá que iba ir una fiesta y en la fiesta se divertía mucho y se emborracho y se cayo y se caía y este y ya ? porque trae un collar.

En el momento de la aplicación, se le menciona a HHF que si quería se podía suspender, pero él decidió que no, en el momento que hacía comentarios como ¡no puedo, esta difícil, no me acuerdo! Se le alentaba a seguir y su siguiente narración era más productiva.

Para la aplicación del postest entró con su mamá, sin embargo antes de iniciar la evaluación ella decidió salir, aún con la negativa de hacerlo por parte de HHF Su voz durante algunas láminas se escucho conjetionada.

POSTEST CAT-A

1. ¡Hay, hay!, Había una vez unos pollitos que, que habían este, comido su mamá gallina y les había dado de comer, y, y, y jugaron carritos en lo que les traía la comida.
2. Había una vez unos papas que salieron a jugar con su hijito y, y este...mm... ? a las estraes.
3. ¡Hay, hay!, Había una vez un león, que, que decían que iba a ser rey, y, y, lo asustó un elefante y después, un ratón asustó a un elefante y, y se quedó de rey un elefantito.
4. Había una vez que su mamá salió a jugar con sus hijos y dijo su hija mayor, "puedo, puedo irme rápido" y dijo este, y dijo este, y dijo su mamá "tienes que andar conmigo".
5. Ahí, había una vez una casita que sus papas se habían ido y, y, y no tenían sueño y jugaron y... ? a... los habían invitado a comer y los ositos jugaron y ya después los papas llegaron y los ositos ya andaban durmiendo y los papas se acostaron a dormir ? con sus muñecos de peluche.
6. Había una vez unos papas ositos y su hijito, pero, que su hijito tenía mucho miedo y salió a jugar con otros amiguitos y, y salió a jugar a las estraes.
7. ¡Ya no se!, Había una vez un león, creo, que quería atrapar a un chango y llegó su papá gorila y, y, lo mat.. y ma.. mataron al león.
8. ¡Hay!, Había una vez unas niñas que, que, un niño que no lo dejaban jugar y su mamá no sabía porque no le quería decir y le dijo "vete a jugar" y no quiso el changuito y, y le dijo que se fuera a jugar ? si
9. ¡Ya no!, Había una vez un conejito que sus papas fueron a una fiesta, y, y, había un conejito y se salió a jugar en la noche y, y había lobos que se lo querían cazar y se metió corriendo a su casa y ya no le pasó nada.
10. Había una vez un conej. perrito que, que lo, que su mamá lo llevó a pasear y ahí se atravesaron la calle y ahí venía un, un, un coche, y corrió y lo salvaron.

POSTEST CAT-S

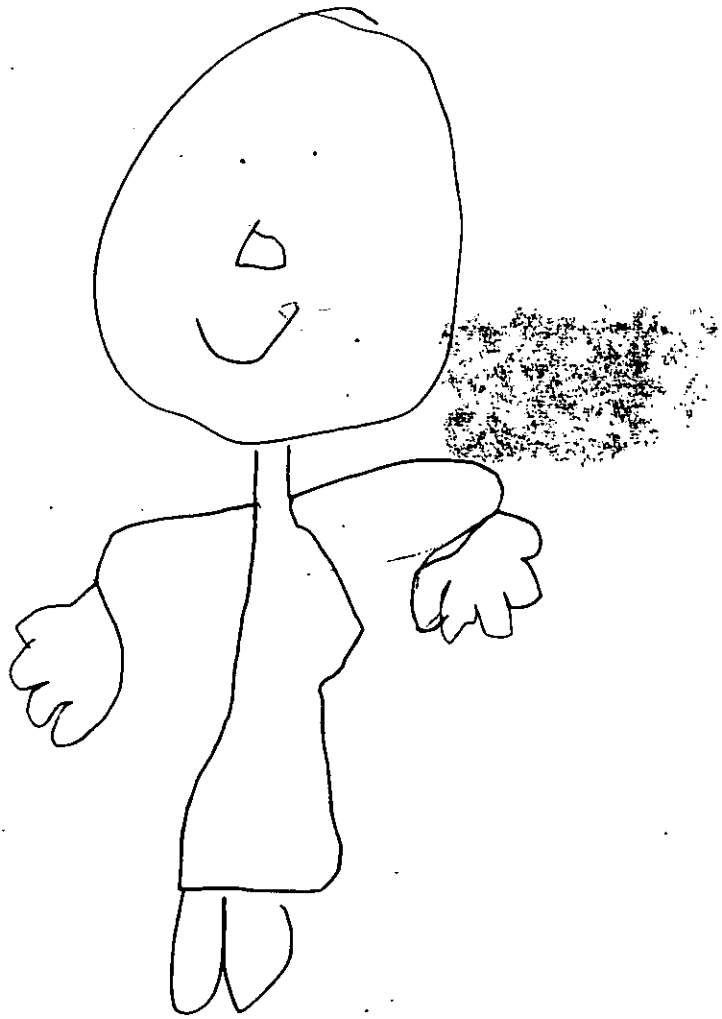
1. ¡Esta no, ah si!, Había una vez unos niños que este, que como se llama, que jugaron a, allá, y, y, y no dejaron jugar a un niño, porque, porque no era de su familia ? mejor se quedó a ver.
2. Había una vez unos chaguitos que este, que, que fueron a su escuela y que un niño no le puso atención a su maestra y no sabía que hacer y hizo un dibujo y se lo califico la maestra y, pero también el dijo que iba a calificar lo que pidió y no sabía que hacer.
3. ¡ A ver!, Había una vez un, unos... ratoncitos que querian, que querian comer, querian desayunar y le dejaron un biberón un ratocito chiquito con una carta ? no se.

4. Había una vez un osito que, que su mamá andaba arrullando a su bebe y le andaba cantando.
5. Era una vez un, un... canguro que, que lo habían atropellado y lo dejaron internado en un hospital.
6. Había una vez un “¿qué son estos?, ¡no se, haber fijate bien!” unos zorrillos, que, que querían jugar a las estreas y dijo el primero “el que llegue al último es un burro”, y, y, y a uno no lo dejaban rebasar y entonces llegó al último y dijo “ el que llegó primero es un burrito”.
7. Había una vez una mamá, “¿este es chiquito o grande?, bueno no tiene collar...” había una vez una gatita que quería, que quería ir a una fiesta con su mamá y no la dejó ir ? porque hizo travesuras ? bonita.
8. Había una vez un conejo que lo llevaron a revisar al doctor y este, y nada más ? de los pulmones ? si.
9. Había una vez que “¿qué son estos?”, bueno venados que se metieron a jugar a la tierra y su mamá y después se metieron a bañar y su hijita le puso agua caliente porque dijo “esta muy fría el agua” y le puso, no diga... “esta muy caliente el agua” dijo “le puedes bajar a la fría” y le puso más caliente y la quemó.
10. Había una vez una mamá gata que iba a preparar un rico pastel para su mamá, no, para su hermano, que diga ahora, para su hijito y porque era su cumpleaños y dijo “le voy a preparar un rico pastelito”

00

4/2





Protocolo "HHFH"

Datos Personales: HHFH es un niño de 8 años 0 meses, nació el 25 de julio de 1991 y va en 3° de primaria. Vive en la Delegación de Xochimilco con sus padres y un hermano menor (A. de 6 años).

Su diagnóstico es asma bronquial moderada con rinitis alérgica y sinusitis alérgica con 5 años de evolución, sus medicamentos: Ventolin, Becotide, Mucosolvan, Augentin y vacunas (en la valoración pretest), después de 3 meses de la evaluación presentó parálisis facial, actualmente le aplican vacunas y en caso necesario toma Becotide.

Resultados de las pruebas Raven, Bender y DFH.

- En la prueba de Raven obtuvo un percentil de 90 puntos lo cual le da un rango de capacidad intelectual de RII+, es decir definitivamente superior al término medio.
- En la valoración de Bender su puntaje crudo fue de 7 + 3 puntos de indicadores emocionales, lo cual equivale a un nivel de maduración de percepción visomotora menor a la que le corresponde por su edad (edad equivalente de 6 años 6 meses a 6 años 11 meses). Sin embargo fue remitido a neurología y no presentó ninguna alteración, por lo que creemos que HHF no realizó su mayor esfuerzo para la aplicación de las figuras. Recordemos que en la prueba temática no contó las historias hasta que decidimos dar otra fecha de valoración.
- En cuanto a los indicadores esperados de maduración perceptomotora encontrados en la prueba del DFH su puntaje total fue de 2 lo cual corresponde a un nivel normal bajo.
- En relación a los indicadores emocionales en la prueba de Bender presentó orden confuso, línea ondulada y tamaño pequeño lo cual nos indica incapacidad para organizar el material, inestabilidad en la coordinación motora así como en la personalidad, cierta timidez. En la prueba del DFH presentó 3 indicadores: Pobre integración de las partes, piernas juntas, los brazos en forma de línea, omisión de piernas (solo se ven los pies), lo cual se puede interpretar como desgano hacia la prueba, inestabilidad, impulsividad, dificultad en la coordinación visomotriz, dificultad en el control de impulsos e inseguridad.

La madre mostró mucho interés en que se evaluara a HHF por ser un niño muy dependiente, inseguro y con muchos miedos.

HHF no ingreso al manejo de grupo, porque no quería separarse de su mamá y la madre decidió que era mejor así, por ello HHF esta en el grupo 3.

Con respecto a la evaluación del CAT y CAT-S, HHF realizó muchas exclamaciones (¡esa sí esta difícil, esta no esta tan difícil!) y preguntas (esto qué es?, esos son osos?) durante la aplicación de las pruebas pretest y postest, por lo que se le mencionaba que se podía realizar otro día sin mayor problema y el accedía a continuar, por lo que creemos que sea solo una manera de manipulación o una forma de ser de él.

Sus relatos están relacionados con muchos temores y accidentes, e. g. La lámina 4 (se estrello en un árbol y se descalabro) la lámina 5 (dejaron la estufa prendida y en la noche se incendio) la lámina 9 (el conejo tenía miedo, entraron cazadores a cazarlo, y se lo comieron) entre otras.

Las historias del pretest y postest no tiene muchos cambios, debido a que en ambos hay temas de temor y ansiedad.

En las láminas del suplemento existen algunas diferencias en las evaluaciones pretest y postest: la lámina 4 en el pretest la mamá lo defiende de otros niños al osito y en el postest la mamá anda arrullando y cantando a su hijo; en la lámina 5 en el pretest menciona que el canguro fue atropellado por un coche y que le pusieron muletas, en el postest lo atropellaron pero fue internado en un hospital; en la lámina 7 en el pretest el gatito se ve triste, feo, fracturado y enfermo de gripa, en el postest es una gatita mal portada y bonita.

En la lámina 8 no existen diferencias en relación a la enfermedad: es un conejo enfermo de la tos, en el pretest y en el postest esta enfermo de los pulmones, es decir es un conejo enfermo de asma.

Sus principales mecanismos de defensa son: La ambivalencia, la anulación, el aislamiento, el temor y la ansiedad.

Apéndice L

Protocolo "CCT": Narración de las historias del CAT y CAT-S.

Tiempo aplicación: Pretest - 1 hora 6 min.

Postest - 41 min.

CCT llegó a la aplicación con su mamá, ella se sentó alejada de él y CCT contó las historias con tranquilidad, parecía no tener prisa y gustarle.

PRETEST CAT-A

1. Había una vez una gallina que no tenía comida para sus pollitos y que le dijo, a su esposo que fuera por comida, pero el esposo le dijo "pero a donde?" y le dijo "hay una tienda aquí muy cerca, puedes comprarla" y que va pero todos le engañan y le roban su \$ y regresa a la casa y le dice "me robaron el \$" y le dice "ahora que vamos a comer" le pregunta la gallina "quién te lo robo?" "me lo robaron un... pavo" "pues vamos por el, no?" y que van y lo logran encontrar y que llaman a la policia y que lo agarran y "que hacemos con él?" le dice "mejor den noslos para que demos comida a los polluelos" y que lo cocinan, pero tardaron una hora en cocinarlo y mientras jugaron con muchas cosas, con pelotas, con raquetas, con muchas cosas y que luego de una hora ya estaba cocinado, pero el papá dijo "mejor vamos hacer tortas con él" y que otra hora se tardaron y volvieron a jugar a lo mismo, después hicieron la sopa y ya estaba lista, era un plato grandote de pura sopa que alcanzaba para un mes, entonces que le dice su papá "pero el \$" le dijo "entonces hay que encontrarlo" y revisaron en la sopa y no encontraron, así que los polluelos empezaron a comer y sintieron algo duro y que era el \$ que, que ahí estaba y habían robado, después que los polluelos vieron el dinero se comieron el pavo y el papá volvió a ir a la tienda y lo volvieron a engañar y, y fue otro pavo y le dice "otra vez me robaron" y ahora si no lo habían encontrado, fueron a la policia, y buscaron y buscaron y nunca lo encontraron, vieron en una, una casa, una andaban cocinando algo, no?, y que ya se iban a comer y que vieron la ca, la caja de \$ muy cerca de la mesa donde iban a comer y que decide entrar, pero rápido que entró, porque si no también se lo iban a comer a él también, rápido, pero no encon... pero no estaba el \$ así que entonces regresaron y comieron la sopa que estaba muy rica, pero luego vieron un monton de \$ tirado por la ciudad y dijo la mamá "como cuanto \$ era el que te robaron?" "como \$100" y le dijo "bueno, no es ese el \$" y le dijo "sí, si es ese" y que atropellan al papá, pero casi no le paso nada y regresan a la casa, pero el papá con una pata lastimada y que ya los polluelos habían acabado de comer y se pusieron felices menos el papá, porque no encontró el \$, pero es que mucho tiempo de un año, los polluelos habían crecido y se fueron de la casa y los papas ahí solo, y el papá de los polluelos seguía lastimado de la pata y que ellos dos no tenían nada que comer y se fueron con sus hijos a ver que les podían dar de comer y que, que esa casa estaba abandonada, que hacía mucho tiempo que no había nada y no tenían trabajo y estaban ahí solos y encontraron en un basurero hasta el fondo mucho oro, encontraron mucho oro y que pudieron comer, comer muchas cosas: sopa, pollo, todo y caldo y fin.
2. Había una vez una familia muy bonita de puros oso que siempre jugaban y todo, y que, que encontraron un listón muy grande, que mejor lo dejaron en el río, no? y que oyen en las noticias que si encontraban un listón muy grande les iba a traer muy buena

suerte y que ellos “el listón, el listón” y que se tiraron al agua a buscarlo, pero no lo encontraron, el papá no regreso a la casa, porque seguía buscandolo, su hijo y la mamá si se fueron y que el papá encuentra otra cosa, la mitad de listón y que se lo lleva a la familia y que les trae mala suerte, su hijo se lastima, el papá pierde el trabajo, la mamá se le cae la sopa, y todo no, y que regresan el listón al río, no? y que el hijo se salió a buscarlo y que lo encontró entero de nuevo y dijo “este es el listón que trae buena suerte?” y dijo “si ese es mío” y se empezaron a pelear los vecinos, pero los asaltaron los dos y la familia se cayó, entonces el hijo agarra un plato de sopa y se lo avienta a la cara de su papá para que lo soltará porque lo había encontrado, no? y que el papá logra coger el listón y que después se lo lleva a otra casa, que era una casa muy bonita, pero con ese listón le traía mala suerte, hubo un terremoto y se le cayó toda la casa, no tenía con que comer, nada de \$, no? y el listón se lo regresa a su familia “tome se lo regalo” y entonces se lo regalan y ellos mismo salieron y encontraron un tesoro, luego la sopa era más rica, luego eran ricos y tenían muchas cosas: que tenían una casa nueva, un carro nuevo, no? y que el papá corre y le quita el listón el papá de nuevo y lo, y la familia pierde el tesoro, el \$ y todo y el papá otra vez le trae mala suerte y se lo regresan y vuelven a encontrar el tesoro y “mejor vivo con ustedes, no?” y dice el papá, pero al papá le seguía trayendo mala suerte y a los demás buena suerte y que la mamá había ido a pescar con su hijito, entonces que encuentra un tiburón y que casi se come a la mamá, no? y se fue nadando rápido, rápido, rápido hasta la casa “prestenme el listón” y captura al tiburón pero el tiburón revive, no? y que empieza a sacar a la familia, no? y que el hijo lo amarra con el listón y lo tiran al agua y que dijeron “y ahora que va pasar, si el listón ya no esta con nosotros?” y le dice “ya que tiene, vamos a perder el \$ y todo” y luego que le sigue trayendo igual la suerte sin el listón y la familia se volvió a juntar y se preguntaron “porqué nos sigue trayendo buena suerte, sin tener el listón?” y dijeron el la tele “ese listón no es verdadero, la suerte se la hacen ustedes”.

3. Había una vez un, un rey que era el rey de la selva, era un león, que siempre estaba muy feliz porque él dominaba, luego encuentra un ratoncito y dijo “no me comas, no me comas” cuando haya oportunidad le ayudare “pero, bueno, ya encontrare otra animal al cual comerme” y que no encuentra nada y que cae en una trampa el rey y que el ratoncito lo ayuda y le dice el rey “yo podría, yo podría hacerlo solo” que él se enoja y que dice “si no quieres mi ayuda, pues no te ayudare” y que había unos cazadores y que casi cazan al rey, pero el se escondió detrás de un árbol y regreso el ratoncito y que le dice “necesitas ayuda?” “no” “yo puedo ayudarte” “no necesito tu ayuda” regreso a su trono con cuidado porque si no lo iban a cazar y se quedo pensando que pasaría si el ratoncito lo ayuda en todo, fuera más feliz o no, y mejor le dice al ratón “si necesito tu ayuda” y le dice el ratón “no, no porque tu dijiste que no la necesitabas” y dijo “bueno como quieras” le traía muy mala suerte, le alcanzaron a disparar en una ña y dice “ratoncito por favor ayudame” “esta bien, pero me darás lo que te pida” “si, si” que asusta unos elefantes y que los elefantes se asustan y aplasta a los cazadores los elefantes y dice “gracias ratoncito te dare lo que quieras” “bueno quiero comida” y en vez de que le de comida le da cenizas de su pipa y dice “aja, era una mentira” y que lo avienta con su bastón y le dice “cuando quieras me ayudas” “ya nunca te ayudare” y que casi lo cazan de nuevo, porque salió por comida y le pide de

nuevo al ratoncito que lo ayude, pero él como si nada “por favor ayudame” “tu dijiste que no y no te haré caso” y ahí se quedo todo triste y que lo atrapan en una reja grande y dijo que lo iban a vender en un circo y dice “ojala que el ratoncito este aquí” y que el ratoncito aparece “me ayudas ratón” “pero ahora si harás lo que te diga, si no te regreso al circo” y dice “sí, sí” “bueno” y que lo salva porque, porque le roba las llaves para sacar al rey y saca al rey, y el león todavía “gracias, gracias ratoncito, toma la comida que me pediste” “pero no es tipo de comida, tu porque comes animales, yo como quesos” “pero yo no tengo quesos” le dice el león “entonces te regresare al circo “esta bien, esta bien, intentare conseguir un queso” y que va una tienda y que asusta a todos al coger el queso, pero unos cazadores lo empiezan a perseguir y dice “toma el queso, pero ayudame de esos cazadores” “pero eso se merece otro queso” le dice “bueno, esta bien, pero ayudame” y otra vez va con los elefantes y los asusta “esta vez no me vas asustar” y casi aplasta al ratoncito, le aplasta la cola y que no podía safarse y que el león empieza a rasguñar al elefante “deja a mi amigo, no?” “bueno, león lo dejo” y que se hecha a correr y aplasta a los cazadores y que ellos felices se quedaron en la casa comiendo, y todo.

4. Había una vez una familia de canguros, no? y que su hermanito, se, digo su hermanita se, quería que tuviera un hermanito, la hermana dijo “espero que tengas un hermanito” pero luego se arrepintió porque vio a una familia con hermanito que se peleaban mucho y todo y le dice “no quiero un hermanito, prefiero una mascota” “ni modo, para mañana ya va estar el hermanito” “no” y que ya esta el hermanito y que, y que “mamá voy a la tienda y así cuido a mi hermanito” “esta bien” y que lo lleva cargando hasta una banca y que ahí lo amarra para que no se suelte y que lo deja con una pelota y que los vio su mamá de regreso y que llevaba muchos dulces y todo, no? y que le dice al hermanito “qué te paso?” “ah, bueno que importa” y lo desamarro y se fue con la pelota y llego a la casa “tu fuiste quien lo amarraste” “si yo fui” “para que se te quite no habrá cosas para ti” “ay, bueno” y que le compra una bicicleta nueva su papá y le dice “deja a tu hermanita subirse” “pero es mía” “sube o no tendrás nada más en tu vida” y que la deja subir y que le rompe la bicicleta a su hermanito y dice “mira mamá, me rompí mi bicicleta” “que tiene apenas es un bebe” y él se quedo sin bicicleta y sin nada y se quedo en su cuarto y la mamá lo llamaba para comer “no quiero” “entonces no va ver cena, ni nada para ti” cuando el hermanito creció que ya tenía su edad, su hermanito tenía su propio cuarto y tenía sus juguetes, no? “tu me debes mi bicicleta, cuando te compren mi papá una bicicleta nueva, tu me la vas a dar” “no, te la voy a prestar, no te la voy a dar” le dice “bueno” ya que la tuvo salieron a jugar y le dice “prestame tu bicicleta” “si como no” y que se la pide y que se la rompe y llega su mamá “no vuelvas hacer eso y ahora para que se te quite voy a comprarle una nueva a tu hermanita y tu te quedas con las dos rotas” “bueno yo puedo tener la misma mía y voy a componer las dos” y entonces que los papas no tenían \$ para comprar la bicicleta d su hermanito y que luego ellos e pone a pensar “que haría sin mi hermanito, la vida sería diferente, mejor le daré una de estas bicicletas” y le dice “gracias” “no hay de que” y se fueron a jugar ellos solos y su mamá los acompaño y regresaron a casa juntos.
5. Había una vez una mamá muy sola que no tenía ni novio, ni nada, así que, que encuentra alguien “nos casamos” “bueno” y que se casan, pero tuvieron gemelos, pero

uno era mujer y el otro hombre y dijo "necesitamos una cuna para ellos" pero si no tenemos dinero para la cuna, para el mes me van a pagar "porque no te pagan más pronto, entonces tendrán que dormir con nosotros" "bueno yo no se si, si se acostumbran a nuestra cama" "bueno, cuando me paguen les comprare una cuna nueva" y que al mes "ya me pagaron al fin voy a comprarles su, su cuna" y ya se habían acostumbrado a la cama de sus papas y ellos no querían quedarse en la cuna y dijeron "que haremos si ya se acostumbraron a nuestra cama" "y ni modo hoy los tendremos que dejar" y toda la noche no dejaron dormir a sus papas porque siempre andaban ahí, llorando, llorando para que se durmieran en la cama y dijo "ya basta, se van a quedar ahí y nosotros nos vamos a ir a nuestro cuarto, aunque sigan llorando, y ya me voy al otro cuarto" y la mamá "no, bueno" "pero yo ya me voy al otro cuarto" y que se va al otro cuarto y que los bebes de todos modos siguieron más fuerte y no dejaban dormir al papá y que dice "porque no dejan dormir estos niños" y después de un año que no habían dormido ellos, ya se habían acostumbrado a los bebes a quedarse en la cuna y dijo "al fin me voy a quedar dormido por una semana sin despertar, pero bueno yo no voy a cuidar a los bebes y yo no se si chillan en la mañana, eh, me despiertas" "bueno" "se durmió y siempre chillaban y dice "b"eno, ya que no me dejan dormir, yo los voy arrullar" "se quedan bien dormidos, luego la mamá el otro día de que los empieza arrullar y ellos llorando, llorando y otra vez el papá va arrullarlos y así en una semana ayudaba, entonces dijo "oye, ya los bebes van a cumplir dos años con nosotros y todavía no tenemos el pastel, ni dulces para que vengan" "nadie sabe que tenemos bebes para que vengan y si saben ya no van a ser nuestros amigos" "y quien va estar en su fiesta" "nada más nosotros" y se quedan en la fiesta "que aburrido" y que un año había pasado que sus amigos ya sabían que tenían bebes y "ya que tienes bebes te voy a correr del trabajo, es que ahí no puedes quedarte todo el tiempo dormido" y ya perdió el trabajo y todo, pero consigue un trabajo... de piloto de avión y que ganaba más \$ a la semana y que ya le habían comprado muchas cosas a los bebes ya casi eran ricos, les faltaba solo una cosa: un auto para llevar a los bebes, porque ya tenían que llevarlos al kinder y no tenían \$ para un auto para que fueran a dejarlos al kinder y dice "tendremos que llevarlos" "bueno que tiene" y cada uno, cada día los tienen que llevar, pero era el turno del papá "te toca a ti" y al otro día la mamá "ya es tu turno" "no te toca a ti" lo vuelve a llevar y dice "no ya es tu turno" "no" y lo vuelve a llevar "ya es tu turno" "no" "te toca a ti" "bueno si no quieres que yo los lleve van a correr a nuestros hijos y no van a volver a ir a la escuela" y dice "ah, bueno" y el día que los va a dejar entran a las 7 y los lleva corriendo y llega tarde, ya habían tocado cuando iban a la mitad "ni modo tendré que llevarlos" y el papá se dormía muy tarde y por eso no quería llevarlo, cuando un día dijo "ahora si me voy a dormir temprano" se despierta temprano y va a dejar a los bebes y así repetidamente.

6. Había una vez una familia de osos que era muy rica y que cada día "prestame ese \$" y se lo prestaban, pero nunca se los regresaban el \$ y dice "ya van muchos que les prestamos \$ y no lo regresan" "que quieres que les vayamos a decir y que nos paguen" "sí, yo voy a ir" el papá dice y va con uno de sus amigos y le dice "me debes \$" tenía una casa nueva, un auto nuevo... y le dice "si ahorita" "qué tan mañana" "mañana" "esta bien mañana vengo" "no yo voy" "bueno como gustes" y que al otro día no va iba de nuevo a la casa y que dice "y mi \$" todavía no tengo, mañana te lo

doy” y que los pobres no tenían que comer “ya me cansé dame mi \$ o llamo a la policía” “bueno, ahorita te lo doy” y le da \$20000 pero le había dado más de \$20000 y le dice “no fueron \$20000 lo que te di” “pero conformate con esto y otro día te doy más” y otro día “no tengo, no tengo” y ya que se mete a trabajar y le paga con mucho \$, porque ya era el jefe de ahí, luego él le dice ahora “me vas a dar el \$ o dejo de ser tu amigo” y llamo a la policía “bueno, bueno te lo daré” y se lo dan y entonces que la familia duerme y que vuelven tres familias, pero en silencio y les roban su \$ todo el que tenían y despiertan y dicen “ya no tenemos con que comer, porque nos robaron el \$, eramos tan ricos que todos querían nuestro \$”.

7. Había una vez un chango muy feliz que siempre se trepaba en un árbol de un tigre que él no aceptaba a nadie ahí y que siempre rápido subía, muy rápido, cada mes subía a ese árbol por mucha comida y tigre esperaba a que bajara “no bajare, aquí viviré” y que se queda ahí viviendo y que baja cuando el rey está dormido y que el tigre se queda dormido “ah, voy a ser como el dormido y lo voy atacar” y se hace como el dormido y lo ataca, pero el chango en realidad era como un cartón “hay me engaño ese chango” y estaba ahí arriba y dice “aja, aja, aja, nunca me atraparás” y le dice “eso es lo que tu crees” y pasaba mucho tiempo que siempre se le burlaba y todo, que un día le avienta una piedra el tigre y que le duele mucho y entonces casi logra subir al árbol y le dice “hay, solamente nosotros trepamos, pero nunca ustedes”, pero el tigre dice “eso es lo que tu crees” y casi logra subir de nuevo, un día el chango va subiendo muy lento y el tigre lo logra atacar y se lo come, pero su familia va rápido por la comida “al fin vamos a comer” dice el tigre “al fin comeré” y se comió a todos “ay, ya no tengo con quien jugar, ni nada, porque ya me comí a mis amigos, qué haré, qué haré” que encuentra una vez a uno “tu no eras mi amigo” y se lo come y a todos se los come, todos, todos, todos tenían miedo de él, así que no tenía amigos y cuando dijo “yo no soy cruel, lo juro, nada más porque tengo esto de comida, la única que tengo para comer, no?” “no es cierto, no es cierto, eres un comelón y nos vas a comer a todos si nos acercamos” “no, lo juro que no” un mes paso y todavía no se acercaban “por favor, creanme amigos, yo no soy cruel” “no, no eres cruel!” “esta bien, iré yo” que era un chango y va y casi se come al chango “ah, que no eras cruel, aja, aja” y todos no le creían, ni nada, hasta que un día, el mismo chango sube y que el tigre si logra agarrarlo y se lo come y no tenía amigos.
8. Era una vez una familia muy feliz de changos que siempre tenían comida y todo, que siempre que venían ... su abuelo y su abuela, siempre se enojaban porque ellos siempre les quitaban “no, ese cuadro no está bonito, te lo cambio por este, no?” y se lo cambiaban por otro, hacían un trueque y que después paso mucho tiempo y un día no los dejó entrar, y le dijo “soy yo, tu mamá, por favor déjanos entrar” y le dice el changuito que era niño “ni yo te voy a dejar entrar, porque siempre haces un trueque y no quiero que cambies las cosas” dice “hay bueno” y que dejaron la, la ventana abierta y que quita una de las cortinas y le pone otra, que las cambia, “esas cortinas están bonitas, por eso se las cambio” y por eso dice “ya vete” siempre tenían todo cerrado pero los papas de los niños estaban ahí esperando, esperandolo y dice “nunca vamos a poder salir por la culpa de ellos, y no vamos a tener comida para comer” y dice “si tenemos en el refrigerador” “no porque tu abuela no los cambia por otras cosas, por cochinas, como cacahuates y todo, grasa, y nosotros no comemos eso” y dice “ah,

bueno" dice, un día el changuito se va por el otro lado al techo, no?, y que después que se va al techo llega hasta la otra casa del bosque y que se va a otra casa hasta llegar hasta la tienda y la compra, pero cuando regresaba su abuela siempre estaba vigilandola y ella siempre veía por donde entraba y dice "ya vi por donde entran, cuando salga nos brincamos en la puerta que esta ahí y entramos" un día abren la puerta y ponen rápido una pared de, de puros ladrillos y que se pegan con los ladrillos "hay que crueles no nos dejan entrar, siempre nos ponen una trampa para quitarnos nuestras cosas, muy bien, pero lo lograre" y por quedarse ahí adentro, digo ahí afuera, los abuelos en el frío y todo, porque ellos no tenían casa, en el frío y todo siempre, un día se quedan así muy congelados y casi, casi engañan a la familia porque en realidad no estaban congelados "bueno" cuando pasaron la calle a, a los dos los atropellaban, quedaron ahí en el hospital muy malos, no?, y dice "así les pasa a los que nos quitan las cosas y todo, fin.

9. Había una vez una... una niña que tenía una familia de conejos y siempre decía "mami me gusta tanto esta familia, me gusta tanto, pero más me gusta estar sola" y siempre dejaba cerrada la puerta para.. "vamos a comer, mejor traemela" porque nunca se movía de su cuarto, ni de su cuna "mejor traemela, pasala por la puerta rápido, porque si no, no come" "bueno" y que se queda ahí todos los días hasta en la noche, solamente en la noche salía para comer lo que su mamá cocinara "te vas a poner gorda y vas a trotar" "no es cierto, ese es un cuento para niños, no?, para bebes" "y tu no eres una bebe?" "no yo no soy ninguna bebe, yo ya soy grande para creer" y siempre, siempre que se, que le llevaba sopa de fideo y se convirtió un día en una, en una niña muy gorda, solamente si comía fideo le, le dijo una señora, si comía un fideo más se iba convertir en fideo dice "yo no quiero convertirme en un fideo" pues no comas otra cosa más de la cuenta, pero a mí no me gusta nada y va en la noche por un fideo, nada más se comió una sopa de fideo y se convirtió en un fideo y que, y que su mamá dijo "ah, miren aquí hay de dos fideos" y dice "mamá, mamá soy un fideo" y que la cortan, la cortan para ser torta y luego "hija ya es hora de comer" no les hablaba y dijo "no a de querer bajar" y se comieron la sopa "no, no me coman" se la comieron "donde estará" toda preocupada "donde estará, bueno si no esta aquí a de estar con sus amigos" y fueron.. le llamaron a sus amigos, y sus amigos "no, no esta aquí, enserio, lo juro, no esta aquí" "que pasará con ella" le dijo y el estomago le dolía mucho, no?, y que oyó una voz en su estomago que le dijo "yo no soy un fideo, ayudenme, saquenme de aquí" "es mi hija, no las comimos, ay, no, esta va ser la última vez que le damos fideo y si tenemos otra cosa que comer y otro hijo no le vamos a dar fideo, fin".
10. Había una vez una familia de perritos que, que uno de esos perritos no le gustaba bañarse así que siempre estaba cochino y no lo dejaban salir porque, porque si no se ensuciaba más "de todos modos nunca me bañare" dijo "hasta que no te bañes no vamos, no vas a salir del baño" dice "de todos modos no voy a salir" y su mamá le dice "bueno, te vas a bañar y si te ensucias más te juro que te voy a meter con un truco "con cuál" "no, porque es un truco, no te lo diré, porque si no me vas a engañar con mi truco" "bueno" cuando fue al baño el perrito, la mamá por detrás de las cortinas lo agarra y lo mete a la regadera y ya "no, no" y lo encierra en el baño que se andaba bañando y que se baña y que se baña, pero el perrito que cierra la puerta, su mamá lo regaña muy feo y le dio sus nalgadas.

Debido a que las historias de CCT son muy amplias, se decidió en el postest del CAT-S sólo mostrar las historias más relevantes para este estudio.

PRETEST CAT-S

4. Una familia de ositos panda que, que tuvo la mamá un hijo muy bonito, y, cuando creció le contó una cosa, que ellos ya estaban a punto de extinguirse y dice "porque, que es extinguirse" "que ya no vamos existir en un tiempo" dice "ah, como cual tiempo" "no se, solamente si estamos aquí en el zoológico podremos vivir más y mejor que otras personas y aquí podemos reproducirnos y así hacernos más, pero el trabajo que nos consiguen no, no es mucho, porque si nos consiguen pues nos van a poner una anestesia y tal vez no despertemos" y dice "a bueno" y dice su mamá "pues ni modo, así es la vida, de todos modos si nos extinguimos tu vas a quedar porque eres más chiquito y más bonito que todos los demás".
5. Había una vez que era un canguro que siempre le gustaba saltar entre los autos, que todos los días le decían "no vuelvas a saltar entre los autos porque si no te van atropellar" "no, no es cierto, porque eso no existe, nadi.. ningún auto te puede atropellar porque ellos siempre se fijan muy bien" dice, pero un día... casi lo atropella un auto "ya viste, casi te atropella un auto" dice "no, nada más fue coincidencia, porque esa persona nada más quería asustarme" pero siempre lo hacía cuando iba a la escuela, paso un mes y entonces sus amigos dijeron "haber si sabes saltar, salta entre dos autos, con las dos piernas" "muy bien, puedo hacerlo" salto entre, entre los dos autos con las dos piernas, pero, pero se le cerraron las piernas y que se cae y que lo atropellan "ya ves no que no te iban atropellar, aja, aja" y "ya no lo voy a volver hacer".
7. Había una vez un gatito que nunca sabía como era, nada más conocía sus manos, porque él nunca tenía un espejo y no lo dejaban entrar.. nunca se había visto en un espejo, un día en su cumpleaños le regalaron un espejo y dijo "crees que puedas verte, no te vayas asustar" y dijo "no, no me voy asustar, no mejor mañana lo abro" "ah, bueno" y que era en la noche, mejor va en silencio y lo abre y dice "aaahhh" y se asusta muy feo y dice "quien esta ahí y me anda copiando como le hago y todo" y dice "no te asustes, nada más eres tu, tu mismo" "ah, es que, es que no me reconozco a mi mismo y por eso tengo miedo de mi mismo" "no tienes que tener miedo de ti mismo porque tu eres tu y yo soy yo, tu eres diferente que otros, y te vas a ver más bonito si te cuidas".
8. Había una vez un, un niño que nunca se había enfermado "como nunca te has enfermado, nunca vas a conocer al doctor" dijo "ah, que bueno" y después de que dijo "ah, que bueno" siempre comía con sus amigos en la escuela cochinas y todo y que se enfermo del estomago y dijo "ni modo ya te enfermaste, qué comiste en la escuela" "comí con mis amigos lo que traían" y le dijo, no?, su mamá "ni modo te voy a tener que llevar al doctor" "no porque me va doler mucho y me va hacer cosas" "no el no te hace nada" "bueno de todos modos tendré que ir" y que va "que es eso que tiene en los oídos y me va poner en el pecho" "velo, no te va doler nada, solo va estar un poco frío" "bueno" que se lo pone y él grita "ay duele" "no este no duele" "ah" y que yo, y le regala una paleta y dice "verdad que es muy bueno el doctor, y que no te va pasar nada" y dice "si, ya quiero venir mañana y pasado mañana".

POSTEST CAT-A

1. Era una vez una familia muy feliz de tres pollitos, después de que su papá no lo encontraban porque se había ido a trabajar, preguntaron "¿donde esta nuestro papá?" dijeron los pollitos y mamá fue a buscarlos, fue a buscar al esposo y que no lo encuentra, así que dice "bueno por lo menos me vendieron una sopa nueva, la primera que hicieron" "sí, sí sopa" gritaron todos y empezaron a comer muy rico, pero le dijeron "¿donde estará?" "le preguntaré si a visto al papá de ustedes" y entonces va y dice "no ha visto a un gallo?" "ah" y en su mente pensaba "si le digo que la sopa que le vendí era hecha por que matamos a su papá y hicimos carlos...caldo de pollo, le diré que no, no, no lo he visto" y dijo, dijo "gracias" "no lo a visto el señor, esta un poco estrellada la sopa, sabe a pollo, a pollo?" y fueron la familia "díganos la verdad, donde esta mi papá?" los pollitos dijeron y dijo el señor "bueno les diré la verdad, les vendi carlo...caldo de pollo, pero hecho con su papá" y dijeron "ah".
2. Había una vez una familia muy feliz que siempre se peleaban, que un día le dijo su esposo "oye, oye le serviste más sopa a mi hijo y no a mí" "es que ya no hay, solo sobra para mí, no, no es cierto" y se empezaron a pelear de nuevo y cada día se peleaban por una cosa, hasta que un día fueron a comprar una cuerda, una para, una porque le pidieron a su papá en el trabajo y otra porque a su hijo le pidieron una igual en la escuela y la otra, la mamá la necesitaba para tender la ropa, así que compraron tres y de las tres el papá dijo "esta es más grande" "esta más grande" que se pelean y rompen la cuerda y dice "nada más por pelearnos ve lo que hicimos".
3. Había una vez un león muy triste porque no sabía que hacer, así que le pidio al ratón que jugara con él y le dijo "no, no voy a jugar contigo, si no me vas a comer" todos le tenían miedo, un día andaba pensando "que haré, que haré" y se fue caminando a encontrar a otros tigres y entonces que cae en una trampa y que aparece el ratoncito "ratoncito, ratoncito por favor salvame" "y juras que no nos comes?" "lo juro, si como a alguien que caiga en otra trampa y ya no me rescata nadie" "esta bien" que lo suelta "gracias, gracias, ahora si vas a poder jugar conmigo" "si esta bien, pero no bruscamente" y jugaron y jugaron y se pusieron muy felices.
4. Había una familia que cada, cada viernes iban de compras y que encontraron una cabaña, que lo que habian puesto ahí era una tienda y que entraron y todos los precios estaban muy altos, muy altos como una chuleta, el kilo \$20, plátanos \$30 "mejor aquí no" y que van a la otra, pero el policia no los dejo entrar "no los dejo salir hasta que compren algo" "porque, porque no nos deja salir" y entonces que buscaron donde vendían chicles, nada más para que los dejaran salir y que los vieron y costaron \$5 cada uno y dijo "no, no podemos pagar esto, si tenemos pero para la otra no vamos a tener \$" y entonces se pusieron así y entonces que andaban regalando un globo y que no era comprado y el hijo de él...de ella lo agarro y se lo llevo y el policia les dijo "pueden pasar, porque ya se llevan algo de aqui" y dijo "como que compramos este globo, no lo hallas robado?" y se pusieron muy felices por salir de ahí.
5. Era una vez dos ositos que no se llevaban bien, que en la escuela siempre peleaban, en la calle, en todos lados, que un día a uno... se volvieron a pelear por el lugar d donde acostarse, sus papas estaban hartos de ellos, así que dcidieron separarlos cada quien en su cuarto, ahí iban a comer, a jugar, ahí todo, en la escuela también le dijeron al director que, que uno se fuera al salón de 6to año y el otro se fuera a 4to año

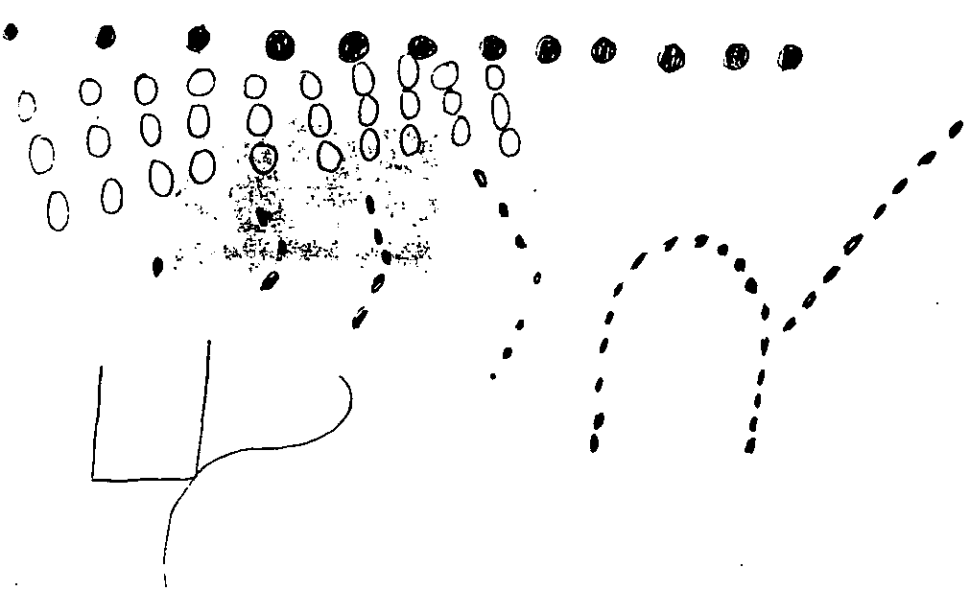
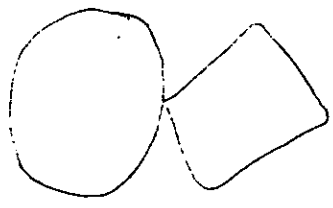
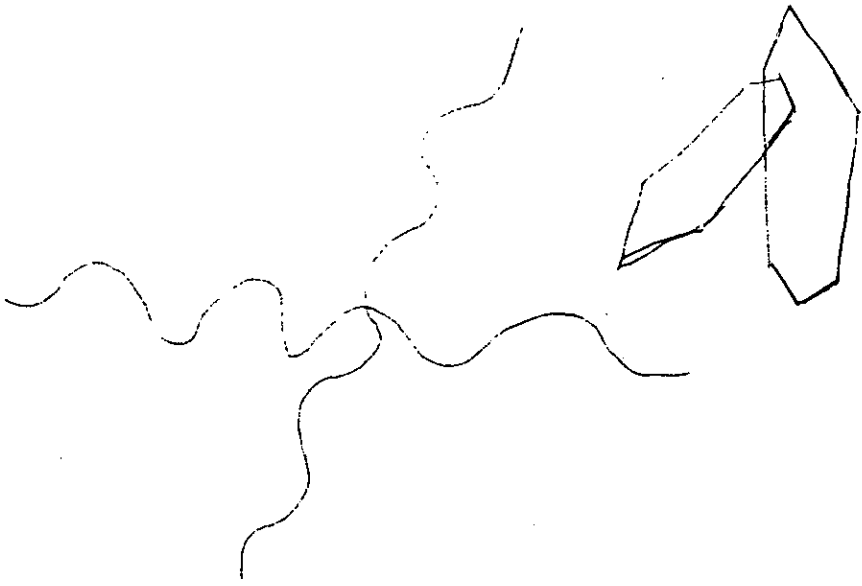
- “porque, porque si nosotros nunca nos peleamos” y que se escapan del salón y que se encuentran y que los dos se tropiezan y se rien y ahí los dos se volvieron amigos.
6. Había una vez una familia que era muy dormilona, solo despertaban para comer y eran muy cazados, todo querían cazar, todo, pero no podían con la pistola, no los atravesaban con nada, así que un día el papá despertó, empezó hacer ejercicio y dijo “no mejor no hago ejercicio esto cansa” y había pasado un año y que seguía dormido, que tenía hambre, pero no había comida, ni nada así que los papas fueron a una tienda, pero tampoco, estaba cerrada la tienda “que vamos a comer, nada más por huevones no vamos a comer nada” “tienes razón porque no preparamos comida, cuando estábamos dormidos, hubieramos guardado comida, todo, pero no lo hicimos” y dijo el niño “yo tengo un poco, porque mientras ustedes estaban dormidos, yo escogí algo” y dijeron “hay que alivio” “pero les doy con una condición” “con cuál?” “que ya no vuelvan a dormir o no les doy nada de comida” “esta bien” fin.
 7. Había una vez un tigre muy feroz que no quería que se subieran a su árbol, ni que lo tocaran, ni que tocaran nada que era de él, así que entonces vio a un chango que se trepaba a su árbol y que lo empezó a tacar y que se lo come, entonces dijo “no vallan a agarrar nada” y dijeron “no” y el tigre le dijo a la liebre “no agarres esa piedra, porque sino te voy a comer” la agarra y se la lleva y él todavía “no agarres mi piedra” y todos jugaban en su lugar mientras perseguía a la liebre y cuando regreso el tigre estaba muy cansado y que el conejo le lanza una piedra y dijo “ay duele” “ya ves por corretearme entonces te pusiste débil” “tienes razón, entonces me voy a poner a trabajar” y se puso muy fuerte, fin.
 8. Había... una vez...una familia muy feliz, pero no tan feliz porque con sus abuelitos que eran muy cri...critri...criticonas siempre que llegaban a la casa le decían “oye deberías de colocar ese cuadro por, en cercas de tu cuarto” y dijo “oye tu hijo peinate porque te ves mal” y así, así y ellos dijeron “hay ya no los soporto, ya no vamos a dejarlos entrar” y que ellos traían llaves y que entran “mira, mira” y que otra vez los empezaron a criticar... y entonces que llaman a los exterminadores cazados y que los cazan y dijeron “al fin ya no nos van a cri...como? Criticar nada.
 9. Había una vez que eran unos padres que querían tener un hijo, pero no podían tenerlos, así que andaban buscando, buscando y no encontraban y dijo “ tengo una idea que tal si vamos a hacer una hija de helado” y que la hacen y que cuando la avienta en el columpio que se desase toda así que dijo “no funcionó” “que tal si la hacemos de papel y resistol” “buena idea” y que la hacen y con el viento se seca muy fuerte y no pueden aventarla en el columpio “como le vamos hacer” y se la llevaron a su cuarto y luego la metieron en su cuna y que dijeron “que pasara” con el sol se desiso y no tuvieron hijas y tuvieron una idea compraron un peluche “no ese peluche no porque es de un perro” compraron otro “no ese es una jirafa, ese es un elefante, ese es un gato” y hasta que compraron de su tipo, que era un conejo y se pusieron muy felices.
 10. Había una vez una familia feliz que siempre su hijo tomaba... que siempre tenía mucha sed y que tomaba agua de su, de la que le daba su mamá, pero un día le dijo un compañero de la escuela “ no es malo tomar de esa agua, mejor toma agua del water sabe más rica” y que lo intenta “si sabe más rica” y que lo cacha su mamá y que lo regaña “no debes hacer eso, quien te enseñó hacer eso, para que se te quite te vas a

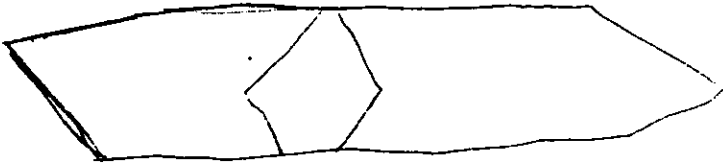
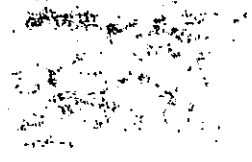
castigar...te voy a castigar, te vas a quedar encerrado en tu cuarto y no vas a ir a la escuela mañana” y el dijo “ah” pero en su mente pensaba “que bueno, que bueno” entonces cuando dormía su mamá en la noche, él tomaba agua y que un día lo cacho su mamá “no vuelvas hacer eso” y que le empezó a pegar y todo.

POSTEST CAT-S

1. Umm... había una vez una familia de puros gatitos y gatitas que siempre se peleaban “no, yo, no yo” siempre se peleaban y siempre que llegaba el gato más grande, pero un día por distraerse en tomar agua le ganaron el primer lugar su otro hermano, su hermana y él quedo en tercer lugar y su otra hermana en cuarto lugar “no puede ser ahora si me ganaron” “pues lastima él que se fue a la villa perdió su silla” adios.
2. Había una vez un changuito muy listo que le tenían envidia, un día una amiga le dijo porque eres tan listo, es mejor ser jugueteón en vez de hacer la tarea y todo” y el se quedo pensando “no mejor no le hago caso, cuando dormía andaba soñando en jugar y todo y no hacer la tarea, se despertó y dijo “no ya no voy hacer la tarea y voy a salir a jugar” y que no hacía la tarea y que dijo la maestra “que te pasa, porque no haces la tarea?” “hay es que tengo mucho sueño y por eso no pue... no tengo tiempo de hacerla” “bueno solo te doy hasta mañana para que traigas la de hoy” y igual que se queda dormido y que no trae la tarea “oye tu empieza a leer” y que leía “a, a, a,” no podía leer “así que lo reprobaba y se quedo en ese lugar.
3. Había una vez unos hermanos que no se llevaban bien solamente su hermano jugaba con ella a la casita porque le servía té, té de adeberas “mm que rico” así, “no quieres llevar a la, a la hija a dar una vuelta” “no, no mejor ya me voy, mañana juego contigo” “bueno” y que al otro día vuelve a jugar y no lleva a, a la muñeca a dar un paseo “ya no vas a jugar porque no llevas a la muñeca a dar un paseo” “que tiene” porque no tenía nada, así que decidió él que iba a tomar agua de otro lugar y no de ella, así que fue pero no había nada de agua, dijo “perdón, perdón, ahora si voy a llevar a tu muñeca, pero por favor dame agua” “bueno, pero primero llevala y luego te doy” “no, primero dame” “no, no te voy a dar” y se quedo con mucha sed siempre.
4. Umm... había una vez una familia de osos panda que eran los últimos que había en el mundo “porque somos tan famosos” dijo el hijo, le dijo su mamá “voy a contarte una historia, hace mucho los osos panda se cazaban mucho, para pieles y todo, pero ahora ya no hay, somos los únicos, para eso estamos en este lugar para que nos protejan y todo “umm que bueno, cuando crezca voy a contarle esto a mi hijo” “de todos modos, que tal si ya no hay te cazan a ti” “pues ni modo” le dijo, un día oyeron que alguien se metió y que les empezó a disparar a todos los animales y que se esconden ellos y que su hijo sale para cazar y encontró una pistola y que casi le da en una tapa, en una de las patas, “hay me duele, me duele” “ya ves te dije que ya somos muy pocos aquí en el mundo”.
5. Había una vez un canguro que le gustaba saltar muy alto y desde muy alto, un día lo retaron a saltar más alto que... la casa de su amigo y dijo “bueno” y que saltó, era tan famoso por sus saltos que dijo “gracias, gracias” y entonces que un día lo retaron a más alto como de un edificio de diez pisos y dijo “bueno, lo intentare, no mejor mañana” y fue con el doctor y le dijo “cree que me vaya a lastimar si salto un edificio de diez pisos” “pues si lógicamente” “bueno, pues si me lastimó vengo” y no se

- lastimó, así que lo retaron a veinte pisos “esta bien” y que de veinte pisos, que se lastima una pata y la cola y quedo muy lastimado y que va al doctor y que le pone muletas y vendas.
6. Había una vez una familia de zorros que vivían muy contenta, todos se retaron a una carrera a todos, así que siempre quedaba en último lugar el mayor, que un día empezaba, se lastimaba y todo, y que un día queda en primer lugar y dijo “como le hiciste” “entrenando, ni modo con que”.
 7. Había una vez un gatito que quería saber quien estaba del otro lado un espejo y que siempre se asustaba cuando pasaba entre él porque le copiaba los movimientos y le dijo “hay mamá quien anda en el otro” pero andaba hablando por telefono y le dijo “hay solamente es un moustro” “un moustro no” y que pasa, que se acerca y choca y dice “hay duele, cuando choco con alguien que no conozco” dice “mami, mami quien esta ahí” “vente seguramente es un moustro” al otro día paso, pero vio que era igual a él “no creo” “mami quien esta del otro lado del vidrio” “te voy a decir” “quién es ese que me copia mis movimientos?” “hay no seas tonto, es tu imagen, eres tu, en un espejo te puedes ver tu” “ah”.
 8. Había una vez un conejito que siempre se enfermaba, pero nunca lo habían llevado al doctor y que dijo “ah no conoces al doctor verdad?” “no, no lo conozco” “te voy a llevar a que te revise” “no, no, no mejor olvidalo si lo conozco” entonces un día que estaba dormido en el pesero que lo lleva con el doctor, cuando despertó vio que estaba en otro lugar y que... y que empieza a revisarlo el doctor y dijo “umm estas bien, por eso te voy a dar una paleta” “que es una paleta?” “no sabes que es una paleta?” “es algo que se come” “no es una medicina que sabe fea” “no es ninguna medicina, una paleta es algo que sabe rico, es un dulce” “ah, gracias” y que dijo “oye mami cuando vamos a volver a ver a este doctor para que me de otra paleta?” y que dice su mami “ach”. ? si
 9. Había una vez una familia de, de venados que, que su mamá siempre se bañaba primero, pero en la mañana le gano su hija y dijo “oye apurate porque yo si tengo prisa, tengo que ir al trabajo, rápido” “bueno, esperate no puedo bañarme yo?” “si, pero rápido” espero como una hora y ya se le habia hecho tarde y que, y que ya habia acabado y dice “compermiso porque ya me voy a bañar rápido” cerró las cortinas y todo y se hecho poco jabón rápido y rápido, cuando se visto se puso todo al reves y dijo “hay caray porque la prisa, si hoy es sabado no tienes que ir al trabajo” “hay e cierto”.
 10. Había una vez una gatita que estaba muy flaca, mucho, que un día le dijeron “por ser tilica y flaca te va a llevar el diablo” y dijo “yo no creo en eso” y que se quedo pensando “el diablo?” y empezó a comer todo, todo y que ya tenia ganas de explotar y dijo “ya no voy a comer más” y dijo “oye porque te pusiste gorda?” “no que me iba a llevar el diablo por estar flaca” “no ese nada más es un mito que me dijeron a mi” “ach” dice la gata.







Protocolo "CCT"

Datos Personales: CCT es un niño de 9 años 7 meses, nació el 26 de diciembre de 1990 y va en 4° de primaria. Vive en la Delegación de Magdalena Contreras con su abuela materna, un tío materno, su mamá y una hermana mayor (A. de 12 años).

Su diagnóstico es asma bronquial moderada con 5 años de evolución, sus medicamentos: Clarytine, Ventolin, Becotide, y vacunas (en la valoración pretest), actualmente le aplican vacunas y toma Becotide en caso necesario.

Resultados de las pruebas Raven, Bender y DFH.

- En la prueba de Raven obtuvo un percentil de 95 puntos lo cual le da un rango de capacidad intelectual de RI, es decir intelectualmente superior. De hecho es el único niño que logró ese puntaje. Sus actitudes y su vocabulario lo confirman.
- En la valoración de Bender su puntaje crudo fue de 2 + 4 puntos de indicadores emocionales, lo cual equivale a un nivel de maduración de percepción visomotora igual a la que le corresponde por su edad (edad equivalente de 9 años 0 meses a 9 años 11 meses).
- En cuanto a los indicadores esperados de maduración perceptomotora encontrados en la prueba del DFH su puntaje total fue de 5 lo cual corresponde a un nivel normal. Sin embargo su dibujo esta muy bien elaborado.
- En relación a los indicadores emocionales en la prueba de Bender presentó orden confuso, aumento progresivo del tamaño, repaso y tamaño pequeño, lo cual nos indica incapacidad para organizar el material, así como cierta impulsividad, ansiedad y agresividad. En la prueba del DFH presentó brazos cortos y presencia de botones que puede estar hablandonos de cierta dificultad para relacionarse con el mundo exterior y rasgos de dependencia.

Antes de mencionar los aspectos de la evaluación de las pruebas temáticas es importante mencionar que CCT estaba pasando por un momento crítico, debido a la separación (no divorcio) de sus padres, esto referido por la madre del sujeto en la evaluación postest.

Con respecto a la evaluación del CAT y CAT-S hay ciertos aspectos que a continuación se describen: el tema principal gira alrededor de la comida y el dinero en muchas láminas, siendo la figura principal la del padre, la concepción del medio ambiente lo encuentra amenazante y peligroso en ocasiones (robos, etc.). Por lo tanto algunas de sus historias llevan mensajes y moralejas.

La solución para los conflictos de los relatos es mágica, sin embargo se observa un adecuado control de impulsos, sus respuestas denotan inteligencia ya que es creativo y produce historias originales.

En la lámina 4 del suplemento (tanto en el pretest como en el postest) se observa como CCT esta pasando por un proceso de dejar de ser dependiente a pasar a ser independiente; En la lámina 5 del pretes, menciona que era un canguro que le gustaba saltar por los autos, pero lo atropellaron los autos “por no hacer caso” y ahora ya no puede saltar algo similar ocurre en el postest donde el doctor le dijo al canguro que no saltara y se lastimo (lo mismo ocurre con los enfermos asmáticos, el doctor les dice que no salten porque se pueden sentir mal); En la lámina 7 del pretest el gatito se asusta porque se ve muy feo “no me reconozco a mi mismo y por eso tengo miedo de mi mismo” y en el postest el gato cree ser un monstruo, pero la mamá lo desmiente; En la lámina 8 esta enfermo del estomago el conejo en el pretest y en el postest menciona que el conejito siempre se enferma, pero no dice de que.

Por lo tanto no se observan diferencias significativas entre la evaluación pretest y la evaluación postest de la prueba del CAT y CAT-S.

Sus principales mecanismos de defensa son: El aislamiento, la regresión, la proyección e introyección, y algunas láminas denotan el mecanismo de la decepción.

CCT pertenece al grupo 3 debido a que realiza muchas actividades en la escuela y no podía llevarlo su mamá al manejo de grupo.

Apéndice M

Para conocer el coeficiente intelectual de cada uno de los sujetos se realizó la aplicación de la prueba de Raven, el cual nos arroja los resultados en puntaje que va de 22 a 35 puntos, así como el percentil y el rango que nos da una clasificación para los tres grupos.

Resultados de la evaluación del Test de Raven, en cada uno de los sujetos.

Grupo	1			2			3		
	C.I.D. 10 ^a 5 meses	K.J.A. 8 ^a 8 meses	M.A.F. 8 ^a 4 meses	S.M.T. 8 ^a 9 meses	J.A.C. 9 ^a 3 meses	R.V.R. 9 ^a 10 meses	M.M.G. 8 ^a 3 meses	H.H.F. 8 ^a 0 meses	C.C.T. 9 ^a 7 meses
Puntaje real	29	26	22	22	25	28	24	25	35
Percentil	75	90	75	50	50	75	90	90	95
Rango	R II	R II+	R II	R III	R III	R II	R II+	R II+	R I

Clasificación que se le puede dar a los sujetos según su puntaje, pertenecientes a uno de los siguientes rangos de capacidad intelectual

<u>Rango</u>	<u>Puntaje del percentil</u>	<u>Clasificación</u>
R I	(Igual o mayor a 95)	Intelectualmente superior
R II+	(Igual o mayor a 90)	Definidamente superior al término medio
R II	(Igual o mayor a 75)	Superior al término medio
R III	(entre 25 y 75)	Intelectualmente término medio
R III+	(Mayor a 50)	Intelectualmente término medio positivo
R III-	(Menor a 50)	Intelectualmente término medio negativo

Apéndice N

A continuación se muestra en la tabla 10 el puntaje crudo obtenido en la prueba de Bender de cada uno de los sujetos de los tres grupos. El apartado de figuras con puntaje se refiere a las figuras de la prueba que presentan indicadores tanto de maduración como emocionales. También se presenta la edad real y equivalente al inferior de la tabla, para poder visualizar la comparación de dichas edades.

Puntaje obtenido de los 3 grupos en el Test de Bender.

Grupo	1			2			3		
	C.I.D.	K.J.A.	M.A.F.	S.M.T.	J.A.C.	R.V.R.	M.M.G.	H.H.F.	C.C.T.
Puntaje crudo + Ind Emocionales	0 + 2	3 + 4	6 + 1	2 + 2	5 + 3	2 + 4	3 + 2	7 + 3	2 + 4
Figuras con puntaje		3 4 7	A 1 3 4 5 7	7	3 5 7 8	3 5	4 6 8	A 3 4 5 6 7 8	5 8
Tipo de ítems		11, 13, 22	2, 4, 10, 13, 15, 21b	21 ^a , 21b	10, 15, 21 ^a , 21b, 24	10, 15	14, 19, 24	1, 14, 12 ^a , 17b, 18 ^a , 21b, 24	16, 24
Indicadores Emocionales	orden confuso línea fina	orden confuso t. pequeño 2 ^a tentativa repaso	gran tamaño	ord confuso repaso	ord confuso 2 ^a tentativa repaso	orden confuso 2 ^a tentativa t. pequeño repaso	línea ondulada t. pequeño	orden confuso línea ondulada t. pequeño	ord confuso a prog t. repaso expansión
Edad real	10 ^a 5 meses	8 ^a 8 meses	8 ^a 4 meses	8 ^a 9 meses	9 ^a 3 meses	9 ^a 10 meses	8 ^a 3 meses	8 ^a 0 meses	9 ^a 7 meses
Edad equivalente	11;0 / 11;11	8;6 / 8;11	7;0 / 7;5	9;0 / 9;11	7;6 / 7;11	9;0 / 9;11	8;6 / 8;11	6;6 / 6;11	9;0 / 9;11

Apéndice O

La siguiente tabla presenta el vaciado de los indicadores esperados y excepcionales de cada uno de los sujetos de los tres grupos, los cuales nos da un puntaje total para clasificar la maduración perceptomotora.

Indicadores encontrados en los niños asmáticos, mediante la prueba del Dibujo de la Figura Humana(DFH).

Grupo Indicadores	1			2			3		
	C.I.D.	K.J.A.	M.A.F.	S.M.T.	J.A.C.	R.V.R.	M.M.G.	H.H.F.	C.C.T
Esperados	10 ^a 5 meses	8 ^a 8 meses	8 ^a 4 meses	8 ^a 9 meses	9 ^a 3 meses	9 ^a 10 meses	8 ^a 3 meses	8 ^a 0 meses	9 ^a 7 meses
Cabeza	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ojos	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Nariz	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Boca	1	1	1	1-	1	1-	1	1	1
Cuerpo	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Piernas	1	1	1	1	1	1	1	1-	1
Brazos	1	1	1	1	1	1	1	1-	1
Cabello	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Pies	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Brazos 2 dimen.	1	1	1	1	1-	1	1-	1	1-
Piernas 2 dimen.	1	1	1	1-	1-	1-	1	1-	1
Cuello	1	1	1						
Brazos hacia bajo	1								
<u>Indicadores</u>									
<u>Excepcionales</u>									
Fosas nasales						1+			
2 labios									
Perfil									
Codos					1+				
Rodillas		1+	1+						
Puntaje Total	5	6	3	3	4	4	4	2	1+
									5

Apéndice P

Indicadores emocionales que se observaron en los Dibujos de la Figura Humana (DFH).

Grupo	Indicadores Emocionales	1		2			3		C.C.T	
		C.I.D.	K.J.A.	M.A.F.	S.M.T.	J.A.C.	R.V.R	M.M.G		H.H.F
	1 Pobre integración de las partes							1		
	8 Figura grande				1	1				
	9 Transparencias				1		1			
	11 Ojos bizcos					1				
	12 Dientes			1		1				
	13 Brazos cortos								1	
	19 Piernas juntas							1		
	21 Monstruos no humanos									
	24 Omisión de la boca				1					
	26 Omisión de brazos							1		
	27 Omisión de piernas							1		
	29 Omisión del cuello					1				
	31 Presencia de botones / Cinturón	1	1				1	1	1	
	Puntaje Total	1	1	1	3	5	2	1	4	2

GLOSARIO

ACARO. Insecto microscópico del orden de los arácnidos, que se alimentan de escamas humana y abunda en alfombras, colchones y ropa de cama.

ADENOIDES. Aumento de tamaño de las amígdalas faringeadas.

ADITIVO ALIMENTARIO. Sustancia que se añade a los alimentos manufacturados para prolongar su conservación, para darles sabor o color, para hacerlos más vistosos o atractivos.

ALERGENO. Toda sustancia capaz de producir reacciones alérgicas.

ALVEOLO. Fondo de saco mínimo en el que terminan los bronquios.

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

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

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

ANTIISTAMINICO. Medicamento que tiene acción contra la histamina.

ATOPIA. Fenómeno de hipersensibilidad, probablemente hereditario, por el que las personas están predispuestas a padecer diversos tipos de alergia.

BRONCODILATADOR. Todo medicamento capaz de aumentar el calibre bronquial.

BRONCOESPASMO. Contracción de los músculos bronquiales que produce una estrechez o disminución anormal del calibre de los bronquios.

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

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

CONJUNTIVITIS. Inflamación de la conjuntiva. La conjuntiva es una delicada membrana que cubre el interior de los párpados y la parte anterior del globo del ojo.

CORTICOIDE. Medicamento de acción antiinflamatoria, también llamado corticosteroide.

DERMATITIS. Inflamación de la pie; este término se aplica a múltiples enfermedades de la piel.

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

DISNEA. Es la dificultad que se presenta para respirar.

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

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

ESPIROMETRIA. Técnica exploratoria de las enfermedades pulmonares que se utiliza para medir objetivamente la capacidad respiratoria pulmonar.

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

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

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

INMUNOGLOBINA. Es una de las cinco gammaglobulinas conocidas.

INYECCION SUBCUTANEA. Introducción de una sustancia inmediatamente por debajo de la piel.

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

MOHO. Hongo microscópico que puede causar reacciones alérgicas en los organismos predispuestos.

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

PRURITO. Picor. Sensación particularmente incómoda que incita a rascarse.

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

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

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

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

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

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

TOS CATARRAL. Tos húmeda que moviliza secreciones bronquiales.

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

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