



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

Garciandia Imaz, Jose Antonio; Ibarra Medina, Adriana Marcela
Enfermedad psicosomática y patrones familiares en niños con asma
Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 41, núm. 1, enero-abril, 2012, pp. 111-138
Asociación Colombiana de Psiquiatría
Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80624093009>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Enfermedad psicosomática y patrones familiares en niños con asma

José Antonio Garciandía Imaz¹

Adriana Marcela Ibarra Medina²

Resumen

Introducción: El asma es la enfermedad crónica más prevalente en la población infantil y se ha relacionado con aspectos psicológicos involucrados en su evolución. **Objetivo:** Comprender el tipo de patrones relationales observables en la familia de niños con esta enfermedad. **Método:** Análisis cualitativo mediante muestreo intencional, en una población de niños entre cuatro y quince años con asma y otra población mixta. **Resultados y conclusiones:** El análisis muestra familias con límites difusos entre sus miembros, tendencia al amalgamamiento, con altos índices de ansiedad, presencia de conflictos de pareja y parento-filiales.

Palabras clave: Asma, familia, depresión, conflicto.

Title: Psychosomatic Illness and Family Patterns of Children with Asthma

Abstract

Introduction: Asthma is the most prevalent chronic illness in children and has been related to psychological aspects involved in its evolution. **Objective:** To understand the types of relational patterns observed in families of children with this illness. **Method:** Qualitative analysis through intentional sample of children between the ages of 4 to 15 years with asthma and other mixed populations. **Results and Conclusions:** The analysis shows families with diffuse limits between its members, tendency towards amalgamation, high levels of anxiety, and the presence of parental and parental-offspring conflicts.

Key words: Asthma, family, depression, conflict.

¹ Médico psiquiatra. Profesor asociado, Departamento de Medicina Preventiva y Social, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

² Médica residente de tercer año de Medicina Familiar, Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Introducción

Este artículo está basado en los resultados de la investigación original *Descripción e interpretación de patrones familiares en niños de 4 a 15 años con asma, como expresión psicosomática, que asisten a consulta externa de Neumología Pediátrica del Hospital San Ignacio durante febrero-marzo 2011*. La pregunta que se planteó para la investigación fue: ¿existen patrones familiares identificables en niños con enfermedad asmática que expresen el conflicto mediante una enfermedad psicosomática? El objetivo principal consistió en describir, interpretar, comprender y decodificar el tipo de patrones relacionales de familia nuclear (parentales o conyugales) que se puedan observar e identificar en niños con enfermedad asmática con patrón de expresión psicosomática, además de las implicaciones psicológicas.

El propósito de esta investigación fue profundizar en el conocimiento y la comprensión de la relación del asma como enfermedad psicosomática y los patrones familiares, a fin de orientar la afectación psicológica del niño y de las familias de pacientes asmáticos y de implementar medidas e intervenciones que contribuyan a la mejor asistencia en estos casos.

Todas las patologías son multi-causales, y dependiendo del tipo de afección, hay una gran variabilidad en la implicación de los factores etiológicos y su importancia en su

origen, mantenimiento y desenlace. Es frecuente encontrar la confluencia de factores genéticos, familiares, de raza, de sexo, de cultura, de ambiente, de nutrición, de lugar geográfico, de estrato social, de educación, de fisiología, de química, psicológicos, etc. (1). No obstante, algunos factores poseen un mayor poder de influencia en las patologías. Entre ellos es de profunda relevancia el influjo de los factores psicológicos y los familiares.

La conexión mente/cuerpo ha sido una preocupación muy antigua de la medicina; sin embargo, las informaciones en este ámbito son escasas. La Asociación Psicosomática Americana, en 1944, describió de qué forma y en qué medida la aparición, el curso o la superación de las enfermedades físicas están determinados por procesos biológicos, psicológicos y sociales. Por ello es pertinente, explorar y observar las relaciones que puedan existir entre una enfermedad de la cual conocemos que tiene un fuerte componente psicosomático en su expresión, como el asma bronquial, y las circunstancias del contexto familiar, además de los aspectos comportamentales, emocionales y simbólicos inscritos en la historia de esta patología (2).

Es frecuente encontrar en la consulta de medicina familiar expresiones de dificultades de orden relacional en el ámbito familiar de los pacientes (3). En nuestro medio, el Hospital Universitario de San Ignacio, tomando como base la codificación de la Clasificación Internacional

de Enfermedades (CIE-10), dentro de los diez principales diagnósticos de los pacientes que acuden al servicio de urgencias, tanto adulto como pediátrico, se encontraron en el 2008 las siguientes cifras para enfermedades psicosomáticas: urgencias pediátricas: 22,3%, y urgencias de adultos: 36,1% (4).

La enfermedad psicosomática tiene una alta prevalencia en la consulta de medicina general, medicina familiar y en todas las especialidades. No obstante, hay una tendencia general a minimizar la importancia de su presencia y, por lo tanto, también existe una fuerte tendencia a obviar su exploración y su tratamiento (5). En nuestro sistema de salud y de educación médica, las enfermedades psicosomáticas ni aparecen como motivo de diagnóstico, ni son motivo de interés en las facultades de medicina. En este sentido, la especialidad de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Javeriana introdujo la materia de Enfermedades Psicosomáticas como parte del currículo del médico familiar. Esta investigación se llevó a cabo en el marco de la línea de investigación de enfermedades psicosomáticas del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina de la misma universidad.

Historia y teorías sobre enfermedad psicosomática

Las enfermedades psicosomáticas parecen ser ineludibles de la

condición humana. Referencias al concepto ya se encuentran en el Antiguo Testamento, Hipócrates, Galeno, Platón, Aristóteles y otros más recientes como Paracelso (2). La idea fundamental del concepto *psicosomático* se expresa en una concepción integral del ser humano, en la que se congregan las relaciones entre lo psíquico y lo somático tanto en la visión de la salud como en la de la enfermedad (6).

Aunque la concepción psicosomática fue siempre una constante en la cultura occidental, a partir del surgimiento de la teoría de la patología celular de Virchow (1850) se altera esta forma de observar al hombre desde la perspectiva médica. Se fracturó el concepto de lo psicosomático y se inició una fase de escisión entre lo psíquico y lo somático. Las principales figuras de la historia de la psicosomatosis fueron Jean-Martin Charcot, Josef Breuer, Sigmund Freud, Franz Alexander, Allan Walters, Rof Carballo, y Laverde, en Colombia. La contribución más importante fue la de Freud, ya que sin su teoría del inconsciente sería imposible comprender los síntomas físicos producidos emocionalmente (2).

Desde el ámbito psicoanalítico, Deutsch (1922) fue quien introdujo la expresión *medicina psicosomática*, al recalcar el hecho de que una perturbación funcional persistente y constante, con el tiempo, podría generar un daño estructural celular (2). Dumbar (1935) planteó las *interrelaciones psicosomáticas*, y comenzó la investigación científica en el área que

encuentra su ámbito de divulgación, a partir de 1939, cuando surgió la revista *Psycosomatic Medicine* (2). Posteriormente Selye (endocrinólogo) desarrolló el concepto de *síndrome general de adaptación* o estrés. En 1949, el médico español Rof Carballo publicó un extenso tratado titulado *Patología psicosomática*. En marzo del 2003, la Junta Americana de Especialidades Médicas aprobó por unanimidad la creación de una séptima subespecialidad en psiquiatría, la medicina psicosomática (7).

Se han descrito varias teorías e hipótesis sobre la presentación, ciclo y evolución en pro de comprender la enfermedad psicosomática. Uno de los grandes aportes lo realizó Freud (1895). En el historial de Isabel von R. se refiere a las condiciones que determinan la elección de órgano (complacencia somática y simbolización), además de la conversión simbolizante, determinada por la capacidad del órgano para representar simbólicamente la fantasía inconsciente (lenguaje del órgano).

Alexander, French y Pollock (pertenecientes a la Escuela de Chicago), en 1968, propusieron una hipótesis explicativa de la enfermedad psicosomática relacionada con:

[...] la sensibilidad excesiva que tiene un paciente hacia un órgano específico, a esto se agrega una característica constelación psicológica, más un desarrollo de los acontecimientos de su vida, lo cual conduce a movilizar el conflicto central fijo y hacer fracasar sus

defensas primarias. Estos factores no son necesariamente independientes puesto que el factor constitucional puede determinar tanto la vulnerabilidad de órgano como los conflictos psicológicos característicos. De otro lado, la situación de acceso de la enfermedad puede darse por predisposiciones inconscientes que activamente buscan dichas situaciones vitales. (8)

La Escuela de París plantea el concepto de un bloqueo de la capacidad de representación o de elaboración de las demandas instintivas que el cuerpo hace a la mente. Así, atribuye las manifestaciones psicosomáticas a una carencia en la capacidad de representar el conflicto, en la cual la libido se transforma en energía somática. La angustia somática tiene dificultades para sujetarse a representaciones psíquicas, por lo que la enfermedad psicosomática sería el resultado de un cortocircuito que se saltaría la representación psíquica para estallar en el cuerpo. No tendría la función de representación simbólica del neurótico, ni los intentos de recuperación del psicótico. Por ello, para la Escuela de París un paciente psicosomático es arcaico, preverbal, no simbólico, regido por leyes biológicas, no psicológicas.

En 1963, Marty, de M'Uzan y David describieron la especificidad de un pensamiento operatorio en los pacientes psicosomáticos. Una manera de pensar y de relacionarse con los demás, caracterizada por

una disminución de la función de la fantasía, con menos valor en la vida del sujeto. Es decir, la transformación de la pulsión en fantasía se ejecuta de tal manera que lo esencial es retenido en la actividad psicosomática y solo una pequeña parte produce la fantasía sin alcanzar un equilibrio (2).

Nemian y Sifneos, entre 1970 y 1973, introdujeron el término *alexitimia*, la incapacidad del sujeto para nombrar sus estados afectivos o para describir su vida emocional. Esta dificultad la atribuyen a un problema de simbolización lingüística. Sucede una falla en la representación simbólica con relación a un conflicto psicológico, y se traduce en una incapacidad para reflexionar respecto de sí mismo y de la relación con el mundo. Limita la capacidad de elaborar el conflicto psicológicamente y, de esta manera, se facilita la derivación del conflicto en una somatización (2).

En 1976, Green destacó algunas de las características del psicosomático en relación con el simbolismo. Afirmaba que este paciente no dispone de un sistema de inscripción de recuerdos y que existía un cortocircuito entre una fantasía y un síntoma corporal. El psicosomático se expresa mediante la musculatura lisa y dispone de un *acting* en el cuerpo que ocurre en términos de movimientos internos (2).

Joyce McDougall, en 1978, sosostenía que las enfermedades psicosomáticas pueden ser barreras creadas

para detener un daño irrepresentable e indecible, una tentativa de autocuración primitiva, de protección del yo. Se responde a las amenazas psíquicas como si fueran somáticas, y aunque las enfermedades psicosomáticas tienen el riesgo de precipitar al sujeto prematuramente a la muerte, el objetivo fundamental de esta defensa anacrónica es siempre sobrevivir (2).

Axelrod, en 1984, considera que si bien el estrés puede no ser necesariamente un factor causal de enfermedad, sí contribuye a la presentación, a la potenciación y a la instauración de las enfermedades psicosomáticas, pues merman las resistencias individuales a la enfermedad (2).

Los trastornos psicosomáticos se eliminaron de las ediciones más recientes del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV), que es la lista oficial de los trastornos psiquiátricos de la Asociación Americana de Psiquiatría; así como de la CIE-10 (9). No hay un consenso respecto a su definición y clasificación; por ende, se dificulta conocer datos de su prevalencia. Los trastornos somatomorfos son los que más se acercan a la definición de enfermedades psicosomáticas, pues se relacionan con el estrés cultural, al demostrar que su prevalencia varía considerablemente según el país, y al tomar patrones diferentes que no excluyen la cultura, se estima su prevalencia en un 21,9% en



consultas de medicina general en los países desarrollados (10).

Dentro del amplio espectro de enfermedades psicosomáticas en niños, adolescentes y adultos se encuentran enfermedades del sistema respiratorio (asma bronquial, tos, laringitis, síndrome de hiper-ventilación y espasmo del sollozo), enfermedades del sistema cardiovascular (enfermedad coronaria e hipertensión arterial, taquicardias supraventriculares), enfermedades del sistema digestivo (dolores abdominales inespecíficos, dispepsia, colon irritable, úlcera gástrica y duodenal, colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn), enfermedades del sistema endocrino (hipotiroidismo e hipertiroidismo, obesidad, paratiroides, glándulas suprarrenales, porción endocrina del páncreas [diabetes mellitus e hipoglucemias], gónadas, sistema hipófisis e hipotálamo), enfermedades alérgicas y dermatológicas (urticaria, prurito, eccema endógeno, psoriasis, dermatitis atópica), enfermedades del sistema musculoesquelético y articular (lumbalgia, artritis reumatoidea, síndrome de fatiga crónica, disfunción de la articulación temporomandibular), enfermedades del sistema nervioso central (migraña, neuralgia del trigémino y cefalea tensional), trastornos del sueño (hipersomnias, insomnio), enfermedades ginecoobstétricas y urológicas (dolor pélvico crónico, dispareunia, síndrome premestruyal, cistitis intersticial), trastornos

sexuales funcionales (disfunción eréctil), trastornos psicosomáticos en la infancia y la adolescencia (trastornos de la conducta alimentaria) y enfermedades oncológicas (11-13).

Metodología

Para este estudio se utilizó un análisis cualitativo de tipo descriptivo-interpretativo mediante un muestreo intencional tipo teórico (14). Se recolectaron dos grupos de pacientes: por un lado, un grupo de asmáticos entre los cuatro y los quince años de edad con diagnóstico de asma en tratamiento en el servicio de Neumología Pediátrica en el área de Hospitalización Pediátrica del Hospital Universitario de San Ignacio; por el otro, una población mixta de pacientes, niñas o niños no asmáticos con enfermedad aguda y sin antecedentes patológicos en los últimos seis meses, atendidos en urgencias o en el servicio hospitalario del Hospital Universitario de San Ignacio.

Los criterios de inclusión para la población de niños y niñas con asma fueron los siguientes: edad entre los cuatro y los quince años, niño o niña con asma diagnosticada en tratamiento en el servicio de Neumología Pediátrica o en el servicio de Hospitalización. Ambos padres debían estar vivos y mantener una relación familiar y preferiblemente conyugal, contar con el consentimiento informado de las personas

responsables, capacidad de asentir del niño y asentimiento del niño. Los criterios de exclusión para la misma población fueron: tener cualquier otra comorbilidad y antecedentes patológicos congénitos o cualquier otra patología de más de seis meses de evolución, muerte de alguno de los padres y la negativa de participar de los padres o del niño.

Los criterios de inclusión de la población mixta fueron: edad entre los cuatro y los quince años con enfermedad aguda no asmática con evolución inferior a seis meses, ambos padres debían estar vivos y mantener una relación familiar y preferiblemente conyugal, consentimiento informado de los padres y asentimiento de los niños. Los criterios de exclusión fueron la presencia de otras enfermedades concomitantes en los últimos seis meses.

El grupo sujeto a estudio se conformó con quince pacientes (seis niñas y nueve niños) y el grupo de pacientes de la población mixta contó con catorce (nueve niños y cinco niñas). A todos se les realizó una historia clínica, se les solicitó la firma del consentimiento informado por parte de los padres para permitir ser entrevistados, así como un segundo consentimiento de los padres para permitir la participación del hijo o hija en el estudio, y se les pidió un tercer documento de asentimiento de los niños. La presente investigación se ajustó a los preceptos establecidos en la

Declaración de Helsinki. Esta investigación se considera de riesgo mínimo, de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993, dado que se realizaron entrevistas a individuos en los que no se manipuló la conducta del sujeto.

Las herramientas utilizadas en el estudio fueron las siguientes: dibujo de la familia, dibujo de la pareja de los padres y dibujo de la figura humana. Cada paciente debió realizar los tres dibujos.

Se llevó a cabo una entrevista estructurada a cada uno de los padres con preguntas referentes a su relación de pareja, a la relación de cada uno de los padres con el hijo o hija y a la relación entre los conflictos de pareja y las crisis de asma. Igualmente, se hizo una entrevista estructurada a cada paciente con preguntas referentes a la relación de pareja de los padres y a la relación de los padres hacia los hijos.

Para el procesamiento de la información se interpretaron los dibujos por parte de cada uno de los investigadores. Esto se trianguló con el análisis de la interpretación de los dibujos a doble ciego por parte de una psicóloga especialista en interpretación de pruebas proyectivas con más de treinta años de experiencia y ajena al estudio. Se realizó un análisis de discurso del contenido de las entrevistas por parte de los investigadores. Posteriormente se trianguló con los contenidos de la entrevista semiestructurada con la

neumóloga pediátrica tratante de los pacientes. El análisis se llevó a cabo en cinco niveles.

Nivel de análisis 1

En este nivel de análisis se consideraron los siguientes aspectos:

- Interpretación de los dibujos de la pareja, familia y niño en los casos y en la población mixta teniendo en cuenta las diferencias que se encuentran entre ambos.
- Respuestas verbales que emiten sobre la relación conyugal y parental, los padres y los niños.
- Palabras clave utilizadas en las respuestas para describir las relaciones parentales y conyugales que emiten los padres y los niños.

Presencia del niño en el dibujo de la familia

Se observó que en los niños pertenecientes a la población de niños con asma un 53,33% se incluye dentro del dibujo de la familia frente a un 46,66% que no se incluye en el dibujo de la familia. Si lo comparamos con los dibujos de la familia de la población mixta, hallamos que el niño se incluye en el dibujo de la familia en un 71,43% contra un 28,57% de los que no se incluyen.

Existe una diferencia entre los dibujos de los niños del grupo de

casos, que corresponde a los niños que padecen asma, y los dibujos de los niños de la población mixta. Mientras el grupo de casos se incluye en el dibujo en un 53,33%, el grupo mixto lo hace en un 71,43%. Esto nos plantea una pregunta: ¿cuál puede ser el significado y sentido de esta diferencia? ¿Qué interpretación podemos llevar a cabo con esta información? Para responder a estas preguntas planteamos las siguientes hipótesis:

- El no incluirse en el dibujo de la familia es una manifestación consciente/inconsciente de sentimientos de exclusión.
- El no incluirse en el dibujo de la familia es una manifestación del sentimiento inconsciente de no tener un lugar específico dentro de la estructura y organización familiar, que es proyectado en la imagen.
- El no incluirse en el dibujo de la familia es una manifestación de un sentimiento de no aceptación, percibido por el niño de una forma implícita.
- El no incluirse en el dibujo de la familia es una manifestación de un sentimiento de minusvalía percibido por el niño de manera inconsciente.
- El no incluirse en el dibujo de su propia familia por parte del niño nos manifiesta, implícitamente, aspectos compartidos de la autopercepción proyectada en la imagen del niño que

padece una enfermedad, como lo muestran los porcentajes de los niños caso y los de la población mixta. Sin embargo, observamos que en la población de casos es más notoria esta ausencia, por cuanto solo se pinta el 53,33% frente al 71,43% en la población mixta. Por ende, si bien hay niños con esta autopercepción en ambos grupos, lo cual parece estar ligado a que comparten el estado de enfermedad, el hecho de que la diferencia sea más notoria en el grupo de casos, nos permite pensar que está ligada a la cronicidad de la patología. Esta tendría, por su extensión en el tiempo, una mayor influencia e incidencia en la autopercepción negativa de sí mismo que el niño obtiene. Que el porcentaje sea menor en los niños de la población mixta podría explicarse por el hecho de que sus patologías son agudas y muy circunscritas en el tiempo (una a dos semanas), lo cual si bien incide, no es permanente, como sucede en los niños con asma que padecen la enfermedad desde edades muy tempranas y que los ha acompañado durante varios años.

Presencia de piso en el dibujo

En relación con esta particularidad, encontramos que en los niños

caso (niños con asma bronquial) el 20% pinta el piso en las imágenes y un 80% no lo pinta. Una relación similar se evidencia en los datos de la población mixta, en la que un 28,58% pinta el piso en sus imágenes y un 71,42% no. El hecho de que en ambas poblaciones los porcentajes sean similares hace pensar en que esta circunstancia, expresada en el dibujo, corresponde a una característica común que comparten ambas poblaciones. ¿Cuál podría ser esta característica o circunstancia común?

La experiencia de vivir una enfermedad y la circunstancia de estar en un espacio desconocido en el momento de la elaboración del dibujo. En esta línea de pensamiento, el no dibujar el piso está expresando un sentimiento de inseguridad y falta de control en el contexto y sobre este. Los niños cuya inseguridad es más marcada son los que con más notoriedad evidencian la ausencia de piso en sus dibujos. Entre tanto, los niños que dibujan el piso en sus imágenes son niños a quienes la patología no ha logrado alterar, ni minar sus sentimientos de seguridad, probablemente debido a un buen apoyo familiar. Este análisis sobre este aspecto de los dibujos ameritaría un nuevo trabajo de investigación, para dilucidar qué tanto las experiencias patológicas afectan los sentimientos de seguridad, confianza y autovaloración en los niños.

Dibujo de la pareja

En el dibujo de la pareja, se encontró que el 86,66% de los niños caso muestran elementos en las imágenes que expresan una relación conflictiva en la pareja de los padres. Solo un 13,33% muestra una ausencia de elementos conflictivos. En la población mixta solo un 14,28% presenta elementos conflictivos en el dibujo de la pareja de sus padres; mientras un 85,71% no presenta elementos conflictivos.

Se observa una alta incidencia de conflicto conyugal en la relación de pareja de los padres de los niños con asma (86,66%); mientras que la incidencia en la población mixta (14,28%) es ostensiblemente inferior. Esta información muestra una diferencia demasiado evidente para obviar la transcendencia de lo que ello lleva implícito. Esto permite pensar que:

- La percepción del niño de la tensión conflictiva en la relación de pareja de los padres es proyectada en la imagen del dibujo.
- La descripción de la relación conyugal de los padres como un mundo interaccional en el que existen indicios de agresividad.
- El sentimiento implícito de frustración y malestar que vive el niño en virtud de la experiencia de las dificultades conyugales entre sus padres que no

pueden ser enunciadas en las palabras y sí proyectadas en la imagen.

Dibujo de la familia relación parento-filial

En los dibujos de la familia, se observa que en un 73,33% de los niños caso aparecen elementos de conflicto en las imágenes relacionadas con sus padres, ya sea en conjunto o individualmente con cada uno de ellos. Un 26,66% no presenta estos elementos conflictivos. En la población mixta, sin embargo, el 100% de los dibujos de la familia carece de elementos conflictivos en sus imágenes, en cuanto a la relación entre padres e hijos. El hecho de esta diferencia constata la circunstancia de que en la familia de los niños con asma un gran porcentaje (73,33%) vive en familias en las cuales existen aspectos conflictivos de tensión, agresividad y dificultades de comunicación.

Así, están lo suficientemente presentes como para que el niño con asma los perciba y los viva de manera implícita, al tiempo que los expresa proyectivamente en las imágenes de los dibujos. Esta información muestra que el niño con asma de esta población estudio vive en un ambiente familiar de tensión que, sin duda, genera unos grandes montos de ansiedad y angustia, los cuales, al no poder ser expresados verbalmente, son somatizados en su patología.

Respuestas a las preguntas de los padres de los niños caso

En cuanto a las respuestas emitidas por los padres a las preguntas sobre la relación conyugal, el 53,33% manifiesta la presencia de conflicto en su relación de pareja, y un 46% no muestra conflictividad. En el caso de la relación parental, el 13,33% manifiesta la presencia de conflicto parento-filial. Un 86,66% no presenta conflictividad.

Con relación a las mismas preguntas formuladas a los niños caso, el 33,33% de las respuestas de los niños manifiesta la presencia de conflicto de pareja de los padres; mientras que un 66,66% no muestra en sus respuestas la percepción de conflicto entre la pareja de sus padres. En cuanto a la relación parento-filial, los niños caso responden que el 20% presenta conflicto, y el 80%, no.

Correspondencia de las respuestas de los padres a las preguntas sobre relación conyugal y parento-filial y dibujos de los niños caso

En relación con las respuestas emitidas por los padres sobre la relación conyugal, el 53,33% manifiesta la presencia de conflicto en su relación de pareja, lo cual contrasta con el dibujo que realizan los niños caso, en los que aparece un 86,66% de los dibujos con elementos conflictivos. Aquí se ve un contraste que muestra cómo la percepción consciente de los padres de sus conflictos

de pareja es inferior (53,33%) a la percepción proyectada inconscientemente en el dibujo de los niños caso, que muestran un 86,66% de conflictividad. Esto evidencia una disociación entre la percepción de los padres y la experiencia vivida de los hijos, en cuanto a las tensiones existentes entre los padres.

En cuanto a la relación parento-filial, en las respuestas de los padres solo un 13,33% manifiesta la presencia de conflicto, y un 86,66% no presenta conflictividad. De nuevo esto contrasta con los dibujos sobre la familia realizados por los niños caso, en los cuales el 73,33% muestra elementos conflictivos en la relación parento-filial. Se hace notoria esa diferencia de percepción nuevamente, que destaca la disociación entre las respuestas conscientes de los padres y las respuestas proyectivas inconscientes de los niños en sus dibujos.

Correspondencia de las respuestas de los niños caso a las preguntas sobre relación conyugal y parento-filial y los dibujos realizados por los mismos niños

Con relación a las preguntas realizadas a los niños caso, un 33,33% de las respuestas manifiesta la presencia de conflicto de pareja en los padres. Ello contrasta con la presencia del 86,66% de elementos conflictivos en los dibujos sobre la pareja. Esto muestra la marcada disociación entre lo que el niño puede

decir verbal y conscientemente sobre la relación de pareja de sus padres y lo que manifiesta en los dibujos proyectivamente y de manera inconsciente.

En cuanto a la relación parento-filial en los niños caso, responden que el 20% presenta conflicto, lo cual contrasta con la observación de los dibujos en los que se muestran elementos conflictivos en un 73,33% de ellos. Se hace evidente también aquí la disociación entre la respuesta consciente y verbal y los elementos proyectivos en los dibujos.

Conclusiones

Observamos que en los niños con asma es más frecuente encontrar una autopercepción de exclusión del grupo familiar, lo cual estaría sostenido en sentimientos de minusvalía, de baja autoestima, de no aceptación. Con estos elementos se puede plantear la hipótesis de que estos niños estarían en el rango diagnóstico bien de la distimia o de un estado depresivo que sería preciso explorar con más detenimiento en los casos en los que el niño no se dibujó incluido dentro de la familia.

Esto permite pensar en la posibilidad de que en los servicios donde se atienden pacientes con asma se pueda implementar en la atención de los niños con asma bronquial un test del dibujo de la familia como un tamizaje sencillo y práctico, mediante el cual se detecten alteraciones del

estado de ánimo que ameritarían una intervención psicológica o psiquiátrica en el paciente y el grupo familiar.

Los pacientes con patologías crónicas como el asma se ven afectados en el curso y evolución de la enfermedad por los aspectos emocionales que generan un mayor monto de ansiedad y angustia. Sin embargo, esta información responde a la experiencia empírica de los expertos que trabajan en el campo de la pediatría o neumología pediátrica sin un correlato de informaciones producto de investigación científica. Por ello mismo consideramos que esta propuesta de implementar el dibujo de la familia en los niños con asma permite justificar la posibilidad de intervenir en los aspectos emocionales de estos pacientes.

En cuanto a la característica de la presencia o no presencia de piso en los dibujos en general, se observa que tanto niños con asma como niños de la población mixta presentan un porcentaje similar en la manifestación de esta característica en el dibujo. La mayoría no presenta piso en sus dibujos, lo cual es una manifestación de sentimientos de inseguridad y falta de confianza, que en el caso de los niños con asma se suma al cuadro sintomático de la distimia o la depresión.

En relación con el dibujo de la pareja de los padres, los dibujos de los niños con asma muestran un alto porcentaje de conflictividad en la relación de pareja. Esto contrasta

con las respuestas de los padres, que muestran un bajo porcentaje de conflictividad entre ellos y contrasta también con las respuestas de los niños, que muestran un bajo porcentaje de conflictividad en la pareja de los padres. Esto se puede explicar por la diferencia de percepción desde una perspectiva consciente en las respuestas a la entrevista y la percepción inconsciente proyectada en el dibujo de los niños.

Así mismo, hay una disociación entre lo mostrado en el dibujo y lo explicitado en el lenguaje. Pareciera que lo explicitado en el lenguaje responde a un mecanismo de defensa de negación sobre la conflictividad conyugal; mientras que lo proyectado en el dibujo por los niños manifiesta, en lo explícito de la imagen, una serie de emociones subsecuentes a una percepción no consciente de una realidad conyugal de los padres que no se puede negar en la proyección.

En este sentido, pareciera que el niño con asma es capaz de percibir emocionalmente una situación de tensión y agresividad, que es negada en el discurso hablado con sobrecompensaciones que intentan describir la relación conyugal de los padres como una relación buena. Esto mismo parece ser un mecanismo que utilizan los padres para sobrecompensar su conflictiva, aunque el porcentaje de esta compensación sería menor de la que hacen los niños, como lo muestran las cifras mencionadas. En síntesis, el dibujo muestra lo que las palabras evitan decir, aspecto

que el niño con asma parece vivir con ansiedad somatizada.

En cuanto a la población mixta, los porcentajes de conflictividad que aparecen en los dibujos son mínimos y corresponden prácticamente a los que se muestran en las respuestas verbales tanto de padres como de niños. Esto permite pensar, a su vez, que los niños con asma —de ceñirse a lo que expresan en sus dibujos sobre la relación de sus padres— viven en situaciones de relaciones conyugales conflictivas, en su gran mayoría.

En cuanto a los dibujos de la familia, se vuelve a encontrar una similitud respecto a los anteriores, por cuanto se hallaron altos porcentajes de percepción de conflictividad parento-filial proyectada en los dibujos, y una baja percepción de conflictividad parentofilial, expresada en el discurso verbal de las respuestas tanto de padres como de niños con asma. De nuevo, como contraste, en la población mixta se muestra muy poca conflictividad parento-filial en los dibujos, aspecto que corresponde con lo expresado en las respuestas a padres y a niños.

Con todo esto, tanto desde la perspectiva conyugal como desde la perspectiva de las relaciones parento-filiales, existe una disociación entre lo sentido y lo proyectado por el niño con asma en los dibujos y lo que es expresado verbalmente por los padres y los niños mismos. Los niños con asma de este estudio parecen estar viviendo situaciones

familiares y conyugales de los padres que generan un monto de ansiedad lo suficientemente intenso como para que sea experimentado de una manera disociada, como lo muestra el hecho de que haya una distorsión notoria entre lo que dibujan y lo que responden.

Esto concuerda con lo que sucede en la mayoría de las patologías psicosomáticas y las diferentes explicaciones psicológicas que intentan explicar su funcionamiento. La mayoría de los planteamientos de la enfermedad psicosomática se centran en la idea de que algún aspecto psicológico que no se expresa es desviado hacia la expresión somática o lenguaje de los órganos, como diría Freud. Así, desde las explicaciones de Frank Alexander, quien atribuía la expresión psicosomática a conflictos inconscientes, pasando por las explicaciones de la Escuela Psicosomática de París, que atribuía la expresión psicosomática a las dificultades de simbolización, se llega hasta la posición de aquellos que sostienen la teoría de la alexitimia, que consiste en la dificultad o incapacidad del individuo para nombrar, reconocer y describir sus estados afectivos.

Finalmente, como lo muestran las anteriores teorías, el niño con asma parece tener serias dificultades para expresar y manifestar sentimientos ansiógenos en relación con los padres y la vida familiar, que se expresaría por la vía somática con el asma, como una manifestación de la

experiencia de vivir en un ambiente o ecología familiar asfixiante.

Nivel análisis 2: de las características

Análisis de la figura humana

Para este análisis se tuvieron en cuenta las siguientes variables: expresión facial, ubicación del dibujo, tamaño de la figura, brazos, manos y pies y color.

- En cuanto a la expresión facial en los niños caso, el 60% de los niños dibuja un rostro sonriente; un 20%, un rostro serio, y otro 20%, un rostro en el que los diferentes orificios del rostro estaban vacíos. En el caso de los niños de la población mixta, el 100% de los dibujos mostraba un rostro sonriente.
- Respecto a la ubicación del dibujo dentro de la hoja, en los niños caso un 20% estaba en una posición superior izquierda; un 26,66%, centrados en la hoja; un 20%, centrado abajo; un 26,6%, en la región central superior, y un 6,6%, centrado a la izquierda. En la población mixta, un 60% de los casos dibuja la figura centrada; un 6,6%, centrado hacia la izquierda; un 26,6%, centrado superior, y un 6,6%, superior hacia la izquierda.
- En relación con el tamaño de la figura, en los dibujos de los niños caso un 60% el dibujo

es pequeño, y en un 40% es grande. En la población mixta, un 60% es grande, un 33,33% tiene dimensiones normales y un 6,6% es de dimensiones pequeñas.

- En cuanto a la presencia y representación de manos, brazos y pies en los niños caso, hay ausencia de manos en los dibujos, en un 66,6% de los casos; ausencia de brazos, en un 66,6%, y ausencia de pies, en un 46,6%. Aparecen los miembros superiores pegados al cuerpo en un 13,6%. En la población mixta, la ausencia de miembros se constata en un 6,6% de los casos; mientras que están presentes en el 93,3%. Están claramente definidos en un 66,6%; poco definidos en un 26,6%, y pegados al cuerpo en un 6,6%.
- En el caso del color en la población caso, el coloreado total del dibujo aparece en el 46,6% de los casos; el coloreado parcial, en un 33,3%, y el dibujo monocromo, en un 20% de los casos. Solo uno de los dibujos tiene ausencia de color. En la población mixta el coloreado total del dibujo aparece en el 60% de los dibujos; la ausencia de color, en un 33,3%, y el coloreado parcial, en el 6,6% de los dibujos.

Análisis de la figura de la familia

Para este análisis también se tienen en cuenta las mismas varia-

bles mencionadas, además de añadir otra variable, que es la distancia:

- Expresión facial: el dibujo de la familia en los niños caso muestra el 60% con expresión sonriente; un 20%, expresión seria, y un 20%, un rostro transparente. En la población mixta, el 93,3% de los dibujos presenta rostros sonrientes, y un 6,6%, un rostro serio.
- Ubicación del dibujo: en la población de los niños caso, un 40% presenta el dibujo centrado superior; un 33,3%, centrado; un 20%, centrado hacia abajo, y un 6,6%, superior izquierdo. En la población mixta, el 93,3% aparece el dibujo centrado; un 6,6%, centrado superior, y un 6,6%, centrado inferior.
- Tamaño de la figura: en los niños caso, el 73,3% de las dimensiones del dibujo son pequeñas, y el 26,6% son grandes. En cuanto a la población mixta, las dimensiones son normales en un 53,3%; grandes, en un 6,6%, y pequeñas, en un 33,3%.
- Distancia: en los niños caso, el dibujo presenta imágenes pegadas en un 13,3% de los casos; una distancia normal, en un 13,3%, y una distancia grande entre las figuras, en un 73,3% de los casos. En la población mixta, el 86,6% presenta las figuras cercanas; un 6,6%, distancia grande, y un 6,6% no dibuja sino a un familiar.

- Brazos, manos y pies: en los niños caso, las figuras presentan ausencia de manos en un 60%, ausencia de brazos en un 60%, ausencia de pies en un 46,6%, y presentan miembros pegados al cuerpo en un 13,6%. En la población mixta están adecuadamente definidos los miembros en un 60% de los dibujos, poco definidos en un 20%, esquemáticos en un 20% y ausentes en un 6,6%.
- Color: en los niños caso, el coloreado es total en un 40% de los casos; parcial, en un 26,6%; monocromo, en un 13,3%, y hay ausencia de color, en 20%. En la población mixta el coloreado total está en el 66,6%; no aparece coloreado en un 26,6% y en un 6,6% está ausente el color.

Conclusiones

En el análisis del dibujo de la figura humana (que es una proyección de la imagen de sí mismo), un porcentaje de los niños con asma muestra un rostro sonriente; mientras que el total de los niños de la población mixta muestra un rostro sonriente. Al sumar a los niños con asma que dibujan un rostro serio y un rostro vacío, da un porcentaje relativamente alto (40%) de niños con asma que muestran tristeza y vacío interior, lo cual es expresión de un estado de afectación psicológica que pudiera conectarse con lo que

en el nivel 1 de análisis se halló en relación con una mayor frecuencia de distimia o de depresión en estos niños.

Conectado esto con la variable de tamaño de la figura, se encuentra que los niños con asma dibujan la figura humana muy pequeña en un 60%, mientras que en los niños de la población mixta solo un 6,6% tiene dimensiones pequeñas. Este aspecto corrobora lo anterior, por cuanto las dimensiones pequeñas manifiestan una imagen de minusvalía que está en concordancia con la sintomatología de los estados distímicos o depresivos.

En cuanto a la presencia y representación de manos, brazos y pies, se observa que el caso de la población mixta está presente en un alto porcentaje (93,3%) y solo un 6,6% presenta ausencia de algunos de los miembros. Esto contrasta notoriamente con los dibujos de los niños con asma, en los cuales el total de la población presenta la ausencia de algún miembro en el dibujo de la figura humana. Esta evidente diferencia muestra que la figura humana en los niños con asma está en todos ellos con algún tipo de amputación que refleja una idea de sí mismos de carencia, que podría interpretarse como minusvaloración, baja autoestima, dificultades de comunicación, dificultades de relación con los demás y con el mundo, represión emocional, autoagresión y aislamiento. De nuevo, lo expresado en el dibujo está en la

órbita de la sintomatología distímica o depresiva.

En cuanto a la presencia de color, los porcentajes en ambas poblaciones son similares. Ello parecería estar más ligado con el hecho de estar enfermo (que es algo que comparten ambas poblaciones), que a otra circunstancia. Respecto a la ubicación del dibujo dentro de la hoja en ambas poblaciones, también los porcentajes son similares en cuanto a centrar el dibujo con ligeras diferencias, que no son significativas.

En el análisis del dibujo de la familia, si tomamos la variable de la expresión facial, los porcentajes se repiten de forma similar a los de la figura humana (tanto en la población de niños con asma como en la población mixta), lo cual simplemente corrobora el análisis hecho en la figura humana, en relación con los elementos de minusvalía. En este caso, esa visión minusválida también se hace extensiva al ámbito familiar, que sería un ámbito triste.

En cuanto al tamaño de la figura, de nuevo se repiten porcentajes similares al de la figura humana en los niños con asma, incluso el porcentaje aumenta un poco en cuanto a imágenes pequeñas. En la población mixta aumenta también un poco más el porcentaje de imágenes pequeñas de la familia en relación con el de la figura humana. En el caso de los niños con asma, estos porcentajes de imágenes pequeñas de la familia vienen a confirmar lo que en el análisis de la figura humana ya se

podía expresar, es decir, el ámbito de minusvalía de lo proyectado en el dibujo que se hace extensivo también a la familia.

En cuanto a la población mixta, el aumento de imágenes pequeñas en el dibujo de la familia se hace a consta del porcentaje de imágenes de tamaño normal en la figura humana. Viene a ser un porcentaje similar a este, lo cual evidencia que la situación de enfermedad del niño es de alguna manera proyectada en la familia como un sentimiento de afectación de la familia por la patología del niño.

En cuanto a la presencia o ausencia de algunos de los miembros del cuerpo en las figuras, en el dibujo de la familia se repiten los mismos porcentajes que en el dibujo de la figura humana de los niños con asma. El total de los dibujos de la familia presentan la ausencia de alguno de los miembros en el cuerpo de alguno de los integrantes de la familia. Ello corrobora, de nuevo, el tono depresivo en el que viven las familias de los niños con asma. En cuanto a la población mixta, se repite el mismo porcentaje de la figura humana: solo un 6,6% tiene ausencia de alguna extremidad que contrasta notoriamente con el de los niños con asma.

En relación con la variable de distancia, se observa que un gran porcentaje de los dibujos de familia de los niños con asma (73,33%) presenta una distancia grande entre las figuras que integran la familia.

Esto muestra que la comunicación y la interrelación de este tipo de familias son muy pobres. En este sentido, parecen estar dentro de la órbita de lo que puede definirse como una familia dispersa. En cuanto a la población mixta, sucede todo lo contrario, un 86,6% presenta dibujos de familia con figuras muy pegadas con lo cual nos muestran un tipo de familia que puede definirse como amalgamada.

Se puede decir que el estilo familiar de niños con asma es del orden en el que predominan una precaria comunicación, pobres relaciones interpersonales, un tono familiar conflictivo y mucha tensión en el interior de la vida familiar que pueden resumirse en un contexto familiar que es vivido por el niño como un ambiente depresivo. De nuevo, se encontró la disociación entre lo que es expresado verbalmente por el niño y los padres como un buen ambiente familiar y lo que los dibujos de los niños proyectan que es un ambiente totalmente opuesto de tensión, conflicto y ansiedad.

Nivel de análisis 3: patrones familiares y conyugales

Para el análisis de este nivel 3 utilizamos el modelo estructural de la familia de Salvador Minuchin (15). Con este se evalúa el componente jerárquico y los límites en las relaciones. Desde la perspectiva jerárquica, en los dibujos de los niños caso el padre es de mayor tamaño en

siete de los quince casos, es decir, un 46,66%; mientras que la madre es de mayor tamaño en ocho de los quince casos, por lo cual nos da un 53,33%.

Si se miden los centímetros de cada figura de padre y madre de los quince casos, el promedio de altura del padre es de 8,16 cm, y el de la madre, de 8,22 cm. Por lo tanto, el tamaño de la figura en ambas imágenes (padre o madre) es muy similar y ligeramente mayor en 6 mm en la madre. Esto se explica por la mayor presencia de la madre en la vida cotidiana del niño, por el hecho de la mayor frecuencia de la asistencia de la madre en todo lo que tiene que ver con el cuidado del niño, por la inevitable regresión que genera la patología en el niño y su tendencia natural a buscar atención en la madre. Esto es probable que contribuya a que la representación simbólica de la madre obtenga una mayor proyección en el dibujo que se muestra en el tamaño. De todos modos, desde la perspectiva jerárquica, el niño con asma no parece percibir una notoria diferencia en el componente de jerarquía entre ambas figuras parentales.

En cuanto a la distancia entre los padres en el dibujo, en los niños caso es menor de 0,5 cm en nueve de los casos; entre 0,5 y 1 cm, en tres casos; entre 1 y 1,5 cm, en un caso, y mayor de 1,5 cm, en dos casos. No hay una explicación conceptual en la bibliografía revisada, en cuanto a los test del dibujo. Sin embargo, se



consideró importante analizar esta variable, porque la distancia es un indicativo desde una perspectiva de terapia familiar del manejo de los límites de las relaciones interpersonales.

Se observó en los dibujos de doce de los niños asmáticos que la distancia entre los padres es menor de 1 cm, con lo cual se afirma que se trata de una distancia que en muchos de ellos está prácticamente ausente. Esta circunstancia permite expresar que los límites en estas parejas son muy difusos, circunstancia que se proyecta en los dibujos de la familia. Este hecho habla de dificultades interpersonales que atañen a la expresión de emociones, que están en el orden de la impulsividad y la dificultad de contención, así como la invasión de la intimidad del otro que se verá en dificultades para delimitar su propia identidad. El niño sometido a estas condiciones familiares y de pareja, por un lado, encontrará muchas dificultades para la expresión de su identidad (en la que se incluyen pensamientos, sensaciones, sentimientos, emociones y afectos); por el otro, una tendencia a la respuesta impulsiva, no precisamente en el ámbito simbólico, sino desde la perspectiva somática expresada con la crisis asmática.

En la información que se desprende de los datos de la población mixta, se halló que en el caso del tamaño de las figuras parentales, en diez de los dibujos la madre es de mayor tamaño que el padre,

es decir, en un 71,42%; mientras que el tamaño del padre es mayor en cuatro de los catorce casos, es decir, un 28,57%. La diferencia de tamaño entre madre y padre, a favor de la madre, responde al mismo racionamiento hecho en el análisis de los niños caso. Sin embargo, la diferencia en los niños de la población mixta es mucho mayor que en los niños asmáticos, que se explica por el hecho de que la población mixta fue recolectada en niños hospitalizados, en quienes la presencia de la mamá como compañía en la mayoría de ellos era más frecuente y más duradera en el tiempo.

En cuanto a la distancia en el dibujo de las figuras parentales, se observa que el promedio de distancia está en los dibujos de los niños de la población mixta entre 1 y 1,5 cm y mayor de 1,5 cm, que recopila diez de los casos, es decir, un 71,42% de la población estudiada. Al volver a reflexionar sobre ello, desde la perspectiva de la estructura familiar, esta distancia muestra unos límites claros entre los miembros de la pareja y de la familia, según lo cual las relaciones suceden en un contexto de contención y expresión clara en el orden afectivo. Muestra familias que están estructuradas alrededor de los límites claros, la adecuada expresión jerárquica de sus miembros y una comunicación fluida.

De acuerdo con lo que muestran estas diferencias, se plantea que en los niños con asma se da un contexto familiar en el cual las

expresiones de ansiedad tienen dificultades para ser contenidas, son invasivas de sus miembros y, por lo tanto, no encuentran una fácil vía hacia la simbolización en la expresión verbal. Desde estas circunstancias, los niños con asma están en un ambiente ansiógeno del que absorben un monto de tensión emocional que pareciera ser superior al de otros niños con otras patologías. Estos índices de ansiedad no parecen ser manejables ni por la familia ni por el niño; de manera que el ataque de asma se convierte en una expresión somática de una ansiedad no elaborada simbólicamente y que se manifiesta invadiendo a todo el grupo familiar y retroalimentando el contexto ansiógeno de la familia. En ese sentido, existe un círculo vicioso en las familias con niños asmáticos:

- Una primera fase en la que observamos unos padres conflictuados en su relación de pareja, incapaces de contener la ansiedad que les genera la tensión entre ellos y que invade el resto del ambiente familiar. Esto como consecuencia de los límites difusos que propician que algún miembro de la familia incorpore la tensión del conflicto.
 - Uno de los miembros de la familia que está involucrado en la relación de los padres, y que se triangula con ellos, absorbe por la ausencia de límites de contención de los padres, toda la tensión del conflicto de la pa-
- reja. En este caso, el miembro más cercano a la relación de los padres es el niño con asma, que es el que más atención y cuidados reclama de los padres, por la naturaleza de su patología que, en sí misma, genera ansiedad con solo ser observada. El niño con asma, invadido por la ansiedad de la tensión de los padres y con la dificultad que tiene de autolimitarse a sí mismo, de contenerse a sí mismo, no puede elaborar una tensión proveniente del mundo adulto y que se relaciona con conflictos que él no puede comprender de la vida afectiva de pareja. Entonces toda esa tensión no simbolizada se convierte en una tensión somática que se expresa en la dificultad para respirar manifestada en la crisis asmática. Dificultad que simboliza la ecología familiar asfixiante.
- La crisis asmática es suficientemente ansiógena para todo el contexto familiar, por cuanto es capaz de convocar toda la atención, la ansiedad y la angustia hacia el paciente. En esta situación, que es de vida o muerte, los padres inevitablemente necesitan salir de su círculo tensional de pareja para asistir al niño. En ese contexto ambos olvidan su tensión, porque la situación del niño es tan grave que requiere una actuación conjunta y solidaria para ayudarlo y proveerle todos

los cuidados que preserven y salven su vida. De este modo, la tensión conflictiva de la pareja queda en un segundo plano y es relegada en favor de un problema más grave, que es de vida o muerte, y que convoca su responsabilidad inmediata.

- Una vez controlada la crisis asmática disminuye la tensión familiar y parental. El niño ya no está en riesgo de morir, todos se tranquilizan. Los padres ya no necesitan preocuparse de forma perentoria del problema del niño, porque salieron de la ansiedad que les producía la crisis. Ya no existe nada que los distraiga de sus tensiones de pareja que vuelven a instalarse en su relación. Entonces, de nuevo, va progresivamente aumentando la tensión entre ellos hasta que se vuelve inmanejable y desborda los frágiles límites que mantienen con el resto de su familia que, de nuevo, se ve invadida por la tensión del conflicto de la relación de los padres. Aquí se establece el cierre del circuito relacional enfermizo que mantiene la familia.
- Esta dinámica familiar, con el tiempo y la repetición sistemática, se consolida y se perpetúa como una manera del manejo de la tensión, la ansiedad y la angustia incontenibles, a través del vehículo de expresión corporal. De este modo, el síntoma asmático adquiere, más allá de

su dimensión fisiológica, una de expresión psicológica que se manifiesta en temor, angustia, inseguridad, minusvalía, baja autoestima, soledad, sentimientos de exclusión, dificultad de comunicación afectiva, dificultad de relación social e impulsividad. Y una dimensión de expresión familiar que se manifiesta en dificultad de manejo de límites, amalgamamiento familiar, dificultad para la expresión de emociones, alto nivel de conflictividad de la pareja parental. La dimensión disfuncional fisiológica, la dimensión disfuncional psicológica individual del paciente y la dimensión disfuncional de la familia del paciente están organizadas circularmente en un proceso de retroalimentación continuo.

Nivel de análisis 4: triangulación e hipótesis

En este nivel de análisis incorporamos la información del proceso de triangulación que llevamos a cabo de dos maneras: una mediante una entrevista semiestructurada a la médica pediatra especializada en neumología pediátrica en la Universidad de París V, Hospital Necker Enfants Maladesde, Francia. Ella dirige el servicio de Neumología Pediátrica del Hospital Universitario de San Ignacio de Bogotá, perteneciente a la Pontificia Universidad Javeriana.

La otra, llevada a cabo mediante la interpretación de los dibujos de los niños de la población caso y la población mixta. Esta triangulación la realizó una psicóloga clínica con amplia experiencia profesional de más de 35 años en la interpretación de pruebas proyectivas de dibujo y con experiencia de trabajo clínico institucional de 25 años en el Servicio de Neuropsiquiatría de la Fundación Instituto Neurológico de Colombia y con experiencia clínica privada de más 35 años.

Triangulación de la psicóloga

El proceso de triangulación de la interpretación de los dibujos fue realizado a ciego. En ningún momento se le proporcionó información sobre los casos y la población mixta. Se le dio el paquete de dibujos mezclados al azar. En los resultados de la interpretación de los dibujos se encontraron los siguientes aspectos en relación con los niños caso que corroboran y reconfirman la información obtenida en la interpretación realizada por los investigadores. Dicha información la examinó la psicóloga una vez terminado y redactado el nivel de análisis 3.

La información de la interpretación común a los niños casos se puede sintetizar en los siguientes hallazgos: altos niveles de angustia, dificultad en el manejo de límites, tendencia al amalgamamiento familiar y simbiosis, temor y miedo, sentimientos de soledad, sentimien-

tos de inseguridad, sentimientos de exclusión, expresiones de discordia y conflicto, impulsividad y agresividad, rigidez y tendencia al control, dificultad de expresión del afecto, distancia afectiva, dificultad de relación social y signos de organicidad en el dibujo de los niños caso.

Todos estos hallazgos vienen a reforzar los análisis llevados a cabo por los investigadores del trabajo y, de nuevo, reconfirman el componente distímico y depresivo en la sintomatología de los niños con asma de este estudio. Adicionalmente, es necesario resaltar que en el análisis de la psicóloga se incorpora un aspecto de los dibujos en cuya interpretación los investigadores no habían reparado y habían pasado por alto. Este aspecto es el de la *organicidad (alteración o lesión cerebral)*, que muestran los dibujos de los niños caso. Este hallazgo es sistemático en todos los dibujos de los niños caso, lo cual es muy significativo, por cuanto muestra que presentan alteración orgánica del funcionamiento cerebral. Esta información se puede observar en el “trazo velloso” de las líneas de los dibujos y en la configuración del pelo “como un casco”, como aparecen en las referencias bibliográficas y lo anota la psicóloga.

Esta dimensión de organicidad cerebral no precisa el tipo de lesión cerebral existente, sino que es un tamizaje inespecífico que amerita la incorporación de otro tipo de pruebas diagnósticas para especificar el tipo

de lesión orgánica cerebral (funcional o estructural). Por ello sería conveniente plantear la incorporación de pruebas neuropsicológicas en estos casos, y así determinar si estos pacientes adicionalmente necesitan intervenciones terapéuticas de otra índole.

Entrevista semiestructurada a la neumóloga pediátrica

De las respuestas a la entrevista realizada después de finalizar el nivel III de análisis, se obtuvo información empírica de la neumóloga pediátrica, que es producto de la observación clínica que se desprende de su experiencia en el manejo de estos casos acumulada en dieciséis años. Los aspectos destacados en relación con los niños con asma son los siguientes, consignados en sus palabras textuales:

- “Los casos que yo les envié para su estudio no tienen un asma leve; son niños con un asma de difícil control que no ha sido controlado por el servicio de pediatría y deben ser manejados por su gravedad por el servicio de neumología pediátrica y que tienen antecedentes de dificultades familiares”.
- “Son niños retraídos, tímidos, que tienen mucha dificultad para interactuar con otros compañeros. Son niños que se la pasan en casa, se la pasan jugando juegos de consola, no juegan al fútbol u otros deportes al aire libre, y cuando intento sugerirles a los padres que los saquen de su encierro, tienen dificultades para interactuar”.
- “Son niños que físicamente son obesos en su mayoría. Esto puede explicarse desde la teoría de la leptina, hormona proinflamatoria que desempeña un papel en el control del apetito. La leptina produce inflamación generalizada y esto podría explicar que haya una mayor inflamación de pacientes obesos y asmáticos que perpetuaría las crisis asmáticas. Se ha observado que en las personas obesas las concentraciones de leptina son más altas, por lo que se plantea la posibilidad de que los obesos asmáticos tengan resistencia a esta”.
- “Algunos de estos niños son excelentes en el colegio; sin embargo, he observado con mayor frecuencia la presencia de muchas dificultades de aprendizaje en la mayoría de los niños con asma, y dificultades en el manejo de su atención, que me hacen pensar que puedan tener déficit de atención. Yo he intentado y he tratado de buscar que se les puedan llevar a cabo pruebas neuropsicológicas; pero las EPS no permiten que se les hagan estas pruebas”.
- “Son niños sobreprotegidos. La mamá les deja todo en casa,

la mayoría no tienen límites o manejan mal los límites, y manejan y manipulan mucho a sus padres”.

- “He observado que las crisis asmáticas se exacerbaban cuando hay conflictos familiares o de los padres y podría decir que la personalidad del niño refleja a la familia. Cuando vienen a consulta con crisis asmática, me pregunto qué le está pasando al niño en la vida familiar. Cuando intento indagar, no les gusta que se les pregunte a los padres y a los niños sobre su vida familiar. No es infrecuente encontrar que los padres están divorciados y que incluso a la consulta no venga ninguno de los dos, sino que los traiga otra persona. A veces vienen otros familiares a la consulta. Es frecuente encontrar que en pacientes de padres separados se desencadenen crisis asmáticas justo cuando tienen que ir a la casa de alguno de ellos”.
- “Cuando llegan a la adolescencia, estos pacientes asmáticos comienzan a manejar su propio tratamiento farmacológico y con frecuencia se sobredosifican cuando manipulan a sus padres”.
- “También son niños que manejan sus inhaladores, la comida y los hábitos en general con mucha rigidez y control obsesivo”.
- “He observado que las exacerbaciones de las crisis se relacionan con situaciones de pérdida

de algún ser querido y con mucha frecuencia con la pérdida de mascotas animales. También las situaciones donde hay excitación emocional como en torno al 31 de octubre, durante la fiesta del Hallowen; en torno al 24 y 25 de diciembre, durante la Navidad; incluso estando de vacaciones por fuera de la ciudad. Otra observación que he hecho es que se exacerbaban las crisis asmáticas relacionadas con la asistencia a los partidos de fútbol. No consultan durante el partido; pero después del partido comienzan a ahogarse y se desencadena la crisis asmática que requiere asistencia a los servicios de urgencias”.

- “Son niños agresivos. Se ve mucha depresión más que ansiedad y a veces se suicidan. Ya he tenido casos de niños con asma que se han suicidado. En mi opinión los servicios de psiquiatría y psicología al que envío con mucha frecuencia mis pacientes, no hacen un buen abordaje; es un problema. Los padres se niegan y los psiquiatras no atienden, no les dan importancia y valoración a estos aspectos y, además, en las EPS no se cuenta con el servicio de psiquiatría infantil”.
- “En cuanto a la familia, es difícil negociar con los padres la posibilidad de una ayuda psiquiátrica o psicológica. Siempre tienen muchas dificultades

para abrirse a conversar de estos aspectos y se resisten a este tipo de ayudas".

- "Yo no estoy manejando solo asma desde el componente fisiológico, veo también reacciones alérgicas, rinitis, dermatitis atópica, síndrome apnea hipopnea del sueño que encierran todo un síndrome de los pacientes con asma en todos los aspectos de su vida. Me siento solo al manejar los aspectos psicológicos y familiares de estos niños porque no encuentra eco en el sistema de salud".
- "No he encontrado en la literatura artículos que ahonden en estos aspectos psicológicos de los niños con asma.

Análisis de la triangulación

Como se observa en los contenidos de las dos triangulaciones llevadas a cabo, la información obtenida de la interpretación de los dibujos de los niños con asma se confirma. En el caso de la triangulación realizada con la psicóloga colaboradora, la información de la interpretación de los dibujos se enriquece con un contenido del cual los investigadores no se habían percatado. En su afán por buscar información psicológica de la interpretación del contenido psicológico en los dibujos, obviaron la observación de claros signos de organicidad. Estos últimos (esto es, orden cerebral de diferentes características sin especificar, tanto es-

tructural como funcional) aparecen en catorce de los niños caso del total de quince.

Si esta información se conecta con la obtenida en la entrevista de la pediatra neumóloga, se está ante una coincidencia significativa, por cuanto los signos de organicidad estarían relacionados con las observaciones de la pediatra neumóloga, quien afirma en su respuesta que ha observado la frecuente presencia, en los niños con asma, de trastornos en la atención y el aprendizaje que la hacen pensar en la pertinencia y en la conveniencia de la intervención de neuropsicología para precisar el diagnóstico de orden neurológico que pueda estar presente. Si bien este es un hallazgo que no era la intención del trabajo de investigación, porque los investigadores estaban centrados en los aspectos psicológicos y familiares, no deja de ser una información útil para plantear abordajes de mayor complejidad terapéutica en estos niños con enfermedad asmática.

Nivel de análisis 5: conclusiones generales

Después de los análisis anteriores en el intento de integrar y sintetizar la información obtenida en este estudio, es posible decir lo siguiente al respecto de los niños caso de este estudio:

En el análisis de la familia de los niños caso, nos encontramos con unas características familiares que pudieran parecer contradictorias;

por cuanto, desde una perspectiva de comunicación, parecieran ser familias dispersas. Ello debido a que la comunicación entre sus miembros es muy precaria y las relaciones interpersonales son muy pobres. Sin embargo, son familias que muestran una muy frágil construcción de límites entre sus miembros, con lo que —desde una perspectiva de los límites— son familias amalgamadas en las cuales tal ausencia de límites hace que la ansiedad del alto nivel conflictivo tanto parento-filial como de pareja invada la tranquilidad psicológica de los niños caso.

Son familias en las que es difícil la expresión de pensamientos, sensaciones, sentimientos, emociones y afectos mediante la palabra. En ellas, la conversación no tiene un valor importante para la comunicación entre sus miembros. Debido a esta circunstancia, hay una mayor tendencia a las respuestas impulsivas frente a las situaciones de tensión y conflicto en los miembros de estas familias. Pese a ser evidente a través de los dibujos y de las dos triangulaciones llevadas a cabo, el alto nivel de conflictividad intrafamiliar y de pareja, la percepción tanto de padres y niños se muestra disociada. Los dibujos lo evidencian, pero la expresión verbal de padres y niños lo niega.

Por ello se corrobora la escasa expresividad emocional y de comunicación en estas familias. Se ve, se percibe, pero no se habla y por lo tanto no se resuelve. Sin embargo,

los grados de ansiedad no por el hecho de ser negados desaparecen, sino que persisten y encuentran una vía de evacuación que en nuestro planteamiento consideramos se lleva a cabo en un círculo vicioso que hemos descrito en el nivel de análisis 3. Vemos en este que el ambiente ansiógeno permanente en el cual vive el niño con asma de este estudio no pasa inadvertido para él.

Encuentra dos vías de evacuación, ambas patológicas: una mediante la distimia o la depresión y la otra por medio de la enfermedad asmática. Como lo muestra nuestra interpretación y las dos triangulaciones llevadas a cabo, el cuadro de orden depresivo presenta las siguientes características: autopercepción de exclusión del grupo familiar, sentimientos de minusvalía, sentimientos de baja autoestima, sentimientos de no aceptación, altos índices de ansiedad y de angustia, tristeza, vacío interior, sentimientos de insseguridad, sentimientos de falta de confianza, dificultades de expresión afectiva, dificultades de interrelación interpersonal intra y extrafamiliar.

Los síntomas de dificultad de atención y de dificultades de aprendizaje que expresa la triangulación de la pediatra neumóloga se explican por la confluencia de la organicidad que se muestra en los dibujos y las dificultades de atención, concentración y memoria de fijación y enlentecimiento de los procesos de pensamiento que pueden producir los estados depresivos.

En vista de todo lo anterior, es pertinente hacer las siguientes recomendaciones para los casos de niños con enfermedad asmática:

- Realizar un tamizaje con intención de detectar trastorno de distimia o depresivo en el niño, así como disfuncionalidades familiares. Esta tamización podría llevarse a cabo a través de pruebas proyectivas del dibujo.
- Remitir los casos detectados al servicio de neuropsicología para el diagnóstico diferencial entre organicidad cerebral y depresión.
- Aquellos niños detectados con trastornos depresivos o distímicos, darles la posibilidad de acceso a servicio de salud mental. En los casos pertinentes, allá podrían llevarse a cabo enfoques de terapia individual, terapia de pareja y terapia de familia.
- Los niños detectados con algún trastorno de organicidad, deberían tener acceso a servicios de rehabilitación neuropsicológica, terapia ocupacional y terapia de lenguaje.

Agradecimientos

Agradecemos a la Dra. Patricia Panqueva, pediatra neumóloga del Hospital Universitario de San Ignacio, y a la Dra. Lola Rico de Brieva, psicóloga clínica, por su inestimable ayuda y colaboración.

Referencias

1. Población P. Mitos familiares en las enfermedades psicosomáticas. Su visión desde el psicodrama sistémico. Madrid: Congreso Nacional de la SEPI; 1998.
2. Rubio EL. Conferencias de medicina Psicosomática. Libro no publicado, terminado en 1999. Trabajo realizado en la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario San Juan de Dios. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1999.
3. Luban-Plozza B, Pöldinger W, Kröger F, et al. El Enfermo psicosomático en la práctica. Barcelona: Editorial-Herder; 1995. pp. 30-2.
4. Hospital Universitario de San Ignacio (HUSI). Datos suministrados desde la unidad de Estadística para el 2008. Bogotá: HUSI; 2008.
5. Sarno JE. La mente dividida. Málaga, España: Editorial Sirio; 2006.
6. Rief W, Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clin Psychol Rev*. 2007;27:821-41.
7. Stone J, Colyer M, Feltbower S, et al. "Psychosomatic": a systematic review of its meaning in newspaper articles. *Psychosomatics*. 2004;45:287-90.
8. Alexander F, French Th, Pollock G. Psychosomatic specificity. Chicago: University Chicago Press; 1986.
9. Mayou R. Are treatments for common mental disorders also effective for functional symptoms and disorder? *Psychosom Med*. 2007;69:876-80.
10. Chandrashekhar CR, Math SB. Psychosomatic disorders in developing countries: current issues and future challenges. *Curr Opin Psychiatry*. 2006;19:201-6.
11. Pedrosa Gil F, Weigl M, Wessels T, et al. Parental bonding and alexithymia in adults with fibromyalgia. *Psychosomatics*. 2008;49:115-22.
12. Benninghoven D, Tetsch N, Kunzendorf S, et al. Body image in patients with eating disorders and their mothers, and the role of family functioning. *Compr Psychiatry*. 2007;48:118-23.

13. Duijts SF, Kant I, Swaen GN, et al. A meta-analysis of observational studies identifies predictors of sickness absence. *J Clin Epidemiol*. 2007;60:1105-15.
14. Ruiz Olabuénaga JI. Metodología de la investigación cualitativa. 3ra edición. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003.
15. Minuchin S. Familias y terapia familiar. 3ra edición. Buenos Aires: Editorial Gedisa; 1982.

Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 2 de noviembre del 2011

Aceptado para publicación: 14 de febrero del 2012

Correspondencia

José Antonio Garcianía Imaz

Hospital Universitario de San Ignacio

Departamento de Medicina Preventiva y Social

Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Medicina

Carrera 7^a No. 40-62 piso 8

Bogotá, Colombia

jose_garciania@hotmail.com