

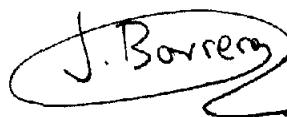
T.D.
B/13

**UNIVERSIDAD DE SEVILLA. DEPARTAMENTO DE
PSIQUIATRIA, PERSONALIDAD, EVALUACION Y
TRATAMIENTO PSICOLOGICO. FACULTAD DE MEDICINA.**

**PERFILES COMPORTAMENTALES Y EMOCIONALES DEL
ASMA INFANTIL (7 - 12 AÑOS) EN UNA POBLACION RURAL
DE HUELVA**

JOSEFA BORRERO HERNANDEZ

SEVILLA, 1993

A handwritten signature in black ink, enclosed in a hand-drawn oval. The signature reads "J. Borrero" in a cursive style.

CODIRECTORES:

**DR. D. J. RODRIGUEZ SACRISTAN, CATEDRATICO DE
PSIQUIATRIA INFANTIL DEL DEPARTAMENTO DE
PSIQUIATRIA, PERSONALIDAD, EVALUACION Y
TRATAMIENTO PSICOLOGICO. FACULTAD DE MEDICINA.
UNIVERSIDAD DE SEVILLA**

**DR. D. J.L. PEDREIRA MASSA, PROFESOR ASOCIADO DEL
AREA DE PSIQUIATRIA. DEPARTAMENTO DE MEDICINA.
UNIVERSIDAD DE OVIEDO**



UNIVERSIDAD DE SEVILLA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA, PERSONALIDAD, EVALUACION Y TRATAMIENTO PSICOLOGICO

Cátedra de Psiquiatría Infantil
Unidad de Salud Mental Infantil Area Macarena
Director: Jaime Rodríguez Sacristán

Avd. Dr. Fedriani s/n
41009 SEVILLA (España)
Tef: (95) 437 00 73
Fax: (95) 490 78 17

JAIME RODRIGUEZ SACRISTAN, CATEDRATICO DE PSIQUIATRIA INFANTIL DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA Y JOSE LUIS PEDREIRA MASSA, PROFESOR ASOCIADO DE LA UNIVERSIDAD DE OVIEDO

CERTIFICAN

Que Dña. JOSEFA BORRERO HERNANDEZ ha realizado bajo nuestra dirección la Tesis Doctoral titulada "PERFILES COMPORTAMENTALES Y EMOCIONALES DEL ASMA INFANTIL (7-12 años) EN UNA POBLACION RURAL DE HUELVA" con la que se presenta a título de Doctora en Medicina y Cirugia y que, a nuestro juicio, reúne las condiciones exigibles para una Tesis Doctoral.

Y para que conste, a petición de la interesada, expedimos el presente Certificado en Sevilla, a 22 de Octubre de 1.993.

Jaime Rodríguez Sacristán

J. L. Pedreira Massa

Fdo.:
Jaime Rodríguez-Sacristán

Fdo.:
José L. Pedreira Massa

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Facultad de Filosofía y Letras

24 de Mayo de 1984

Sevilla

en defensa del Negociado de Tesis,

P. A. H. B. A.

A mis padres

1. AGRADECIMIENTOS	0
2. INTRODUCCION	1
3. REVISION BIBLIOGRAFICA	6
3.1. ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL ASMA	7
3.2. ALEXITIMIA	36
3.3. PENSAMIENTO OPERATORIO	62
3.4. ALEXITIMIA Y PENSAMIENTO OPERATORIO	64
4. HIPOTESIS Y OBJETIVOS	71
5. MATERIAL Y METODO	75
5.1. MATERIAL	76
5.1.1. MUESTRA:	76
5.1.1.1. Descripción de la zona:	76
5.1.1.2. Criterios de homogeneidad:	80
5.1.1.3. Selección	81
5.1.2. INSTRUMENTOS:	83
5.1.2.1. TAS	83
5.1.2.2. Entrevista Clínica Semiestructurada	84
5.1.2.3. IRE. IJ	85
5.2. METODO. PROCEDIMIENTO ESTADISTICO	87
5.2.1. PROPIEDADES PSICOMETRICAS	87
5.2.1.1. ALPHA DE CROMBACH	87
5.2.1.2. ANALISIS FACTORIAL DEL TAS	89
5.2.2. ANALISIS DESCRIPTIVO	91
6. RESULTADOS	93

7. DISCUSION Y COMENTARIOS	125
7.1. PROPIEDADES PSICOMETRICAS	126
7.2. HALLAZGOS	130
8. CONCLUSIONES	144
9. BIBLIOGRAFIA	147
10. ANEXOS	170
11.TABLAS	221

1. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a todos los niños y niñas que han colaborado en este estudio, sin ellos hubiera sido imposible llevarlo a cabo.

También a sus padres.

Mi más profundo agradecimiento a José Luis, la tarea no hubiera sido posible sin él; por sus orientaciones, sus profundas sugerencias y porque siempre me "puso en pie" todas las ideas.

Al profesor Don Jaime Rodríguez Sacristan por aceptarme y aceptar el proyecto desde el primer momento, por sus consejos y orientaciones que me fueron ayudando a avanzar.

Al Equipo de Salud Mental de Río Tinto y al personal de la Unidad de Alergia del Ambulatorio Virgen de la Cinta, porque me abrieron sus puertas y me facilitaron el trabajo enormemente.

A los profesionales de los distintos colegios y al resto de mis compañeros que igualmente colaboraron en la recogida de la muestra.

A mi amiga y compañera Reme que siempre me estimuló y apoyó, primero para iniciar y después para continuar este trabajo. También su ayuda material ha sido imprescindible.

Así mismo doy las gracias más sinceras a Aurelio, sin su ayuda, fundamental en el trabajo estadístico, todo hubiera sido muchísimo más complicado.

*A todas las personas que de una u otra manera han colaborado en el trabajo.
Gracias.*

A mis compañeros/as de la Z.B.S. de Calañas a la que pertenezco, y a los del Distrito Andévalo Central-Cuenca Minera por facilitarme la tarea.

A mis padres, a mis hermanos, Inma y Sebastian, a Elías que siempre estuvo en el sitio oportuno y a todos mis seres queridos porque su apoyo incondicional ha sido motor en todo el proceso.

2. INTRODUCCION

El asma es una enfermedad respiratoria cuya característica fundamental consiste en una dificultad para expulsar aire; se la considera como una enfermedad pulmonar obstructiva y difusa con hiperreactividad de las vías aéreas a una gran variedad de estímulos, y con un alto grado de reversibilidad del proceso obstructivo, que ocurre espontáneamente o a consecuencia del tratamiento (BEHRMAN y VAUGHAN, 1990).

Constituye un importante problema de Salud Pública ya que en la actualidad se la considera como la principal causa de enfermedad crónica en la infancia (BEHRMAN y VAUGHAN, 1990; GILA y MARTIN-MATEOS, 1991). Su incidencia es alta, estimándose que un 10% de la población en países industrializados sufren asma u otras enfermedades alérgicas (NOUILHAN y DUTAU, 1985). En nuestro país, según diferentes autores, las cifras de prevalencia de esta afección oscilan entre un 4 y un 5% de la población infantil (GILA y MARTIN-MATEOS, 1991; OJEDA, 1986), aunque en zonas industriales y urbanas pueden aumentar hasta alcanzar un 10%.

Si bien su mortalidad es escasa, pudiendo sobrevenir como consecuencia de complicaciones asociadas, su morbilidad es muy alta ya que, como cualquier enfermedad crónica, trae consigo multitud de repercusiones tanto físicas (retraso del crecimiento, deformidades, limitaciones para el juego y otros ejercicios físicos, etc) como psíquicas, para el niño y la familia

(hospitalizaciones repetidas, retrasos escolares por las repetidas ausencias, absentismo laboral de los padres, sufrimiento en el niño por el sentimiento de impotencia, etc).

El mecanismo fisiopatológico es bien conocido: obstrucción de las vías aéreas por espasmo de la musculatura lisa, edema e inflamación de la mucosa de revestimiento y exudación intraluminal de moco, células inflamatorias y de desechos celulares (BEHRMAN y VOUGHAN, 1990).

Su etiología es compleja y sigue siendo una incógnita. Se ha hablado de factores genéticos y hereditarios; cierta predisposición de algunos niños a reaccionar de forma brusca y exagerada a determinados estímulos (hiperreactividad bronquial) como los climatológicos, agentes químicos, humos, infecciones, etc; factores psicológicos; y en tiempos más recientes, gracias al avance de la Inmunología, de factores inmunológicos (por reacción antígeno-anticuerpo). Sin embargo, ninguno de ellos por sí solo puede justificar el desencadenamiento de las crisis y la enfermedad.

Hoy día está plenamente aceptado que se trata de una enfermedad multifactorial (BEHRMAN Y VOUGHAN, 1990; GILA y MARTIN-MATEOS, 1991; NOUILHAN y DUTAU, 1985; OJEDA, 1986) donde interactúan los distintos factores, aunque en cada persona y aún en cada crisis determinada

pueda tomar un protagonismo mayor alguno de ellos.

Ha sido incluida también en el grupo de las llamadas enfermedades psicosomáticas ya que, en su determinismo, desencadenamiento, desarrollo o mantenimiento, pueden influir factores psicológicos (PEDREIRA y MENENDEZ, 1981).

Acercas de este punto de vista se han ido desarrollando numerosas teorías con el fin de contribuir a esclarecer este problema tan extendido y enigmático.

Los primeros estudios e interpretaciones más sistemáticas fueron aportados por la escuela psicoanalista: F. ALEXANDER, en la década de los 40 y encabezando el llamado "grupo de Chicago", aportó la teoría de los "perfiles" específicos de personalidad para cada enfermedad psicosomática; H. MILLER y D. W. BARUCH (1967), hablan de dos factores en la producción del asma: la constitución alérgica y un clima emocional característico. Por otra parte, P. MARTY (1958) y la Escuela de París describen la "personalidad alérgica esencial" en la que estarían incluido un gran número de asmáticos.

A partir de la reflexología de PAVLOV (1967 y 1968), surge otra corriente de investigación científico-experimental que se ha llamado Patología Cortico-Visceral, con autores como BYKOV (1966) y KURTSIN.

El problema del asma ha sido también abordado desde la Teoría del Aprendizaje, con autores como OTTEMBERG, STEIN, LEWIS, HAMILTON (1958), TURNBULL (TARPY, 1977), y en nuestro país RODRIGUEZ SACRISTAN y col. (1990).

En los últimos años, con las aportaciones de la Psicoimmunobiología, se están multiplicando los trabajos de investigación en esta orientación con resultados atractivos pero poco concluyentes en la actualidad.

También se están realizando investigaciones acerca de un constructo psicopatológico denominado **alexitimia**. Hace referencia a una serie de rasgos clínicos y psicopatológicos de carácter afectivo-cognitivo, que es frecuente hallarlo en la base de las personalidades más predispuestas a padecer enfermedades de tipo psicósomático. A este último grupo pertenece nuestro presente trabajo de investigación.

Por la gran importancia del tema, por sus posibles repercusiones a nivel de profundización y de actitudes terapéuticas, y por la escasez de estudios

realizados en la infancia, desarrollamos una investigación sobre el índice de Alexitimia en el paciente asmático infantil.

Nuestro estudio se va a centrar en una determinada etapa, entre 7 y 12 años, en la que el niño tiene una forma de funcionamiento mental de tipo operatorio, con cierta dificultad para reconocer y verbalizar con claridad sus afectos, expresándose por tanto más a nivel corporal y/o conductualmente.

3. REVISION BIBLIOGRAFICA

3.1. ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL ASMA.

Aceptando plenamente que en el desarrollo de la enfermedad asmática interactúan múltiples factores, en nuestro presente estudio nos vamos a centrar en los aspectos psicológicos de este trastorno tan extendido y lo relacionaremos con la edad infantil de la que nos ocupamos.

En textos muy antiguos que se basaban en la idea de que alma y cuerpo son inseparables, se hace referencia a los componentes emocionales que eran muy evidentes en esta enfermedad. Así, se puede ver que en los textos hindúes se trataba al asma como una enfermedad de los "humores" haciendo referencia a los factores psicológicos. HIPOCRATES y GALENO la explican también dentro de la Teoría de los humores. FLOYER (1698) habla de "asma histérica". Posteriormente SALTERS (1860) publica pruebas evidentes de la relación entre la tensión emocional y la aparición y cura de los ataques asmáticos y ya adelantaba que "el sistema nervioso es el asiento de la condición patológica esencial".

FREUD en 1905, publicó su estudio sobre las neurosis histéricas y ansiosas entre las que el asma constituía una de sus manifestaciones físicas.

Según CASTELLS CUIXART (1987) en los tratados de Medicina hasta 1910, se clasificaba como una "neurosis" y hasta 1935 no le desaparece en sufijo de "nerviosa" (asthma nervosa).

Numerosos son los autores que han tratado este aspecto relativo al asma y desde ópticas muy diferentes: psicoanalíticas, conductuales, neurobiológicas...

Desde la perspectiva psicoanalítica, los primeros estudios sistematizados que aparecen son los de ALEXANDER (1987), quien describe que "el factor psicodinámico nuclear en el asma es un conflicto centrado en una excesiva y no resuelta dependencia materna". Este autor manifiesta que existen suficientes indicios para asegurar que la predisposición alérgica está relacionada, aunque de forma desconocida, con la vulnerabilidad ante determinadas situaciones conflictivas. En otro apartado, este mismo autor, sugiere que la excitación emocional crónica y excesiva pudiera originar reacciones fisiológicas intensas en sistemas orgánicos inervados por el sistema nervioso autónomo. En este sentido se acerca a las corrientes neurobiológicas y neuropsicológicas actuales.

Se habla también en otros trabajos psicoanalíticos del asma como representante, equivalente o sustituto de una crisis de llanto inhibida

(ALEXANDER, 1951; ZIWAR, 1956; COBO, 1974).

Según hemos recogido de EY (1980), los estudios se multiplican durante aquellos años en Estados Unidos, en los Países Bajos (STOKVIS, 1944), en Italia (BELLONI, 1956), en Alemania (MITSCHERLICH, 1956), en Francia (GENDROT, 1958 y ZIWAR, 1955). Y numerosos son los que señalan ciertas características comunes del asmático: ansiedad y timidez, pulsiones sexuales y agresivas reprimidas, emociones bloqueadas, etc; cierta rigidez de la personalidad hace que el Yo no pueda regresar y estalle el asma, como síntoma y expresión de angustia. Este mismo autor admite, con otros autores, una especificidad de la respuesta asmática para conflictos muy poco específicos. SAUL (1946) en su trabajo sobre "Alergia y relaciones con la madre", señala cómo en estos trastornos existe una forma de vinculación peculiar con la madre a través del aparato respiratorio, derivado de la necesidad de respirar en el momento del nacimiento, que puede constituirse en punto de fijación, debilidad y vínculo, más o menos disfuncional, con la madre.

PICHON-RIVIERE (1949) señaló como punto central en el alérgico, desde el punto de vista emocional, una poderosa necesidad de amor, sobre todo de amor materno que se manifiesta en forma de síntomas cuando este deseo es particularmente frustrado.

MILLER y BARUCH (1967), con base en la Escuela de Chicago en lo relativo a la especificidad de los conflictos y los perfiles de la personalidad para cada enfermedad psicosomática, contribuyeron al estudio de las alergias y del asma en particular. A lo largo de sus estudios descubrieron que la alergia clínica y la inmunológica no siempre aparecen de forma simultánea, por lo que existirían otro tipo de factores para que se desencadenasen los ataques y la propia enfermedad. Para ellos los dos factores que concurrirían en la producción de los síntomas serían: la constitución alérgica de base inmunológica y un clima emocional característico. Incluso llegan a sugerir que probablemente los fundamentos alérgicos tengan lugar antes del nacimiento.

Con respecto al clima emocional en el que crece el individuo alérgico tendría una característica común: "la incapacidad de su madre para darle amor maduro y abierto", lo que corresponde al perfil de rechazo materno, circunstancia defendida en cierta medida también por COBO (1974). Este primer eslabón daría lugar a los siguientes pasos: una respuesta del niño que se ha llamado hambre de afecto, al mismo tiempo que una hostilidad hacia el mundo exterior y particularmente hacia sus padres. Estos sentimientos hostiles son bloqueados por temor a expresarlos directamente o, de forma desplazada, retornan contra sí mismo. La enfermedad asmática sería un prototipo donde el cuerpo se convierte en blanco de la propia

hostilidad como expresión de una mala canalización de las pulsiones más hostiles y agresivas.

MARTY (1958), basándose en conceptos psicoanalíticos, describe la llamada "relación de objeto alérgico" (RdOA). Este tipo de relaciones con el objeto las encuentra fundamentalmente en los asmáticos y los eczematosos y propone que se puede hacer un diagnóstico fiable de este tipo de trastornos con la sola existencia de este tipo de RdO característica, incluso sin el conocimiento de accidentes somáticos específicos. La característica fundamental consiste en una tentativa permanente del sujeto por acercarse al objeto hasta fundirse con él. Esto lo lleva a cabo desarrollando dos movimientos durante los que el sujeto es activamente impulsado:

- el primero consiste en el atrapamiento del objeto, de una manera inmediata, intensa y total, teniendo las características de una expresión muy arcaica; se trata de una fusión sin matices;

- el segundo movimiento consiste en el acondicionamiento (amenagement) del objeto, movimiento más largo en el tiempo y más matizado; se trata de una interpenetración progresiva, ya que las dificultades y las distancias efectivas entre el sujeto y el objeto deben ser progresivamente borradas.

La elección de los objetos acondicionables se dan dentro de ciertos límites, ya que éstos no deben alejarse demasiado de lo que constituye un cierto ideal del yo, los objetos deben responder a las exigencias de la neurosis caracterial que frecuentemente acompaña a los estados alérgicos. Este autor ha observado en todos sus pacientes alérgicos que estaban pulsionalmente dominados por fijaciones de tipo pregenital.

Otra característica en este tipo de relación consiste en el cambio fácil de un objeto por otro. Para ello el sujeto dispone de una serie de objetos ya acondicionados, son los objetos adoptados o auxiliares, los cuales pueden proporcionarles auxilio ante las vicisitudes de la vida de relación. Los objetos pueden ser humanos, animales, vegetales o materiales. La relación que se establece puede ser en cualquier plano: sensorial, motor, fantasmático, intelectual y/o humoral, como ocurriría en las reacciones alérgicas de estos sujetos.

Si ocurre una desaparición brusca de objetos investidos ocurre la regresión, que en la RdOA aparece ante dos acontecimientos específicos: cuando un objeto ya investido revela bruscamente una cualidad nueva propia, que lo sitúa más allá de las posibilidades identificatorias del sujeto, y cuando se declara una incompatibilidad mayor a la tolerada entre dos objetos igualmente investidos. La regresión se interrumpe al retomar el

sujeto un nuevo objeto o por la aparición del síntoma somático. Si no fuese así podría ocurrir algún episodio de despersonalización.

MARTY piensa que la defensa humoral, manifestada como acceso somático, es de gran importancia pues detiene la regresión, significando un nivel de fijación muy arcaico, quizá prenatal, y advierte que una cura rápida y radical de una sintomatología alérgica aguda corre el riesgo de ver instalarse unos estados mentales patológicos importantes y a veces profundamente graves. En este sentido el diagnóstico de una RdOA es de gran trascendencia e importancia en razón de la terapéutica y el pronóstico especial que supone.

KREISLER, FAIN y SOULÉ (1974), pertenecientes como el autor citado a la Escuela de Psicósomática de París, indican que la aparición del asma se debe a la sobrecarga en la relación diádica materno-filial, con una triangulación precoz. En esta interesante obra, basada en observaciones clínicas, KREISLER constata que el lactante asmático mantiene su estado general y su buen humor aún con una disnea importante. En la segunda infancia y cuando el niño ya es mayor, la relación alérgica se parece mucho a la descrita por MARTY: familiaridad, acercamiento, búsqueda casi inmediata de contacto corporal con el pediatra, en una edad en que lo normal es una reserva inicial e incluso cierto temor.

FAIN resume este estudio sobre el asma precoz, señalando como característica de estos niños una serie de fallas a nivel de elaboración mental, falla en la realización alucinatoria del deseo seguida de otra en la elaboración que culmina en la angustia frente al rostro desconocido o angustia del 8º mes (segundo organizador de Spitz).

Estos hechos, que son perturbadores, indican que el alérgico ha seguido una dirección en el desarrollo de su personalidad en que niega todo lo que es incompatible con él, dentro y fuera del objeto elegido e intercambiable. El fracaso de este sistema no será percibido en el plano mental, sino en el humoral.

KREISLER (1985) propone que el funcionamiento neuropsíquico es parte fundamental en las defensas ante las agresiones. Dice que tanto en el adulto como en el niño "un funcionamiento neuropsíquico sin fallas, en una constitución psicoafectiva sólida, equilibrada y estable, ocupa un lugar esencial entre las barreras que se oponen a la irrupción de los desórdenes o a la agravación de la enfermedad". Para él existen "estructuras psicológicas vulnerables" entendiendo como tales un funcionamiento actual, no definitivo, y susceptible de cambios. Una de las más importantes, por el riesgo psicosomático que puede comportar, es la llamada estructura alérgica.

En sus estudios, basados en observaciones clínicas a través de la investigación psicosomática y el análisis del material obtenido de las psicoterapias, KREISLER encuentra que en un tercio de los casos se encuentra presente la estructura alérgica, con rasgos similares a los descritos por P. MARTY, ya expuestos anteriormente, siendo su característica fundamental la relación de objeto, cuyos aspectos más singulares en la etapa infantil son:

- una necesidad permanente de apego a las personas y al medio,
- una tendencia a evitar las situaciones conflictivas, lo que consigue anulando la agresividad y sustituyendo rápidamente un objeto por otro.

Todo esto sugiere un funcionamiento psicoafectivo muy primitivo con un bloqueo de los procesos de separación e individualización.

Otros asmáticos pertenecen a estructuras de la neurosis de comportamiento, siendo muy frecuente en el asmático la llamada neurosis de comportamiento del niño bueno, que tras su apariencia de "niño perfecto" para todos, se esconde un conformismo desolador con una anulación de las emergencias agresivas altamente peligrosa, cuanto menos para sí mismo.

También encuentra niños asmáticos dentro de un cuadro de gran importancia por el riesgo de descompensación psicosomática que conlleva, como es la atonía depresiva.

Este autor, sin encontrar un perfil de personalidad del niño asmático, encuentra rasgos estructurales comunes como son:

- gran fragilidad emocional,
- necesidades afectivas muy intensas, con escasos mecanismos autonómicos para satisfacerlas, y
- poca tolerancia a las situaciones conflictivas, que evita mediante la anulación de la agresividad.

En un estudio clínico sobre 53 niños con problemas de asma, ZYLBERSZAC (1972) discute ciertos aspectos acerca de estos niños, sus relaciones con los padres y el entorno y revisa algunas teorías de los autores precedentes. No encuentra respuesta satisfactoria debido a la ausencia de estudios epidemiológicos longitudinales, sobre si un adulto asmático ha sido un niño asmático, pero aparecen frecuentemente perturbaciones psicológicas en su infancia. Tampoco encuentra un perfil de personalidad propio del

asmático, pero concluye que la mayoría son muy dependientes de la madre aunque de formas muy diferentes unos de otros. A través del TAT ha observado frecuentemente que estos niños presentaban un conformismo superficial, siendo profundamente agresivos, pero con una gran dificultad para asumir y expresar de forma adecuada esa agresividad. En este punto está de acuerdo con los autores anteriores en cuanto a la frecuencia de fijaciones pulsionales de tipo anal que ha encontrado.

ZYLBERSZAC ha observado también en estos niños, cuando se les interroga, cierta reticencia para empezar la entrevista, están como buscando lo que deben responder, a menudo con el propósito de provocar una verdadera fusión entre él y el entrevistador. Esto apoyaría la hipótesis de P. MARTY acerca de la RdOA.

Este autor también ha encontrado en la mayoría de los niños de su muestra la "triangulación precoz" descrita por KREISLER y FAIN, así como el inicio de las crisis entre los 2 y 3 años y medio, coincidiendo con el control de los esfínteres. Las madres de estos niños suelen ser facilitadoras de la triangulación precoz. Los padres habitualmente presentan características llamadas "femeninas" así como una gran capacidad para asumir un rol pasivo. Las parejas parentales son habitualmente de tipo igualitario con frecuentes problemas de orden sadomasoquista. Los niños aparecen muy

investidos narcisistamente por los padres, lo que pudiera crear un verdadero "ahogo" de estos niños; ha encontrado en esta muestra numerosos casos de contra-Edipo.

En cuanto al pronóstico de estos niños dependerá de lo adecuado del medio y de su nivel intelectual. El autor recomienda estudios más profundos con investigaciones anamnésticas más extensas y el estudio del lenguaje y de la forma de expresión y comunicación de los asmáticos.

CASTELLS CUIXART (1980 y 1987) encuentra en la personalidad de los niños asmáticos rasgos comunes como son: gran ansiedad ante la amenaza, real o simbólica, de separación de la madre, y conflictos en el proceso de dependencia-autonomía. El autor señala la frecuente aparición de los primeros ataques alrededor de los 2 ó 3 años, periodo que coincide con el entrenamiento de los esfínteres. La madre que describe es ansiosa, dominante, insegura y sobreprotectora en un 40-50% de los casos, o rechazantes en un 5-30%. Encuentra que un 67% de ellas utilizan la "retirada de amor" como medida disciplinaria, mientras que esto solo aparece en un 28% de las madres de niños sanos. Del padre habla como un ser en segundo plano, anulado por la madre o "padre periférico".

Los restantes miembros de la familia presenta un comportamiento

muy intrusivos en la vida unos de otros. "El síntoma psicossomático funciona como mecanismo homeostático regulador de los manejos familiares" (MINUCHIN y col., 1975).

BOUCAUD (1982) dice que la característica esencial del niño asmático es la angustia, que al parecer es de naturaleza estructural y "determinada por una alteración profunda en el contacto físico con su madre en el curso de la primera infancia", que puede estar más o menos compensada, pero ante cualquier dificultad reaparece la fragilidad emocional sobre la que se implanta el asma. En cuanto a sus relaciones con los padres, coincide con muchos autores en la ambivalencia: dependencia respecto a los padres y necesidad de autonomía ante la que encuentra múltiples dificultades.

Este mismo autor, BOUCAUD (1990), presentó en unas Jornadas Científicas de la Universidad de Bordeaux II, dos estudios sobre adolescentes asmáticos. En el primero son seguidos por el test de Rosrchach con un intervalo de 5 años y pone en evidencia las dinámicas evolutivas de la estructura de personalidad de estos adolescentes: aparece una gran dificultad para la integración y expresión de los afectos, una reactivación de los conflictos identificatorios envuelto en una gran angustia y con tendencia a la inhibición relacionada con la problemática sexual, y en cuanto al

proceso de unificación psicosomática y de sus dificultades de integración, encuentra que en estos adolescentes hay una buena integración corporal y que la tendencia a la unificación es vivida sobre todo a través de la normalización de las referencias, el deseo y la búsqueda de la adaptación social.

FREOUR y col. (1986) muestran las tres categorías estructurales que ellos han podido observar que intervienen en el asma y que sería importante conocer ya que resultaría en el plano práctico, actitudes terapéuticas diferentes. Estas son:

- Personalidades de estructura psicológica débiles e indiferenciadas con mecanismos de defensa poco elaborados e inestables y dificultades para la adaptación.

- Las personalidades con mecanismos defensivos fuertes, con mecanismos de represión de la afectividad intensos, apego defensivo a la realidad que tienden a anular lo imaginario.

- Las personalidades de trazos psicológicos de orden neuróticos, obsesivos o histéricas, unidos a una simbólica relacional con dificultades para obtener su identidad.

Los autores insisten en que la enfermedad debe abordarse con un pensamiento más global, teniendo en cuenta numerosos factores a investigar. Proponen el psicoanálisis como método de investigación del inconsciente individual y colectivo de gran importancia en el estudio psicosomático de la enfermedad.

ALVES RODRIGUEZ (1989) analiza a través del CPQ (Cuestionario de Personalidad para Niños), las características de personalidad más relevantes de un grupo de niños asmáticos de ambos sexos y de edades comprendidas entre 8 y 12 años. No encuentra alteraciones psíquicas importantes, pero sí algunas características que los diferencian como son: una tendencia a la introversión y al individualismo, predominan las sensibilidades blandas, los varones presentan un mayor nivel de ansiedad y las niñas una menor tolerancia a la frustración. La autora propone para el tratamiento de esta afección una acción conjunta de terapias orgánicas con técnicas psicológicas.

AJURIAGUERRA (1987) describe al niño asmático como bueno, tranquilo, sumiso, excesivamente dependiente y fácilmente ansioso. Sin embargo bajo su aspecto de hiperadaptado, aparece una vida fantasmática muy infiltrada de rasgos pregenitales. Similares resultados fueron aportados en el estudio realizado por COBO en 1974 con una población de

niños/as asmáticos procedentes de las consultas externas de un Hospital Pediátrico.

Respecto a sus relaciones familiares, parece de especial importancia las mantenidas con la madre, ya que representa un punto de coincidencia general de la mayoría de los autores sea cual fuere su procedencia y/o perspectiva teórica y la época temporal en la que se realizó la investigación. De hecho este "exceso" de presencia de la figura materna se plantea o por una interpretación activa (sobrepotección, favorecer los mecanismos más fusionales, evitar la presencia de otras figuras, etc) o pasiva (como un sobreinvertimiento de la función materna con una cierta justificación del desarrollo de esa función "si" existiera algo que la justificara, en este caso una afección de evolución crónica que precisa de sus cuidados). Las descripciones de la figura materna, en este sentido, aparecen como una figura con una cierta frialdad, incluso abiertamente rechazante, conformista e hipernormal, siendo a veces la enfermedad la que consigue crear algún tipo de intercambios afectivos. Esto trae consigo una ambivalencia afectiva en la madre (rechazo y culpa) y en el niño (sumisión e independencia) que encuentra su salida a través de los cuidados prodigados en las crisis. Otras veces parece que los padres se proyectan narcisísticamente sobre sus hijos descargando sus propias perturbaciones psicopatológicas; el niño así podría sentirse "ahogado". Esta teoría podría explicar por qué desaparecen las

crisis en algunos niños al separarlos del medio familiar, reapareciendo a su vuelta.

Desde la perspectiva de la Medicina Cortico-Visceral, que parte de la investigaciones de PAVLOV, muchos autores han ido aportando sus teorías e investigaciones experimentales sobre el asma bronquial. Según GILA y MARTIN- MATEOS (1991) esta corriente de investigación destaca "la influencia de las complejas condiciones sociales sobre la patogenia y curso del proceso morboso humano, y demuestra el papel de la alteración funcional del regulador más elevado de las funciones: el córtex cerebral. Han demostrado cómo estímulos neutros apareados con estímulos incondicionados nocivos, pueden provocar, por sí mismos, alteraciones de variada intensidad".

Según hemos recogido de estas mismas autoras, las crisis de asma pueden ser producidas y agravadas por condicionamiento clásico e instrumental. Así ciertas reacciones asmáticas serían respuestas aprendidas y utilizadas para modificar la situación o las respuestas del entorno al sujeto. Mediante los fenómenos de refuerzo y extinción se harían variar la intensidad y frecuencia de las crisis.

Las autoras nos hablan también en su libro de un fenómeno llamado

"desesperanza aprendida", hipótesis desarrollada por SELIGMAN (1981). Se trata de una inhibición conductual que se produce cuando una persona cree no poder controlar una situación por aprendizajes anteriores, queda como paralizada siendo incapaz de aprender nuevas estrategias para evitarla. Es un estado parecido a la depresión y puede decirse en algunos casos que ésta, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos son consecuencia de la perturbación general a causa de esta desesperanza. En el asma bronquial, lo imprevisible de las crisis y su intermitencia pueden hacer que el niño y sus padres se sientan incapaces de adoptar estrategias de control, lo que influiría negativamente en el tratamiento y la evolución de la enfermedad.

También desde la perspectiva experimental se ha intentado reproducir determinados contenidos teóricos expresados con anterioridad. OTTENBERG y col. (1958) consiguieron una respuesta asmática experimental en un grupo de 30 cobayas a los que posteriormente se les desensibilizó con respuestas condicionadas hasta su total desaparición.

SEITZ (1959) utilizando el método de aproximación-evitación, desencadenó crisis de asma en un grupo de gatos. Estos habían sufrido un destete temprano y supone que este hecho (estrés temprano) predispone a las crisis ya que en el otro grupo de gatos que no mostró crisis de asma no habían sufrido este destete.

habían sufrido este destete.

Sobre la cuestión de si se puede considerar el asma como una respuesta total o parcialmente condicionada, señalaremos la Teoría de TURNBULL (TARPY, 1977), en la que se propone que el asma podría ser inicialmente una respuesta incondicionada a cualquier estímulo pero que al asociarse a estímulos neutros, se condicionaría pudiendo por sí mismos desencadenar respuesta asmática. Si hubiese reforzamiento, se fortalecería y mantendría impidiendo su extinción.

TERUEL y col. (1985) presentan un estudio psicológico comparativo de un grupo de niños asmáticos del que concluyen que: por medio de condicionamiento clásico e instrumental pueden producirse crisis de asma y aumentar su intensidad y frecuencia, la enfermedad actúa sobre la estabilidad emocional del niño y sus padres, y por tanto, si se eliminan condicionamientos, el asma evolucionará mejor y sus repercusiones serán menos importantes.

Estos autores proponen técnicas de modificación de conducta en el tratamiento del asma bronquial infantil, con la que ellos han obtenido buenos resultados.

RODRIGUEZ SACRISTAN y col. (1990) han expresado las bases cognitivo-conductuales que influyen en todo el proceso del desencadenamiento de la crisis de asma en estos niños/as. Señalan que puede representar una conducta aprendida, a lo largo del proceso evolutivo, y que reaccionan de esta forma ante cualquier situación de ansiedad no controlada dada la significación emocional que ha obtenido en otras situaciones previas. De esta forma se establece un círculo vicioso entre la reactividad bronquial aprendida (crisis de asma) sobre un terreno previamente sensibilizado (sumación del factor terreno de la hipersensibilidad y la carga emocional) con el aprendizaje de la reacción familiar (sobre todo de la figura materna de sobreprotección) y la obtención de cuidados u otro tipo de beneficios secundarios ante situaciones de estrés.

También se ha investigado el papel de la sugestión en este tipo de trastorno. Ya en 1886, MACKENZIE publicó el caso de una joven que padecía asma, supuestamente alérgica a las rosas, que ante la presencia de rosas artificiales, sufría crisis de broncoespasmo. Son de destacar a cerca de este aspecto los trabajos de LUPARELLO y col. (1968). Informaron a 40 asmáticos que iban a inhalar una sustancia que ellos habían asociado previamente con sus ataques; realmente inhalaban un placebo. De estos, 19 desencadenaron crisis y en 12 de ellos cedieron tras la administración de una solución salina isotónica, tras haberles dicho que se trataba de un broncodilatador. El grupo control no sufrió ningún cambio en las vías respiratorias. Otros estudios han

apoyado estas experiencias descritas. KOTSES y col. (1989) proponen técnicas de condicionamiento clásico para el tratamiento del asma.

WIGAL y col. (1988) publicaron un trabajo con tres grupos de mujeres sanas. Los resultados que obtuvieron confirman que la sugestión puede producir broncoconstricción en mujeres sanas.

Este mismo grupo de autores, RAWSON (1990), publicaron un estudio en el que comparan las respuestas de resistencia respiratoria de niños asmáticos y sanos a los que se les pidió que inhalasen una sustancia inócua tras haberles dicho que era un broncodilatador. La respuesta en ambos grupos fue el aumento de la resistencia respiratoria, por lo que no se puede considerar este aumento ante la previsión de dificultades respiratoria, un atributo exclusivo del asma, sino que podría tratarse de "un componente de un estímulo fisiológico general que acompaña a la reacción emocional de los procesos de sugestión".

También se han llevado a cabo estudios sobre las repercusiones del estrés sobre la respuesta asmática. Ya en 1958, SEITZ consiguió desencadenar crisis de asma en gatos sometidos a un estrés temprano (estudio que ya hemos mencionado anteriormente).

WEISS y col. (1976) sometieron a una serie de estímulos complejos a un grupo de 28 niños/as asmáticos: ver una película en la que cuatro niños sufrían "status asmáticos"; una situación de evitación en la que los niños aprendían a apretar un botón en un tiempo dado, que evitaría una pequeña descarga eléctrica; la escucha de una grabación con sonidos de respiración; y escuchar música a través de unos cascos estéreos. Se extrajeron una serie de datos donde se mostraba que la mayoría de los niños, mientras veían la película, presentaban un descenso en la corriente espiratoria máxima a diferencia de otras condiciones.

EKMAN y col. (1983) presentan un estudio en el que demuestran cómo el incremento de la tensión en los músculos faciales, un componente de respuesta a la estimulación emocional y estresante, da como resultado la reducción de la corriente de aire o el incremento en la resistencia a la corriente de aire en los individuos sanos.

BAKER (1987) publica una revisión de los estudios actuales acerca de los efectos del estrés sobre distintas afecciones de tipo inmunitario y encuentra una alta incidencia de procesos atópicos como son el asma y la fiebre del heno, en pacientes afectivos.

GILA y col. (1990), en un estudio de 60 niños/as de edades comprendidas entre 8 y 14 años, han observado que existe una estrecha relación entre las crisis de asma por factores psíquicos y la vivencia de estrés por parte del niño.

GONZALEZ DE RIVERA (1993) ha formulado la "Ley General del Estrés", según la cual "cuando el grado de estimulación ambiental supera o no llega a los niveles en que el organismo responde con eficacia idónea, el individuo percibe la situación como nociva, peligrosa o desagradable, desencadenando una reacción de lucha-huida y/o una reacción de estrés, con hipersecreción de catecolaminas y cortisol". El índice de reactividad al estrés (IRE), que veremos más adelante, se considera un marcador de inestabilidad psicosomática ante el estrés (GONZALEZ DE RIVERA, 1981, 1989; GONZALEZ DE RIVERA y col., 1989), no sólo en la vulnerabilidad para padecer enfermedades somáticas, sino también como modulador del efecto de los sucesos vitales que acontecen a lo largo de determinadas situaciones vitales.

Tras los últimos descubrimientos en el campo de la Psicoimmunobiología, se ha demostrado que factores psicosociales generarían reacciones emocionales, pueden dar lugar tanto a déficit como a incrementos de la respuesta inmunológica. Las características cuantitativas y

cuantitativas de estos factores psicosociales, determinarán el tipo de cambio y provocar anomalías como el asma, FERNANDEZ TERUEL y col. (1988).

FALEIDE y col. (1986) nos presenta un trabajo muy interesante en el que intenta poner de relieve la importancia de los factores psicosociales en la expresión fenotípica del asma bronquial infantil. El objetivo primero de este estudio, prospectivo y aún no concluido ya que comenzó en el 81 y se siguen a los niños/as hasta los 15 años, era ver la posibilidad de predecir en base a variables psicológicas "puras", qué familias desarrollarían un hijo asmático/alérgico. El estudio apoya un modelo interaccionista dinámico-familiar del asma/alergia en la infancia, y proponen la posibilidad de plantear medidas de tipo preventivo en esas familias de alto riesgo.

En otro estudio retrospectivo y formando parte del mismo proyecto anterior, FALEIDE y col. (1988a) plantean si es posible encontrar, o al menos buscar, una familia asmatogénica/alérgica y proponen que la relación diádica parental puede tener consecuencias inmunológicas para el niño/a. Los resultados obtenidos muestran que los padres de niños/as con riesgo inmunológico poseen una calidad marital más baja que los padres de niños con bajo riesgo inmunológico. En los grupos de riesgo los perfiles del DAS (Escala de Ajuste Diádico de Spanier) ofrecen la media siguiente: padre maritalmente insatisfecho y madre que niega los afectos negativos.

Concluyen diciendo que posiblemente en las familias de alto riesgo, la tensión emocional no liberada entre marido y mujer y los afectos negativos reprimidos, representan con el paso del tiempo un estado de tensión o estrés crónico, lo que daría lugar a las mismas respuestas endocrinológicas, biológicas, fisiológicas e inmunológicas que cualquier otro factor estresante.

FLOREZ LOZANO y col. (1991) afirman en un artículo reciente que un organismo, en este caso el niño, sometido constantemente a situaciones familiares que suponen un estrés crónico, puede acabar con daños patológicos importantes, así como con "una fuerte disminución del mecanismo inmunoprotector".

Por ello es posible considerar que factores exclusivamente psicosociales lleguen a inducir cambios fisiológicos generadores de un terreno biológico propicio para que aparezcan algunos tipos de trastornos como el asma bronquial.

Sin alejarnos de estas teorías, queremos hacer un repaso de aportaciones hechas por diversos autores acerca de las características familiares de los asmáticos.

En el libro "Conflictividad Infantil y Sistema Familiar", NAVARRO

GONGORA (1985) hace referencia a las teorías más aceptadas sobre la dinámica de las familias psicosomáticas:

La hipótesis afectiva (M. STIERLIN y col., 1977), en la que las familias se caracterizan por fuertes lazos afectivos que impiden el proceso de diferenciación, individualización y separación de los hijos respecto a los padres. En el caso de los asmáticos, el clima afectivo está dominado por sentimientos agresivos intensos, los sentimientos dolorosos tienden a ser suprimidos y frecuentemente aparecen experiencias de separación y pérdidas no elaboradas. La comunicación se caracteriza por una gran dificultad para compartir sentimientos, sobre todo los dolorosos. Los procesos de individualización estaban muy comprometidos y esta transacción afectaba a varias generaciones.

La hipótesis estructural (MINUCHIN, 1977, 1981), que caracteriza a estas familias de sobreimplicadas, como si sus miembros estuvieran aglutinados entre sí, sobreprotectoras, muy rígidas, imposibilitadas para resolver conflictos y excesivamente preocupadas por evitarlos. El papel del niño psicosomático es fundamental para la homeostasis del sistema, al ser el foco constante de atención se refuerzan estos tipos de conductas y se evita el conflicto entre otros miembros.

Se describen tres factores fundamentales para que se desarrolle una enfermedad psicosomática: el tipo de funcionamiento familiar, la implicación del niño en el conflicto parental y la vulnerabilidad fisiológica de éste.

BOUCAUD (1980), cuando habla de la relación familiar del niño asmático, dice que son necesarios señalar tres aspectos para poder comprender mejor la problemática de estos niños y poder abordarla terapéuticamente. A saber:

- Los elementos determinantes de esta relación, fundamentalmente la historia de los padres, el desarrollo del niño y el proyecto de los padres sobre su hijo, así como el conjunto del grupo familiar y de la situación del niño en el conjunto de hermanos.

- Las modalidades de las relaciones familiares. El autor dice que lo esencial en la dinámica familiar de los niños asmáticos se sitúa en la relación afectiva con sus padres, dichas relaciones con las figuras parentales son a menudo contradictorias y ambivalentes. Existe un desfase entre las exigencias afectivas del niño y las capacidades afectivas de los padres.

Como aspecto llamativo en este tipo de relaciones, refiere que en el test de Rorschach detecta que las relaciones padre-hijo aparecen a menudo



perturbadas, más incluso que las relaciones madre-hijo.

- La vivencia relacional se podrá comprender a través de la escucha atenta del discurso familiar. A menudo la angustia respiratoria es una expresión de la disarmonía perceptiva del niño con relación a su medio ambiente afectivo. El niño puede desarrollar correspondencias y asociaciones entre sus sentimientos y los que vive en su cuerpo y en su familia, pudiéndose establecer una "dialéctica de resonancia entre un sentimiento y una función biológica". El autor concluye con la importancia del conocimiento de estos elementos para poder tomar actitudes preventivas.

CASTELLS CUIXART (1985), en su artículo sobre la Terapia Familiar en Pediatría, comenta que el sistema familiar se encuentra muy frecuentemente enfrentado en el niño asmático. El paciente portador del síntoma supone el eslabón que mantiene la homeostasis familiar; el síntoma es mantenido por una organización aparentemente incongruente, puesto que el paciente por sí solo se encuentra en una posición inferior respecto a los que lo cuidan, pero superior al no mejorar con esos cuidados. El autor aboga por la Terapia Familiar como medida terapéutica de gran interés ya que supone una visión más amplia del enfermo que lo sitúa dentro del contexto familiar, ambiental y social.

En un estudio realizado para ver si existían diferencias de personalidad entre los padres de los niños asmáticos y los no asmáticos, ARONSSON y col. (1985) estudiaron un grupo de estos padres a través del CMPS (Cesarec-Marke personality test). Los resultados que obtuvieron indican que los padres de los niños asmáticos eran significativamente más agresivos y menos exhibicionistas (lo que puede ser expresión de neurosis de carácter compulsivo) que los padres de los niños no asmáticos.

Basándose en el "modelo circumplex" de sistemas maritales y familiares, GUSTAFSSON y col. (1987) investigaron la interacción familiar de niños con asma severa, diabéticos y sanos. Utilizaron un instrumento de diagnóstico familiar suficientemente validado y fiable (Test de Olson modificado por los autores) y se estudió la relación entre los síntomas clínicos, síntomas y signos de alergia y la interacción familiar. Los resultados obtenidos fueron que las familias de niños con asma severa presentaban una interacción familiar perturbada en comparación con la de los diabéticos, que no diferían de la de los sanos. En la mayoría de las familias perturbadas el modelo de interacción era opresor y rígido, otras mostraban modelos caóticos y desmembrados. La influencia negativa en la cumbre de la corriente espiratoria provocada por la interacción familiar perturbada, indica la importancia de las relaciones familiares en el tratamiento de la enfermedad.

Los autores concluyen diciendo que se debería tener en consideración estos tipos de interacciones familiares en la investigación del asma severa infantil.

3.2. ALEXITIMIA

Etimológicamente la palabra Alexitimia proviene del griego: a (falta), lexis (palabra) y thymos (emoción). El término fue usado por primera vez por SIFNEOS (1972) para referirse al estado afectivo-cognitivo que afecta a la "manera en que algunos individuos experimentan y expresan sus emociones".

El conjunto alexitímico abarca una serie de características que se sitúan en varios niveles psicológicos como son el afectivo, el emocional, el cognitivo, el relacional o el de la personalidad. Así encontramos:

- incapacidad para identificar y distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales,

- una gran dificultad a la hora de expresar verbalmente las emociones,
- una forma de pensar utilitaria, concreta, repetitiva en los detalles y orientada al exterior,
- una vida onírica empobrecida o nula y una gran escasez de ensueños y fantasías diurnas,
- una tendencia a resolver los conflictos mediante la acción,
- una empatía alterada en cuanto a las relaciones interpersonales, ya que son incapaces de reconocer y usar sus propios sentimientos como señales internas, y
- un alto conformismo social.

Al principio se observaron estos rasgos en un tipo de pacientes con problemas psicosomáticos y como característica común, que los diferenciaba de los pacientes psiconeuróticos, estos pacientes no respondían a la psicoterapia introspectiva. Por éso, inicialmente el concepto de Alexitimia se estudió dentro de las llamadas enfermedades psicosomáticas y fue

desarrollándose a partir de observaciones clínicas de muchos y diferentes autores, aunque posteriormente también se han visto estos mismos rasgos en otras entidades clínicas y no clínicas como iremos viendo.

Ya RUESCH (1948) habló de "personalidades infantiles" refiriéndose a un grupo de pacientes psicósomáticos en los que encontró una dificultad para la expresión verbal y simbólica, que él consideró como la clave en Medicina Psicosomática.

Poco después MacLEAN (1949) también observó que muchos pacientes psicósomáticos tenían dificultad para verbalizar sentimientos y emociones y habló de un "lenguaje de los órganos" para referirse a las emociones, que en vez de expresarse simbólicamente a través de las palabras, vía neocortex, lo hacían por caminos autonómicos.

FREEDMAN y SWEET (1954) expresaron que estos pacientes no reconocían conscientemente la ansiedad, expresándola por vía somática y los llamaron de una forma muy expresiva: "analfabetos emocionales".

Un grupo de psicoanalistas franceses, MARTY y de MUZAN (1963) estudiando una población compuesta de pacientes psicósomáticos y médicos,

descubrieron una serie de rasgos cognitivos típicos como son un tipo de pensamiento utilitarista, concreto, lleno de detalles, realista y ausente de fantasías, que denominaron "la pensée opératoire", que se ha traducido al castellano como "pensamiento operatorio".

SIFNEOS y NEMIAH (1970) examinando las entrevistas transcritas de pacientes psicosomáticos, descubrieron en la mayoría de ellas una "marcada dificultad a la hora de describir y expresar verbalmente sus sentimientos y una ausencia o chocante disminución de la fantasía".

Por estas mismas fechas y en contextos muy diferentes, KRYSTAL (1968) y KRYSTAL y RASKIN (1970) describieron estos mismos rasgos en pacientes con dependencia a drogas y con estados postraumáticos graves.

Posteriormente SIFNEOS (1972) habló ya de Alexitimia para referirse a la "falta de palabras para los sentimientos".

Fue en la 11ª Conferencia Europea de Investigación Psicosomática, que tuvo lugar en Heidelberg (Alemania) en 1976, donde fueron revisadas las distintas aportaciones que se han ido dando al tema, se definió más precisamente y se aceptó el término de Alexitimia como constructo clínico (BRAUTIGAM y VON RAD, 1977).

En relación a su **etiopatogenia** se han hecho muchas especulaciones y existen varias teorías pero ninguna de ellas ha sido validada correctamente y aceptada unánimemente. Lo que sí parece aceptarse por todos los grupos de investigadores es la **conjunción de múltiples factores** en el desarrollo de este fenómeno.

A continuación vamos a ir exponiendo brevemente dichas corrientes teóricas porque todas ellas deben ser tenidas en cuenta a la hora de configurar los límites y aplicaciones del concepto alexitimia en la clínica psicosomática, tanto más cuanto que en la etapa infantil existe, de forma evolutiva, un constructo de características similares:

Se ha hablado de una posible influencia genética y en ese sentido HEIBERG (1978) estudiando dos series de gemelos con el BIQ, encuentra diferencias significativas que sugieren un componente hereditario. En relación con este trabajo, LESSER (1981) lo pone en tela de juicio por ser la muestra muy pequeña y estar expuesta a los mismos factores medioambientales que pudiesen estar incidiendo en el desarrollo de la Alexitimia.

Han sido muchos autores los que han aportado teorías puramente psicológicas para explicar este fenómeno. Así, desde el punto de vista

psicodinámico, AHRENS y DEFFNER (1986) consideraron que la Alexitimia es un mecanismo de defensa ante situaciones y sentimientos que pudieran ser dolorosos para el individuo.

Sin embargo, SIFNEOS (1977) considera que mecanismos de defensa como la negación, la represión o el aislamiento, no explican el fenómeno alexitímico. Sería como consecuencia de sus características alexitímicas que el individuo no podría expresar sus emociones, movilizándose entonces el plano fisiológico, o bien, se retiraría de la situación conflictiva.

Hay autores que sitúan el defecto en alteraciones en el desarrollo y evolución del niño. Así, ya RUESCH (1948) pensaba que cuando en la infancia coincidían una enfermedad de un aparato cualquiera con un conflicto psíquico quedaban ambos unidos, de manera que cuando en la vida adulta se activaba el conflicto aparecía al mismo tiempo alteración en el aparato, dando lugar al síntoma psicósomático. MARTY y de M'UZAN (1963) también atribuyen el defecto a una detención del desarrollo evolutivo; de esta misma idea participan FERNANDEZ-ARGÜELLES y col. (1987).

McDOUGALL (1982a) opina que estas características se sitúan en un defecto de la relación temprana madre-bebé, y sería una defensa ante los "terrores primitivos", que el sujeto trataría de superar mediante

somatizaciones, adicción a sustancias o comportamientos sexuales perversos.

KRYSTAL (1982) dice que la alexitimia es consecuencia de la detención en el desarrollo de los afectos provocada por un trauma psíquico infantil, o una regresión en la función afectiva-cognitiva después de un trauma importante en la vida adulta.

RICKLES (1981) relaciona la escasez de fantasías y simbolismos en los alexitímicos con la alteración en la formación del objeto transicional.

Se ha argumentado también una teoría de aprendizaje social como responsable del fenómeno alexitímico. Así, LESSER (1979) y SMITH (1983) dicen que un bajo nivel sociocultural sería el responsable, mediante aprendizajes sociales, de una forma determinada de expresarse con menor carga afectiva y demás rasgos alexitímicos.

Dentro de la teoría Neuro-Anatómica, ya McLEAN (1949) habla del "lenguaje de los órganos" de los pacientes con enfermedades psicosomáticas y expuso que en ellos podría haber un defecto en el intercambio entre el rinencéfalo o cerebro visceral, y el neocortex o cerebro parlante, con lo que las emociones se transmitirían directamente por canales autonómicos.

HOPPE (1977) observa características alexitímicas en pacientes sometidos a comisurotomía quirúrgica por epilepsia intratable e introduce el concepto de "comisurotomía funcional" en pacientes con enfermedades de tipo psicosomático. TENHOUTEN y col. (1986) estudiando un grupo de pacientes con comisurotomía cerebral completa, parcial y un grupo control, encontraron una alta prevalencia de rasgos alexitímicos en los pacientes comisurotomizados. Los resultados del estudio sugerían que la comisurotomía completa era una condición suficiente, pero no necesaria, para un alto nivel de alexitimia.

NUÑEZ y col. (1986) en un estudio con pacientes afectos de sintomatología psicosomática, proponen una menor capacidad verbal en los alexitímicos y una hipótesis neurofisiológica en la que suponen una lateralización hemisférica izquierda.

FLANNERY y TAYLOR (1981) en un intento de integrar los hallazgos neurobiológicos con conceptos psicoanalíticos, proponen que los individuos alexitímicos, con su pobreza de fantasías y su pensamiento concreto, pueden presentar una lateralización cerebral izquierda. Sugieren estudios EEG de estos pacientes en laboratorios de sueño, ya que se han encontrado sueños de ondas lentas disminuidos y gran escasez de ensueños. En esta dirección se encaminan los últimos estudios sobre alexitimia.

En cuanto a su **epidemiología**, los resultados obtenidos de los diferentes estudios aportan datos poco concluyentes. Su prevalencia en la población general es desconocida (CEREZO RODRIGUEZ y col., 1988).

En sus estudios sobre una población de 230 estudiantes universitarios, BLANCHARD y col. (1981) encuentran rasgos alexitímicos en un 8,2 % de los varones y en un 1,8 % de las mujeres, aunque según TAYLOR (1984) el instrumento que emplearon estos autores es de una validez y fiabilidad cuestionables.

KLEIGER y JONES (1980) usando como instrumentos psicométricos para la alexitimia el BIQ y el SSPS, obtuvieron una correlación significativa entre ésta y la edad; no así con respecto al sexo y nivel cultural.

Otros autores han intentado correlacionar diferentes datos demográficos con el fenómeno alexitímico, obteniéndose resultados contradictorios y según PARKER y col. (1989) esto se debe al uso de instrumentos de pobres propiedades psicométricas (BIQ, SSPS, MMPI-A, fundamentalmente).

TAYLOR y col. (1985) utilizando la TAS, medida de alexitimia desarrollada por ellos mismos, como veremos más adelante, y ampliamente validada, examinaron las posibles relaciones entre la TAS y las variables de

edad, sexo, nivel educacional y estatus socioeconómico en una muestra de 542 estudiantes universitarios, no encontrándose ninguna relación significativa.

PARKER y col. (1989) realizaron un estudio con una muestra de adultos normales a los que les aplicaron la TAS como medida de la alexitimia, el SILS que recoge datos sobre el funcionamiento intelectual y el SPM como test de habilidad intelectual general. La información sobre el historial ocupacional y nivel de educación se categorizó según el BI (Índice Blishen). El estudio demuestra la poca o ninguna relación entre la alexitimia y las variables de nivel educacional, habilidad intelectual y estatus socioeconómicos en adultos normales. En este mismo estudio y medidos por la TAS, aparece alexitimia en un 19 % de los adultos normales.

En lo que todo el mundo parece estar de acuerdo es que la Alexitimia no es un fenómeno de "todo o nada", es decir, que cualquier persona puede en un momento dado, pasar de un estilo comunicativo pobre en símbolos a otro más florido. Este hecho llevó a FREYBERGER (1977) a distinguir entre Alexitimia primaria y secundaria. La primaria sería la que tienen los pacientes que somatizan su incapacidad de expresar sus emociones; y la secundaria la que utilizan los pacientes con enfermedades físicas que les impiden un lenguaje emocional. Dentro de esta última, el autor distingue

una forma aguda, que desaparecería tras la enfermedad, y una crónica que acompañaría a la enfermedad de curso crónico.

Respecto a su relación con otras entidades clínicas y psicopatológicas también se han llevado a cabo numerosos estudios:

PARKER y col. (1989) encuentran un 74 % de alexitimia en pacientes con anorexia nerviosa y un 49 % en pacientes con problemas de uso de sustancias, valorándolos con la TAS.

FEIGUINE y JONES (1987) estudian una población afecta de bronquitis crónica y enfisema administrándoles el MMPI como test de personalidad, el RIOS como prueba de actitud ante la enfermedad y el MMPI-A para establecer diferencias entre alexitímicos y no alexitímicos. Los resultados sugieren que existe una relación entre el tipo de enfermedad y la alexitimia en cuanto a la personalidad y las actitudes ante la enfermedad.

KLEIGER y JONES (1980) aplicaron el BIQ y el SSPS para medir alexitimia además del MMPI y el RIOS, a una población de pacientes afectados de enfermedad respiratoria crónica. Encontraron que un 44 % de los asmáticos eran catalogados como alexitímicos (similar a otros estudios de enfermedades psicósomáticas), sin embargo encontraron un 57 % de los

tuberculosos alexitímicos y al ser esta enfermedad no catalogada como psicósomática, deducen que la alexitimia no es un fenómeno específico de enfermedad, sino más bien un rasgo general de personalidad.

Investigando un grupo de niños asmáticos con el test de Rorschach, FALEIDE y col. (1988b) encuentran en ellos una pobreza en el simbolismo y en la expresión de sus emociones, así como un estilo cognitivo muy simple.

DOODY y TAYLOR (1983) estudian con la Escala de Alexitimia del MMPI una población de pacientes con enfermedad inflamatoria crónica intestinal (Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa). Encuentran un alto conformismo social, pero debido a esta escala no obtuvieron información válida sobre rasgos tan importantes para la alexitimia como la capacidad de expresar verbalmente los afectos o de fantasear.

En otros estudios con este mismo grupo de pacientes, TAYLOR y col. (1981) y TAYLOR y DOODY (1982) empleando las tarjetas TAT, encuentran que eran poco productivos verbalmente y usaban muy pocas palabras afectivas en sus descripciones.

PAULSON (1985) estudia pacientes con Hipertensión Arterial, con resultados poco válidos. En este mismo tipo de pacientes SAFAR y col.

(1978) encuentran una vida fantasmática muy pobre, usando el test de Rorschach.

COHEN y col. (1985) empleando el SAT 9, describen a los pacientes con dolor crónico como más inhibidos en su función simbólica. ACKLIN y BERNAT (1987) y ACKLIN y ALEXANDER (1988) encuentran rasgos alexitímicos en pacientes con dolor crónico en la espalda para lo que emplearon el Índice de alexitimia Rorschach.

También se han investigado estos rasgos en pacientes ulcerosos, con psoriasis, urticaria crónica, enfermedades cardiovasculares y gastrointestinales (FAVA y col., 1980).

Otros estudios han llevado a investigar la relación de la alexitimia con el abuso de alcohol y otras sustancias. Así, TAYLOR y col. (1990b) en una investigación preliminar sobre la alexitimia en hombres con dependencia psicoactiva a sustancias recientemente abstemios, encuentran una prevalencia de la misma de un 50 %. A todos los sujetos se les administró el Test de pantalla para el alcoholismo de Michigan, el Test de pantalla para el abuso de drogas, el Inventario de depresión de Beck y el MMPI; también la TAS para clasificarlos en alexitímicos y no alexitímicos.

Debido al diseño del estudio estos autores, citados con anterioridad, no pudieron determinar si la alexitimia es un antecedente del abuso de sustancias o una consecuencia del propio trastorno o de la abstinencia reciente. Dados los resultados obtenidos en los otros test, proponen que la alexitimia es un factor de riesgo que predispone al abuso de sustancias, y que muchos adictos usan el alcohol o las drogas en un intento adaptativo para compensar los defectos en el afecto, defensas y capacidad del yo para regular las emociones y los impulsos.

HAVILAND y col. (1988) realizaron un estudio en una población de alcohólicos que recientemente se habían vuelto abstemios. Utilizaron la TAS y el Inventario de depresión de Beck (BDI). Ellos mismos habían observado anteriormente depresiones transitorias en este tipo de pacientes, en el estudio que nos ocupa encontraron una alta incidencia de alexitimia al iniciar el tratamiento y una correlación ligeramente positiva entre este fenómeno y la depresión. Lo que les hizo suponer que al disminuir la depresión con el tratamiento, disminuiría también la alexitimia. No ocurrió así: no se detectaron cambios significativos en la puntuación media de alexitimia mientras que sí hubo una caída considerable en las puntuaciones del BDI en las tres semanas de tratamiento. Por ello estos autores sugieren que la alexitimia de este tipo de pacientes es secundaria y no primaria.

También se han estudiado rasgos alexitímicos en pacientes con síndromes postraumáticos secundario a guerras y campos de concentración (KRYSTAL, 1982). En delincuentes y perversos sexuales (McDOUGALL, 1982a). En estas poblaciones los resultados han sido diversos y las interpretaciones muy variadas, dependiendo de los objetivos de la investigación y de la perspectiva teórica de los investigadores.

Con relación al estrés en general, MARTIN y col. (1985) realizaron un estudio en el que demuestran en los alexitímicos, a pesar de su dificultad para expresar las emociones, respuestas exageradas ante situaciones de estrés.

Otros estudios con poblaciones muestrales no clínicas, TAYLOR y col. (1988) usando la TAS y la escala de Represión-Sensibilización obtuvieron una correlación negativa con la escala de fortaleza del yo, y que los individuos alexitímicos muestran niveles significativamente más altos de ansiedad, depresión y síntomas somáticos que los no alexitímicos.

En un estudio piloto para investigar las características afectivas y expresiones faciales de los alexitímicos, McDONALD y PRKACHIN (1990) realizaron una encuesta en estudiantes universitarios en la que utilizaron el SSPS para distinguir los alexitímicos de los no alexitímicos. A todo el grupo, se les proyectó una serie de diapositivas sugestivas y se evaluó el impacto

emocional y las manifestaciones prototípicas de tipo emocional. Los sujetos clasificados como alexitímicos mostraron déficit en la expresión de la emoción no verbal, menor intensidad en sus respuestas faciales espontáneas a las diapositivas desagradables y déficit en las manifestaciones estereotipadas de felicidad e ira. Los resultados apoyan la validez del constructo y sugieren que la expresión no verbal es algo básico en el fenómeno alexitímico. En esta línea FLORIN y col. (1985) realizaron una investigación en niños asmáticos en la que recogieron las expresiones faciales de emoción y reacciones fisiológicas (ritmo cardíaco y volúmenes espiratorios forzados). Los resultados mostraron un déficit generalizado en la expresión facial de la emoción, un descenso en los volúmenes espiratorios y un aumento en el ritmo cardíaco en condiciones de inducción de estrés.

En cuanto a la **medida** de la Alexitimia se han venido utilizando numerosos métodos que van desde cuestionarios valorados por el entrevistador a técnicas proyectivas; unos han intentado valorar sólo algunos aspectos de la Alexitimia y otros intentan medir todos sus rasgos; pero no siempre se han hecho valoraciones rigurosas de fiabilidad y validez siguiendo los requisitos para este tipo de investigaciones. Pasaremos a describir los que, a nuestro parecer, son más significativos y/o válidos:

3.2.1. Cuestionarios:

3.2.1.1. El Cuestionario Psicosomático del Hospital Beth-Israel (BIQ). Fue desarrollado por SIFNEOS (1973) sobre sus observaciones clínicas en pacientes psicosomáticos "clásicos". Es un cuestionario completado por el entrevistador, consta de 17 elementos de elección forzosas, de los que solo 8 son utilizados para obtener el grado de Alexitimia.

Mientras que algunos autores como GRADOS y col. (1984) han mostrado con sus estudios la validez del cuestionario, otros han encontrado que los resultados finales dependen de la experiencia, los prejuicios y el estilo del entrevistador (TAYLOR y col., 1981; LOLAS y col., 1980; KLEIGER y JONES, 1980).

3.2.1.2. La Escala de Personalidad de Schalling-Sifneos (SSPS), de APFEL y SIFNEOS (1979). Es un cuestionario auto-administrado de 20 elementos que intenta evitar los problemas con el entrevistador. Ha sido usado por muchos investigadores: SHIPKO y NOVIELLO (1984); BAGBY y col. (1986) y BAGBY y col. (1988a) demostrando que el cuestionario no predispone a las respuestas y que no está demasiado influido por la edad, los factores socioeconómicos ni culturales y que posee una buena fiabilidad test-retest (SHIPKO y NOVIELLO, 1984). Pero su consistencia interna es

baja (BAGBY y col.1986), así como su escasa fiabilidad (BAGBY y col., 1988a; FARYNA y col., 1986) y su estructura de factor inestable (BAGBY y col., 1986; BAGBY y col., 1988a).

3.2.1.3. La Escala de Alexitimia del MMPI (Inventario de Personalidad Multifásica de Minesota). Desarrollado por KLEIGER y KINSMAN (1980), seleccionaron 22 elementos de los 566 de dicho Inventario (MMPI) y demostraron una buena estabilidad a lo largo del tiempo y un índice de un 82% a la hora de predecir los resultados de Alexitimia en el BIQ. Sin embargo muchos autores han demostrado su falta de validez: DOODY y TAYLOR (1983) mostraron que en pacientes psiconeuróticos y con enfermedad inflamatoria crónica intestinal, la escala tenía correlación negativa con la inteligencia abstracta y medía rasgos relacionados con el conformismo social, pero no se correlacionaba con medidas tan importantes en la Alexitimia como la habilidad de expresar sentimientos verbalmente y la capacidad para imaginar y fantasear, así como su poca coherencia interna. COOPER Y HOLSTROM (1984) en una población de estudiantes universitarios sanos encontraron una correlación negativa entre el MMPI-A y las quejas somáticas según el Índice Médico de Cornell. PAULSON (1985) no encontró ninguna relación entre el BIQ y esta escala en pacientes con Hipertensión Arterial. FEIGUINE y JONES (1987) lo utilizan en una población de enfermos respiratorios.

3.2.1.4. Cuestionario de Respuestas Provocadas para la Alexitimia (APRQ). Basándose en el BIQ, KRYSTAL y col. (1986) desarrollaron este cuestionario de 17 elementos que se administra como una entrevista semiestructurada y evalúa la capacidad del sujeto para usar un lenguaje afectivo. Estos autores han encontrado una alta correlación con el BIQ, pero no se ha utilizado ningún otro tipo de validación.

3.2.1.5. Escala de Alexitimia de Toronto (TAS). Es un cuestionario que consta de 26 elementos autoevaluativos desarrollado por TAYLOR y col. (1985). El análisis de factor de la escala produjo una solución de cuatro factores congruente con el conjunto alexitímico: los tres primeros se corresponden con las características fundamentales de la Alexitimia según la describió SIFNEOS y col. (1972): dificultad para identificar y distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales, dificultad para comunicar verbalmente los sentimientos y una imaginación empobrecida; el cuarto factor correspondía a "la pensée opératoire" (pensamiento orientado al exterior) descrito por MARTY y col. (1963). Estos autores demostraron que la TAS tenía un alto nivel de coherencia interna y una buena fiabilidad test-retest a lo largo de una semana, cinco semanas y tres meses, utilizando una población de estudiantes universitarios.

La validez del TAS ha sido apoyada por variados estudios. BAGBY y col. (1988a) evaluaron y compararon la fiabilidad y validez del TAS, el SSPS y el MMPI-A, concluyendo que el TAS posee la más alta consistencia interna, fiabilidad y la más alta correlación con los síntomas somáticos funcionales, además poseía una estructura de factor repetible y por consiguiente más estable, recomendando no usar las otras dos escalas como medida de Alexitimia. BAGBY y col. (1988b) diseñaron dos estudios con estudiantes universitarios para evaluar más a fondo la validez del TAS: en el primero los estudiantes completaron el TAS y las tres subescalas del Inventario Corto de Procesos Imaginarios; en el segundo el TAS y medidas de fortaleza del yo, expresión de ira y una medida de síntomas y sensaciones físicas. Los resultados apoyaron la validez del TAS. BAGBY y col. (1990), en un estudio con muestras de adultos normales, pacientes psiquiátricos atendidos en consultas externas y estudiantes universitarios, apoyaron la validez factorial del TAS e indicaron que es una medida fiable y válida para el conjunto alexitímico. TAYLOR y col. (1988) en una muestra de pacientes atendidos en consultas externas de una clínica de comportamiento, usaron el TAS y como criterio de validación sirvieron las valoraciones clínicas derivadas de entrevistas semiestructuradas; los resultados del TAS fueron notablemente más altos en el grupo de pacientes identificados como alexitímicos por dos de tres entrevistadores, que en el grupo identificado como no-alexitímico.

También se ha demostrado que los resultados de la TAS no tienen relación con variables como edad, sexo, nivel de educación, estatus socioeconómico y capacidad intelectual (PARKER y col., 1989).

De todas las investigaciones se desprende que la TAS posee consistencia interna adecuada, buena fiabilidad al test-retest, validez convergente y divergente y una mínima propensión a un tipo de respuestas de conveniencia social. La estructura de factor y la manera de correlacionarse con otras medidas de personalidad y de psicopatología, son consistentes y coincidentes con el conjunto teórico que sustenta el concepto de Alexitimia (TAYLOR y col., 1990).

Posteriormente estos mismos autores, TAYLOR y col. (1992), observando ciertos aspectos relacionados con la propia estructura de composición de la TAS, han vuelto a evaluarla creando una versión revisada de la misma (TAS-R) que aportó una mejoría considerable con respecto a la original. En contraste con la estructura de cuatro factores de la escala original, la TAS-R ofrece una solución de dos factores que parece captar mejor y más claramente las dos dimensiones centrales de la construcción alexitímica: el factor 1 comprende items que valoran tanto la capacidad de distinguir entre sentimientos y sensaciones físicas asociadas con estímulos emocionales, como la capacidad de describir sentimientos hacia los otros; el

factor 2 comprende los items que valoran el pensamiento orientado hacia el exterior. La escala mostró una buena consistencia interna, una estructura bi-factorial estable y replicable, congruente con las dos dimensiones importantes de la construcción alexitímica. Se demostró su validez convergente y divergente, y su validez para poder discriminar entre pacientes alexitímicos y no alexitímicos.

3.2.2. Técnicas proyectivas.

Se usan este tipo de técnicas para medir la expresión verbal de los afectos y capacidad de fantasear de los pacientes.

3.2.2.1. Test de Apreciación Temática (TAT).

Ha sido utilizado por varios autores para medir características alexitímicas en diversos grupos de pacientes. TAYLOR y col. (1981) y TAYLOR y DOODY (1982) han encontrado en una población de pacientes que presentaban enfermedad inflamatoria crónica intestinal, que eran menos productivos verbalmente y usaban menos palabras de afecto en respuesta a las tarjetas TAT, comparándolos con un grupo control de pacientes psiconeuróticos.

3.2.2.2. Test de Rorschach.

Usado también para identificar rasgos psicológicos en relación con la

Alexitimia. TAYLOR y DOODY (1984) han encontrado que los pacientes psicósomáticos eran significativamente menos capaces de modular sus emociones que los psiconeuróticos, pero no encontraron diferencias en la capacidad de formar fantasías. VOGT y col. (1977) sí encontraron diferencias significativas entre estos dos grupos en relación a la formación de fantasías. SAFAR y col. (1978) demostraron una disminución en la vida fantasmática en pacientes con Hipertensión Arterial. RETAMALES ROJAS (1988) estudiando un grupo de pacientes psicósomáticos, uno de psiconeuróticos y otro control, encontró en el primero poca riqueza mental, limitación de la fantasía y lentitud en la asociación de ideas; poca capacidad para elaboraciones internas, no pudiendo organizar su conducta en lo ideacional y emocional; muestran así mismo dificultad, e incluso falta de necesidad, para establecer lazos afectivos. FALEIDE y col. (1988) estudiando un grupo de niños asmáticos y comparándolos con uno control, mostraron que el grupo experimental tenía una estructura cognitiva menos compleja, pobre simbolismo y autoexpresión emocional; más rasgos de personalidad infantil y estaban más reprimidos emocionalmente. No consideraron a estos niños como alexitímicos, pero sí que con estas características podrían desarrollar una alexitimia posterior.

Recientemente ACKLIN y BERNAT (1987) y ACKLIN y ALEXANDER (1988) han desarrollado un Índice de Alexitimia Rorschach estudiando un

grupo de pacientes con dolor crónico en la parte baja de la espalda y comparándolos con un grupo de pacientes con depresión, otro con desórdenes de la personalidad y otro control no clínicos. Los primeros dieron resultados positivos para los rasgos alexitímicos, bastante parecidos a los que presentaban desórdenes de personalidad y distintos para los otros dos grupos. Se están llevando a cabo nuevas investigaciones en esta dirección.

3.2.2.3. El Test SAT 9.

Es un test grafo-proyectivo basado en el AT 9 (Test Arquetípico de 9 elementos) y que mide la función simbólica, ya que la incapacidad para representar internamente los conflictos mediante la manipulación de los símbolos, lo que se traduce en una falta de fantasías y ensoñaciones, es una característica fundamental de la Alexitimia. No mide ninguna otra característica. Inicialmente DEMETERS-DESROSIERS (1982) usaron el AT 9 como medida de la función simbólica en un grupo de pacientes con problemas psicosomáticos. Enfrentados con el propósito del AT 9 de tener que crear un microuniverso mítico a través de las tres tareas: un dibujo, un cuento y respuestas a un cuestionario, los pacientes se mostraron comparativamente diferentes. Trece de los 49 pacientes se les encontró como no alexitímicos y sus funciones simbólicas eran semejantes a la población normal. Los otros 36 mostraron ser alexitímicos en grados que se incrementaban y su función simbólica resultó no ser normal en todos los

protocolos estudiados. Sugieren que la alexitimia influencia la función simbólica, la desorganiza más cuanto más alexitímico se es. Proponen al AT 9 como un importante instrumento para distinguir entre la población alexitímica, principalmente las de tipo primario y secundario; así mismo para detectar y establecer un diagnóstico diferencial entre problemas psicofuncionales y psicosomáticos, y finalmente como selector y seguidor de una evolución terapéutica. El problema que encontraron fue que estos protocolos estaban bastante influidos por el entrevistador. Posteriormente, COHEN y col. (1983) desarrollaron un método cuantitativo para evaluar los protocolos del AT 9 objetivamente, dando como resultado la formulación del SAT 9. Los resultados de estudios posteriores (COHEN y col., 1985) han revelado que este instrumento posee una alta coherencia interna, validez de constructo y que puede distinguir significativamente entre grupos de pacientes: el grupo psicosomático (pacientes con dolor crónico) mostró mucha más inhibición de la función simbólica que el grupo control (pacientes médicos agudos). RETAMALES ROJAS (1988) encuentra en sus pacientes psicosomáticos una incapacidad para construir un microuniverso simbólico, lo que estaría relacionado con un mal funcionamiento en la capacidad de simbolización.

3.2.3. Para las investigaciones sobre la Alexitimia, se están utilizando también otro tipo de sistemas, por lo general conjuntamente con alguno de

los anteriores, como es el Análisis del Contenido Verbal extraído de entrevistas, test proyectivos o simplemente de un discurso del paciente, ya que el problema fundamental de la Alexitimia es una dificultad en la comunicación. Basándose en el método de GOTTSCHALK-GLESER (1969), VON RAD Y LOLAS (1982) encuentran diferencias significativas entre las muestras de habla interactivas de los pacientes psicósomáticos y los neuróticos, pero no en las monodiádicas y concluyen que este método no es válido porque la expresión afectiva verbal puede estar influenciada por factores situacionales y parámetros socioculturales. TAYLOR (1984) tampoco encuentra diferencias entre los mismos grupos de pacientes, al analizar las respuestas monodiádicas. Sí hallan diferencias significativas cuando hacen un recuento de frecuencia simple de las palabras de afecto, lo que apoya la idea que los pacientes alexitímicos tienen muy reducido el vocabulario emocional. En el estudio de RETAMALES ROJAS (1988), el grupo psicósomático es el único que no da muestras de expresión de afecto en las cinco formas que propone el método de GOTTSCHALK-GLESER (1969), aunque su muestra es poco significativa por ser muy pequeña.

Estos métodos necesitarían estandarizarse ya que tal como están actualmente se ven muy influenciados por la situación de la recogida de los datos y por el sistema de medida.

3.3. PENSAMIENTO OPERATORIO

3.3.1. Perspectiva Genética.

Para el estudio del Pensamiento Operatorio comenzaremos haciendo un repaso del desarrollo cognitivo del niño, en las edades comprendidas dentro de nuestro estudio, desde una perspectiva genética, para lo que nos centraremos en las iniciales investigaciones de PIAGET (1976).

Este autor denomina esta etapa como "Periodo de la Operaciones Concretas". Se inicia a los 7 u 8 años con una serie de cambios en el pensamiento del niño, alcanzándose formas de organización muy superiores a las de las etapas anteriores ya que aspectos hasta entonces inconexos se organizan en sistemas. Comienza la formación de múltiples operaciones, pero "éstas se refieren a objetos y no a hipótesis enunciadas verbalmente bajo formas de proposiciones"; estas operaciones tienen ciertas limitaciones, "están aún próximas a la acción de la que se derivan (...); el razonamiento se refiere sólo a objetos o realidades directamente representables".

Según AJURIAGUERRA (1987), supone un gran avance en la socialización y objetivación del pensamiento ya que no está limitado únicamente a su punto de vista. Puede ir coordinando distintos puntos de vista y pueden sacar consecuencias. El límite operatorio viene dado por la

necesidad de aportar un soporte concreto.

En el campo social, el niño toma conciencia de su propio pensamiento y del de los demás, siendo posible ya una verdadera cooperación y colaboración entre ellos formando grupos. Ejemplo de ello son los juegos complejos en estas edades.

Van comprendiendo el mundo como un sistema en continuo cambio, lo que exige la existencia de cosas que no se modifican cuando se produce una transformación. La comprensión de la conservación de la sustancia, el peso y el volumen es una característica fundamental de esta etapa, lo que supone un largo trabajo de descubrimiento (DELVAL, 1985).

Al final de este periodo, que culmina hacia los 12 años, el niño se maneja en el mundo en que vive de una manera muy satisfactoria y su capacidad de actuación es grande, pero todavía tiene dificultades con los sistemas más abstractos.

3.3.2. Perspectiva Psicosomática: Escuela de Paris. P. MARTY.

Toda la teoría de esta Escuela está recogida en dos importantes libros: "El orden psicosomático" y "Los movimientos individuales de vida y de muerte" (MARTY, 1980 y 1984).

La teoría está basada en el principio evolucionista. Según éste, "la complejidad secundaria de las situaciones que vivimos resulta de las combinaciones a través del tiempo, de los elementos primarios".

El mundo vivo es objeto de organización, jerarquización, reproducción, asociación, crecimiento y evolución, así como de destrucciones. Lo primero viene representado por los dinamismos constructivos de los Instintos de Vida, y lo segundo por los dinamismos destructivos de los Instintos de Muerte.

Para Marty el recién nacido está constituido por una serie de funciones aún no organizadas y con una jerarquización muy imperfecta ("mosaico primario"). Durante el desarrollo, se producirán organizaciones funcionales de larga y de corta evolución en el tiempo, hasta alcanzar su madurez. Desde el punto de vista de la psicósomática esto tiene mucha importancia, ya que en estas cadenas evolutivas, principalmente las de larga evolución, se producirán "sistemas de fijaciones" o conjuntos funcionales de contención que servirán de sistemas de referencia, replegamiento y defensa para los cambios que se producirán posteriormente.

El proceso de desorganización que resulta de la dominancia de las

pulsiones de Muerte, que tiene un punto de partida en un traumatismo frecuentemente de naturaleza afectiva, se efectúa en sentido contraevolutivo, desde las organizaciones funcionales más evolucionadas del momento, hacia los grupos funcionales más arcaicos, y solo puede ser detenida por los mecanismos regresivos de defensa (reorganizaciones regresivas), cuando encuentra un escalón sólido de organización menos evolucionada.

El efecto desorganizador de las pulsiones de Muerte quedará detenido por las diversas fijaciones establecidas por las pulsiones de Vida determinado por la filogénesis, el desarrollo individual y la herencia.

Así la relación entre los Instintos o pulsiones fundamentales, a través de los mecanismos de organizaciones, desorganizaciones y reorganizaciones en el hombre, constituyen la base de la concepción económica de esta Escuela.

Consideran tres grupos fundamentales de estructuras según su diferente evolución, de las que derivan tres categorías de neurosis, sin límites absolutos entre unas y otras:

- mentales (fóbicas y obsesivas), en las que existen fijaciones



relativamente tardías en la evolución individual y que se oponen a la progresión contraevolutiva de las desorganizaciones postraumáticas mediante mecanismos de elaboración internos y la producción de síntomas;

- de comportamiento, situadas en el otro extremo, con fijaciones poco sólidas que remiten a los sistemas más arcaicos. Los comportamientos y las conductas parecen surgir directamente de los instintos por medio de los mecanismos sensoriomotores, sin obtener representaciones en la conciencia. Expresan su patología en las conductas. Su tono instintivo vital se mantiene gracias a las relaciones con los objetos exteriores, sin ser capaces de mantener relación con los objetos internos, y ésto les hace especialmente sensibles a los traumatismos y desorganizaciones postraumáticas. La ausencia de una organización mental regresiva, los lleva a una depresión "esencial" (ausente de síntomas) y a la vida operatoria confirmada por el pensamiento operatorio. Esta vida operatoria puede detener el movimiento de desorganización, y si continúa aparece la patología somática;

- de carácter, que se sitúa en un punto intermedio, con relativa fragilidad en su sistema de fijaciones, si bien éstas pueden poner freno a las desorganizaciones y comenzar las reorganizaciones. Si no son lo suficientemente fuertes, puede aparecer desorganización del aparato mental, con la aparición, al menos provisionalmente, de una depresión "esencial" y

la vida operatoria.

En la vida operatoria apenas existen conflictos intrapsíquicos, no hay angustia ni culpa. La ausencia de elaboración mental, hace que el vínculo del sujeto con su pasado y su proyección de futuro disminuya sensiblemente, de ahí el interés, característico de los sujetos con este tipo de pensamiento y funcionamiento operatorio, por lo fáctico y lo actual. La actividad fantasmática también está muy reducida y el lenguaje verbal es muy simple desde la perspectiva del contenido simbólico.

El pensamiento operatorio es un pensamiento fijado en lo concreto, con sus actividades propias de fantasmaticización y representación disminuidas.

En muchas enfermedades psicósomáticas, el pensamiento del enfermo se caracteriza por funcionar de una manera operatoria; así sólo puede dar salida a sus pulsiones más que a través de los sistemas sensoriomotores y perceptivos, y no a través de elaboraciones mentales.

Aparentemente son sujetos muy bien adaptados, representando los trastornos somáticos la única desviación de la norma. Pero una característica fundamental es la disminución o ausencia de ensoñaciones y

actividad onírica y un empobrecimiento de los intercambios personales, dando la impresión de que están desconectados de su mundo interno.

Hemos de señalar que el pensamiento operatorio debe considerarse como una modalidad de funcionamiento mental de duración variable, y no como una estructura mental permanente.

En la primera infancia, los estados operatorios pueden manifestarse ante traumatismos diversos como son cambios familiares, circunstancias exteriores desfavorables (infecciones, intoxicaciones), ausencia o alteración de la función materna, o bien una combinación entre ellos.

Según M. FAIN (KREISLER, 1974), en el niño este tipo de actividad no es igual que en el adulto, ya que en el primero, la actividad mental no está organizada desde el principio, se puede ver actividad práctica utilitaria en los juegos, las lecturas, etc. Considera que una "actividad es operatoria sólo cuando no se relaciona con un contacto afectivo". La diferencia importante con los adultos es la reversibilidad de los "comportamientos anafectivos" (KREISLER, 1985).

Proponen como medidas profilácticas de personalidades psicósomáticas, actividades que garanticen la integridad de la función fantasmática en el niño.

3.4. ALEXITIMIA Y PENSAMIENTO OPERATORIO

Después del recorrido seguido hasta aquí, podemos observar las importantes concordancias que se establecen entre estos dos conceptos.

Ya vimos como los autores de la escuela francesa encabezada por P. Marty, en 1963, presentan sus experiencias clínicas con pacientes que padecían enfermedades físicas, en los que observaban al entrevistarlos una escasa capacidad para fantasear, poca imaginación y un pensamiento muy prosaico, ceñido a la realidad y lleno de detalles referentes al mundo externo. A esta forma de pensamiento denominan "pensée opératoire".

Ajeno a estos trabajos, Nemiah y Sifneos, en los años 70, encuentran en sus pacientes psicossomáticos rasgos similares a los descritos por los anteriores autores, una disminuida capacidad para la fantasía y una gran dificultad para expresar sus sentimientos más internos, lo que volvía su forma de comunicación muy poco expresiva y monótona. Introdujo el concepto de alexitimia para denominar este trastorno.

Otros muchos autores, como ya hemos visto, han ido aportando diferentes teorías referentes a estos conceptos y podríamos concluir diciendo que posiblemente se trate del mismo fenómeno ya que sus rasgos clínicos y

psicopatológicos se superponen o se complementan, y formarían un terreno propicio para el desencadenamiento de enfermedades psicosomáticas. Lo que les diferencia a ambos conceptos es la aplicación a la descripción evolutiva, cognitiva y de funcionamiento del aparato psíquico para el pensamiento operatorio, mientras que la alexitimia expresa una cualidad del funcionamiento afectivo de tipo semiológico, descriptivo y psicopatológico (Tabla 1).

4. HIPOTESIS Y OBJETIVOS

4. HIPOTESIS

4.1. HIPOTESIS.

En la etapa de la infancia comprendida entre los 7 y los 12 años, el niño se sitúa en un pensamiento operatorio, es decir: cierta dificultad en reconocer y verbalizar los afectos y emociones, por tanto, dichos afectos tienden a expresarse prioritariamente a nivel corporal y en menor medida de forma conductual.

Por lo tanto: a mayor componente alexitímico, cuya forma de expresión sea la clínica psicósomática, el índice de reactividad ante situaciones de estrés, será fundamentalmente de tipo corporal.

De forma pragmática, si ya existe un proceso somático como es el asma, en dicho proceso existirá una exacerbación de los componentes operatorios y alexitímicos propios de esa etapa evolutiva.

4.2. OBJETIVOS

4.2.1. GENERALES:

4.2.1.1. Investigar el funcionamiento mental y emocional de diferentes formas de expresión de la conducta infantil en la etapa de 7 a 12 años en comparación con aquellos que presenten clínica asmática específica.

4.2.1.2. Caracterizar el funcionamiento mental y emocional de los niños/as que presenten clínica asmática activa en la edad de 7 a 12 años.

4.2.1.3. Actualizar los diferentes estudios de investigación que se han realizado sobre el tema.

4.2.1.4. Obtener información que pueda ser protocolizada con finalidades terapéuticas y preventivas.

4.2.2. ESPECIFICOS:

4.2.2.1. Valorar la forma de expresión psicósomática de la alexitimia en la infancia y adolescencia.

4.2.2.2. Adaptar y validar en la infancia y adolescencia el Test de Alexitimia de Toronto (TAS), con el permiso de sus autores.

4.2.2.3. Comparar las diferentes expresiones terminológicas usadas (Alexitimia, pensamiento operatorio...) desde la perspectiva genetista, clínica y psicopatológica.

4.2.2.4. Analizar diferentes funcionamientos mentales en diversos grupos de niños/as en distintas situaciones para evaluar las formas de expresión conductual y sus posibles diferencias.

5. MATERIAL Y METODO

5.1.MATERIAL

5.1.1. MUESTRA

La muestra recogida para nuestro estudio consta de 120 niños en total, 51 niños y 69 niñas, de edades comprendidas entre 7 y 12 años, con una edad media de 9.5 años, escogidos al azar y pertenecientes al Distrito Sanitario Andévalo Central-Cuenca Minera, en la provincia de Huelva.

5.1.1.1. Descripción de la zona:

Según el anuario del Distrito de 1992:

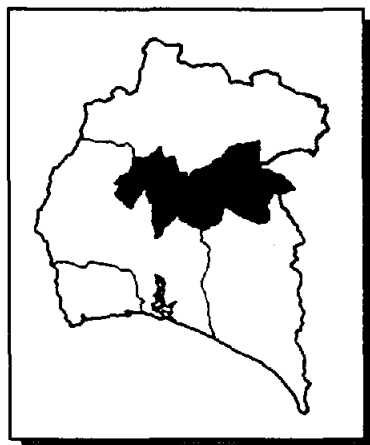
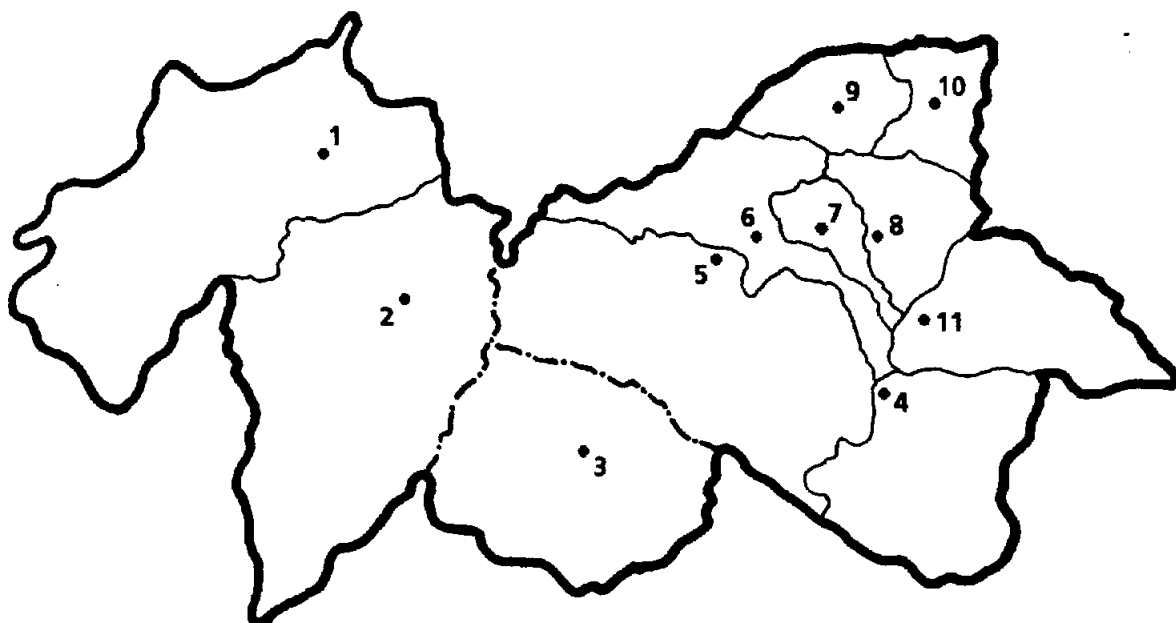
5.1.1.1.1. Datos geográficos:

- Municipios que lo componen:

Valverde del Camino, Calañas, El Cerro de Andévalo, Nerva, Minas de Río Tinto, Zalamea la Real, El Campillo, Campofrío, La Granada de Río Tinto, Berrocal y El Madroño.

Otras entidades menores: Sotiel Coronada, La Zarza, El Perrunal, Valdelamusa, San Telmo, Cueva de la Mora, Monteblanco, Las Delgadas, La

DISTRITO SANITARIO DE ANDEVALO CENTRAL (HUELVA)



1. El Cerro
2. Calañas
3. Valverde del Camino
4. Berrocal
5. Zalamea la Real
6. El Campillo
7. Minas de Riotinto
8. Nerva
9. Campo Frio
10. La Granada
11. El Madroño

Dehesa, Monte Sorromero, El Buitrón, El Pozuelo, El Membrillo Alto, Marigenta, El Villar, Traslasierra, Las Ventas de Arriba, El Alamo, Juan Antón, Juan Gallego, Villagordo, El Patrás y Minas Concepción.

- Disponemos de un Hospital Comarcal de referencia situado en Minas de Río Tinto.

- Dispositivo de Apoyo:

- Unidad de Salud Mental, ubicada en el Centro de Salud de Minas de Río Tinto.

- Unidad de Radiodiagnóstico, ubicada en el Centro de Salud de Valverde del Camino.

- Unidad de Alergia, situada en el Ambulatorio Virgen de la Cinta de Huelva.

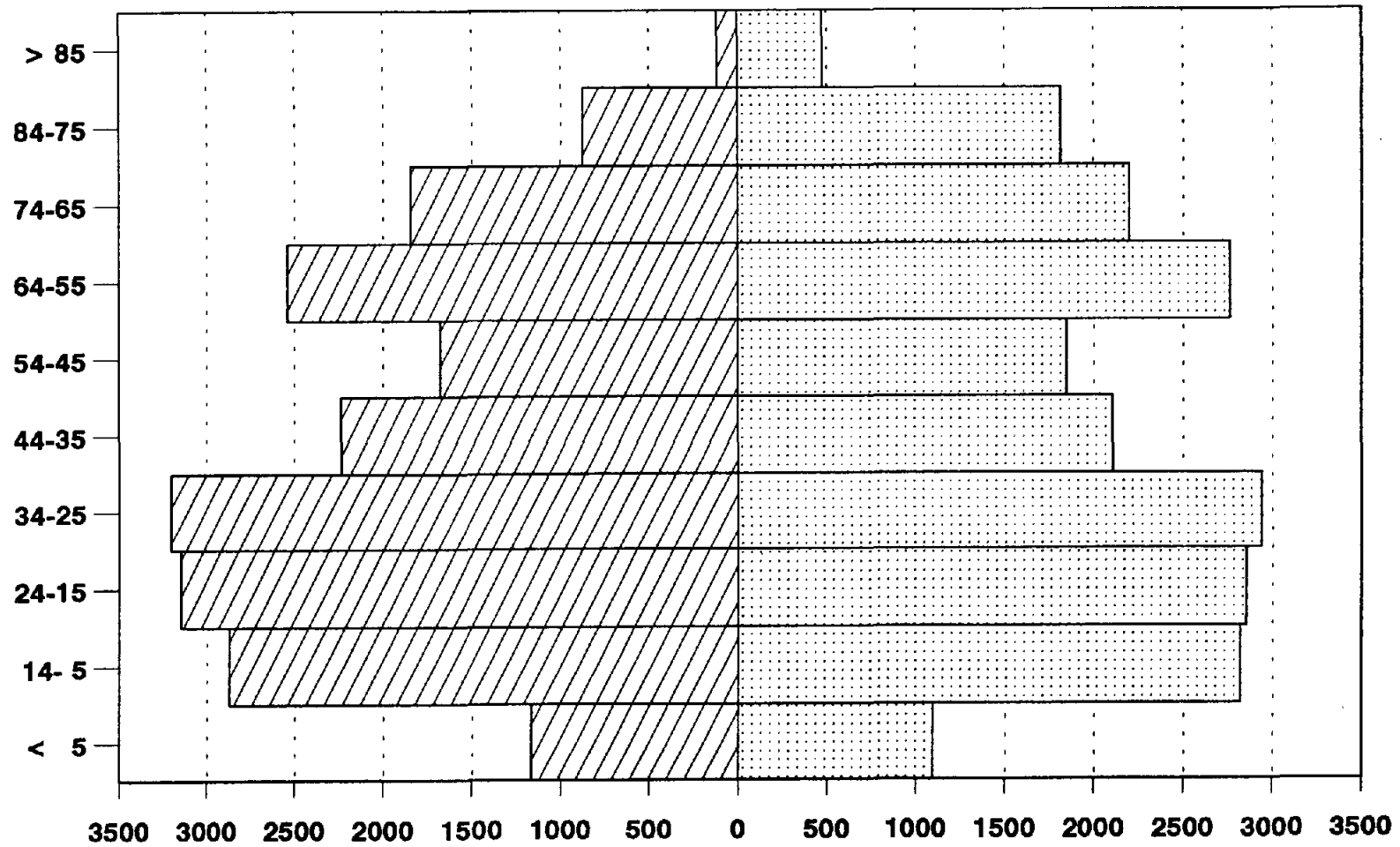
5.1.1.1.2. Datos Demográficos:

- Población atendida por el Equipo Básico de Atención Primaria:
42.810 personas.

PIRAMIDE DE POBLACION

DISTRITO ANDEVALO CENTRAL-CUENCA MINERA

AÑOS DE EDAD



▨ HOMBRES ▩ MUJERES

- Menores de 1 año: 442.

- De 1 a 9 años: 4.459.

- De 5 a 14 años: 5.644, de los cuales 2.868 son niños y 2.776 son niñas.

- Mujeres en edad fértil (15-49 años): 9.322.

- Tasa de envejecimiento. 17,51.

- Crecimiento vegetativo (nacidos/fallecidos): - 0,1%.

5.1.1.1.3. Datos Socio-Económicos:

- Densidad habitantes/ Km^2 : 51,3

- Población activa (16-65 años): 26.504.

- Población ocupada: 16.411.

- Sector primario: 2.125.

- " secundario: 8.947.

- " terciario: 5.339.

- Nivel de instrucción:

- Analfabetos: 2.318.

- Sin estudios: 10.112.

- Primarios: 19.577.

- Medios: 1.858.

- Superiores: 900.

- Sin datos: 72.

- Núcleos socio-culturales marginales de población (datos aproximados):

- Familias atendidas por Servicios Sociales: 93

- Niños que acuden al Centro de día: 58 (1ª visita)

- Asentamientos chabolistas (chabolas como tal no existen, pero nos referimos a viviendas cuyas características se acercan mucho a dicha definición): 30.

5.1.1.2. Criterios de homogeneidad:

5.1.1.2.1. Para toda la muestra:

- Edad comprendida entre siete y doce años.

- Zona territorial descrita.

5.1.1.2.2. Para cada grupo:

La cualidad que le incluye en su grupo, es decir, ser asmático para el primero, ser de salud mental para el segundo, pediátrico para el tercero y escolares para el cuarto. Así tenemos:

- Grupo experimental:

Asmáticos (Grupo 1)

- Grupo control:

Salud Mental (Grupo 2)

Pediatría General (Grupo 3)

Colegio (Grupo 4)

5.1.1.3. Selección:

Seleccionamos 30 niños por grupo para poder utilizar pruebas paramétricas.

Aplicamos los criterios de homogeneidad descritos con anterioridad y la selección fundamental fue al azar utilizada de la siguiente manera:

1. Para el Grupo 1, compuesto por 30 niños asmáticos, acudimos al Servicio de Alergología del Ambulatorio Virgen de la Cinta del cual depende

dicha población a nivel de esta especialidad. De ahí obtuvimos, un número suficiente de niños con estas características y siempre pertenecientes a dicho Distrito Sanitario. Posteriormente, mediante llamadas telefónicas o por correo (**Anexo I**), nos pusimos en contacto con las familias correspondientes para explicarles el contenido de nuestro trabajo y concertar las citas respectivas.

2. Para el Grupo 2, compuesto de 30 niños de salud mental, seguimos la misma pauta en el Centro de Salud Mental correspondiente, añadiendo como un criterio de selección más que ningún niño perteneciera al grupo anterior.

3. Igualmente para el Grupo 3, nos acercamos a la distintas consultas de Pediatría General de la zona y recogimos la muestra oportuna, descartando también que los niños no pertenecieran a ninguno de los dos grupos anteriores.

4. Para el 4º Grupo, previa información a los Directores de distintos colegios de la zona, llevamos a cabo una pauta similar a las anteriores, al azar y excluyéndolos de los tres grupos previos.

Así obtuvimos la muestra cuya distribución por **sexo y edad** para los distintos **grupos** la podemos ver en las **Tablas 2 y 3** respectivamente.

5.1.2. INSTRUMENTOS

Nuestro método consiste en una Investigación clínico-epidemiológica sobre el grupo experimental y los grupos controles. Para ello usamos los siguientes instrumentos:

5.1.2.1. Test de Alexitimia de Toronto (TAS), adaptado para la infancia por nosotros y con el correspondiente permiso de los autores. (Anexo II).

Esta escala, de la que hemos hablado ampliamente en el apartado anterior referente a la Revisión Bibliográfica de la Alexitimia(3.2), pretende medir fundamentalmente:

- . La capacidad para identificar y distinguir sentimientos y sensaciones corporales,
- . poder expresarlos verbalmente,
- . capacidad para fantasear y
- . forma de pensamiento basada en hechos muy concretos.

El test es autoadministrable, si bien en presencia del entrevistador

que en algunas ocasiones debió explicar sencillamente el contenido de los items, sobre todo a los más pequeños.

5.1.2.2. Entrevista Clínica Semiestructurada (ESPI),

PEDREIRA, 1991. (Anexo III).

Hemos utilizado la Entrevista Clínica Semiestructurada por su gran valor en los procesos de evaluación y exploración psicodiagnósticos.

La ESPI consta de varios ficheros, que como veremos, nos permite la recogida de una serie de datos o variables que nosotros utilizaremos con fines exclusivamente de investigación.

A través de ella obtenemos información sobre la vivencia general de cómo es ese niño, la contextualización histórica del mismo en el seno de la familia y en el conjunto de la historia de las figuras parentales, la vivencia del cuerpo, las relaciones con los otros, etc.

Los ficheros que la componen son los siguientes:

- el Fichero 1 incluye: datos de filiación, recorrido previo, escolarización, convivencia, nivel socio-económico y cambios familiares;

- el Fichero 2, que hemos dividido en cuatro apartados o ejes, recoge: fenomenología y psicopatología, psicósomática, nivel intelectual y su instrumentalización, y características socio-familiares.

La entrevista se pasó a los padres, de forma coloquial, aunque siguiendo el cuestionario para que ninguna parcela fuese omitida en la investigación, y siempre en presencia del niño/a.

5.1.2.3. Índice de Reactividad al Estrés en la Infancia (IRE-IJ), adaptado para la infancia por PEDREIRA del IRE de GONZALEZ DE RIVERA (1981) (**Anexo IV**).

Se trata de un cuestionario que se puede pasar desde los 6-7 años hasta los 15-16 años de edad.

En muchas ocasiones lo realizó el propio niño/a utilizando las hojas correspondientes a la escala, pero en los más pequeños/as, el profesional encargado lo cumplimentó, de una forma sencilla, comprensible y siempre evitando hacer las preguntas tipo encuesta.

Previamente explicamos, de forma sucinta y fácil de comprender, qué es el estrés poniendo algunos ejemplos de sus manifestaciones como pueden ser: sensación de nerviosismo sin saber bien lo que es, sensación de inquietud, etc.

Debemos considerar que el funcionamiento mental del niño/a en estas

etapas evolutivas es muy operatorio, por lo que muchas veces nos encontraremos la expresión del estrés de forma "actuada".

A través del IRE-IJ, las formas de expresión de la ansiedad en la infancia, se pueden agrupar en torno a tres factores:

- FACTOR I: Expresión Conductual de la Ansiedad: Items 1, 9, 15, 16, 17, 24, 30.

- FACTOR II: Expresión Somatizada de la Ansiedad: Items 2, 4, 5, 7, 8,10, 12, 13, 14, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 31.

- FACTOR III: Expresión Emocional de la Ansiedad: Items 3, 6, 11, 15, 16, 18, 26, 27, 28, 29, 32.

5.2. METODO. PROCEDIMIENTO ESTADISTICO

Para el procesamiento de los datos nos hemos servido de un PC marca ATARI ABC 286/30.

Los datos extraídos con los distintos instrumentos (TAS, ESPI, IRE-IJ) los agrupamos en varios ficheros para poder crear las distintas bases de datos, usando el programa d-BASE III PLUS. Estas bases de datos nos servirán posteriormente para acceder a los programas que usamos en el análisis estadístico de los datos (EPI-INFO, SPSS/PC+).

5.2.1. PROPIEDADES PSICOMETRICAS

5.2.1.1. ALPHA DE CROMBACH

La estimación de la consistencia interna de un test basada en una única administración, se ha conseguido mediante el coeficiente alpha:

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum x^2}{\sigma_T^2} \right]$$

Es el coeficiente más comunmente usado y es muy útil cuando los items de los test son binarios. Produce una estimación de la correlación media entre todas las posibles divisiones de una serie de medidas (BELLACK y col., 1989).

Dicho coeficiente, conocido como alpha de Crombach, lo hemos utilizado para valorar la consistencia interna de los distintos test empleados en nuestra investigación, y en todos los casos se aplicó a toda la muestra (n=120).

Según el procedimiento reconocido por EVANS (TAYLOR y col., 1990a), los coeficientes iguales o superior a 0,90, son considerados como indicadores de una buena consistencia, entre 0,9 - 0,75, indica una aceptable consistencia, y menos de 0,74 nos está indicando una consistencia pobre.

Para valorar el grado de consistencia interna de las distintas pruebas usamos el alpha de Cronbach, siendo este coeficiente el más comúnmente usado. Esta fórmula permite valorar la consistencia interna de un test basada en una única administración, muy útil cuando los items de los test son binarios (BELLACK y col., 1989).

5.2.1.2. ANALISIS FACTORIAL DEL TAS

Para realizar el Análisis Factorial del Test de Alexitimia de Toronto adaptado a la edad infanto-juvenil, usamos también el paquete estadístico SPSS/PC+, y se le aplicó a toda la muestra estudiada (n=120).

Con el fin de reducir el conjunto de items de dicha prueba y poder así describir e interpretar un número más manejable de "variables estructurales" que por su mayor relevancia conceptual nos permitan explicar la variabilidad de dichos items, aplicamos una técnica de reducción de variables: el análisis factorial. Éste simplifica la estructura de los datos, sin obedecer a un modelo fijado *a priori*, para poder explicar con pocos factores la mayor parte de la información que contienen las variables. Esta técnica está orientada a explicar, en el sentido de la regresión lineal, la mayor proporción de la varianza de las variables originales mediante el menor número posible de factores (CAYUELA y col., 1990; GONZALEZ-LOPEZ VALCARCEL, 1991).

Como método de extracción hemos utilizado el de componentes principales, donde éstos se extraen de forma que el primer componente principal tenga en cuenta el mayor porcentaje de la varianza de los datos. El segundo componente principal, es aquella combinación lineal de las

variables observadas que no está correlacionada con la primera combinación lineal y que tiene en cuenta la máxima cantidad de la variación total restante no considerada en el primer componente. En general, la *n*-ésima componente principal es la combinación lineal ponderada de las variables que tiene la varianza más grande de todas las combinaciones lineales que no están correlacionadas con todos los componentes previamente extraídos.

El criterio que hemos usado para la retención de componentes principales ha sido el de "raíz mayor que 1" (se retienen aquellos componentes con autovalores mayores que 1).

Posteriormente se procede a la transformación de la matriz original mediante rotación *varimax* de los ejes factoriales extraídos de tal forma que los factores obtenidos tengan altas saturaciones en pocas variables.

La aplicación de este modelo de análisis multivariante nos va a permitir reducir la dimensión de la matriz de datos facilitando su interpretación.

5.2.2. ANALISIS DESCRIPTIVO

A fin de obtener el análisis descriptivo de los datos recogidos, recurrimos al programa EPI-INFO.

Analizamos los distintos items recogidos con los tres instrumentos usados.

En primer lugar comparamos el grupo de asmáticos (Grupo 1) con un grupo compuesto por los 90 niños restantes (Grupo 2, 3 y 4).

Posteriormente el grupo de salud mental (Grupo 2), con los 90 restantes (Grupos 1, 3 y 4).

Luego el grupo pediátrico (Grupo 3) con los otros 90 (Grupos 1, 2 y 4), y por último el 4º grupo, los escolares, comparado con el compuesto por los 90 restantes (Grupos 1, 2 y 3).

También realizamos el análisis que nos aportó las tablas cruzadas de los cuatro grupos.

Para las comparaciones de proporciones se utilizó el test de la "Chi-cuadrado". En los casos que fue necesario se utilizó el test exacto de Fisher (frecuencia esperada menor de 5). El nivel de significancia estadística se estableció en el 5% ($\alpha=0.05$), si bien, tuvimos en cuenta otros valores que sin ser estadísticamente significativos, nos parecieron importantes señalar ($p=0.1$).

6. RESULTADOS

6.1. RESULTADOS DE LAS PROPIEDADES PSICOMETRICAS:

Los resultados obtenidos de las propiedades psicométricas de los test son los siguientes:

6.1.1. ALPHA DE CRONBACH:

Los valores obtenidos para las distintas pruebas (Tabla 2), aplicados a toda la muestra (n=120), son los siguientes:

- . Alpha de Crombach para la TAS:-IJ: 0,94
- . Alpha de Crombach para el IRE-IJ: 0,78
- . Para la ESPI, dado el gran n^o de variables que posee, no hemos podido realizar la prueba con los métodos que disponemos actualmente.

Para la ESPI, dado el gran número de variables que posee, no hemos podido realizar la prueba con los métodos que disponemos actualmente.

6.1.2. ANALISIS FACTORIAL DEL TAS:

Los resultados del análisis factorial del TAS aparecen en el **Anexo V**. Este redujo los 26 items en cuatro factores con autovalores mayores que 1.

Estos explicaban el 88.2% de la varianza.

Uno de los mejores estimadores de la importancia global de cualquier variable en el análisis factorial, es el valor de su comunalidad (coeficiente de correlación múltiple de una variable respecto de las restantes). Hemos tenido en cuenta los items que posean una comunalidad mayor de 0.75.

Según esto, nuestro test queda agrupado de hecho en dos factores, ya que los dos restantes agrupa sólo un item aislado cada uno.

Ambos factores recogen los items relacionados con la capacidad para discriminar entre sensaciones corporales y sentimientos y la capacidad para describirlos, así como hacia los demás. El resto se refiere a la capacidad para fantasear y el pensamiento orientado hacia el exterior.

6.2. RESULTADOS DEL ANALISIS DESCRIPTIVO:

Pasamos a describir los resultados obtenidos tras el análisis estadístico de la muestra, exponiendo los que son estadísticamente significativo ($p < 0.05$) y aquellos que aún no llegando al grado de significación estadística, nos han parecido de interés por su peso dentro del grupo/os y/o lo que pudiera representar ($p = 0.1$).

Primero detallaremos los resultados por grupo, edad y sexo y posteriormente, por grupos y según los distintos instrumentos empleados.

Son los siguientes:

- La distribución de la muestra en cuanto a **grupo y sexo (Tabla 3)**, es la que sigue:

69 niñas (57.5%): 12 asmáticas (17.4%), 17 de salud mental (24.6%), 21 de pediatría (30.4%) y 19 del grupo escolar (27.5%).

51 niños (42.5%): 18 del grupo asmático (35.3%), 13 de salud mental (25.5%), 9 niños pediátricos (17.6%) y 11 escolares (21.5%).

- En cuanto a la distribución por **edades** según los distintos **grupos (Tabla 4)**:

Encontramos 17 niños/as de 7 años de edad, lo que supone en porcentaje el 14.2% del total de la muestra; de ellos: 4 son asmáticos/as (13.3%), 5 de salud mental (16.7%), 4 son de pediatría (el 13.3%) y 4 escolares (13.3%).

De 8 años de edad tenemos 19 niños/as (15.8%): 4 asmáticos/as (13.3%), 4 de salud mental (13.3%), 5 de pediatría (16.7%) y 6 escolares (20.0%).

De 9 años, 22 (18.3%): 7 niños/as asmáticos/as (23.3%), 5 de salud mental (16.7%), 4 pediátricos (13.3%) y 6 escolares (20.0%).

27 niños/as (22.5%) tienen 10 años: 8 asmáticos/as (26.7%), 6 (20.0%) de salud mental, 7 pediátricos (23.3%) y 6 escolares (20.0%).

De 11 años de edad, 20 niños/as, el 16.7% del total: 4 son asmáticos/as (13.3%), 4 de salud mental (13.3%), 7 pediátricos (23.3%) y 5 (16.7%) escolares.

De 12 años, 15 niños/as (12.5%): 3 son asmáticos/as (10.0%), 6 de salud mental (20.0%), 3 (10.0%) pediátricos y 3 escolares (10.0%).

Ahora veremos los resultados obtenidos con la **Entrevista Clínica Semiestructurada (ESPI)** y sus distintos ejes, en el grupo de **niños/as asmáticos** (Grupo 1) frente al grupo de los no asmáticos (compuesto por los otros 90 niños/as):

- En relación con aspectos de la **convivencia** de estos niños/as (Tabla 5) sólo nos ha llamado la atención uno de ellos y es que 4 asmáticos (13.3%) conviven con la madre sola, mientras que en el otro grupo lo hacen 5 niños/as (5.6%), ($p= 0.1$).

- Dentro del eje de **Fenomenología y Psicopatología** y en cuanto a las **reacciones comportamentales de acción** (Tabla 6), 2 niños/as asmáticos (6.7%) se muestran caprichosos frente a 20 (22.2%) del otro grupo que también presentan esta característica, ($X^2=3.61$ y $p=0.05$).

Aparecen cóleras en el 10.0% de los niños/as asmáticos y en el 25.6% de los no asmáticos, ($X^2=3.18$ y $p=0.07$).

Son poco tolerantes a la frustración 7 asmáticos (23.3%) frente a 39 no asmáticos (43.3%) que también lo son, ($X^2=3.78$ y $p=0.05$). Este aspecto, junto con los dos anteriores a pesar de no estar en el rango de la significación estadística, nos parecen de gran interés.

- Dentro del mismo eje y en cuanto a las **reacciones comportamentales de inhibición** (Tabla 7), hemos observado que el 50.0% de los niños/as asmáticos muestran timidez, como así mismo la presentan el 36.7% del otro grupo, ($X^2=1.65$ y $p=0.1$).

La característica de dominado la hemos recogido en 4 asmáticos, el 13.3%, mientras que en el otro grupo no la hallamos en ningún niño, ($p<0.05$).

Cuando nos acercamos a la cuestión de si estos niños/as son obedientes o no, para el 40.0% de los asmáticos fue afirmativa y sólo en el 13.3% de los no asmáticos también lo fue, ($X^2=9.92$ y $p<0.05$).

- Siguiendo en el mismo eje y en las **reacciones de ansiedad** (Tabla 8), hemos encontrado a 5 asmáticos (16.7%) con este tipo de reacciones en el campo de las relaciones interpersonales y en 5 niños/as no asmáticos (5.6%), ($p=0.06$).

- Sin desviarnos de la Fenomenología y Psicopatología, dentro del apartado de las **somatizaciones** (Tabla 9), el 10.0% de los niños/as asmáticos presentan abdominalgias mientras que en el otro grupo la vemos en el 24.4%, ($X^2=2.82$ y $p=0.09$).

Un mayor número de niños/as asmáticos, 8 en total (26.6%) presentan también otro tipo de somatizaciones, lo mismo que 12 no asmáticos (13.3%), ($X^2=2.86$ y $p=0.09$).

- Otros aspectos destacables dentro del mismo eje (**Tabla 10**) son las **reacciones de duelo**, que la muestran 6 niños/as asmáticos (20.0%) y 6 no asmáticos, un 6.7% ($p < 0.05$), y

La **traumatofilia** que aparece en el 33.3% de los asmáticos y en el 21.1% de los no asmáticos ($X^2 = 1.82$ y $p = 0.1$).

- En el eje de **Psicosomática** y en el apartado de **Urología** (**Tabla 11**), hemos encontrado malformaciones urológicas menores en 2 niños asmáticos (6.7%) y en 1 niño no asmático (1.1%), ($p = 0.1$).

- En el mismo eje, no hemos encontrado ningún niño/a asmático con **problemas reumatológicos** (**Tabla 12**), mientras que en el otro grupo hallamos 10 niños/as (11.1%) que alguna vez en su vida habían presentado síntomas en este campo, aunque no se han especificado ($p < 0.05$).

- Sin apartarnos de la **Psicosomática** y dentro de la **Traumatología** (**Tabla 13**), destacamos un 10.0% de los asmáticos con alteraciones menores de los miembros (genu valgo, pies planos, etc), frente al 21.1% de los no asmáticos que también las presentan, ($X^2 = 1.84$ y $p = 0.1$).

Con un valor estadísticamente significativo encontramos los dolores

de columna que aparecen en 6 asmáticos (20.0%), y que solo observamos en el 6.7% de los no asmáticos, ($p < 0.05$).

- En el mismo eje y dentro de las **alergias (Tabla 14)**, destacamos el asma que por supuesto presentan los 30 niños/as asmáticos, el 100.0%, y ninguno no asmático, un 0.0% (Fisher y $p < 0.05$).

Las alergias alimentarias, son más frecuentes en los niños/as asmáticos, el 6.7%, que en los no asmáticos, 1.1%, aunque esta diferencia no es significativa estadísticamente, ($p = 0.1$).

- Para finalizar el apartado de la Psicopatología, en cuanto al **Aparato Respiratorio y ORL** se refiere (Tabla 15), el 60.0% de los niños/as asmáticos presentan tos y catarros de repetición, como era de esperar, en cambio solo aparecen estos síntomas en el 16.7% de los no asmáticos, ($X^2 = 21.01$ y $p < 0.05$).

En el primer grupo, 6 niños/as (20.0%) tenían problemas de amígdalas y/o habían sido amigdalectomizados, mientras que esto representaba para el otro grupo el 8.9%, ($p = 0.09$).

- Pasando al eje de **nivel intelectual y su instrumentalización**

(Tabla 16), el 13.3% de los niños/as asmáticos muestran disortografía, lo que en el otro grupo es el 4.4%, ($p=0.1$).

Presentan dificultades en áreas escolares específicas 6 niños/as asmáticos (20.0%) y 9 no asmáticos (10.0%),($p=0.1$).

- En relación a las **características socio-familiares** (Tabla 17), hemos encontrado celos y rivalidad con los hermanos en el 43.3% de los asmáticos y en el 57.8% de los no asmáticos, no siendo esta diferencia muy llamativa, ($X^2=1.88$ y $p=0.1$).

Tampoco lo es en lo que se refiere a los malos tratos por parte del padre a la familia que hemos encontrado en 2 niños/as asmáticos (6.7%) y en 1 niño no asmático (1.1%), ($p=0.1$).

Las madres del 16.7% de los asmáticos tienen problemas de depresión y distimia, mientras que estos aparecen en el 31.1% de las del otro grupo, ($X^2=2.33$ y $p=1$).

Pasamos a describir ahora los resultados obtenidos del análisis estadístico del **grupo de salud mental** frente a los otros 90 niños/as agrupados (**Anexo VI**), usando como instrumento la **ESPI**:

- En lo que se refiere a la **escolarización (Anexo VI,1)**, 24 niños/as del grupo de salud mental (80.0%) asisten al curso que corresponde a su edad, mientras que del otro grupo lo hacen 83 (92.2%), dato que nos llama la atención sin ser estadísticamente significativo, ($p=0.06$).

Retrasado en algún curso al que debiera corresponder por su edad, están 6 niños/as de salud mental (20.0%), frente a 7 (7.8%) de los restantes que también lo están, ($p=0.06$).

3 niños/as de salud mental (10.0%) precisan apoyos específicos, bien sean dentro o fuera del centro escolar y excluyendo las actividades extraescolares, mientras que en los restantes no encontramos ninguno con este tipo de necesidades, ($p<0.05$).

- En cuanto a la **convivencia (Anexo VI, 2)**, hallamos 3 niños/as de salud mental (10.0%) en instituciones (internado y/o de tipo social) y no hemos encontrado a ninguno del otro grupo en estas condiciones, ($p<0.05$).

- Es de señalar como el **nivel socio-económico de los padres (Anexo VI, 3)** del 30.0% de los niños/as de salud mental es medio-medio (titulados medios o equivalentes, administrativos, funcionarios, cuadros medios), en tanto que recogemos este nivel en el 13.3% de los padres de los

niños/as que no pertenecen a este grupo, ($X^2=4.29$ y $p<0.05$).

En la misma tabla observamos nivel bajo-bajo (obreros sin cualificar, peones no cualificados, pensionistas, parados) en los padres del 23.3% del primer grupo, mientras esto mismo lo vemos en el 40.0% de los del segundo, ($X^2=2.70$ y $p=0.1$).

- Respecto a las situaciones de **cambio familiar (Anexo VI, 4)**, encontramos separación/divorcio de las figuras parentales en 4 niños/as de salud mental (13.3%) y en 3 niños/as del grupo no salud mental (3.3%), ($p=0.06$).

Pasamos a describir ahora el eje de **Fenomenología y Psicopatología:**

- En el 20.0% de los niños/as de salud mental recogimos **dificultades madurativas** centradas en los problemas del lenguaje (**Anexo VI, 5**), mucho más frecuentes que en los otros niños/as, en los que hallamos sólo el 4.4%, ($p<0.05$).

- En relación a las **reacciones comportamentales de acción**

(Anexo VI, 6), 13 niños/as de salud mental (43.3%) muestran nerviosismo, observándose este mismo aspecto en 25 del otro grupo (27.8%), ($X^2=2.50$ y $p=0.1$).

Nos encontramos con el 40.0% de los niños/as del primer grupo catalogados por sus padres como desobedientes, mientras que este rasgo lo hallamos solamente en el 16.7% del segundo, ($X^2=6.97$ y $p<0.05$).

Inquietos el 46.7% de salud mental, no apareciendo esta característica más que en el 22.2% del resto de los niños/as, ($X^2=6.57$ y $p<0.05$).

Igualmente encontramos rabietas en 12 niños/as de salud mental (40.0%), frente a los 18 (20.0%) que la presentan en el otro grupo, ($X^2=4.76$ y $p<0.05$).

Finalmente, en el 40.0% de los niños/as pertenecientes al primer grupo, recogimos cóleras, suponiendo esto mismo para el otro grupo el 15.6%, ($X^2=7.86$ y $p<0.05$).

- Adentrándonos en las **reacciones comportamentales de inhibición** (Anexo VI, 7), hemos observado retraimiento en 10 niños/as de

salud mental (33.3%) y en 18 del otro grupo (20.0%), ($X^2=2.22$ y $p=0.1$).

Del primer grupo hemos recogido amaneramientos en el 10.0% de los niños/as y esta misma característica en el 1.1% del segundo, ($p<0.05$).

Lentitud en 4 niños/as de salud mental (13.3%) y en 5 de los restantes (5.6%), ($p=0.1$).

No encontramos el rasgo de obediente en ningún niño de salud mental y si la encontramos en 24 niños/as del otro grupo (26.7%), ($X^2=9.92$ y $p<0.05$).

- Sin salirnos de la Fenomenología y Psicopatología, nos vamos a referir a las **reacciones de ansiedad (Anexo VI, 8)**, que hemos encontrado en el 50.0% de los niños/as de salud mental en lo que respecta a la nocturnas, en tanto que esto no aparece más que en el 24.4% del resto, ($X^2=6.83$ y $p<0.05$).

Reacciones psicomotoras-tics las vemos en 6 del primer grupo (20.0%), frente a 4 del segundo (4.4%), ($p<0.05$).

En el 33.3% de los niños/as recogidos de salud mental detectamos

distintos tipos de fobias, siendo esto para el otro grupo del 18.9%, ($X^2=2.67$ y $p=0.1$).

Encontramos que ante la separación, 11 niños/as del primer grupo (36.7%) mostraban reacciones de ansiedad, frente a los 21 del segundo (23.3%) que también la presentaban, ($X^2=2.03$ y $p=0.1$).

Para terminar con las reacciones de ansiedad, observamos ansiedad difusa o miedos difusos en el 50.0% de los niños/as de salud mental, más frecuente que en el grupo restante en el que la proporción es del 27.8%, ($X^2=4.96$ y $p<0.05$).

- En el apartado de las **disforias** (Anexo VI, 9), en relación al ambiente familiar la presenta el 40.0% del grupo de salud mental, mientras que en el otro grupo solo aparece en el 20.0%, ($X^2=4.76$ y $p<0.05$).

En otros ambientes, entre los que se incluye el escolar, la muestran 3 del primer grupo (10.0%), y 1 solo niño (1.1%) del segundo, ($p<0.05$).

Y en general en todos los ambientes, el 16.7% de los encuestados de salud mental y el 1.1% del grupo que no es salud mental, siendo estos datos significativos estadísticamente, ($p<0.05$).

- En cuanto a las **reacciones depresivas (Anexo VI, 10)**, 7 niños/as de salud mental (23.3%) las presentan en lo que se refiere al esquema y a las vivencias corporales, hallándose esto mismo en 10 niños/as del otro grupo (11.1%), ($p=0.09$).

Con reacciones depresivas referidas al ámbito de las realizaciones prácticas, nos hemos encontrado al 10.0% del grupo de salud mental, mientras que esto es así en el 2.2% del otro grupo, ($p=0.09$).

- Sin alejarnos del eje de la Fenomenología y la Psicopatología, vamos a describir los resultados obtenidos en relación con las **somatizaciones (Anexo VI, 11)**:

Presentan cefaleas con cierta frecuencia 12 niños/as de salud mental (40.0%), mientras que en los otros aparece este síntoma en el 24.4%, ($X^2=2.66$ y $p=0.1$).

El 30.0% del primer grupo muestra abdominalgias y en el segundo, el 17.8% ($X^2=2.02$ y $p=0.1$).

Y cuando preguntamos por otro tipo de dolores o algias diversas, en 7 niños/as del grupo de salud mental (23.3%) la respuesta fue afirmativa, lo

mismo que en 9 de los restantes (10.0%), ($p=0.06$).

- Para finalizar este eje y en el apartado Otros (**Anexo VI, 12**), encontramos **reacciones de duelo** en 5 niños/as de salud mental (16.7%) y en 7 del otro grupo (7.8%) ($p=0.1$).

Las **amenazas o intento de suicidio** aparecen de manera estadísticamente significativa en el 10.0% del grupo primero, no hallándose en ninguno del segundo, ($p<0.05$).

En relación a los **malos tratos** psíquicos inferidos a los pequeños, fueron los de salud mental los más afectados, el 6.7% frente al 1.1% del grupo no salud mental, ($p=0.1$).

En los malos tratos familiares también son los del primer grupo los que más sufren este problema en nuestra muestra, el 13.3%, mientras que para los otros supone el 1.1%, ($p<0.05$).

Hospitalizaciones repetidas las encontramos en 8 niños/as del grupo de salud mental (6.7%) frente a los 11 del otro grupo (12.2%), ($p=0.06$).

Aparece **masturbación** en 3 (10.0%) de salud mental y en 22 de los restantes (24.4%), ($X^2=2.82$ y $p=0.09$).

- Entrando en el eje de **Psicosomática**, vamos a describir los resultados que se refieren a los **aspectos neurológicos (Anexo VI, 13)**. Hemos encontrados que el 26.7% de los niños/as de salud mental tenían tics, mientras que en el otro grupo esto supone el 6.7%, ($p<0.05$), y

Paresias 5 niños/as del primer grupo (16.7%) y 2 niños/as del segundo (2.2%), ($p<0.05$).

- En el mismo eje y en cuanto al **Aparato Digestivo (Anexo VI, 14)**, en el 26.7% de los niños/as de salud mental llama la atención la bulimia, más que en el otro grupo que supone el 14.4%, ($p=0.1$).

Aparece estreñimiento en 5 niños/as del primer grupo (16.7%) y en 8 del segundo (8.9%), ($p=0.1$).

Con diarreas hemos hallado a 2 de salud mental (6.7%) frente a ninguno del otro grupo que presentase este síntoma, ($p=0.06$).

- Continuando en el campo de la Psicosomática, describimos los

resultados de Otros aspectos (**Anexo VI, 15**):

En el apartado de **Urología**, hemos encontrado que el 26.7% de los niños/as de salud mental presentaban enuresis, siendo esto para el otro grupo del 14.4%, ($X^2=2.31$ y $p=0.1$).

En cuanto a **Reumatología**, aparece algún síntoma en 5 niños/as del primer grupo (16.7%) y en 5 del segundo (5.6%), ($p=0.06$).

Alergias en general muestran 4 niños/as del grupo de salud mental (13.3%), teniendo esta característica mucho más peso, como es de esperar, en el otro grupo donde supone el 41.1%, ($X^2=7.65$ y $p<0.05$).

En **Dermatología**, el 16.7% de salud mental tienen eczemas en distintas localizaciones, mientras que en el otro grupo esta proporción es menor, solo del 4.4%, ($p<0.05$).

También en Dermatología, presentan alopecias 3 niños/as del primer grupo (10.0%) y 2 del segundo (2.2%), ($p=0.09$).

- Otros resultados obtenidos el eje de Psicósomática (**Anexo VI, 16**) son:

En cuanto a los **problemas hemato-oncológicos**, encontramos anemias en el 10.0% del grupo de salud mental y no había ningún niño entre los restantes que presentara algún tipo de trastorno en este terreno, ($p<0.05$).

Problemas sensoriales observamos en 3 niños/as del primer grupo (10.0%) y en 20 del segundo (22.2%), ($X^2=2.15$ y $p=0.1$).

Los mismos resultados y porcentajes para los problemas sensoriales con corrección.

- En relación a la **Perinatología (Anexo VI, 17)**, habían presentado sufrimiento fetal agudo, 3 niños/as de salud mental (10.0%), siendo este porcentaje menor para el otro grupo, del 1.1%, ($p<0.05$).

No habían nacido postérmino ningún niño de salud mental y sí lo habían hecho 7 niños/as del grupo restante (7.8%), ($p=0.1$).

Precisaron reanimación neonatal 4 niños/as del primer grupo (13.3%) y 3 del segundo (3.3%), ($p=0.06$).

Estuvieron en incubadora el 20.0% de los niños/as de salud mental y

el 4.4% de los otros, ($p < 0.05$).

- Dentro del eje de **Nivel intelectual y su instrumentalización** (**Anexo VI, 18**) encontramos los siguientes resultados:

Con nivel intelectual normal/superior no hallamos a ningún niño en el primer grupo, sí en el segundo que suponen el 14.4%, ($p < 0.05$).

Con nivel intelectual límite, 6 de salud mental (20.0%) y uno entre los restantes (1.1%), ($p < 0.05$).

El 6.7% de los primeros muestra algún tipo de retraso mental, aunque poco llamativo, mientras que en los otros este rasgo no aparece en ninguno, ($p = 0.06$).

Presentan dificultades en la concentración 4 niños/as de salud mental (13.3%), proporción menor en el otro grupo, que representa el 2.2%, ($p < 0.05$).

Con bajo rendimiento escolar también la diferencia tiene significación estadística a favor de los niños/as del primer grupo, un 40.0%, frente a los restantes que suponían el 4.4%, ($p < 0.05$).

Igualmente ocurre en relación con las dificultades de atención, el 26.7% para los de salud mental y el 3.3% para el resto, ($p < 0.05$).

- En cuanto a las **características socio-familiares (Anexo VI, 19)** del grupo de salud mental respecto al otro compuesto por los 90 niños/as restantes, encontramos los siguientes resultados:

Son primogénitos 6 niños/as del primer grupo (20.0%) y muchos más en el segundo, 36 (40.0%), ($X^2 = 3.92$ y $p < 0.05$).

Benjamines, 12 de salud mental (40.0%), siendo esta proporción en este caso menor para el otro grupo, 22 niños/as (24.4%), ($X^2 = 2.66$ y $p = 0.1$).

Encontramos que el 13.3% de los niños/as de salud mental tienen madres con tratamiento psiquiátrico actual y esto es así en 2 niños/as del segundo (2.2%), siendo la diferencia estadísticamente significativa, ($p < 0.05$).

Del primer grupo, 12 niños/as (40.0%) tienen madre deprimida y distímica, frente a los 21 del otro grupo (23.3%) que también la tienen, ($X^2 = 3.11$ y $p = 0.07$).

Hallamos antecedentes infantiles maternos muy cargados (malos

tratos, abandono, carencias, etc) en 3 de salud mental (10.0%), no apareciendo este problema en ninguno de los otros niños/as, ($p < 0.05$).

- Ahora pasaremos a describir los resultados más destacables que se han obtenido analizando la **ESPI del grupo pediátrico** frente al formado por los otros 90 niños/as (**Anexo VII, 1**):

En cuanto al **nivel socio-económico de los padres**, sobresale el nivel medio-alto (titulados superiores o equivalentes, medianos empresarios o equivalentes) en 3 niños/as del grupo pediátrico (10.0%), siendo así solo para 1 niño del otro grupo (1.1%) ($X^2 = 5.47$ y $p < 0.05$).

En las **reacciones comportamentales de acción**, el 30.0% de los niños/as del grupo pediátrico aparecen como caprichosos, representando este apelativo el 14.4% para el grupo no pediátrico, ($X^2 = 3.61$ y $p = 0.05$).

En cuanto a la **Perinatología**, presentaron bajo peso al nacer 2 niños/as del grupo pediátrico (6.7%) y 1 niño del grupo no pediátrico (1.1%), ($p = 0.1$).

Y dentro de las **características socio-familiares**, son primogénitos

14 niños/as del primer grupo (46.7%) y 28 del segundo (31.1%), no siendo la diferencia muy llamativa, ($X^2=2.37$ y $p=0.1$).

- Del análisis estadístico comparando la **ESPI del grupo de escolares** con otro formado por los restante 90 niños/as, se han obtenido los siguientes resultados (**Anexo VIII, 1**):

En el terreno de la **Perinatología**, necesitaron instrumentalización en el parto 4 niños/as del grupo escolar (13.3%) y 4 niños/as del otro grupo (4.4%), ($p=0.1$).

En cuanto a las **características socio-familiares**, en este grupo tenemos que destacar un rasgo que los diferencia significativamente del resto y es que el 100.0% fueron deseados, frente al 87.8% que también lo fueron en el otro grupo, ($p<0.05$).

Así mismo señalamos la buena tolerancia de las madres a los críos presentada en 29 de los niños/as escolares (96.7%), lo que en grupo no escolar supone el 88.9%, ($p=0.1$).

Ahora pasaremos a describir los resultados obtenidos del análisis estadístico, utilizando como instrumento de medida el **I R E - I J**. Son los

siguientes:

- Para el **grupo de niños/as asmáticos** frente a los no asmáticos (**Tabla 18**), las características que resaltan son:

Afirmaban no tener tantas ganas de comer como antes 6 niños/as asmáticos (20.0%) y 33 del grupo no asmáticos (36.7%), ($X^2=2.83$ y $p=0.09$).

Del primer grupo, 10 niños/as (33.3%) referían que ante cualquier situación de estrés lo mejor es pensar en otra cosa, siendo así para 47 del segundo (52.2%), ($X^2=3.19$ y $p=0.07$).

Náuseas, ganas de vomitar, mareos, como si todo diera vueltas alrededor, aparece en 5 niños/as del grupo asmático (16.7%) y en 29 de no asmáticos (32.2%), ($X^2=2.66$ y $p=0.1$).

Al 16.7% de los asmáticos se les quita las ganas de jugar y pasear con los amigos/as, siendo este porcentaje mayor para el otro grupo donde supone el 28.9%, no siendo la diferencia estadísticamente significativa, ($X^2=1.74$ y $p=0.1$).

Muestran sensación de agotamiento y cansancio 6 niños/as asmáticos

(20.0%) y un número mayor de no asmáticos, 36 (40.0%), ($X^2=3.92$ y $p<0.05$).

El 20.0% del primer grupo tienen más ganas de hacer pis o lo hacen más veces con menos cantidad, igual que el 42.2% del segundo, aunque la diferencia es significativa, ($X^2=4.74$ y $p<0.05$).

Hago cosas sin parar para sentirme más cansado, lo reconocen 7 niños/as del grupo asmático (23.3%) y 37 de los no asmáticos (41.1%), ($X^2=3.04$ y $p=0.08$).

- Describiremos a continuación los resultados obtenidos con el **I R E - I J** del grupo de salud mental frente al compuesto por los otros 90 niños/as (**Anexo VI, 20 a, b y c**):

Ante situaciones que conlleven estrés se sienten inquietos/as, nerviosos/as 29 niños/as de salud mental (96.7%), mientras que para el otro grupo esto supone solamente el 58.9%, ($X^2=14.7$ y $p<0.05$).

Que ante ellas lo mejor es pensar en otra cosa, lo afirman 19 niños/as del primer grupo (63.3%) y 38 del segundo (42.2%), no siendo esta diferencia muy llamativa, ($X^2=3.21$ y $p=0.07$).

Presentan ganas de suspirar o sensación de ahogo el 60% de salud mental, frente al 41.1% de los restantes que también la presentan, ($X^2=3.21$ y $p=0.07$).

Se sienten más decaídos/as, aburridos/as y tristes 14 niños/as del primer grupo (46.7%), ocurriéndole esto mismo a 21 del segundo (23.3%), ($X^2=5.88$ y $p<0.05$).

A 23 niños/as de salud mental (76.7%) les aparece ante situaciones de estrés, la sensación de necesitar hacer cosas, no poder estar quieto/a sin hacer nada, siendo así en sólo 37 niños/as de los restantes (41.1%), ($X^2=11.28$ y $p<0.05$).

Hacer esfuerzos por estar calmado/a y pensar tranquilo/a, aunque no se consiga o cueste mucho, lo refieren el 50.0% de los niños/as de salud mental, mientras que esto mismo lo intentan 24 niños/as del resto, (26.7%), ($X^2=5.54$ y $p<0.05$).

Presentan sensación de hormigueo por el cuerpo, se duermen las manos o cosas parecidas, 15 niños/as del primer grupo (50.0%) frente a 28 niños/as del segundo (31.1%) que también les ocurre, ($X^2=3.46$ y $p=0.06$).

Dolores de cabeza, refieren 12 niños/as de salud mental (40.0%) y 24 del siguiente grupo (26.7%), no habiendo diferencias importantes entre ellos, ($X^2=1.89$ y $p=0.1$).

Ante estímulos estresantes, se sienten con más marcha, con más ganas de hacer cosas y de disfrutar, 20 niños/as del primer grupo 37 del segundo (41.1%), ($X^2=5.84$ y $p<0.05$).

Nos encontramos al 40.0% de los niños/as escogidos en salud mental, con menos ganas de jugar y de pasear con los amigos/as, suponiendo para el otro grupo una proporción significativamente menor, el 21.1%, ($X^2=4.16$ y $p<0.05$).

Con sensación de agotamiento y cansancio, a 18 niños/as de salud mental (60.0%) y a 24 del siguiente grupo (26.7%), siendo también esta diferencia significativa, ($X^2=10.9$ y $p<0.05$).

Aparece una mayor necesidad de hacer pis o lo hacen más veces con menos cantidad, en 16 niños/as del primer grupo (53.3%), lo que para el segundo representa el 31.1%, ($X^2=4.74$ y $p<0.05$).

El 36.7% de los niños/as de salud mental afirman sentirse más

irritable, saltando por cualquier cosa y de forma más agresiva, proporción bastante mayor que en el otro grupo que supone el 15.6%, ($X^2=6.03$ y $p<0.05$).

Hacer cosas sin parar para sentirse más cansado/a, lo practican ante situaciones de estrés, 15 niños/as del primer grupo (50.0%) y 29 del segundo (32.2%), ($X^2=3.04$ y $p=0.08$).

Presentan miedos y temores sin causa aparente, o se aumentan los que ya tenían, 8 niños/as de salud mental (26.7%), frente a 10 niños/as del grupo no salud mental (11.1%), ($p<0.05$).

La necesidad de saber que todo está en su sitio de una manera repetida, aparece en el 40.0% de los niños/as del primer grupo y en el 25.6% del segundo, ($X^2=2.25$ y $p=0.1$).

Aumentan las dificultades para irse a dormir y cuesta coger el sueño, en 18 niños/as de salud mental (60.0%) y con menor frecuencia en el siguiente grupo, en 36 (40.0%), ($X^2=3.61$ y $p=0.05$).

Para terminar, necesitan estar con alguien ante las situaciones referidas, para que los acompañe y poder preguntar cosas, 15 niños/as del

grupo de salud mental (50.0%) y 26 del otro grupo (28.9%), ($X^2=4.42$ y $p<0.05$).

- A través del **I R E - I J** del **grupo pediátrico (Anexo VII, 2)** nos hemos encontrado los siguientes resultados:

Ante dichas situaciones refieren sentirse más inquietos y nerviosos el 53.3% de estos niños/as, frente al 73.3% de los restantes, ($X^2=4.12$ y $p<0.05$).

Tener menos ganas de comer el 46.7%, mientras que en el otro grupo esto supone el 27.8%, ($X^2=3.63$ y $p=0.05$).

Entre los pediátricos, 11 niños/as (36.7%) sienten la necesidad de hacer cosas sin parar ante las situaciones que supongan estrés, ocurriéndoles esto mismo a 49 (54.4%) del otro grupo, ($X^2=2.82$ y $p=0.09$)

Náuseas, ganas de vomitar y sensación de mareos la muestran 13 niños/as (43.3%) del primer grupo y 21 (23.3%) del segundo, ($X^2=4.40$ y $p<0.05$).

Presentan dolores de cabeza el 40.0% de los pediátricos, al igual que el 26.7% de los no pediátricos, ($X^2=1.89$ y $p=0.1$).

Afirman encontrarse con más marcha, con más ganas de hacer cosas y de disfrutar 8 niños/as (26.7%) en el grupo pediátrico, mientras que en el otro lo hacen 49 (54.4%), ($X^2=6.90$ y $p<0.05$), y

Hacen más veces caca al día el 30.0% de los niños/as del primer grupo y el 16.7% del segundo, ($X^2=2.48$ y $p=0.1$).

- En cuanto a la descripción de los resultados obtenidos con el **I R E - I J** del **grupo escolar** en relación con los otros 90 niños/as (**Anexo VIII, 2**) encontramos:

La sensación de necesitar hacer cosas, no poder estar quieto/a sin hacer nada, en 11 niños/as escolares (36.7%) y en 49 no escolares (54.4%), ($X^2=2.82$ y $p=0.09$).

Dolores de cabeza, en 5 niños/as escolares (16.7%), y en 31 del otro grupo (34.4%), ($X^2=3.36$ y $p=0.06$).

En el 10.0% de los escolares aparece la sensación de necesitar dormir más o se duermen a la menor oportunidad, representando esto mismo para el otro grupo una proporción bastante mayor, el 28.9%, ($X^2=4.34$ y $p<0.05$).

Se sienten agotados y cansados el 23.3% de los escolares, siendo para los no escolares el 38.9%, ($X^2=2.37$ y $p=0.1$).

Y ante el estrés en general, se sienten más irritables, saltan por cualquier cosa y de forma más agresiva el 10.0% de los escolares, frente al 24.4% del otro grupo que sienten lo mismo, ($X^2=2.82$ y $p=0.09$).

7. DISCUSION Y COMENTARIOS

7.1. Propiedades psicométricas:

7.1.1. Consistencia interna:

En cuanto a las propiedades psicométricas de las pruebas empleadas, valoramos el grado de **consistencia interna del TAS**, aplicando el alpha de Cronbach y los resultados obtenidos (coeficiente alpha = 0.94) avalan una muy buena consistencia interna de la escala. Este estudio coincide con otros de características similares comunicados en la literatura científica pero que estaban realizados con población adulta (BAGBY y col., 1988a; BAGBY y col., 1988b; BAGBY y col., 1990; TAYLOR y col., 1988; TAYLOR y col., 1990; TAYLOR y col., 1992).

También hemos encontrado una buena **consistencia interna** para el **IRE-IJ**, cuyo coeficiente alpha es de 0.78, lo que le asemeja a las descripciones realizadas para la edad adulta por su autor y otros miembros de su equipo de investigadores.

Para la ESPI, como hemos comentado anteriormente, no hemos podido obtener los valores del alpha de Cronbach, pero esta entrevista ya ha sido utilizada ampliamente por otros autores en clínica y en investigación, (PEDREIRA MASSA, 1990 y 1991; PEDREIRA MASSA y col., 1992; GUTIERREZ BENGOCHEA, 1992; SARDINERO GARCIA, 1993).

7.1.2. Agrupamiento factorial:

Del **análisis factorial del TAS** hemos obtenido dos factores, tal y como expusimos en el apartado anterior, que nos explicaban el 77.6% de la varianza y que captan los aspectos conceptuales fundamentales de la alexitimia: el primero, la dificultad para diferenciar y describir sensaciones corporales y sentimientos tanto propios como relacionados con los demás; y el segundo, la tendencia a un pensamiento basado en hechos muy concretos que dificulta evaluar los contenidos emocionales incluidos en los hechos.

La agrupación de los items en dos factores fundamentales ha sido hallada en nuestra muestra con grata satisfacción ya que coincide con un estudio reciente realizado y comunicado por la propia autora (TAYLOR y col., 1992) aunque realizado en poblaciones clínicas adultas. La muestra de nuestro estudio está formada por niños/as de edades comprendidas entre 7 y 12 años en los que la forma de pensamiento es operatoria, según la descripción y concepto de la psicología evolutiva de PIAGET (1896). Pensamos que los resultados obtenidos pueden comprobar empíricamente este aserto también a la hora de la expresión clínica con la similitud/equivalencia entre pensamiento operatorio y alexitimia en determinadas formas de expresión psicopatológicas (TAYLOR, 1990c). Ya PEDREIRA (1989) adelantó esta situación en la infancia y anticipó la

hipótesis de que esta "coincidencia" de la fase del desarrollo emocional y cognitivo (fase operatoria) con los contenidos descritos en la organización psicósomática (alexitimia, en el sentido de dificultad de reconocimiento de los afectos propios y del otro) facilitaba la presentación de este tipo de expresiones clínicas en la infancia y la adolescencia. Los datos obtenidos en el TAS-IJ en el presente trabajo de investigación, corroboran este aserto, y coincide temporalmente con la nueva agrupación factorial encontrada por la autora.

Por lo tanto, nuestros resultados sugieren que esta prueba puede ser usada como instrumento de investigación así como en la evaluación clínica infantil. No obstante, se recomiendan estudios de este tipo con muestras mayores y con otras características como pudiera ser una muestra perteneciente al entorno urbano.

Nuestro estudio se ha realizado en el ámbito rural, por lo que hay que considerar que la prevalencia de los trastornos emocionales de la infancia en los ámbitos rural y urbano son diferentes; en Europa, según la OMS (1983) se sitúan en torno al 6% en los ámbitos urbanos y al 3% en los rurales. Esta diferencia se debe fundamentalmente a la interacción de, al menos, los siguientes factores: el umbral de tolerancia a las desviaciones emocionales, en general y en la infancia en particular, en el entorno rural es

mayor; también en dicho entorno la expresión de la conducta emocional en la infancia y la adolescencia está más liberada pudiendo encontrar vías de expresión que el ambiente urbano son más complicadas; los procesos de contención de este tipo de trastornos son mayores puesto que el sistema familiar funciona como familia ampliada (abuelos, tíos, etc) mientras en el ámbito urbano el funcionamiento familiar se suele reducir a la familia nuclear; el nivel de exigencia para la infancia es menor en el medio rural y las vías de salida para cierto tipo de problemática infantil, como puede ser el fracaso escolar, tiene más diversidad a la hora de expresarse con juegos y actividad motriz, actividades en el campo, talleres de formación profesional, etc. Todos estos factores nos llevan a recomendar la realización de estudios comparativos entre ambos contextos sociales. Esta investigación pretende conseguir resultados del ambiente rural, dado que suele ser el menos investigado y, casi siempre, suelen realizarse las investigaciones como comparación. Nuestro diseño reconoce al ámbito rural, al menos en nuestra Comunidad Autónoma, como una entidad sociológica propia.

7.2. Hallazgos:

En cuanto a la distribución por grupos y sexo, para una proporción similar de niños y niñas, como se puede ver en la pirámide de población, hemos encontrado que en general las niñas, el 57.5% de la muestra, acuden más regularmente a las consultas de pediatría y de salud mental, datos que discrepan de los obtenidos por PEDREIRA y col. (1992) en una población urbana asturiana atendida por los servicios de Salud Mental, aunque en este caso hay que señalar que los factores epidemiológicos considerados son diferentes. También en el grupo escolar son más numerosas. Solo los niños asmáticos superan en número a las niñas.

De los 30 niños/as del primer grupo (asma), 12 son niñas (40.0%) y 18 son niños (60.0%). Estos resultados son congruentes con los recogidos en la literatura (OJEDA, 1986; NOUILHAN y DUTAU, 1985; BEHRMAN y VAUGHAN, 1990). Todas las poblaciones estudiadas coinciden en la mayor incidencia de niños que de niñas (2:1) hasta llegar a la adolescencia en la que esta proporción se iguala.

Los hallazgos podemos agruparlos alrededor de tres pilares fundamentales según el instrumento empleado para recogerlos, si bien los datos obtenidos están íntimamente relacionados y no podemos establecer

una solución de continuidad entre unos y otros. Son los siguientes:

1. Pensamiento y expresión emocional (TAS).
2. Conducta/relación/familia (ESPI).
3. Ansiedad/estrés/angustia (IRE-IJ).

En relación con el primero, las puntuaciones del TAS no difieren mucho de unos grupos a otros ya que los niños/as de estas edades, como ya hemos referido con anterioridad, se encuentran en una etapa muy operatoria y estas características son propias del proceso evolutivo, tanto en lo emocional como en lo cognitivo y relacional. En la **Tabla 19** hemos expuesto los resultados que son más llamativos en el grupo de niños/as asmáticos. Destacan dos items que se relacionan con la dificultad para poder discernir entre lo que son emociones y sensaciones corporales, y con la dificultad para percibirlos y expresarlos ("no sé lo que pasa dentro de mí" y "muchas veces no puedo explicar porqué estoy rabioso o enfadado"). Aunque ésto lo hemos recogido también en los otros grupos, quizás en los asmáticos/as tomen una significación especial: en estos niños/as dichas dificultades junto a otras (como son el predominio de las reacciones comportamentales de inhibición, que ya veremos) y a su hiperreactividad



bronquial, pueden acabar "ahogándolos", entendido en este caso en un sentido metafórico pero bastante cercano a la realidad perceptiva del momento evolutivo.

Sin poder establecer límite de separación con lo que vamos viendo, entramos en el segundo punto. Según hemos obtenido a través de la ESPI en cuanto a las reacciones comportamentales de acción, en nuestra muestra aparece con un grado importante de significación que los niños/as asmáticos son más "buenos" si los comparamos con los otros grupos: toleran mejor las situaciones de frustración, muestran menos reacciones comportamentales de tipo disruptivo, como pueden ser las reacciones/explosiones coléricas, y son menos caprichosos/as que los otros grupos.

Estos datos se complementan con los obtenidos en las reacciones comportamentales de inhibición, donde ya las diferencias entre los grupos sí son estadísticamente significativas: los niños/as asmáticos muestran mayor timidez y sobre todo apreciamos muy fuertemente el rasgo de aparecer como dominado por los otros, tanto adultos como niños/as, y mostrarse en exceso como muy obediente. Ambos puntos no solo obtienen una significación estadísticamente significativa, sino que son señalados como sobresalientes por su contexto familiar y, hasta cierto punto, de forma complaciente y siendo connotado como aspectos positivos en la mayoría de las ocasiones.

Estos dos grupos de características coinciden con las descritas en toda la literatura revisada. Así, EY (1980) encuentra ciertas características comunes en los asmáticos como son la timidez y cierto grado de ansiedad, pulsiones sexuales y agresivas retenidas y cierto bloqueo de las emociones en general. Estos datos los relacionamos con los datos obtenidos por nosotros en cuanto a la no aparición de reacciones de tipo colérico, la aceptación de las frustraciones o el ser más obedientes y mostrarse como dominados.

Estas características, descritas con anterioridad, se corresponden con las observaciones de KREISLER (1985) sobre niños/as asmáticos y su relación de objeto en la que tienden a evitar situaciones conflictivas anulando la agresividad, para satisfacer de esta manera su necesidad de apego a las personas y al medio. Porque guarda relación con lo señalado por MARTY (1958) en la relación de objeto alérgico.

En otro apartado KREISLER (1985), nos habla de la neurosis de comportamiento muy frecuente en los niños/as asmáticos y conocida como "neurosis de comportamiento del niño bueno", con anulación de las pulsiones agresivas y un gran conformismo que en nuestra muestra se recoge, sobre todo, en la buena tolerancia a la frustración y también en las restantes reacciones comportamentales de inhibición.

Nosotros preferimos expresarla como una deficiente canalización de la agresividad hacia el exterior, lo que hace que revierta contra sí mismo. Por lo que coincidimos con ZYLBERSZAC (1972), quien usando el TAT ha observado que estos niños/as presentan con frecuencia un gran conformismo superficial pero con una profunda agresividad que no pueden asumir, nosotros preferimos señalar que no pueden canalizar de forma adecuada. ALVES RODRIGUEZ (1989), analiza con el CPQ un grupo de niños/as asmáticos y encuentra en ellos una tendencia a la introversión, predominando las personalidades blandas, datos que concuerdan con los nuestros. No así la baja tolerancia a la frustración que encuentra en las niñas (aunque nosotros no hemos diferenciado las características por sexos). También AJURIAGUERRA (1987) describe al niño/a asmático con rasgos similares a los obtenidos por nosotros.

Hemos recogido un dato, que si bien no es estadísticamente significativo, sí nos parece digno de algún comentario. Se trata del mayor número de niños/as asmáticos en relación con el resto de la muestra, que viven dentro de una familia monoparental, concretamente con la madre sola, debido a ruptura, ausencia o soltería. Esta situación, pensamos que podría favorecer los conflictos de dependencia-autonomía de los que tanto se ha hablado en el asma (ALEXANDER, 1987; CASTELLS CUIXART, 1980 Y 1987; BOUCAUD, 1982; ZYBERSZAC, 1972; AJURIAGUERRA, 1987; y

otros autores). Dado que la parentalidad se desarrolla por una sola figura de apego, por lo que los vínculos serán más intensos y con características específicas a la hora de establecer la relación con un tercero y, por lo tanto, los mecanismos de simbolización van a verse comprometidos.

Al estudiar las características socio-familiares de este grupo, hallamos un dato que ponemos en relación con lo anterior. Se trata del 6.7% de niños/as asmáticos que habían vivido un ambiente familiar de malos tratos por parte del padre a toda la familia. Estas figuras parentales ya no vivían en casa con lo que conlleva de pérdida y posterior redefinición de las relaciones familiares en familia monoparental y en el proceso de simbolización de la figura parental ausente, siendo vivida como agresiva y abandonica y, por lo tanto, rechazada o vivida con temor. Estos resultados, que concuerdan con algunos otros de la literatura no se corresponden con el estudio de COBO (1974), donde destacó la presencia de familias nucleares, pero con un acceso rápido a la familia ampliada por línea materna, pero también parecía confirmar la fragilidad de la función paterna, tanto psicopatológicamente como socialmente y en el desarrollo de su función en el seno de la propia familia.

Un aspecto destacable en los niños/as asmáticos de nuestra muestra que obtiene significación estadística son las reacciones de duelo. MARTY

(1958) señaló que en la relación de objeto alérgico la característica fundamental es que el sujeto intenta continuamente acercarse al objeto hasta fusionarse con él; si existe una pérdida brusca de este objeto (real o imaginaria), sobreviene una regresión que solo se puede detener mediante el encuentro con un nuevo objeto o por la aparición de un síntoma somático. CASTELLS CUIXART (1980 y 1987) presenta un estudio sobre los niños/as asmáticos que creemos oportuno señalar aquí; encuentra como el 67% de las madres de estos niños/as utilizan la "retirada de amor" como medida disciplinaria, mientras que encuentra esto mismo en el 28% de las madres de los no asmáticos. A nosotros nos parece de gran interés esta relación entre pérdidas-duelo y crisis de asma ya que la hemos comprobado empíricamente.

Continuando con las características socio-familiares, hemos encontrado algunas diferencias en lo que se refiere a la cuestión de celos y rivalidad con los hermanos, la proporción prácticamente es la misma en los cuatro grupos, aunque la mayor significación corresponde a los niños/as procedentes de salud mental y señalamos que la menor es para los niños/as asmáticos. Lo ponemos en relación con la agresividad no asumida y/o no expresada, la tolerancia a las situaciones frustrantes y demás características de inhibición que comentábamos anteriormente en este segundo grupo, mientras que en los de salud mental la expresión sería de

tipo emocional y/o conductual.

Hemos encontrado menos madres de niños/as asmáticos con problemas de depresión y distimia respecto a los 90 restantes. Se debe a que la proporción mayor la tienen las madres procedentes del grupo de salud mental. Con relación a los dos grupos restantes, no existen diferencias importantes, quizás algo menor a favor del grupo en cuestión.

En cuanto a las somatizaciones, no hemos encontrado grandes diferencias entre los distintos grupos, aunque los asmáticos/as presentan menos abdominalgias que el resto (este síntoma toma más peso para los niños/as de salud mental) y nos parece lógico ya que la problemática somática en estos niños/as se centra mayormente en la reactividad respiratoria. Los problemas relacionados con las vías respiratorias toman un valor muy significativo en ellos, lógicamente al ser su "punto débil", centrándose en ellas la mayor parte de los síntomas somáticos (tos y catarros de repetición, patología ORL, crisis de asma, etc).

Son más numerosos en cuanto a otro tipo de somatizaciones como son dolores de piernas o de columna. Estos últimos toman un valor estadísticamente significativo en el grupo de niños/as asmáticos frente a los otros tres grupos. Puede relacionarse con quejas somáticas inespecíficas,

fruto de emociones retenidas y expresadas a través del sistema osteomuscular, aunque no poseemos datos de otros trabajos en niños/as para poder discutir este razonamiento, salvo la referencia realizada por ACKLIN y col., (1987) en población adulta sobre pacientes que presentan dolores en la región baja de la columna y el mayor índice de alexitimia en ellos.

Nos llama la atención en nuestros resultados que ningún niño/a asmático presente o haya presentado alguna vez síntomas reumatológicos, mientras que en los otros tres grupos existe esta representación aunque el mayor peso se encuentra en los niños/as de salud mental. Ambas entidades, reumatología y asma, se relacionan con procesos del funcionamiento inmunitario, aunque su expresión y reactividad parecen relacionarse con idiosincrasias individuales que precisan de investigaciones psicofisiológicas más abundantes.

La traumatofilia también toma más relevancia en los niños/as asmáticos que en los no asmáticos aunque sin llegar a ser estadísticamente significativo. La relacionamos con el mayor grado de ansiedad en ellos, como ya veremos, que incidiría en una mayor torpeza para el dominio de su cuerpo en situaciones de riesgo, complementada con la anulación de la agresividad que de alguna manera retorna hacia el propio cuerpo, como ya señalaron MILLER y BARUCH (1967).

Respecto al nivel intelectual y su instrumentalización, en los niños/as asmáticos aparecen algunas dificultades en áreas escolares específicas, que comparten casi en la misma proporción con los de salud mental, y disortografía. Esto está relacionado con el absentismo escolar que presentan los niños/as asmáticos debido a las crisis y otros problemas frecuentes (como los catarros de repetición) que ya expusimos con anterioridad.

En nuestra muestra los niños/as asmáticos aparecen más ansiosos que los demás grupos, sobre todo en lo referido a las relaciones interpersonales, lo cual nos parece totalmente congruente con las características ya referidas anteriormente: tímidos, obedientes, dominados, no muestran cóleras, etc. Si tienen una manera particular de relacionarse con los demás con anulación de la agresividad, apareciendo como tímidos y dominados, no enfadándose si se les lleva la contraria, ésto los conduce a estar más tensos, más ansiosos ante las relaciones con los otros (EY, 1980; KREISLER, 1985; MARTY, 1958).

Este mismo rasgo lo vemos reflejado por otros autores como BOUCAUD (1982), que atribuye esta angustia, que para él es la característica esencial del asmático, a los conflictos de dependencia-autonomía que invaden a estos niños/as. Este mismo autor también recoge este dato en los adolescentes (BOUCAUD, 1990). AJURIAGUERRA (1987)

los describe como niños/as fácilmente ansiosos.

En este punto podemos enlazar con el tercer pilar al que hacíamos referencia al principio, recogido a través del IRE-IJ y relacionado con la ansiedad/estrés/angustia. Hemos seguido la descripción hecha en 1981 del índice de reactividad al estrés (IRE) y definido como "El conjunto de pautas habituales de respuesta cognitiva, emocional, vegetativa y conductual ante situaciones percibidas como potencialmente nocivas, peligrosas o desagradables" (GONZALEZ DE RIVERA, 1993). Hemos encontrado que nuestros niños/as asmáticos se manifiestan en menor grado que los restantes niños, ya sea de una manera emocional, conductual o somatizada, ante este tipo de situaciones (**Tablas 20, 1 y 2**), este dato lo interpretamos dentro de la dificultad de reconocimiento y expresión de las emociones en esta etapa evolutiva, lo que hace que la ansiedad busque una expresión "actuada-corporalmente" antes que manifestar una alteración más conductual o emocional de su ansiedad.

Retomamos aquí la discusión que comenzamos anteriormente sobre los niños asmáticos/as y sus dificultades o bloqueos para expresar las emociones, los sentimientos, los deseos, etc, que ya encontramos a través del TAS, la ESPI (sobre todo en lo que se refiere a la ausencia de reacciones comportamentales de acción y a la mayor preponderancia de las de

inhibición), así como también en gran parte de la literatura revisada (EY, 1980; AJURIAGUERRA, 1987; ZYLBERSZAC, 1972; ALVES RODRIGUEZ, 1989). Ya vimos el tipo de relación de objeto que mantienen estos niños según KREISLER (1985), en la que "lo más oportuno" es no manifestarse ante determinadas circunstancias por temor a la pérdida de dicho objeto, existe un gran temor a las pérdidas. Recordemos también el estudio de CASTELLS CUIXART (1980 y 1987) y las amenazas maternas de "pues no te quiero".

Este autor en otro apartado del mismo estudio, nos recuerda como las primeras crisis suelen aparecer entre los 2 y 3 años y medio, período que coincide con el control esfinteriano y que está relacionado con este control de las emociones que hemos detectado en nuestro estudio. El mismo aspecto lo encontramos en los estudios de FAIN (KREISLER, FAIN y SOULÉ, 1974) y en los de ZYLBERSZAC (1972). En relación con estos bloqueos emocionales, incluso se ha dicho (EY, 1980) que al ser estas personalidades muy rígidas, la crisis asmática aparece como síntoma de angustia.

Pero no pensemos por ello que los niños asmáticos/as son incapaces de expresar emociones de cualquier tipo, ésto solamente es un rasgo que sobresale entre los demás grupos. No se trata de una incapacidad sino de un cierto bloqueo y, por consiguiente, de una canalización de la expresión

emocional hacia otra dirección que le hace por una parte más difícil de reconocer y, simultáneamente, asume la concreción de su expresión (en este caso la crisis asmática) como lo importante a abordar y solucionar, sería como que la crisis asmática pasara a un primer plano de la preocupación y enmascara el resto de los componentes vitales y relacionales y en este entramado se puede explicar el bloqueo emocional al que nos venimos refiriendo.

En ellos la manera fundamental de manifestar la ansiedad ante situaciones de estrés, según hemos recogido en nuestra muestra mediante el IRE-IJ, es a través del cuerpo o somatizada y en menor proporción de forma conductual y emocional. Las muestras de esta somatización han sido la pérdida de apetito; las náuseas, ganas de vomitar, mareos, etc; la sensación de agotamiento y cansancio; y la mayor necesidad de hacer pis.

En los últimos años empiezan a aparecer trabajos de investigación en los que se intentan poner de manifiesto los efectos del estrés sobre la respuesta asmática. Gracias a los estudios de Psicoimmunología se van confirmando cada vez más las repercusiones de los factores psicológicos sobre el sistema inmunitario, lo mismo que a través de la neuro-inmunomodulación, los mecanismos mediante los que el sistema nervioso modula la actividad del sistema inmunitario, interviniendo numerosos procesos

reguladores muy complejos. Parece que toda la actividad inmunitaria está regulada por el hipotálamo (GILA y MARTIN MATEOS, 1991). Ya vimos los estudios de EKMAN y col. (1983) en los que demostraban la disminución de la corriente de aire mediante los estímulos estresantes. También los de BAKER (1987) que publica una revisión de los trabajos sobre la influencia del estrés en las afecciones inmunitarias, encontrando una alta incidencia de procesos inmunes como el asma, en personas muy afectivas. GILA y col. (1990) encuentran una estrecha relación entre la vivencia de estrés por parte del niño y las crisis de asma.

FERNANDEZ TERUEL y col. (1988) demuestran como los factores psicosociales que desencadenarían reacciones emocionales pueden aumentar o disminuir la respuesta asmática. FLORES LOZANO y col. (1991) se refieren en su interesante artículo a los efectos nocivos del estrés crónico que pueden suponer una situación familiar determinada, sobre los mecanismos inmunoprotectores con disminución de los mismos.

Por lo que hemos extraído de nuestros resultados pensamos que los niños/as asmáticos tienen una manera especial de vivir el estrés, más interiorizado que en los restantes grupos, lo que acaba "ahogándolos" en sus propios sentimientos y emociones, pero sin que puedan identificarlos con total exactitud ni puedan canalizarlos de forma adecuada.

8.CONCLUSIONES

Tras el análisis de los resultados y su discusión, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

1. La etapa evolutiva en la que se encuentran los niños/as de nuestra muestra superponen las características evolutivas del pensamiento operatorio con rasgos del término clínico de alexitimia en cuanto al mecanismo de reconocimiento y expresión de contenidos emocionales tanto en sí mismos como en los otros.
2. No existe un funcionamiento mental específico de los niños/as asmáticos cuando se los compara con otros grupos de niños/as, si bien presentan algunos rasgos predominantes.
3. En los niños/as que presentan clínica asmática específica, los rasgos predominantes de tipo conductual se sitúan en torno a la sintomatología inhibitoria.
4. En lo relacional destaca un perfil de relación fusional.
5. Presentan mayor dificultad para manifestar sus sentimientos, emociones, deseos, que los otros tres grupos.

6. Este bloqueo emocional los conduce a una mayor ansiedad, sobre todo en lo que se refiere a las relaciones con los otros, y un mayor estrés que manifiestan fundamentalmente a nivel corporal.

7. El Test de Alexitimia de Toronto adaptado a la edad infanto-juvenil, puede ser usado como instrumento de investigación así como para la evaluación clínica infantil.

8. Se necesitan más trabajos de este tipo y con muestras diferentes para un mayor enriquecimiento del tema que nos ocupa.

9. BIBLIOGRAFIA

-
-
- ACKLIN, M.W.; BERNAT, E.: Depression, alexithymia and pain-prone disorder: a Rorschach study. *J Pers Assess*, 51: 462-479, 1987.

 - ACKLIN, M.W.; ALEXANDER, G.: Alexithymia and somatization. *J Nerv Ment Dis*, 176: 343-350, 1988.

 - AJURIAGUERRA, J.; MARCELLI, D.: *Manual de Psicopatología del Niño*, 2ª Ed. Masson s.a., 1987.

 - ALEXANDER, F.: *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications*. Ed. Norton, 1987.

 - ALVÉS RODRIGUEZ, A.: Estudio de la personalidad asmática entre los 8 y los 12 años de edad a través del CPQ. *Psiquis*, vol. X, 181: 25-28, 1989.

 - *Anuario del Distrito Andévalo Central-Cuenca Minera*, 1992.

 - APFEL, R.J.; SIFNEOS, P.E.: Alexithymia. Concept and measurement. *Psychother Psychosom*, 32: 180-190, 1979.

 - ARONSSON, G.; KOIVUNEN, E.: Differences in personality between
-
-

-
- parents of asthmatic children and parents of non-asthmatic children. *J Psychosom Res*, Vol. 29, n° 2: 177-182, 1985.
- BAGBY, R.M.; TAYLOR, G.J.; RYAN, D.: The measurement of alexithymia: Psychometric properties of Schalling-Sifneos personality scale. *Compr Psychiatry*, 27: 287-294, 1986.
- BAGBY, R.M.; TAYLOR, G.J.; ATKINSON, L.: Alexithymia: A comparative study of three self-report measures. *J Psychosom Res*, 32: 107-116, 1988a.
- BAGBY, R.M.; TAYLOR, G.J.; PARKER, J.D.A.: Construct validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychother Psychosom*, 50: 29-34, 1988b.
- BAGBY, R.M.; TAYLOR, G.J.; PARKER, J.D.A.: Cross-validation of the Toronto Alexithymia Scale. *J Psychosom Res*, Vol 34, n° 1: 47-51, 1990.
- BAKER, G.H.B.: Psychological factors and Immunity. *J Psych Res*, 31, 1: 1, 1987.
- BEHRMAN, R.E.; VAUGHAN, V.C.: Nelson, Tratado de pediatría. 13ª edición. Ed. Interamericana. McGraw-Hill, 1990.
-

-
- BELLACK, A.S.; HERSEN, M.: Métodos de investigación en psicología clínica. Ed. Desclée de Brouwer, S.A., 1989.

 - BLANCHARD, E.B.; ARENA, J.G.; PALLMEYER, T.P.: Psychosomatic properties of a scale to measure alexithymia. *Psychother Psychosom*, 35: 64-71, 1981.

 - BOUCAUD, M.de.: L'enfant asthmatique: sa relation familiale. *Psychologie Medicale*, 12, 5: 1015-1019, 1980.

 - BOUCAUD, M.de.: Psicología del niño asmático. *Tiempos Médicos*, 207: 115-118, Abril, 1982.

 - BOUCAUD, M.de.: L'approche projective en Psychosomatique. Problemes et perspectives. Journée Scientifique de l'Université de Bordeaux II. *Recherches en Sciences Humaines*. Vendredi, 23 Mars, 1990.

 - BRAUTIGAM, W.; von RAD, M.: Toward a theory of Psychosomatic disorders. Basel, Karger, 1977.

 - BYCOV, K.M.: Patología cortico-visceral. Ed. Península. Madrid, 1966.
-

-
- CASTELLS CUIXART, P.: Aspectos psicossomáticos de la alergia infantil. Arch Pediat, 31: 151-157, 1980.
- CASTELLS CUIXART, P.: La Terapia Familiar en el ámbito pediátrico. Arch Pediat, 36: 93-100, 1985.
- CASTELLS CUIXART, P.; LLERENA CONCHA, V.: Psicopatología del asma y su tratamiento. Psiquis, Vol. VIII, 194:25-28, 1987.
- CAYUELA DOMINGUEZ, A.; LACALLE REMIGIO J.R.; GILI M.: Variaciones interprovinciales en la mortalidad por cáncer: análisis factorial y de clusters. Gac. Sanit., Vol. 4, 21:227-232, 1990.
- COBO MEDINA, C.: El niño asmático y su familia. Libro de Actas XVIII Reunión Asociación Española de Neuropsiquiatría Infantil. Ed. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. Págs. 91- 148, 1974.
- CEREZO RODRIGUEZ, P.; GARCIA MOJA, G.; de la GANDARA MARTIN, J.J.; HERNANDEZ HERRERO, H.: Aspectos teóricos, clínicos y evaluación de la alexitimia. Psiquis, vol.IX, 219: 19-29, 1988.
-

-
- COHEN, K.; DEMERS-DESROSIERS, L.; CATCHLOVE, R.: The SAT 9: a quantitative scoring system for the AT 9 test as a measure of symbolic function central to alexithymic presentation. *Psychother Psychosom*, 39: 77-88, 1983.
- COHEN, K.; AULD, F.; DEMERS, L.; CATCHLOVE, R.: Alexithimia. The development of a valid and reliable projective measure (the objectively scored Archetypal 9 test). *J Nerv Ment Dis*, 173: 621-627, 1985.
- COOPER, D.E.; HOLSTROM, R.W.: Relationship between alexithymia and somatic complaints in a normal sample. *Psychother Psychosom*, 41: 20-24, 1984.
- DELVAL, J.: El mecanismo y las etapas del desarrollo. Ed. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia, 1985.
- DEMERS-DESROSIERS, L.: Influence of alexithymia on symbolic function. *Psychother Psychosom*, 38: 103-120, 1982.
- DOODY, K.; TAYLOR, G.J.: Construct validation of the MMPI alexithymia scale. In Krakowski, AJ; Kimball CP (eds): *Psychosomatic Medicine: Theoretical, clinical and transcultural aspects*. New York, Plenum, 1983.
-

-
- EKMAN, P.; LEVENSON, R.W.; FRIESSEN, W.V.: Science, 221: 1208-1210, 1983.
- EY, H.; BERNARD, P.; BRISSET, Ch.: Medicina Psicosomática, en Tratado de Psiquiatría. Ed. Toray-Masson. Barcelona, 1980.
- FALEIDE, A.O.; UNGER, S.; WATTEN, R.G.: Psychosocial factors in bronchial asthma and allergy in childhood: A prospective study. Psychosomatic Medicine. Past and future. Proceeding of the 16 th European Conference on Psychosomatic Research, held September 6-11, 1986 in Athens, Greece. Ed. by G. N. Christodoulou. Athens University Medical School. Athens, Greece. Pleum Press. New York and London, 1986.
- FALEIDE, A.O.; GALTUNG, V.K.; UNGER, S.; WATTEN, R.G.: Children at risk of allergic development: the parents' dyadic relationship. Psychother Psychosom, 49: 223-229, 1988a.
- FALEIDE, A.O.; REFNIN, A.L.; WATTEN, R.G.: Personality structure of asthmatic and normal children assessed by the Rorschach technique. Psychother Psychosom, 49: 41-46, 1988b.
- FARYNA, A.; RODENHAUSER, P.; TOREM, M.: Development of an
-

analog alexithymia scale. *Psychother Psychosom*, 45: 201-206, 1986.

- FAVA, G.A.; BALDARO, B.; OSTI R.M.A.: Towards a self-rating for alexithymia. *Psychother Psychosom*, 34: 34-39, 1980.

- FEIGUINE, R.J.; JONES, N.F.: Alexithymia in chronic bronchitis/enphysema: personality characteristics and illness attitudes. *Psychother Psychosom*, 47: 85-100, 1987.

- FERNANDEZ-ARGÜELLES, P.; GUERRERO, J.; GARCIA, O.: De la alexitimia y la psicósomática. *Anales de Psiquiatría*, vol.3, nº1: 13-17, 1987.

- FERNANDEZ TERUEL, A.; ROCA, M.; UGARTE, B.; MUNTANER, C.: El asma y variables psicosociales. El alcance de su relación. Puntualizaciones a partir de la psicoimmunología. *Psiquis*, vol.IX, 230: 30-36, 1988.

- FLANNERY, J.; TAYLOR, G.J.: Toward integrating psyche and soma: psychoanalysis and neurobiology. *Can J Psychiatry*, 26: 15-23, 1981.

- FLOREZ LOZANO, J.A.; ESTEBAN DE LEON, I.; PEREZ FERNANDEZ, M.; HURTADO, P.; VALDÉS SANCHEZ, C.: Aspectos médicos-psicológicos del asma infantil. *Med Integral*, vol.18, nº4: 36-49, 1991.

-
- FLORIN, I.; FREUDENBERG, G.; HOLLANDER, J.: Facial expressions of emotion and physiologic reactions in children with bronchial asthma. *Psychosom Med*, vol.47, nº4: 382-393, Jul/Aug, 1985.
- FREEDMAN, M.B.; SWEET, B.S.: Some specific features of group psychotherapy and their implications for selection of patients. *Int J Group Psychother*, 4: 355-368, 1954.
- FREOUR, P.; TAYTARD, A.; BOUCAUD, M de.: L'univers psychologique de l'asthmatique. *Ann Med Interne*, 137, nº1: 7-9, 1986.
- FREYBERGER, H.: Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychother Psychosom*, 28: 337-342, 1977.
- GARDOS, G.; SCHNEIDBOLK, S.; MIRIN, S.M.; WOLK, P.C.; ROSENTHAL, K.: Alexithymia: towards validation and measurement. *Compreh Psychiat*, 25: 278-282, 1984.
- GILA, A.; CESENA, M.J.; TOTO, J.: Perfil de personalidad de un grupo de niños asmáticos. VI Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Barcelona. Mayo, 1990.
-

- GILA, A.; MARTIN MATEOS, M^a A.: El niño asmático. ED. Martinez Roca, 1991.

- GONZALEZ LOPEZ-VALCARCEL, B.: Análisis multivariante. Aplicación al ámbito sanitario. Ed. SG Editores, S.A., 1991.

- GONZALEZ DE RIVERA, J.L.: Stress Reactivity Patterns. Congress International College of Psychosomatic Medicine. Montreal, 1981.

- GONZALEZ DE RIVERA, J.L.; MORERA, A.; SANCHIS, P. & SANCHEZ, A.: La reactividad al estrés. Valores medios en estudiantes de medicina. *Psiquis*, 4: 198-201, 1983.

- GONZALEZ DE RIVERA, J.L.: Factores de estrés y enfermedad. *Psiquis*, 10, 1: 11-20, 1989.

- GONZALEZ DE RIVERA, J.L.; MORERA, A. & MONTERREY, A.L.: El índice de reactividad al estrés como modulador del efecto "sucesos vitales" en la predisposición a la patología médica. *Psiquis*, 10, 2: 38-47, 1989.

- GONZALEZ de RIVERA y REVUELTA, J.L.: Estrés y ansiedad. *Focus on Psychiatry*, vol.1, n^o 2: 28-33, 1993.

-
- GOTTSCHALK, L.A.; GLESER, G.: The measurement of psychological states through the content analysis of verbal behavior. Berkeley, University of California Press, 1969.
- GUSTAFSSON, P.A.; KJELLMAN, N-I.M.; LUDVIGSSON, J.; CEDERBLAD, M.: Asthma and family interaction. Archives of Disease in Childhood, 62: 258-263, 1987.
- GUTIERREZ BENGOCHEA, M.: Estudio epidemiológico de la hiperactividad en niños de 6 a 11 años en el área VII de Asturias. Tesis Doctoral. Fac. Medicina, Univ. de Oviedo, 1992.
- HAVILAND, M.G.; SHAW, D.G.; CUMMINGS, M.A.; McMURRAY, J.P.: Alexithymia: subscales and relationship to depression. Psychother Psychosom, 50: 164-170, 1988.
- HEIBERG, A.: A possible genetic contribution to the alexithymic trait. Psychother Psychosom, 30: 205-210, 1978.
- HOPPE, K.D.: Split brains and psychoanalysis. Psychoanal Q, 46: 220-244, 1977.
-

-
- KLEIGER, J.H.; JONES, N.F.: Characteristics of alexithymic patients in a chronic respiratory illness population. *J Nerv Ment Dis*, 168: 465-470, 1980a.

 - KLEIGER, J.H.; KINSMAN, R.A.: The development of an MMPI alexithymia scale. *Psychother Psychosom*, 34: 17-24, 1980b.

 - KREISLER, L.; FAIN, M.; SOULÉ, M.: Trastornos de expresión respiratoria, en *El niño y su cuerpo*. Ed. Amorrourtu, 1974.

 - KREISLER, L.: La economía psicósomática del niño asmático, en *La desorganización psicósomática en el niño*. Ed. Herder, 1985.

 - KRYSTAL, H.: *Massive psychic trauma*. New York. International Universities press, 1968.

 - KRYSTAL, H.; RASKIN, H.: *Drug dependence*. Detroit. Wayne State. University Press, 1970.

 - KRYSTAL, H.: Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic. *Psychother Psychosom*, 9: 353-378, 1982.
-

-
-
- KRYSTAL, J.H.; GILLER, E.L.; CICHETTI, D.V.: Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: introduction of a reliable measure. *Psychosom Med*, 48: 84-94, 1986.

 - LESSER, I.M.; FORD, C.U.; FRIEDMAN, C.: Alexithymia in somatizing patients. *Gen Hosp Psychiatry*, 1: 256-261, 1979.

 - LESSER, I.M.: A review of the alexithymia concep. *Psychosom Med*, 43: 531-543, 1981.

 - LOLAS, F.; de la PARRA, G.; AROHNSON, S. et al.: On the measurement of alexithymia behavior. *Psychother Psychosom*, 33: 139-146, 1980.

 - LUPARELLO, T.; LYONS, H.A.; BLEECKER, E.A.; McFADEN, B.A.; McFADEN, E.R.: Influences of suggestion on airway reactivity in asthmatic subjets. *Psychosom Med*, 30: 819, 1968.

 - MacLEAN, P.D.: Psychosomatic disease and the 'visceral brain'. *Psychosom Med*, 11: 338-353, 1949.

 - MARTIN, J.B.; PIHL, R.O.; YOUNG, S.V.; ERVIN, F.; TURJMAN, A.: Alexithymia and stress: physiological and affective parameters. *Can*
-
-

Psychol, 26a: 331, 1985.

- MARTY, P.: La relation objetale allergique. Rev Fr Psychanal, 22: 5-35, 1958.

- MARTY, P.; de M'UZAN, M.: La 'pensée opératoire'. Rev Fr Psychanal (suppl), 27: 1345-1356, 1963.

- MARTY, P.: L'ordre psychosomatique. Ed. Payot, 1980.

- MARTY, P.: Los movimientos individuales de vida y de muerte. Ed. Toray, 1984.

- McDONALD, P.W.; PRKACHIN, K.M.: The expression and perception of facial emotion in alexithymia: a pilot study. Psychosom Med, 52: 199-210, 1990.

- McDOUGALL, J.: Alexithymia, psychosomatosis and psychosis. Int J Psychoanal Psychother, 9: 379-388, 1982a.

- McDOUGALL, J.: Alexithymia. A psychoanalytic viewpoint. Psychother Psychosom, 38: 81-90, 1982b.

-
- MILLER, H.; BARUCH, D.: Medicina psicosomática práctica. Ed. Labor, 1967.

 - MINUCHIN, S.; BAKER, L.; ROSMAN, B.L.; LIEBMAN, R.; MILMAN, L.; TODD, T.C.: A conceptual model of psychosomatic illness in children. (Family organization and family therapy). Arch Gen Psychiatry, 32: 1031, 1975.

 - MINUCHIN, S.: Familia y terapia familiar. Granica Editores, Barcelona, 1977.

 - MINUCHIN, S.; FISHMAN, C.H.: Family therapy techniques. Brunner Mazel, New York, 1981.

 - NAVARRO GONGORA, J. y col.: Tipologías familiares en Conflictividad infantil y sistemas familiar. 1ª Ed. F.D. Monte de Piedad, 1985.

 - NOUILHAN, P.; DUTAU, G.: El niño asmático. Ed. Herder, 1985.

 - NUÑEZ, P.; VALDÉS, M.; GARCIA, L.; MARCOS, T.: Alexitimia e inteligencia verbal: ¿lateralización o déficit hemisférico?. Actas Luso-esp de Neurol Psiquiatr, 14, 5: 392-398, 1986.
-

- OJEDA, J.A.: Asma infantil. Ediciones CEA, 1986.

- OMS: Psychosocial development in children. OMS-Europe: Euro-report. Copenhagen, 1983.

- OTTENBERG, P.; STEIN, M.; LEWIS, J.; HAMILTON, C.: Learned asthma in the guinea pig. Psychosom Med, 20: 395-400, 1958.

- PARKER, J.D.A.; TAYLOR, G.J.; BAGBY, R.M.: The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence. Comprehensive Psychiatry, vol.30, nº5: 434-441, sept/oct, 1989.

- PAULSON, J.E.: State of the art of alexithymia measurement. Psychother Psychosom, 44: 57-64, 1985.

- PAVLOV, I.: Reflejos condicionados e inhibiciones. Ed. Península. Barcelona, 1967.

- PAVLOV, I.: Fisiología y Psicología. Ed. Alianza. Madrid, 1968.

- PEDREIRA MASSA, J.L.: Formas de presentación e intervención en la clínica psicósomática de la infancia. Libro de Conferencias y Ponencias del

Simposio de la WPA. Ed. WPA-AEN, Granada, págs. 202-216, 1989.

- PEDREIRA MASSA, J.L.: Análisis de la demanda en Salud Mental Infanto-juvenil en una asistencia territorializada en Asturias. Tesis Doctoral. Fac. de Medicina. Universidad de Sevilla. 1990.

- PEDREIRA MASSA, J.L.: The diagnostic problems in child and adolescent psychiatry. En A. Seva (Dir): The European Handbook of Psychiatry and mental Health; tomo I. Ed. Anthropos-Prensas Universitarias de Zaragoza. Barcelona, 1991.

- PEDREIRA MASSA, J.L.; MENENDEZ, F.: El síntoma psicossomático en la infancia: Valoración psicodinámica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, vol. 1, nº 0: 81-93, 1981.

- PEDREIRA MASSA, J.L.; RODRIGUEZ- SACRISTAN, J.; ZAPLANA, J.: Diferencias sexuales en la demanda de servicios comunitarios de Salud Mental Infanto-juvenil en un territorio de una comunidad autónoma española. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol. XII, nº 43: 275-282, 1992.

- PEDREIRA MASSA, J.L.: Escalas de evaluación en Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Anexo. En BULBENA, A.; BERRIOS, M.;

- GUIMON, J. (Dir): Diagnósticos en Psiquiatría. Ed. Salvat, Barcelona. En prensa.
- PIAGET, J. (1896): Psicología y Pedagogía. 6ª Ed. Ariel, Barcelona, 1977.
- PICHON-RIVIERE, E.: Conceptos básicos en Medicina Psicosomática, en Del Psicoanálisis a la Psicología Social; tomo I. Ed. Galerna, Buenos Aires, 1970.
- RAWSON, J.C.; KOTSES, H.; WIGAL, J.K.; CREER, T.L.; GASKELL, J.R.: Suggestion effects on total respiratory resistance in asthmatic and healthy children. Pediatric asthma, Allergy and Immunology, vol.4, nº2: 123-129, 1990.
- RETAMALES-ROJAS, R.: La manifestación de los rasgos de alexitimia en un grupo de pacientes psicosomáticos. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr, 16, 5: 337-346, 1988.
- RICKLES, W.H.: Biofeedback therapy and transicional phenomena. Psychiatric Annals, 11: 86-93, 1981.
- RODRIGUEZ SACRISTAN, J.: Mecanismos cognitivos y de aprendizaje del

asma en el niño. Symposium sobre Psychosomatic Disorders in Children. Xth International Congress of International College of Psychosomatic Medicine. Madrid, 1990.

- RODRIGUEZ SACRISTAN, J. (Dir.): Los trastornos mentales en la edad escolar. Ponencia de la XXXI Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-juvenil. Zaragoza, 1992.
- RUESCH, J.: The infantile personality. Psychosom Med, 10: 134-144, 1948.
- SAFAR, M.E.; KAMIENIECKA, H.A.; LEVENSON, J.A. et al.: Hemodynamic factors and Rorschach testing in borderline and sustained hypertension. Psychosom Med, 40: 620-630, 1978.
- SALTERS, H.H.: On asthma: its pathology and treatment. Londres, Churchill, 1860.
- SANTOS SANCHEZ-BARBUDO, A. de los; NUÑEZ JIMENEZ, M^a. del C.; RODRIGUEZ-SACRISTAN, J.: Dolor abdominal y depresión infantil: Concepto y análisis bibliográfico. Phronesis, 6, 3: 174-180, 1985.
- SARDINERO GARCIA, E.: Salud Mental y Atención Primaria en la etapa

escolar. Tesis Doctoral. Fac. Psicología. Univ. de Oviedo, 1993.

- SEITZ, P.F.: Infantile experience and adult behavior in animal subjects: II age of separation from the mother. *Psychosom Med*, 21: 353-378, 1959.

- SELIGMAN, M.E.P.: *La indefensión*. Madrid. Ed. Debate, 1981.

- SHIPKO, S.; NOVIELLO, N.: Psychometric properties of self-report scales of alexithimia. *Psychother Psychosom*, 41: 85-90, 1984.

- SIFNEOS, P.E.; NEMIAH, J.C.: Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders, in *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, vol. 2. Ed. Hill O. London, Butterworths, 1970.

- SIFNEOS, P.E.: *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge, Harvard University Press, 1972.

- SIFNEOS, P.E.: The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom*, 22: 255-262, 1973.

- SIFNEOS, P.E.; APFEL-SAVITZ, R.; FRANKEL, F.H.: The phenomenon of 'Alexithymia'. *Psychother Psychosom*, 28: 47-57, 1977.

-
- SMITH, G.; RICARD, J.R.: Alexithymia in medical patients referred to a consultation/liaison service. *Am J Psychiatry*, vol.140: 99-101, 1983.

 - STIERLIN, M. et al.: Family dynamics and psychosomatic disorders in adolescence. *Psychother Psychosom*, vol.2: 243-251, 1977.

 - TARPY, R.M.: Principios básicos del aprendizaje. Ed. Debate. Madrid, 1977.

 - TAYLOR, G.J.; DOODY, K.; NEWMAN, A.: Alexithymic characteristics in patients with inflammatory bowel disease. *Can J Psychiatry*, 26: 470-474, 1981.

 - TAYLOR, G.J.; DOODY, K.: Psychopathology and verbal expresion in psychosomatic and psychoneurotic patients. *Psychother Psychosom*, 38: 121-127, 1982.

 - TAYLOR, G.J.: Alexithymia: concept, measurement and implications for treatment. *Am J Psychiatry*, 141: 725-732, 1984.

 - TAYLOR, G.J.; RYAN, D.P.; BAGBY, R.M.: Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychother Psychosom*, 44: 191-199, 1985.
-

-
- TAYLOR, G.J.; BAGBY, R.M.: Measurement of alexithymia. Recommendations for clinical practice and future research. *Psychiatric Clinics of North-America*, vol.II, n°3: 351-366, sept. 1988.
- TAYLOR, G.J.; BAGBY, R.M.; RYAN, D.P.; PARKER, J.D.A.: Validation of the alexithymia construct: a measurement-based approach. *Can J Psychiatry*, 35: 290-297, 1990a.
- TAYLOR, G.J.; PARKER, J.D.A.; BAGBY, R.M.: A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *Am J Psychiatry*, 147, 9: 1228-1230, 1990b.
- TAYLOR, G.J.: La pensée opératoire et le concept d'alexithymie. (Document) de TAYLOR, G.J.: *Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis*. International Universities Press, Madison, Connecticut, 1988. *Rev. Franc. Psychanal.*, 3: 769-784, 1990c.
- TAYLOR, G.J.; BAGBY, R.M.; PARKER, J.D.A.: The revised Toronto Alexithymia Scale: some reliability, validity, and normative data. *Psychother Psychosom*, 57: 34-41, 1992.
- TEN HOUTEN, W.D.; HOPPE, K.D.; BOGEN, J.E.; WALTER, D.O.:
-

-
- Alexithymia: an experimental study of cerebral commissurotomy patients and normal control subjects. *Am J Psychiatry*, 143, 3: 312-316, marc 1986.
- TERUEL, G.; GILA de TERUEL, A.: Aspectos psicológicos del asma bronquial. *Arch. Pediat.*, 36: 63-71, 1985.
- VOGT, R.; BURCKSTRUMMER, G.; ERNST, L. et al.: Differences in phantasy life of psychosomatic and psychoneurotic patients. *Psychother Psychosom*, 28: 98-105, 1977.
- Von RAD, L.; LOLAS, F.: Empirical evidence of alexithymia. *Psychother Psychosom*, 38: 91-102, 1982.
- WIGAL, J.K.; KOLSES, H.; RAWSON, J.C.; CREER, T.L.:The effects of suggestion on the total respiratory resistance of nonastmatic female subjects. *J Psych Res*, 32, 4/5: 405, 1988.
- ZYLBERSZAC, F.: Recherche d'une meilleure compréhension des problèmes psychologiques posés par l'enfant astmatique. *Estude clinique de 53 cas. Psychiatr Enfant*, 15: 149-200, 1972.
-

10. ANEXOS

ANEXO I: Carta a los padres

Estimados Sres.

Por la presente me dirijo a Vds. para pedir su colaboración y la de su hijo/a en un estudio que estamos llevando a cabo sobre diversos aspectos de los niños/as con edades comprendidas entre los 7 y 12 años. Para ello, contamos con la colaboración de (*) de donde hemos extraído sus datos. Su participación consistirá en acudir a una cita en la cual repasaremos la Historia Clínica de su hijo/a, y posteriormente ellos/as rellenarán una serie de Cuestionarios sobre un papel.

Una vez recibida esta carta, me pondré en contacto con Vdes. para confirmar o no su participación, y de ser afirmativo, concretaremos fecha, lugar y hora.

Esperando su colaboración que nos sería de gran ayuda, les saluda muy atentamente

Josefa Borrero Hernández

Med. Pediatra C. S. Calañas

(*) - La Unidad de Alergia del Ambulatorio Virgen de la Cinta de Huelva

- La Unidad de Salud Mental de Río Tinto

- Su Pediatra de zona

- El Colegio al que asiste su hijo/a

ANEXO II: TAS

01. Cuando lloro siempre tengo una razón.
02. Si pienso cosas cuando estoy despierto creo que es perder el tiempo.
03. ¡Ojalá no fuera tan tímido!
04. Muchas veces no sé si lo que siento es rabia, alegría, tristeza...
05. Muchas veces me gusta pensar qué seré de mayor.
06. Creo que puedo hacer amigos con tanta facilidad como los demás niños/as de mi edad.
07. Es mejor resolver los problemas que pensar porqué suceden.
08. Es difícil poder decir lo que siento hacia las personas y las cosas.
09. Me gusta que la gente sepa lo que pienso sobre las cosas.
10. Muchas veces cuando tengo dolores, molestias, estoy inquieto, o así, ni los médicos saben porqué es.
11. Si hago deporte, juegos, estudio o cualquier otra cosa, siempre quiero saber todas sus reglas y porqué tengo que hacerlo.
12. Es fácil decir lo que siento.
13. Si tengo algún problema prefiero contarle a pensar en ellos.
14. Cuando estoy mal no sé muy bien si estoy triste, asustado o con rabia.
15. Me gusta imaginar muchas cosas de todo tipo.
16. Si no tengo nada que hacer lo que más me gusta es pensar historias despierto.

17. Cuando siento cosas en mi cuerpo, yo tampoco lo entiendo muy bien.
18. Es muy raro que yo piense historias despierto.
19. Es mejor que pasen cosas, a tener que pensar porqué pasan esas cosas.
20. Cuando pienso en alguien no sé si es bueno, malo o regular.
21. Es muy importante vivir y darse cuenta de lo que siento, de lo que quiero, de lo que me da rabia.
22. Cuando estoy con amigos, compañeros, personas mayores..., me resulta difícil explicar lo que siento hacia ellos.
23. La gente me dice que sea más abierto y diga lo que pienso.
24. Necesito preguntar muchas veces el porqué de las cosas, incluso de lo que parece más fácil.
25. No sé lo que pasa dentro de mí.
26. Muchas veces no puedo explicar porqué estoy rabioso o enfadado.

ANEXO III: Entrevista Clínica Semiestructurada (ESPI)

I. FICHERO 1:

01. Sexo: 1 = niña

2 = niños

02. Edad.

RECORRIDO PREVIO:

03. Sin asistencia.

04. Médico de Atención Primaria y/o Pediatra de cabecera.

05. Médico de Atención Terciaria y/o Médico Especialista.

06. Neuropsiquiatra de zona.

07. Psicólogo para seguimiento y/o psicoterapia y/o psicopedagogía.

08. Psicólogo que sólo ha hecho una valoración y/u orientación.

09. Centro de Enseñanza Especial.

10. Ingreso en Instituciones Totales de tipo Social.

11. Instituciones alternativas de tipo Social.

12. Ayudas económicas o de otro tipo sociales.

ESCOLARIZACION:

13. Asiste al curso correspondiente a su edad.
14. Retrasado algún curso al que le debiera corresponder por su edad.
15. Precisa apoyos específicos, sean dentro o fuera del propio centro escolar (no consta aquellos que sean actividades extraescolares).
16. Asiste a Colegio Público y/o subvencionado.
17. Asiste a Colegio Privado.

CONVIVENCIA:

18. Con sus padres.
19. Madre que convive maritalmente.
20. Padre que convive maritalmente.
21. Vive con la madre sola.
22. Vive con el padre solo.
23. Vive con otros parientes.
24. Convivencia alternante.
25. Institución (internado y/o de tipo social).

NIVEL SOCIO-ECONOMICO DE LOS PADRES:

26. Alto (empresarios de cierto nivel; banqueros; propietarios de importantes explotaciones agro- pecuarias; gestores económicos; directivos de alto nivel).
27. Medio-alto (titulados superiores o equivalente; medianos empresarios o

equivalente).

28. Medio-medio (titulados medios o equivalente; administrativos; funcionarios; cuadros medios).

29. Medio-bajo (FP; obreros cualificados o equivalente).

30. Bajo-bajo (obreros sin cualificar; peones no cualificados; pensionistas; parados).

CAMBIO FAMILIAR:

31. Muerte del padre.

32. Muerte de la madre.

33. Proceso de separación de las figuras parentales.

34. Separación/divorcio de las figuras parentales.

35. Nuevo emparejamiento.

36. Tutela/acogimiento familiar.

FICHERO 2:

EJE DE FENOMENOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA

001. Dificultades madurativas.

002. Dificultades en la marcha solamente.

003. Dificultades en el lenguaje.

004. Trastornos esfinterianos.

- 005. Trastornos psicomotores/tics.
- 006. Trastornos psicomotores/otros.
- 007. Retraso en la maduración libidinal.
- 008. Retraso global.
- 009. Reacciones comportamentales de acción.
- 010. Nerviosismo.
- 011. Desobediencia.
- 012. Inquietud.
- 013. Caprichos.
- 014. Egoísmo.
- 015. Rabietas.
- 016. Cóleras.
- 017. Fugas.
- 018. Baja tolerancia a la frustración.
- 019. Reacciones comportamentales de inhibición.
- 020. Timidez.
- 021. Retraimiento.
- 022. Amaneramientos.
- 023. Lentitud.
- 024. Dominado.
- 025. Obediente.
- 026. Reacciones de ansiedad.

- 027. Diurnas.
- 028. Nocturnas.
- 029. En la relación interpersonal.
- 030. Psicomotoras-tics.
- 031. Fobias diversas.
- 032. Obsesiones diversas o ritos.
- 033. Ante la separación.
- 034. Difusa o miedos difusos.
- 035. Disforia.
- 036. En el ambiente familiar.
- 037. En otros ambientes, escolar.
- 038. En todos los ambientes.
- 039. Reacciones depresivas.
- 040. Referidas al esquema y vivencias corporales.
- 041. Referidas al ámbito de las realizaciones prácticas.
- 042. Referidas al ámbito de las relaciones objetales.
- 043. Somatizaciones.
- 044. Cefalea.
- 045. Abdominalgias.
- 046. Vómitos.
- 047. Algias diversas.
- 048. Otro tipo de somatizaciones.

-
- 049. Reacciones histéricas, conversivas.
 - 050. Reacciones psicóticas.
 - 051. Autismo.
 - 052. Estereotipias y ecolalias.
 - 053. Crisis no neurológicas.
 - 054. Reacciones de duelo.
 - 055. Amenaza o intento de suicidio.
 - 066. Traumatofilia/accidentes de repetición.
 - 057. Malos tratos.
 - 058. Físicos.
 - 059. Psíquicos.
 - 060. Familiares.
 - 061. Institucionales.
 - 062. Denuncia.
 - 063. Violación y/o traumas sexuales.
 - 064. Hospitalizaciones repetidas.
 - 065. Masturbación.

EJE PSICOSOMATICA

- 066. Neurología.
- 067. Tartamudez.
- 068. Tics.

-
- 069. Epilepsia.
 - 070. Parálisis Cerebral Infantil.
 - 071. Cefales.
 - 072. Paresias.
 - 073. Genética y malformaciones.
 - 074. Síndrome de Down.
 - 075. Orgánicas.
 - 076. Metabólicas.
 - 077. Complejas.
 - 078. Aparato digestivo.
 - 079. Anorexia
 - 080. Bulimia.
 - 081. Vómitos.
 - 082. Encopresis.
 - 083. Estreñimiento.
 - 084. Diarreas.
 - 085. Algias.
 - 086. Meteorismo, sensación de distensión abdominal.
 - 087. Potomanía.
 - 088. Urología.
 - 089. Eneuresis.
 - 090. Epispadias, hipospadias.
-

- 091. Malformaciones.
- 092. Endocrinología.
- 093. Diabetes.
- 094. Hipotiroidismo.
- 095. Nanismo.
- 096. Obesidad/delgadez.
- 097. Metabolopatías familiares.
- 098. Nefrología.
- 099. Nefritis/nefrosis.
- 100. Insuficiencia Renal Crónica.
- 101. Infecciones.
- 102. Reumatología.
- 103. Cardiología.
- 104. Soplos funcionales.
- 105. Taquicardias de base orgánica.
- 106. Taquicardias funcionales.
- 107. Cardiopatías congénitas.
- 108. Otro tipo de cardiopatías.
- 019. Traumatología.
- 110. Artritis.
- 111. Cojeras.
- 112. Alteraciones en los miembros.

- 113. Alteraciones en la columna vertebral.
- 114. Alergias.
- 115. Asma.
- 116. Dermatológicas.
- 117. Alimenticias.
- 118. Respiratorio.
- 119. Espasmos del sollozo.
- 120. Toses y catarros de repetición.
- 121. Neumonías y bronconeumonías.
- 122. ORL.
- 123. Adenoides/adenoidectomizado.
- 124. Amígdalas/amigdalectomizado.
- 125. Senos.
- 126. Dermatología.
- 127. Eczemas.
- 128. Alopecias.
- 129. Otro tipo de dermatitis.
- 130. Metabólico.
- 131. Deshidrataciones.
- 132. Raquitismo con o sin secuelas.
- 133. Ginecología.
- 134. Malformaciones.



- 135. Infecciones.
- 136. Otro tipo.
- 137. Hemato-oncología.
- 138. Anemias.
- 139. Leucemias.
- 140. Otros tumores sólidos.
- 141. Problemas sensoriales.
- 142. Con corrección.
- 143. Sin corrección.
- 144. Cirugía.
- 145. Una sola intervención.
- 146. Varias intervenciones.
- 147. Con ingreso.
- 148. Parto normal.
- 149. Parto distócico.
- 150. Parto instrumental.
- 151. Cesárea.
- 152. Sufrimiento fetal agudo.
- 153. Pretérmino.
- 154. Término.
- 155. Postérmino.
- 156. Peso adecuado a edad gestacional.

-
157. Peso bajo edad gestacional.
 158. Peso elevado edad gestacional.
 159. Preciso reanimación neonatal.
 160. Preciso ingreso en unidad especializada.
 161. Estuvo en incubadora.
 162. Otro tipo de complicaciones neonatales.

EJE DE NIVEL INTELECTUAL Y SU INSTRUMENTALIZACION

163. Nivel intelectual normal/superior.
 164. Nivel intelectual normal.
 165. Nivel intelectual límite.
 166. Retraso mental discreto.
 167. Retraso mental moderado.
 168. Retraso mental grave.
 169. Retraso mental profundo.
 170. Nivel intelectual no especificado, afectado por el deficit.
 171. Disarmonía verbal-manipulativo.
 172. Dislexia.
 173. Zurdera.
 174. Alteraciones espacio-temporales.
 175. Dislalias.
 176. Disgrafías.
-

- 177. Disortografías.
- 178. Discalculias.
- 179. Dificultades de concentración.
- 180. Dificultades de memoria.
- 181. Dificultades en áreas escolares específicas.
- 182. Bajo rendimiento escolar.
- 183. Dificultades de atención.

EJE DE CARACTERISTICAS SOCIO-FAMILIARES

- 184. Hijo único.
 - 185. Primogénito.
 - 186. Intermedio.
 - 187. Benjamín.
 - 188. Gemelar.
 - 189. Embarazo en época prematrimonial.
 - 190. Hijo natural reconocido.
 - 191. Hijo natural no reconocido.
 - 192. Cesión familiar.
 - 193. Deseado.
 - 194. No deseado.
 - 195. Celos y rivalidad con hermanos.
 - 196. Padre con tratamiento psiquiátrico actual.
-

-
197. Padre con tratamiento psiquiátrico como antecedente.
 198. Alcoholismo paterno.
 199. Otras toxicomanías paternas.
 200. Malos tratos paternos al crío (dador).
 201. Malos tratos paternos a la familia (dador).
 202. Trastorno psiquiátrico paterno identificado actualmente.
 203. Muy amante de la casa.
 204. Buena tolerancia a los crios.
 205. Sabe poner los límites de manera adecuada.
 206. Antecedentes de la infancia paterna cargados (malos tratos, abandonos, carencias, etc).
 207. Madre con tratamiento psiquiátrico actual.
 208. Madre con tratamiento psiquiátrico como antecedente.
 209. Alcoholismo materno.
 210. Otro tipo de toxicomanías maternas.
 211. Depresión puerperal.
 212. Malos tratos maternos al crío (dadora).
 213. Malos tratos maternos a la familia (dadora).
 214. Trastorno psiquiátrico materno identificado actualmente.
 215. Madre deprimida y distímica.
 216. Madre abandonónica.
 217. Buena tolerancia a los crios.
-

218. Límites de forma inadecuada.

219. Antecedentes infantiles maternos muy cargados (malos tratos, abandono, carencias, etc).

ANEXO IV: Índice de Reactividad al Estrés Infanto-juvenil

(IRE-IJ)

01. Sentirse inquieto/a, nervioso/a.
02. No tener tantas ganas de comer como antes.
03. Lo mejor es pensar en otra cosa.
04. Ganas de suspirar, sensación de ahogo.
05. Sentir palpitaciones, parece que el corazón va muy rápido.
06. Sentirse más decaído/a, aburrido/a y triste.
07. Tener más ganas de comer o necesidad mayor de comer.
08. Temblores, tics, manías, como calambres o escalofríos.
09. Sensación de necesitar hacer cosas, no poder estar quieto/a sin hacer nada.
10. Náuseas, ganas de vomitar, mareos, como si todo diera vueltas alrededor.
11. Hacer esfuerzos por estar calmado y pensar tranquilo/a, aunque no se consiga o cueste mucho.
12. Sensación de que te recorre como un hormigueo por el cuerpo, que se duermen las manos o algo así.
13. La comida no me sienta bien, dolor de tripa.
14. Dolores de cabeza.
15. Me encuentro con más marcha, con más ganas de hacer cosas, con más

ganas de disfrutar.

16. Se me quitan las ganas de hacer cosas, no tengo ganas de ir al cole ni de hacer los deberes, ni siquiera los deportes o cosas que más me gustan.

17. No tengo ganas de jugar ni pasear con los amigos/as.

18. Intento echar la culpa a otros/as de lo que pasa.

19. Tengo la sensación de necesitar dormir más, me duermo a la menor oportunidad.

20. Me siento enfermo/a, me preocupo por estar enfermo.

21. Sensación de agotamiento y cansancio.

22. Tengo más ganas de hacer pis o hago más veces pis con muy poca cantidad.

23. Me pica el cuerpo, morderme las uñas, hago como si me frotara o cosas así.

24. Me siento más irritable, salto por cualquier cosa y de forma más agresiva.

25. Hago más veces caca al día.

26. Tengo que llevarme algo a la boca y masticar (chicle, la punta del lápiz o del bolígrafo), se me seca la boca.

27. Necesito estar solo/a, tranquilo/a, sin que nadie me moleste.

28. Hago cosas sin parar para sentirme más cansado/a.

29. Miedos y temores sin causa aparente, o aumento de los que ya tenía.

30. Necesito saber que todo está en su sitio de forma repetida.

31. Tengo más dificultades para irme a dormir y me cuesta coger el sueño.

32. Necesito estar con alguien para que me acompañe y preguntarle cosas.

* Las respuestas a los diferentes items se evalúan de la siguiente manera:

0 = Nunca

1 = A veces, pocas veces

2 = Siempre, casi siempre

ANEXO V: Análisis Factorial del TAS

FACTOR /VARIABLES O01 TO O26 /CRITERIA FACTORS /ROTATION
VARIMAX.

---- FACTOR ANALYSIS ----

Extraction 1 for Analysis 1, Principal-Components Analysis (PC)

Initial Statistics:

Variable	Communality *	Factor	Eigenvalue	Pct of Var	Cum Pct
	*				
O01	1.00000 *	1	12.60446	48.5	48.5
O02	1.00000 *	2	7.57580	29.1	77.6
O03	1.00000 *	3	1.67586	6.4	84.1
O04	1.00000 *	4	1.09155	4.2	88.3
O05	1.00000 *	5	1.06049	4.1	92.3
O06	1.00000 *	6	.81944	3.2	95.5
O07	1.00000 *	7	.64414	2.5	98.0
O08	1.00000 *	8	.52826	2.0	100.0
O09	1.00000 *	9	.00000	.0	100.0
O10	1.00000 *	10	.00000	.0	100.0

O11	1.00000	*	11	.00000	.0	100.0
O12	1.00000	*	12	.00000	.0	100.0
O13	1.00000	*	13	.00000	.0	100.0
O14	1.00000	*	14	.00000	.0	100.0
O15	1.00000	*	15	.00000	.0	100.0
O16	1.00000	*	16	.00000	.0	100.0
O17	1.00000	*	17	.00000	.0	100.0
O18	1.00000	*	18	.00000	.0	100.0
O19	1.00000	*	19	.00000	.0	100.0
O20	1.00000	*	20	.00000	.0	100.0
O21	1.00000	*	21	.00000	.0	100.0
O22	1.00000	*	22	.00000	.0	100.0
O23	1.00000	*	23	.00000	.0	100.0
O24	1.00000	*	24	.00000	.0	100.0
O25	1.00000	*	25	.00000	.0	100.0
O26	1.00000	*	26	.00000	.0	100.0

PC Extracted 4 factors.

Factor Matrix:

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4
O01	.78525	-.61866	.01336	.00041
O02	.78525	-.61866	.01336	.00041
O03	.78525	-.61866	.01336	.00041
O04	.78525	-.61866	.01336	.00041
O05	.78525	-.61866	.01336	.00041
O06	.78525	-.61866	.01336	.00041
O07	.78525	-.61866	.01336	.00041
O08	.78525	-.61866	.01336	.00041
O09	.78525	-.61866	.01336	.00041
O10	.78525	-.61866	.01336	.00041
O11	.79821	.60039	-.03708	-.01851
O12	.79821	.60039	-.03708	-.01851
O13	.79821	.60039	-.03708	-.01851
O14	.79821	.60039	-.03708	-.01851
O15	.79821	.60039	-.03708	-.01851
O16	.79821	.60039	-.03708	-.01851

O17	.79821	.60039	-.03708	-.01851
O18	.79821	.60039	-.03708	-.01851
O19	.79821	.60039	-.03708	-.01851
O20	.79821	.60039	-.03708	-.01851
O21	.01932	.26000	.08684	-.12065
O22	.05850	.14032	.26541	.72416
O23	-.07512	-.00601	.65765	-.37841
O24	.15783	.10919	.30881	.62392
O25	.08444	.16544	.75557	-.08968
O26	.15912	.13041	.69541	-.09302

Final Statistics:

Variable	Communality *	Factor	Eigenvalue	Pct of Var	Cum Pct
	*				
O01	.99954 *	1	12.60446	48.5	48.5
O02	.99954 *	2	7.57580	29.1	77.6
O03	.99954 *	3	1.67586	6.4	84.1
O04	.99954 *	4	1.09155	4.2	88.3
O05	.99954 *				
O06	.99954 *				

O07	.99954 *
O08	.99954 *
O09	.99954 *
O10	.99954 *
O11	.99934 *
O12	.99934 *
O13	.99934 *
O14	.99934 *
O15	.99934 *
O16	.99934 *
O17	.99934 *
O18	.99934 *
O19	.99934 *
O20	.99934 *
O21	.09007 *
O22	.61796 *
O23	.58137 *
O24	.52147 *
O25	.61343 *
O26	.53458 *

Varimax Rotation 1, Extraction 1, Analysis 1 - Kaiser Normalization.

Varimax converged in 5 iterations.

Rotated Factor Matrix:

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4
O01	.99180	.12566	-.00881	.00388
O02	.99180	.12566	-.00881	.00388
O03	.99180	.12566	-.00881	.00388
O04	.99180	.12566	-.00881	.00388
O05	.99180	.12566	-.00881	.00388
O06	.99180	.12566	-.00881	.00388
O07	.99180	.12566	-.00881	.00388
O08	.99180	.12566	-.00881	.00388
O09	.99180	.12566	-.00881	.00388
O10	.99180	.12566	-.00881	.00388
O11	.13181	.98867	.03754	.05547
O12	.13181	.98867	.03754	.05547
O13	.13181	.98867	.03754	.05547
O14	.13181	.98867	.03754	.05547

O15	.13181	.98867	.03754	.05547
O16	.13181	.98867	.03754	.05547
O17	.13181	.98867	.03754	.05547
O18	.13181	.98867	.03754	.05547
O19	.13181	.98867	.03754	.05547
O20	.13181	.98867	.03754	.05547
O21	-.16877	.19342	.14032	-.06700
O22	-.04911	.07067	.02608	.78094
O23	-.02746	-.09781	.74030	-.15169
O24	.04404	.12133	.10030	.70338
O25	-.03386	.10813	.75553	.17253
O26	.04151	.14271	.69961	.15177

Factor Transformation Matrix:

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4
FACTOR 1	.70188	.70965	.02936	.05385
FACTOR 2	-.71154	.69551	.07165	.06960
FACTOR 3	.03271	-.09555	.94233	.31909
FACTOR 4	.00137	-.05949	-.32561	.94363

ANEXO VI: Datos extraídos del grupo de salud mental

		S. MENTAL	NO S. MENTAL	
ESCOLARIZACION		N (%)	N (%)	TEST (p)
Asiste al curso correspondiente a su edad	SI	24 (80.0%)	83 (92.2%)	Fisher p=0.06
	NO	6 (20.0%)	7 (7.8%)	
Retrasado en algún curso al que le debiera corresponder por su edad	SI	6 (20.0%)	7 (7.8%)	Fisher p=0.06
	NO	24 (80.0%)	83 (92.2%)	
Precisa apoyos específicos, sean dentro o fuera del propio centro escolar	SI	3 (10.0%)	0 (0.0%)	Fisher p<0.05
	NO	27 (90.0%)	90 (100%)	

Anexo VI (1): ESCOLARIZACION (ESPI)

		S. MENTAL	NO S. MENTAL	
CONVIVENCIA		N (%)	N (%)	TEST (p)
Institución (internado y/o de tipo social)	SI	3 (10.0%)	0 (0.0%)	Fisher p<0.05
	NO	27 (90.0%)	90 (100.0%)	

Anexo VI (2): CONVIVENCIA (ESPI)

		S. MENTAL	NO S. MENTAL	
NIVEL SOCIO-ECONOMICO		N (%)	N (%)	TEST (p)
Medio-medio	SI	9 (30.0%)	12 (13.3%)	$X^2=4.29$ p<0.05
	NO	21 (70.0%)	78 (86.7%)	
Bajo-bajo	SI	7 (23.3%)	36 (40.0%)	$X^2=2.70$ p=0.1
	NO	23 (76.7%)	54 (60.0%)	

Anexo VI (3): NIVEL SOCIO-ECONOMICO DE LOS PADRES (ESPI)

		S. MENTAL	NO S. MENTAL	
CAMBIO FAMILIAR		N (%)	N (%)	TEST (p)
Separación/divorcio de las figuras parentales	SI	4 (13.3%)	3 (3.3%)	Fisher p=0.06
	NO	26 (86.7%)	87 (96.7%)	

Anexo VI (4): CAMBIO FAMILIAR (ESPI)

		S. MENTAL	NO S. MENTAL	
DIFICULTADES MADURATIVAS		N (%)	N (%)	TEST (p)
Dificultades del lenguaje	SI	6 (20.0%)	4 (4.4%)	Fisher p<0.05
	NO	24 (80.0%)	86 (95.6%)	

Anexo VI (5): FENOMENOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA (1) (ESPI)

		S. MENTAL	NO S. MENTAL	
REACCIONES COMPORTAMENTALES DE ACCION		N (%)	N (%)	TEST (p)
Nerviosismo	SI	13 (43.3%)	25 (27.8%)	$X^2=2.50$ $p=0.1$
	NO	17 (56.7%)	65 (72.2%)	
Desobediencia	SI	12 (40.0%)	15 (16.7%)	$X^2=6.97$ $p<0.05$
	NO	18 (60.0%)	75 (83.3%)	
Inquietud	SI	14 (46.7%)	20 (22.2%)	$X^2=6.57$ $p<0.05$
	NO	16 (56.3%)	70 (77.8%)	
Rabietas	SI	12 (40.0%)	18 (20.0%)	$X^2=4.76$ $p<0.05$
	NO	18 (60.0%)	72 (80.0%)	
Cóleras	SI	12 (40.0%)	14 (15.6%)	$X^2=7.86$ $p<0.05$
	NO	18 (60.0%)	76 (84.4%)	

Anexo VI (6): FENOMENOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA (2) (ESPI)

		S. MENTAL	NO S. MENTAL	
REACCIONES COMPORTAMENTALES DE INHIBICION		N (%)	N (%)	TEST (p)
Retraimiento	SI	10 (33.3%)	18 (20.0%)	$X^2=2.22$ p=0.1
	NO	20 (66.7%)	72 (80.0%)	
Amaneramientos	SI	3 (10.0%)	1 (1.1%)	Fisher p<0.05
	NO	27 (90.0%)	89 (98.9%)	
Lentitud	SI	4 (13.3%)	5 (5.6%)	Fisher p=0.1
	NO	26 (86.7%)	85 (94.4%)	
Obediente	SI	0 (0.0%)	24 (26.7%)	$X^2=9.92$ p<0.05
	NO	30 (100.0%)	66 (73.3%)	

Anexo VI (7): FENOMENOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA (3) (ESPI)

		S. MENTAL	NO S. MENTAL	
REACCIONES DE ANSIEDAD		N (%)	N (%)	TEST (p)
Nocturnas	SI	15 (50.0%)	22 (24.4%)	$X^2=6.83$ $p<0.05$
	NO	15 (50.0%)	68 (75.6%)	
Psicomotoras-tics	SI	6 (20.0%)	4 (4.4%)	Fisher $p<0.05$
	NO	24 (80.0%)	86 (95.6%)	
Fobias diversas	SI	10 (33.3%)	17 (18.9%)	$X^2=2.67$ $p=0.1$
	NO	20 (66.7%)	73 (81.1%)	
Ante la separación	SI	11 (36.7%)	21 (23.3%)	$X^2=2.03$ $p=0.1$
	NO	19 (63.3%)	69 (76.7%)	
Ansiedad o miedos difusos	SI	15 (50.0%)	25 (27.8%)	$X^2=4.96$ $p<0.05$
	NO	15 (50.0%)	65 (72.2%)	

Anexo VI (8): FENOMENOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA (4) (ESPI)

		S. MENTAL	NO S. MENTAL	
DISFORIA		N (%)	N (%)	TEST (p)
En el ambiente familiar	SI	12 (40.0%)	18 (20.0%)	$X^2=4.76$ $p<0.05$
	NO	18 (60.0%)	72 (80.0%)	
En otros ambientes, escolar	SI	3 (10.0%)	1 (1.1%)	Fisher $p<0.05$
	NO	27 (90.0%)	89 (98.9%)	
En todos los ambientes	SI	5 (16.7%)	1 (1.1%)	Fisher $p<0.05$
	NO	25 (83.3%)	89 (98.9%)	

Anexo VI (9): FENOMENOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA (5) (ESPI)

		S. MENTAL	NO S. MENTAL	
REACCIONES DEPRESIVAS		N (%)	N (%)	TEST (p)
Referidas al esquema y vivencias corporales	SI	7 (23.3%)	10 (11.1%)	Fisher $p=0.09$
	NO	23 (76.7%)	80 (88.9%)	
Referidas al ámbito de las realizaciones prácticas	SI	3 (10.0%)	2 (2.2%)	Fisher $p=0.09$
	NO	27 (90.0%)	88 (97.8%)	

Anexo VI (10): FENOMENOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA (6) (ESPI)

		S. MENTAL	NO S. MENTAL	
SOMATIZACIONES		N (%)	N (%)	TEST (p)
Cefaleas	SI	12 (40.0%)	22 (24.4%)	$X^2=2.66$ p=0.1
	NO	18 (60.0%)	68 (75.6%)	
Abdominalgias	SI	9 (30.0%)	16 (17.8%)	$X^2=2.02$ p=0.1
	NO	21 (70.0%)	74 (82.2%)	
Algias diversas	SI	7 (23.3%)	9 (10.0%)	Fisher p=0.06
	NO	23 (76.7%)	81 (90.0%)	

Anexo VI (11): FENOMENOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA (7) (ESPI)

		S. MENTAL	NO S. MENTAL	
OTROS		N (%)	N (%)	TEST (p)
Reacciones de duelo	SI	5 (16.7%)	7 (7.8%)	Fisher p=0.1
	NO	25 (83.3%)	83 (92.2%)	
Amenaza o intento de suicidio	SI	3 (10.0%)	0 (0.0%)	Fisher p<0.05
	NO	27 (90.0%)	90 (100.0%)	
Malos tratos psíquicos	SI	2 (6.7%)	1 (1.1%)	Fisher p=0.1
	NO	28 (93.3%)	89 (98.9%)	
Malos tratos familiares	SI	4 (13.3%)	1 (1.1%)	Fisher p<0.05
	NO	26 (86.7%)	89 (98.9%)	
Hospitalizaciones repetidas	SI	8 (26.7%)	11 (12.2%)	Fisher p=0.06
	NO	22 (73.3%)	79 (87.8%)	
Masturbación	SI	3 (10.0%)	22 (24.4%)	$X^2=2.82$ p=0.09
	NO	27 (90.0%)	68 (75.6%)	

Anexo VI (12): FENOMENOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA (8) (ESPI)

		S. MENTAL	NO S. MENTAL	
NEUROLOGIA		N (%)	N (%)	TEST (p)
Tics	SI	8 (26.7%)	6 (6.7%)	Fisher p<0.05
	NO	22 (73.3%)	84 (93.3%)	
Paresias	SI	5 (16.7%)	2 (2.2%)	Fisher p<0.05
	NO	25 (83.3%)	88 (97.8%)	

Anexo VI (13): PSICOSOMATICA (1) (ESPI)

		S. MENTAL	NO S. MENTAL	
AP. DIGESTIVO		N (%)	N (%)	TEST (p)
Bulimia	SI	8 (26.7%)	13 (14.4%)	Fisher p=0.1
	NO	22 (73.3%)	77 (85.6%)	
Estreñimiento	SI	5 (16.7%)	8 (8.9%)	Fisher p=0.1
	NO	25 (83.3%)	82 (91.1%)	
Diarreas	SI	2 (6.7%)	0 (0.0%)	Fisher p=0.06
	NO	28 (93.3%)	90 (100.0%)	

Anexo VI (14): PSICOSOMATICA (2) (ESPI)

		S. MENTAL	NO S. MENTAL	
OTROS		N (%)	N (%)	TEST (p)
UROLOGIA: Eneuresis	SI	8 (26.7%)	13 (14.4%)	$X^2=2.31$ p=0.1
	NO	22 (73.3%)	77 (85.6%)	
REUMATOLOGIA	SI	5 (16.7%)	5 (5.6%)	Fisher p=0.06
	NO	25 (83.3%)	85 (94.4%)	
ALERGIAS, en general	SI	4 (13.3%)	37 (41.1%)	$X^2=7.65$ p<0.05
	NO	26 (86.7%)	53 (58.9%)	
ALERGIAS: Asma	SI	0 (0.0%)	30 (33.3%)	Fisher p<0.05
	NO	30 (100 %)	60 (66.7%)	
DERMATOLOGIA: Eczemas	SI	5 (16.7%)	4 (4.4%)	Fisher p<0.05
	NO	25 (83.3%)	86 (95.6%)	
DERMATOLOGIA: Alopecias	SI	3 (10.0%)	2 (2.2%)	Fisher p=0.09
	NO	27 (90.0%)	88 (97.8%)	

Anexo VI (15): PSICOSOMATICA (3) (ESPI)

		S. MENTAL	NO S. MENTAL	
OTROS		N (%)	N (%)	TEST (p)
HEMATO-ONCOLOGIA: Anemias	SI	3 (10.0%)	0 (0.0%)	Fisher p<0.05
	NO	27 (90.0%)	90 (100.0%)	
PROBLEMAS SENSORIALES	SI	3 (10.0%)	20 (22.2%)	$X^2=2.15$ P=0.1
	NO	27 (90.0%)	70 (77.8%)	
PROBLEMAS SENSORIALES: CON CORRECCION	SI	3 (10.0%)	20 (22.2%)	$X^2=2.15$ p=0.14
	NO	27 (90.0%)	70 (77.8%)	

Anexo VI (16): PSICOSOMATICA (4) (ESPI)

		S. MENTAL	NO S. MENTAL	
PERINATOLOGIA		N (%)	N (%)	TEST (p)
Sufrimiento fetal agudo	SI	3 (10.0%)	1 (1.1%)	Fisher p<0.05
	NO	27 (90.0%)	89 (98.9%)	
Postérmino	SI	0 (0.0%)	7 (7.8%)	Fisher p=0.1
	NO	30 (100.0%)	83 (92.2%)	
Precisó reanimación neonatal	SI	4 (13.3%)	3 (3.3%)	Fisher p=0.06
	NO	26 (86.7%)	87 (96.7%)	
Estuvo en incubadora	SI	6 (20.0%)	4 (4.4%)	Fisher p<0.05
	NO	24 (80.0%)	86 (95.6%)	

Anexo VI (17): PSICOSOMATICA (5) (ESPI)

		S. MENTAL	NO S. MENTAL	
NIVEL INTELECTUAL Y SU INSTRUMENT.		N (%)	N (%)	TEST (p)
Nivel intelectual normal/superior	SI	0 (0.0%)	13 (14.4%)	Fisher p<0.05
	NO	30 (100.0%)	77 (85.6%)	
Nivel intelectual límite	SI	6 (20.0%)	1 (1.1%)	Fisher p<0.05
	NO	24 (80.0%)	89 (98.9%)	
Retraso mental discreto	SI	2 (6.7%)	0 (0.0%)	Fisher p=0.06
	NO	28 (93.3%)	90 (100.0%)	
Dificultades de concentración	SI	4 (13.3%)	2 (2.2%)	Fisher p<0.05
	NO	26 (86.7%)	88 (97.8%)	
Bajo rendimiento escolar	SI	12 (40.0%)	4 (4.4%)	Fisher p<0.05
	NO	18 (60.0%)	86 (95.6%)	
Dificultades de atención	SI	8 (26.7%)	3 (3.3%)	Fisher p<0.05
	NO	22 (73.3%)	87 (96.7%)	

Anexo VI (18): NIVEL INTELECTUAL Y SU INSTRUMENTALIZACION (ESPI)

SOCIO-FAMILIAR		S. MENTAL	NO S. MENTAL	TEST (p)
		N (%)	N (%)	
Primogénitos	SI	6 (20.0%)	36 (40.0%)	$X^2=3.92$ p<0.05
	NO	24 (80.0%)	54 (60.0%)	
Benjamin	SI	12 (40.0%)	22 (24.4%)	$X^2=2.66$ p=0.1
	NO	18 (60.0%)	68 (75.6%)	
Cesión familiar	SI	4 (13.3%)	1 (1.1%)	Fisher p<0.05
	NO	26 (86.7%)	89 (98.9%)	
Madre con tratamiento psiquiátrico actual	SI	4 (13.3%)	2 (2.2%)	Fisher p<0.05
	NO	26 (13.3%)	88 (97.8%)	
Madre deprimida y distímica	SI	12 (40.0%)	21 (23.3%)	$X^2=3.11$ p=0.07
	NO	28 (60.0%)	69 (76.7%)	
Antecedentes infantiles maternos muy cargados	SI	3 (10.0%)	0 (0.0%)	Fisher p<0.05
	NO	27 (90.0%)	90 (100.0%)	

Anexo VI (19): CARACTERISTICAS SOCIO-FAMILIARES (ESPI)

I R E - I J		S. MENTAL	NO S. MENTAL	TEST (p)
		N (%)	N (%)	
Sentirse inquieto/a, nervioso/a	SI	29 (96.7%)	53 (58.9%)	$X^2=14.72$ $p<0.05$
	NO	1 (3.3%)	37 (41.1%)	
Lo mejor es pensar en otra cosa	SI	19 (63.3%)	38 (42.2%)	$X^2=3.21$ $p=0.07$
	NO	11 (36.7%)	52 (57.8%)	
Ganas de suspirar, sensación de ahogo	SI	18 (60.0%)	37 (41.1%)	$X^2=3.21$ $p=0.07$
	NO	12 (40.0%)	53 (58.9%)	
Sentirse más decaído/a, aburrido/a y triste	SI	14 (46.7%)	21 (23.3%)	$X^2=5.88$ $p<0.05$
	NO	16 (53.3%)	69 (76.7%)	
Sensación de necesitar hacer cosas, no poder estar quieto/a sin hacer nada	SI	23 (76.7%)	37 (41.1%)	$X^2=11.28$ $p<0.05$
	NO	7 (23.3%)	53 (58.9%)	
Hacer esfuerzos por estar calmado/a y pensar tranquilo/a, aunque no se consiga o cueste mucho	SI	15 (50.0%)	24 (26.7%)	$X^2=5.54$ $p<0.05$
	NO	15 (50.0%)	66 (73.3%)	

Anexo VI (20a): ASPECTOS QUE DIFERENCIAN AL GRUPO DE SALUD MENTAL DE LOS OTROS TRES GRUPOS (IRE-IJ)

		S. MENTAL		NO S. MENTAL		
I R E - I J		N	(%)	N	(%)	TEST (p)
Sensación de que te recorre como un hormigueo por el cuerpo, que se duermen las manos o algo así	SI	15	(50.0%)	28	(31.1%)	$X^2=3.46$ $p=0.06$
	NO	15	(50.0%)	62	(68.9%)	
Dlores de cabeza	SI	12	(40.0%)	24	(26.7%)	$X^2=1.89$ $p=0.1$
	NO	18	(60.0%)	66	(73.3%)	
Me encuentro con más marcha, con más ganas de hacer cosas, con más ganas de disfrutar	SI	20	(66.7%)	37	(41.1%)	$X^2=5.84$ $p<0.05$
	NO	10	(33.3%)	53	(58.9%)	
No tengo ganas de jugar ni pasear con los amigos/as	SI	12	(40.0%)	19	(21.1%)	$X^2=4.16$ $p<0.05$
	NO	18	(60.0%)	71	(78.9%)	
Sensación de agotamiento y cansancio	SI	18	(60.0%)	24	(26.7%)	$X^2=10.90$ $p<0.05$
	NO	12	(40.0%)	66	(73.3%)	
Tengo más ganas de hacer pis o hago más veces pis con muy poca cantidad	SI	16	(53.3%)	28	(31.1%)	$X^2=4.74$ $p<0.05$
	NO	14	(46.7%)	62	(68.9%)	

Anexo VI (20b): ASPECTOS QUE DIFERENCIAN AL GRUPO DE SALUD MENTAL DE LOS OTROS TRES GRUPOS (IRE-IJ)

		S. MENTAL	NO S. MENTAL	
I R E - I J		N (%)	N (%)	TEST (p)
Me siento más irritable, salto por cualquier cosa y de forma más agresiva	SI	11 (36.7%)	14 (15.6%)	$X^2=6.03$ $p<0.05$
	NO	19 (63.3%)	76 (84.4%)	
Hago cosas sin parar para sentirme más cansado/a	SI	15 (50.0%)	29 (32.2%)	$X^2=3.04$ $p=0.08$
	NO	15 (50.0%)	61 (67.8%)	
Miedos y temores sin causa aparente, o aumento de los que ya tenía	SI	8 (26.7%)	10 (11.1%)	Fisher $p<0.05$
	NO	22 (73.3%)	80 (88.9%)	
Necesito saber que todo está en su sitio de forma repetida	SI	12 (40.0%)	23 (25.6%)	$X^2=2.25$ $p=0.1$
	NO	18 (60.0%)	67 (74.4%)	
Tengo más dificultades para irme a dormir y me cuesta coger el sueño	SI	18 (60.0%)	36 (40.0%)	$X^2=3.61$ $p=0.05$
	NO	12 (40.0%)	54 (60.0%)	
Necesito estar con alguien para que me acompañe y preguntarle cosas	SI	15 (50.0%)	26 (28.9%)	$X^2=4.42$ $p<0.05$
	NO	15 (50.0%)	64 (71.1%)	

Anexo VI (20c): ASPECTOS QUE DIFERENCIAN AL GRUPO DE SALUD MENTAL DE LOS OTROS TRES GRUPOS (IRE-IJ)

ANEXO VII: Datos extridos del grupo pediátrico

		PEDIATRICOS	NO PEDIATRICOS	
		N (%)	N (%)	TEST (p)
NIVEL SOCIO-ECONOMICO DE LOS PADRES: Medio-alto	SI	3 (10.0%)	1 (1.1%)	$X^2=5.47$ $p<0.05$
	NO			
REACCIONES COMPORTAMENTALES DE ACCION: Caprichos	SI	9 (30.0%)	13 (14.4%)	$X^2=3.61$ $p=0.05$
	NO			
PERINATOLOGIA: Peso bajo para edad gestacional	SI	2 (6.7%)	1 (1.1%)	Fisher $p=0.1$
	NO			
CARACTERISTICAS SOCIO-FAMILIARES: Primogénito	SI	14 (46.7%)	28 (31.1%)	$X^2=2.37$ $p=0.1$
	NO			

Anexo VII (1): ASPECTOS DEL GRUPO PEDIATRICO QUE LOS DIFERENCIA SIGNIFICATIVAMENTE DE LOS OTROS TRES GRUPOS (ESPI)

I R E - I J		PEDIATRICOS		TEST (p)
		N (%)	NO PEDIATRICOS	
Sentirse inquieto/a, nervioso/a	SI	16 (53.3%)	66 (73.3%)	$X^2=4.12$ $p<0.05$
	NO	14 (46.7%)	24 (26.7%)	
No tener tantas ganas de comer como antes	SI	14 (46.7%)	25 (27.8%)	$X^2=3.63$ $p=0.05$
	NO	16 (53.3%)	65 (72.2%)	
Sensación de necesitar hacer cosas, no poder estar quieto/a sin hacer nada	SI	11 (36.7%)	49 (54.4%)	$X^2=2.82$ $p=0.09$
	NO	19 (63.3%)	41 (45.6%)	
Náuseas, ganas de vomitar, mareos, como si todo diera vueltas alrededor	SI	13 (43.3%)	21 (23.3%)	$X^2=4.40$ $p<0.05$
	NO	17 (56.7%)	69 (76.7%)	
Dolores de cabeza	SI	12 (40.0%)	24 (26.7%)	$X^2=1.89$ $p=0.1$
	NO	18 (60.0%)	66 (73.3%)	
Me encuentro con más marcha, con más ganas de hacer cosas, con más ganas de disfrutar	SI	8 (26.7%)	49 (54.4%)	$X^2=6.90$ $p<0.05$
	NO	22 (73.3%)	41 (45.6%)	
Hago más veces caca al día	SI	9 (30.0%)	15 (16.7%)	$X^2=2.48$ $p=0.1$
	NO	21 (70.0%)	75 (83.3%)	

Anexo VII (2): ASPECTOS QUE DIFERENCIAN AL GRUPO PEDIATRICO DE LOS OTROS TRES GRUPOS (IRE-IJ)

ANEXO VIII: Datos extraídos del grupo escolar

		ESCOLARES	NO ESCOLARES	
		N (%)	N (%)	TEST (p)
PERINATOLOGIA: Parto instrumental	SI	4 (13.3%)	4 (4.4%)	Fisher p=0.1
	NO			
CARACTERISTICAS SOCIO-FAMILIARES: Deseado	SI	30 (100.0%)	79 (87.8%)	Fisher p<0.05
	NO			
CARACTERISTICAS SOCIO-FAMILIARES: Buena tolerancia a los crios (madre)	SI	29 (96.7%)	80 (88.9%)	Fisher p=0.1
	NO			

Anexo VIII (1): ASPECTOS DEL GRUPO ESCOLAR QUE LOS DIFERENCIA SIGNIFICATIVAMENTE DE LOS OTROS TRES GRUPOS (ESPI)

		ESCOLARES	NO ESCOLARES	
IRE - IJ		N (%)	N (%)	TEST (p)
Sensación de necesitar hacer cosas, no poder estar quieto/a sin hacer nada	SI	11 (36.7%)	49 (54.4%)	$X^2=2.82$ p=0.09
	NO	19 (63.3%)	41 (45.6%)	
Dolores de cabeza	SI	5 (16.7%)	31 (34.4%)	$X^2=3.36$ p=0.06
	NO	25 (83.3%)	59 (65.6%)	
Tengo la sensación de necesitar dormir más, me duermo a la menor oportunidad	SI	3 (10.0%)	26 (28.9%)	$X^2=4.34$ p<0.05
	NO	27 (90.0%)	64 (71.1%)	
Sensación de agotamiento y cansancio	SI	7 (23.3%)	35 (38.9%)	$X^2=2.37$ p=0.1
	NO	23 (76.7%)	55 (61.1%)	
Me siento más irritable, salto por cualquier cosa y de forma más agresiva	SI	3 (10.0%)	22 (24.4%)	$X^2=2.82$ p=0.09
	NO	27 (90.0%)	68 (75.6%)	

Anexo VIII (2): ASPECTOS QUE DIFERENCIAN AL GRUPO ESCOLAR DE LOS OTROS TRES GRUPOS (IRE-IJ)

TABLA 1
ESQUEMA COMPARATIVO ENTRE ALEXITIMIA Y PENSAMIENTO OPERATORIO

PENSAMIENTO OPERATORIO	ALEXITIMIA
<ul style="list-style-type: none"> - Marty y de MUzan (1963) - Concepto dinámico - Es el modelo central de funcionamiento mental de pacientes psicósomáticos - Es un pensamiento desconectado de la vida afectiva y de fantasías. Traduce lo más evidente, concreto y práctico de la realidad - El síntoma psicósomático tendría una función económica de descarga para el equilibrio intrapsíquico, sin contenido simbólico y sin relación con la vida del sujeto - No posee instrumentos de medida, es una interpretación basada en los contenidos del funcionamiento mental obtenido en las entrevistas clínicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Sifneos y Nemiah (1972) - Constructo fenomenológico - Es un estado afectivo-cognitivo: perturbación específica de las funciones afectivas y simbólicas, lo que lleva a: - Un estilo de comunicación improductiva y apagada, que no expresa la actividad interna del individuo, sus sentimientos, emociones, deseos, etc - El pensamiento es utilitario, prosaico, centrado en multitud de detalles sobre los acontecimientos externos - Dificultad para discernir entre estados emocionales y sensaciones corporales - Hiperadaptación social y gran conformismo social - Posee instrumentos de medida: cuestionarios (SSPS, BIQ, MMPI-A, APRQ, TAS), técnicas proyectivas (SAT 9, TAT, Rorschach) y otros como el Análisis de Contenido Verbal

TABLA 2
VALORES DEL ALPHA DE CROMBACH PARA LAS DISTINTAS PRUEBAS

	ALPHA DE CROMBACH
TAS	0.9407
IRE-IJ	0.7802

TABLA 3
DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR GRUPO Y SEXO (ESPI)

SEXO	ASMATICOS	S. MENTAL	PEDIATRICOS	ESCOLARES	TOTAL
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
NIÑA	12 (17.4%)	17 (24.6%)	21 (30.4%)	19 (27.5%)	69 (57.5%)
NIÑO	18 (35.3%)	13 (25.5%)	9 (17.6%)	11 (21.5%)	51 (42.5%)
	30 (25.0%)	30 (25.0%)	30 (25.0%)	30 (25.0%)	120 (100%)

TABLA 4
DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR GRUPO Y EDAD (ESPI)

EDAD (AÑOS)	ASMATICOS	S. MENTAL	PEDIATRICOS	ESCOLARES	TOTAL
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
7	4 (13.3%)	5 (16.7%)	4 (13.3%)	4 (13.3%)	17 (14.2%)
8	4 (13.3%)	4 (13.3%)	5 (16.7%)	6 (20.0%)	19 (15.8%)
9	7 (23.3%)	5 (16.7%)	4 (13.3%)	6 (20.0%)	22 (18.3%)
10	8 (26.7%)	6 (20.0%)	7 (23.3%)	6 (20.0%)	27 (22.5%)
11	4 (13.3%)	4 (13.3%)	7 (23.3%)	5 (16.7%)	20 (16.7%)
12	3 (10.0%)	6 (20.0%)	3 (10.0%)	3 (10.0%)	15 (12.5%)
TOTAL	30 (25.0%)	30 (25.0%)	30 (25.0%)	30 (25.0%)	120 (100%)

TABLA 5
CONVIVENCIA

		ASMATICOS	NO ASMATICOS	
CONVIVENCIA		N (%)	N (%)	TEST (p)
Vive con la madre sola	SI	4 (13.3%)	5 (5.6%)	Fisher p=0.1
	NO	26 (86.7%)	85 (94.4%)	

TABLA 6
FENOMENOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA (1) (ESPI)

		ASMATICOS	NO ASMATICOS	
REACCIONES COMPORTAMENTALES DE ACCION		N (%)	N (%)	TEST (p)
Caprichos	SI	2 (6.7%)	20 (22.2%)	$\chi^2=3.61$ p=0.05
	NO	28 (93.3%)	70 (77.8%)	
Cóleras	SI	3 (10.0%)	23 (25.6%)	$\chi^2=3.18$ p=0.07
	NO	27 (90.0%)	67 (74.4%)	
Baja tolerancia a la frustración	SI	7 (23.3%)	39 (43.3%)	$\chi^2=3.78$ p=0.05
	NO	23 (76.7%)	51 (56.7%)	

TABLA 7
FENOMENOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA (2) (ESPI)

		ASMATICOS	NO ASMATICOS	
REACCIONES COMPORTAMENTALES DE INHIBICION		N (%)	N (%)	TEST (p)
Timidez	SI	15 (50.0%)	33 (36.7%)	$X^2=1.65$ $p=0.1$
	NO	15 (50.0%)	57 (63.3%)	
Dominado	SI	4 (13.3%)	0 (0.0%)	Fisher $p<0.05$
	NO	26 (86.7%)	90 (100.0%)	
Obediente	SI	12 (40.0%)	12 (13.3%)	$X^2=9.92$ $p<0.05$
	NO	18 (60.0%)	78 (86.7%)	

TABLA 8
FENOMENOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA (3) (ESPI)

		ASMATICOS	NO ASMATICOS	
REACCIONES DE ANSIEDAD		N (%)	N (%)	TEST (p)
En la relación interpersonal	SI	5 (16.7%)	5 (5.6%)	Fisher $p=0.06$
	NO	25 (83.3%)	85 (94.4%)	

TABLA 9
FENOMENOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA (4) (ESPI)

		ASMATICOS	NO ASMATICOS	
SOMATIZACIONES		N (%)	N (%)	TEST (p)
Abdominalgias	SI	3 (10.0%)	22 (24.4%)	$X^2=2.82$ p=0.09
	NO	27 (90.0%)	68 (75.6%)	
Somatizaciones diversas	SI	8 (26.6%)	12 (13.3%)	$X^2=2.86$ p=0.09
	NO	22 (73.3%)	78 (86.7%)	

TABLA 10
FENOMENOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA (5) (ESPI)

		ASMATICOS	NO ASMATICOS	
OTROS		N (%)	N (%)	TEST (p)
REACCIONES DE DUELO	SI	6 (20.0%)	6 (6.7%)	Fisher p<0.05
	NO	24 (80.0%)	84 (93.3%)	
TRAUMATOFILIA	SI	10 (33.3%)	19 (21.1%)	$X^2=1.82$ p=0.1
	NO	20 (66.7%)	71 (78.9%)	

TABLA 11
PSICOSOMATICA (1) (ESPI)

		ASMATICOS	NO ASMATICOS	
UROLOGIA		N (%)	N (%)	TEST (p)
Malformaciones urológicas menores	SI	2 (6.7%)	1 (1.1%)	Fisher p=0.1
	NO	28 (93.3%)	89 (98.9%)	

TABLA 12
PSICOSOMATICA (2) (ESPI)

		ASMATICOS	NO ASMATICOS	
REUMATOLOGIA		N (%)	N (%)	TEST (p)
No especificado	SI	0 (0.0%)	10 (11.1%)	Fisher p<0.05
	NO	30 (100.0%)	80 (88.9%)	

TABLA 13
PSICOSOMATICA (3) (ESPI)

		ASMATICOS	NO ASMATICOS	
TRAUMATOLOGIA		N (%)	N (%)	TEST (p)
Alteraciones en los miembros (menores)	SI	3 (10.0%)	19 (21.1%)	X ² =1.84 p=0.1
	NO	27 (90.0%)	71 (79.9%)	
Dolores de columna	SI	6 (20.0%)	6 (6.7%)	Fisher p<0.05
	NO	24 (80.0%)	84 (93.3%)	

TABLA 14
PSICOSOMATICA (4) (ESPI)

		ASMATICOS	NO ASMATICOS	
ALERGIAS		N (%)	N (%)	TEST (p)
Asma	SI	30 (100.0%)	0 (0.0%)	Fisher p<0.05
	NO	0 (0.0%)	90 (100.0%)	
A. Alimentarias	SI	2 (6.7%)	1 (1.1%)	Fisher p=0.1
	NO	28 (93.3%)	89 (99.9%)	

TABLA 15
PSICOSOMATICA (5) (ESPI)

		ASMATICOS	NO ASMATICOS	
RESPIRATORIO Y O.R.L.		N (%)	N (%)	TEST (p)
Tos y catarros de repetición	SI	18 (60.0%)	15 (16.7%)	$X^2=21.01$ p<0.05
	NO	12 (40.0%)	75 (83.3%)	
Amígdalas/ amigdalectomizado	SI	6 (20.0%)	8 (8.9%)	Fisher p=0.09
	NO	24 (80.0%)	82 (91.1%)	

TABLA 16
NIVEL INTELECTUAL Y SU INSTRUMENTALIZACION (ESPI)

		ASMATICOS	NO ASMATICOS	
		N (%)	N (%)	TEST (p)
Disortografía	SI	4 (13.3%)	4 (4.4%)	Fisher p=0.1
	NO	26 (86.7%)	86 (95.6%)	
Dificultades en áreas escolares específicas	SI	6 (20.0%)	9 (10.0%)	Fisher p=0.1
	NO	24 (80.0%)	81 (90.0%)	

TABLA 17
CARACTERISTICAS SOCIO-FAMILIARES (ESPI)

		ASMATICOS	NO ASMATICOS	
		N (%)	N (%)	TEST (p)
Celos y rivalidad con hermanos	SI	13 (43.3%)	52 (57.8%)	$X^2=1.88$ p=0.1
	NO	17 (56.7%)	38 (42.2%)	
Malos tratos paternos (dador) a la familia	SI	2 (6.7%)	1 (1.1%)	Fisher p=0.1
	NO	28 (93.3%)	89 (98.9%)	
Madre deprimida y distímica	SI	5 (16.7%)	28 (31.1%)	$X^2=2.33$ p=1
	NO	25 (83.3%)	62 (68.9%)	

TABLA 18
ASPECTOS QUE DIFERENCIAN AL GRUPO ASMÁTICO DE LOS OTROS TRES (IRE-IJ)

		ASMÁTICOS (1)	NO ASMÁTICOS (2)	
IRE - IJ		(%)	(%)	TEST (p)
No tener tantas ganas de comer como antes	SI	(20.0%)	(36.7%)	$X^2=2.83$ P=0.09
	NO	(80.0%)	(63.3%)	
Lo mejor es pensar en otra cosa	SI	(33.3%)	(52.2%)	$X^2=3.19$ P=0.07
	NO	(66.7%)	(47.8%)	
Náuseas, ganas de vomitar, mareos, como si todo diera vueltas alrededor	SI	(16.7%)	(32.2%)	$X^2=2.66$ P=0.1
	NO	(83.3%)	(67.8%)	
No tengo ganas de jugar ni pasear con los amigos/as	SI	(16.7%)	(28.9%)	$X^2=1.74$ P=0.1
	NO	(83.3%)	(71.1%)	
Sensación de agotamiento y cansancio	SI	(20.0%)	(40.0%)	$X^2=3.92$ P<0.05
	NO	(80.0%)	(40.0%)	
Tengo más ganas de hacer pis o hago más veces pis con muy poca cantidad	SI	(20.0%)	(42.2%)	$X^2=4.74$ P<0.05
	NO	(80.0%)	(57.8%)	
Hago cosas sin parar para sentirme más cansado	SI	(23.3%)	(41.1%)	$X^2=3.04$ P=0.08
	NO	(76.7%)	(58.9%)	

(1) N=30

(2) N=90

TABLA 19
RASCOS MAS DESTACADOS DE LOS NIÑOS/AS ASMATICOS SOBRE LOS OTROS GRUPOS (TAS)

	ASMATICOS	S. MENTAL	PEDIATRICOS	ESCOLARES
TAS	(%)	(%)	(%)	(%)
No sé lo que pasa dentro de mí	53.3%	40.0%	46.7%	46.7%
Muchas veces no puedo explicar porqué estoy rabioso o enfadado	70.0%	60.0%	53.3%	43.3%

N=30 para todos los grupos

TABLA 20 (1)
IRE-IJ COMPARADO POR GRUPOS

	ASMATICOS	S.MENTAL	PEDIATR.	ESCOLAR
IRE-IJ	(%)	(%)	(%)	(%)
Inquieto/ nervioso		(96.7%)	(53.3%)	
Menos ganas de comer	(20.0%)		(46.7%)	
Mejor pensar en otra cosa	(33.3%)	(63.3%)		
Ganas de suspirar...		(60.0%)		
Más decaído, aburrido...		(46.7%)		
Necesitar hacer cosas...		(76.7%)	(36.7%)	(36.7%)
Náuseas, mareos...	(16.7%)		(43.3%)	
Esfuerzos por estar calmado ...		(50.0%)		
Sensación de hormigueo...		(50.0%)		
Dolores de cabeza		(40.0%)	(40.0%)	(16.7%)

TABLA 20 (2)
IRE-IJ COMPARADO POR GRUPOS

	ASMATICOS	S.MENTAL	PEDIATR.	ESCOLAR
IRE-IJ	(%)	(%)	(%)	(%)
Me encuentro con más marcha...		(66.6%)	(26.7%)	
No tengo ganas de jugar...	(16.7%)	(40.0%)		
Necesitar dormir más ...				(10.0%)
Agotamiento y cansancio	(20.0%)	(60.0%)		(23.3%)
Más ganas de hacer pis...	(20.0%)	(53.3%)		
Me siento más irritable...		(36.7%)		(10.0%)
Hago más veces caca al día			(30.0%)	
Hago cosas sin parar...	(23.3%)	(50.0%)		
Miedos y temores...		(26.7%)		
Saber que todo está en su sitio...		(40.0%)		
Dificultades para dormir...		(60.0%)		
Necesito estar con alguien...		(50.0%)		

N=30 para todos los grupos

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Reunido el Consejo Integrado y el Claustro de Profesores Titulares
en el día de su Sesión, para juzgar la Tesis Doctoral de
D. Josefa Borrero Mexuendo
titulada

Perfiles Computacionales
y Asociaciones del Área Jufubi (7-12) c. P.R.H.
acordó otorgarle la calificación de APTO CUM LAUDE

Día 8 de Abril

El Vocal,

Edelmira Domínguez

El Presidente

[Signature]

El Vocal,

[Signature]

El Secretario,

[Signature]

El Vocal

945
[Signature]

El Doctorado,

[Signature]