

## UN ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE PERSONALIDAD DE NIÑOS ASMÁTICOS Y SUS PROGENITORES

José Francisco Lozano Oyola  
Alfonso Blanco Picabia

Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación  
y Tratamiento Psicológicos. UNIVERSIDAD DE SEVILLA

### RESUMEN

*Se comparan los rasgos de personalidad de 55 escolares asmáticos, 32 con otras enfermedades crónicas y 82 sanos, y los de sus padres. Los niños contestaron el Cuestionario CPQ de Cattell y los padres el 16 PF del mismo autor. Se encontraron diferencias significativas entre ellos (*t* de Student). Los niños asmáticos y los enfermos crónicos tenían diferentes puntuaciones en dominancia y sobreprotección ( $p < .01$ ). Los progenitores de los niños asmáticos mostraban, entre otras diferencias, menos estabilidad emocional que los demás.*

**Palabras clave:** ENFERMEDAD CRÓNICA, ASMA BRONQUIAL, PERSONALIDAD.

### SUMMARY

*Personality traits in 55 asthmatic children, 32 chronically ill, 82 well school-children and their parents are compared. Children fulfilled Cattell's CPQ and parents Cattell's 16 PF. We found differences among*

*them (t-test). Asthmatic and chronically ill children had different scores in dominance and overprotection ( $p < .01$ ). Asthmatic parents showed, among others differences, less emotional stability than the others.*

**Key words:** CHRONIC ILLNESS, BRONCHIAL ASTHMA, PERSONALITY.

Si consideramos, con Pless y Pinkerton (1975) a la enfermedad crónica como aquélla que dura más de tres meses o requiere al menos un mes de hospitalización al año, el asma bronquial infantil es una enfermedad crónica. Como otras enfermedades crónicas, requiere una serie de cuidados, toma de medicación y evitación de ciertas situaciones potencialmente peligrosas para el niño. Pero además de esto, hay características que le hacen tener un matiz diferencial, una de las cuales es que cuando el niño no está sufriendo un ataque asmático, puede tener un funcionamiento pulmonar adecuado, o sea, que puede ser considerado un niño "casi sano". Pero estos ataques asmáticos que le impiden respirar adecuadamente y que pueden llevarles a la muerte, no suelen ser raros en los mismos. De hecho, hay tres características fundamentales en el asma bronquial que lo describen muy adecuadamente:

-Intermitencia: consiste en que hay períodos libres de síntomas entre los ataques

-Variabilidad: los ataques no siempre tienen la misma intensidad

-Reversibilidad: los ataques son reversibles con o sin medicación

Por esto, que llevamos expuesto, parece fácil comprender que una enfermedad como el asma afecte no sólo en su faceta física, sino también en su faceta psicológica a aquéllos que la sufren, especialmente cuando se trata de niños que aún no comprenden por su nivel de desarrollo cognitivo lo que les ocurre y por qué les ocurre a ellos. Cuando se han llevado a cabo investigaciones con estos niños, se han hallado trastornos de ansiedad, depresión o rasgos de personalidad específicos de los pacientes asmáticos.

Nosotros nos hemos interesado por esto último. Si bien en las enfermedades agudas las "defensas biológicas" (Seguin, 1982) del organismo han sido sorprendidas, esto no ocurre con las crónicas y en éstas, es más importante la personalidad del sujeto, ya que debe adaptarse a su "nuevo cuerpo", un cuerpo que ha sufrido una pérdida mayor (la salud) y que va a hacer que el niño se sienta distinto a los compañeros de su misma edad. En comparación con las agudas, las enfermedades crónicas tienen más

efectos en la personalidad, en la imagen corporal y en las reacciones del niño al tratamiento (Prugh y Eckhardt, 1982). Pero además, la personalidad del niño (y de los sujetos asmáticos en general) puede llegar a jugar un papel fundamental porque ciertos rasgos pueden interferir con el tratamiento y conllevar una evolución negativa del asma (Belloch y cols., 1991).

Algunos estudios llevados a cabo con asmáticos indican que suelen ser más tímidos, introvertidos, dependientes, que pueden ocurrir "cambios" de personalidad en función de la evolución del asma (Cruz, 1994) o que son más ansiosos que los sanos (Sirota, 1982).

En lo referente a los niños con otras enfermedades crónicas, algunas investigaciones han informado de que los niños diabéticos (Johnson, 1993) o hemofílicos (Handford y cols., 1986) tienen algunos rasgos diferenciales de personalidad cuando se les compara con niños sanos.

Pero tanto en uno como en otro caso, no siempre las investigaciones llevadas a cabo han informado de los mismos rasgos de personalidad, ni de que en todos los casos fueran diferentes dependiendo de la enfermedad, ya que las muestras, los países o las pruebas aplicadas no han sido las mismas en todas las ocasiones.

Por otro lado, y dado que los padres de estos niños "sufren" con ellos su enfermedad crónica, parece lógico pensar que les pueda afectar de algún modo. En este sentido, parece que estos padres tienen rasgos de personalidad que pueden situarse entre los extremos de un continuo (Prugh y Eckhardt, 1982): rechazantes o sobreprotectores. Para otros autores, en la adaptación del niño es muy importante la personalidad de los padres (Graham, 1991). Otros estudios concluyen que los padres de los niños asmáticos eran más agresivos cuando se les comparó con los de un grupo control (Aronsson y Koivunen, 1985). Para Miller y Barruch (1967) las madres son más dependientes, necesitadas de afecto o inadaptadas sexualmente.

Por estudios como los citados es por lo que nos planteamos como *objetivos* en nuestra investigación analizar:

- 1) Si hay ciertos rasgos de personalidad que diferencien a los niños asmáticos de los niños sanos, y si esto es debido al asma en sí o al hecho de ser el asma una enfermedad crónica (de ahí que tomáramos un grupo de comparación formado por enfermedades crónicas similares al asma y otro de niños sanos)

- 2) Pretendíamos conocer si algo similar ocurría en los rasgos de personalidad de los progenitores de estos tres grupos de niños.

## MATERIAL Y MÉTODO

Tras aprobar el Comité de Investigación y Ensayos Clínicos del Hospital Universitario "Virgen del Rocío" de Sevilla la realización del presente estudio, se procedió a seleccionar aquellos sujetos que habrían de formar parte del mismo. Estos sujetos debían tener edades comprendidas entre ocho y doce años y estar asistiendo en el caso de los grupos de niños enfermos, a las consultas externas del Hospital Infantil "Virgen del Rocío" de Sevilla.

El grupo de niños asmáticos (55 en total) fue seleccionado a lo largo de un año de entre el conjunto de niños atendidos por las mañanas en la Consulta de Alergia de dicho Hospital. Se pedía la participación del primer niño que acudiera a consulta, que tuviera entre 8 y 12 años y que no fuera por primera vez al Servicio de Alergias.

Para comparar los resultados obtenidos por los niños asmáticos, tomamos otros dos grupos, de diferente procedencia. Las características sociodemográficas, obtenidas a través de una simple encuesta de elaboración propia, de los tres grupos de niños se exponen en la tabla 1.

Tabla 1.- Características sociodemográficas de la muestra

GRUPO	EDAD	TIEMPO	VAR.	MUJ.	RUR.	URB.	n
ASMA	9.74	4.5	42	13	32	23	55
ENF. CR.	9.56	4.59	19	13	18	14	32
SANOS	10	-	54	28	21	61	82

NOTA: EDAD (edad media de los sujetos de cada subgrupo); TIEMPO (tiempo desde el diagnóstico); VAR. (varones); MUJ. (mujeres); RUR. (residencia en la provincia); URB. (residencia en la capital); n (nº de sujetos de cada subgrupo).

El segundo grupo estuvo formado por 32 niños con "otras" enfermedades crónicas que no afectarían al aparato respiratorio y tuvieran características similares al asma, como ser una enfermedad que no afectara a la movilidad ni al sistema nervioso del niño, que pudiera tener recaídas, que no tuviera un pronóstico fatal, que no precisara intervención quirúrgica, que a

veces el niño pudiera ser hospitalizado y que no tuviera manifestaciones visibles de su enfermedad. En esta ocasión, los niños fueron elegidos alfabéticamente de los ficheros de las consultas respectivas.

Este grupo fue tomado de distintos Servicios del Hospital anteriormente mencionado y la distribución del mismo en función de la enfermedad que padecía el niño, es la siguiente: diabetes (16), hipotiroidismo (4), fenilcetonuria (3), celiaquía (3), hemofilia (2), arritmia (2), artritis reumatoide (1), hiperplasia suprarrenal (1).

El tercer grupo se componía de 82 niños considerados sanos (sin enfermedad crónica conocida), elegidos de una muestra de colegios de Sevilla y su provincia, para lo cual fue preciso obtener la correspondiente autorización de la Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Andalucía. Debemos decir que esta investigación estuvo financiada por una Beca de Formación de Personal Investigador (F.P.I.) de dicha Consejería.

A los niños de los tres grupos se les aplicó el Cuestionario de Personalidad C.P.Q. Los autores de esta prueba son Porter y Cattell (1982). Apareció en 1959, con posteriores versiones en 1963 y 1973 (Rodríguez y Blanco, 1986). Está basado en estudios factoriales de la personalidad similares a los del 16 PF, ya que los autores creen que la estructura de personalidad descrita para los adultos, es aplicable a los niños también y por ello, cada una de las subescalas del cuestionario representa una dimensión funcionalmente independiente de la personalidad. Esta prueba se aplica a niños entre 8 y 12 años. Hasta el momento, en España sólo se ha adaptado la Forma A del cuestionario por TEA (1982).

Tabla 2.- Características de los progenitores (padres y madres) entrevistados

GRUPO	EDAD	PADRE	MADRES	UNIVER.	BACHILL.	E.G.B.	PRIMAR.
ASMA	38.62	3	52	0/1	1/1	1/17	1/33
ENF. CR.	38.37	6	26	0/0	0/2	0/6	6/18
SANOS	38.95	8	74	1/13	2/14	1/8	4/39

NOTA: EDAD (edad media de los *progenitores entrevistados*); UNIV. (padres/madres con estudios universitarios); BACHILL. (padres/madres con Título de Bachiller); E.G.B. (padres/madres con E.G.B. completa); PRIMAR. (padres/madres con estudios primarios o primarios incompletos).

Además de la información que nos proporcionaban los niños, también se pidió la del progenitor que le acompañaba a consulta o al colegio. En la tabla II aparecen algunas características sociodemográficas de los padres y madres que contestaron el Cuestionario de Personalidad 16 PF (Cattell, 1988) publicado por primera vez en 1949.

El tiempo que suele emplearse en contestar el cuestionario es de unos 35 minutos. Dada la forma cíclica en que se plantean las cuestiones, se ofrece cierta variedad en la tarea al entrevistado y se facilita la corrección con una plantilla (al igual que ocurre en el CPQ).

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos por los niños de los tres grupos en la prueba de personalidad C.P.Q. (medias y desviaciones típicas), aparecen en la tabla 3.

**Tabla 3.- Media y desviación típica obtenidas por los niños de los tres subgrupos en el CPQ**

CPQ	G1 (X bar/ S)	G2 (X bar/ S)	G3 (X bar/ S)
A	6.4/ 1.9	6.59/ 1.5	6.2/ 1.4
B	5.38/ 2.3	5.93/ 2.3	6.87/ 2.1
C	6.03/ 1.8	6.18/ 1.8	6.37/ 1.7
D	4.36/ 2.4	4.21/ 1.9	4.07/ 1.8
E	4.54/ 1.9	3.5/ 1.8	4.65/ 1.7
F	3.87/ 1.7	3.87/ 2.1	3.95/ 1.8
G	6.09/ 1.9	6.46/ 2.01	6.4/ 1.7
H	4.89/ 1.8	4.87/ 1.7	5.03/ 1.9
I	3.74/ 1.9	5.12/ 2.04	3.98/ 2.3
J	5.47/ 1.9	5.81/ 1.9	5.12/ 1.9
N	3.76/ 1.7	3.25/ 2.03	3.36/ 1.9
O	3.81/ 2.2	4.03/ 2.08	3.79/ 1.7
Q <sub>3</sub>	6.36/ 2.04	6.75/ 2	6.41/ 1.8
Q <sub>4</sub>	4.76/ 2.3	4.43/ 2.	14.79/ 1.9
Q <sub>I</sub>	6.1/ 2.01	5.82/ 1.8	5.63/ 1.7
Q <sub>II</sub>	5.49/ 1.9	5.86/ 1.6	5.62/ 1.5
Q <sub>III</sub>	4.96/ 1.6	4.41/ 1.9	4.97/ 1.8

NOTA 1: G1 (Asma); G2 (Enf. crónicas); G3 (Sanos)  
 NOTA 2 (polo superior de las escalas): A (Abierto); B (Inteligente); C (Emocionalmente estable); D (Excitable); E (Dominante); F (Entusiasta); G (Consciente); H (Emprendedor); I (Sensibilidad blanda); J (Dubitativo); N (Astuto); O (Aprensivo); Q<sub>3</sub> (Integrado); Q<sub>4</sub> (Tenso); Q<sub>I</sub> (Ansiedad); Q<sub>II</sub> (Extraversión); Q<sub>III</sub> (Dureza)  
 NOTA 3: X bar (Media); S (Desviación típica)

Se realizaron contrastes de medias (con la prueba estadística t de Student) de las puntuaciones obtenidas en la prueba CPQ entre los 3 pares de grupos (tabla 4). Esto dio como resultado que los niños asmáticos aparecían como más "dominantes" y con más "sensibilidad dura" que los de otras enfermedades crónicas, a un nivel estadísticamente significativo de  $=.05$ .

Tabla 4.- Valor de t de Student y grado de significación (CPQ)

CP	QG1-G2 (t/ p)	G2-G3 (t/ p)	G1-G3 (t/ p)
A	-0.48/ .31	1.16/ .14	0.54/ .29
B	-1.05/ .14	-2.06/ .021*	-3.87/ .000***
C	-0.37/ .35	-0.52/ .30	-1.09/ .13
D	0.29/ .38	0.37/ .35	0.75/ .22
E	2.46/ .008**	-0.27/ .001***	-0.36/ .36
F	-0.01/ .49	-0.19/ .42	-0.24/ .4
G	-0.87/ .38	0.17/ .43	-0.98/ .16
H	0.04/ .48	0.40/ .34	-0.43/ .33
I	-3.15/ .001***	2.40/ .009**	-0.63/ .26
J	-0.77/ .22	1.71/ .045*	1.03/ .15
N	1.26/ .1	-0.29/ .38	1.24/ .1
O	-0.44/ .33	0.62/ .26	0.07/ .47
Q <sub>3</sub>	-0.86/ .19	0.84/ .2	-0.15/ .44
Q <sub>4</sub>	0.64/ .26	-0.84/ .2	-0.08/ .46
Q <sub>1</sub>	0.64/ .52	0.49/ .31	1.42/ .07
Q <sub>II</sub>	-0.91/ .18	0.72/ .23	-0.44/ .32
Q <sub>III</sub>		1.37/ .17	-1.43/ .07
	-0.04/ .48		

NOTA 1: G1 (Asma); G2 (Enf. crónicas); G3 (Sanos)  
 NOTA 2 (polo superior de las escalas): A (Abierto); B (Inteligente); C (Emocionalmente estable); D (Excitable); E (Dominante); F (Entusiasta); G (Consciente); H (Emprendedor); I (Sensibilidad blanda); J (Dubitativo); N (Astuto); O (Aprensivo); Q<sub>3</sub> (Integrado); Q<sub>4</sub> (Tenso); Q<sub>I</sub> (Ansiedad); Q<sub>II</sub> (Extraversión); Q<sub>III</sub> (Dureza)  
 NOTA 3: \* (p<. 05); \*\* (p<. 01); \*\*\* (p<. 005)

No había diferencias significativas, sin embargo, cuando esta comparación se llevó a cabo con el grupo de niños sanos, excepto en la escala de inteligencia, en que los niños sanos aparecían como más inteligentes que los enfermos de asma. En la comparación entre los grupos 2 y 3, los niños del

grupo 2 aparecían también significativamente como menos inteligentes, menos dominantes, más duros y más dubitativos.

Pero también queríamos analizar las diferencias entre las estructuras de personalidad de los progenitores que contestaron a nuestras preguntas de los tres grupos de niños. En la tabla 5 se ofrecen las medias y desviaciones típicas por grupo y por rasgos de personalidad del cuestionario 16 PF.

**Tabla 5.- Media y desviación típica obtenidas por los progenitores (16 PF)**

16 PF	G1 (X bar/ S)	G2 (X bar/ S)	G3 (X bar/ S)
A	7.38/ 2.2	7.25/ 2	7.92/ 2.8
B	3.47/ 1.6	3.59/ 1.6	4.09/ 1.3
C	6.41/ 2.1	7.78/ 2.2	7.06/ 2.2
E	4.63/ 2.07	4.62/ 2.36	5.13/ 2
F	6.05/ 2	6.15/ 2.1	6.9/ 2.1
G	9.81/ 1.5	9.81/ 1.5	9.74/ 1.8
H	5.2/ 2.5	5.5/ 3	5.84/ 2.5
I	6.94/ 1.8	6.71/ 2.4	6.81/ 2
L	4.81/ 1.9	4.75/ 2.7	4.59/ 1.7
M	6.34/ 2.1	6.12/ 2.5	6.14/ 2
N	5.09/ 2	4.34/ 2.2	4.15/ 2.2
O	6.92/ 2.4	6.59/ 2.4	6.47/ 2.4
Q <sub>1</sub>	7.6/ 1.8	8.06/ 2	7.39/ 2.1
Q <sub>2</sub>	4.92/ 1.8	4.62/ 2.3	4.31/ 2.2
Q <sub>3</sub>	6.94/ 2	7.68/ 2.2	7.09/ 2.2
Q <sub>4</sub>	6.69/ 2.5	5.59/ 2.9	6.19/ 2.1
Q <sub>I</sub>	6.23/ 1.2	5.73/ 1.2	5.98/ 1.2
Q <sub>II</sub>	5.01/ 1.1	5.07/ 1.7	5.81/ 1.7
Q <sub>III</sub>	5.78/ 1.4	5.69/ 1.4	5.62/ 1.7
Q <sub>IV</sub>	5.3/ 1.5	5.17/ 1.3	5.49/ 1.3

**NOTA 1:** G1 (Asma); G2 (Enf. crónicas); G3 (Sanos)

**NOTA 2:** (polo superior de las escalas): A (Abierta); B (Inteligencia); C (Emocionalmente estable); E (Dominante); F (Descuidada); G (Consciente); H (Emprendedora); I (Sensibilidad blanda); L (Suspica); M (Imaginativa); N (Astuta); O (Aprensiva); Q<sub>1</sub> (Analítico-Crítica); Q<sub>2</sub> (Autosuficiente); Q<sub>3</sub> (Controlada); Q<sub>4</sub> (Tensa); Q<sub>I</sub> (Ansiedad); Q<sub>II</sub> (Extraversión); Q<sub>III</sub> (Socialización controlada); Q<sub>IV</sub> (Independencia).

**NOTA 3:**  $\bar{X}$  bar (Media); S (Desviación típica)



Exponemos ahora el resultado de aplicar los tres contrastes de medias entre las tres posibles parejas de grupos a través de la *t* de Student (tabla 6).

Tabla 6.- Valor de *t* de Student y grado de significación (16 PF)

16 PF	G1-G2 (t/ p)	G2-G3 (t/ p)	G1-G3 (t/ p)
A	0.27/ .39	-1.23/ .11	-1.2/ .11
B	0.033/ .36	-1.68/ .048*	-2.41/ .0058**
C	-2.8/ .003***	1.56/ .06	-1.68/ .048*
E	0.02/ .49	-1.14/ .12	-1.39/ .08
F	-0.22/ .41	-1.68/ .048*	-2.31/ .011*
G	-0.02/ .49	0.18/ .42	0.24/ .40
H	-0.55/ .29	-0.56/ .27	-1.46/ .07
I	0.49/ .31	-0.22/ .41	0.37/ .35
L	0.12/ .45	0.29/ .38	0.69/ .24
M	0.43/ .33	-0.05/ .48	0.54/ .29
N	1.61/ .055	0.40/ .34	2.49/ .007**
O	0.62/ .27	0.23/ .40	1.06/ .14
Q <sub>1</sub>	-1.08/ .14	1.52/ .06	0.6/ .27
Q <sub>2</sub>	0.67/ .25	0.64/ .26	1.66/ .05
Q <sub>3</sub>	-1.55/ .06	1.24/ .1	-0.39/ .34
Q <sub>4</sub>	1.86/ .033*	-1.06/ .14	1.24/ .1
Q <sub>I</sub>	1.85/ .034*	-0.99/ .16	1.17/ .12
Q <sub>II</sub>	-0.19/ .42	-2.06/ .021*	-3.31/ .0005***
Q <sub>III</sub>	0.28/ .38	0.20/ .41	0.57/ .28
Q <sub>IV</sub>	0.39/ .39	-1.11/ .13	-0.77/ .22

NOTA 1: G1 (Asma); G2 (Enf. crónicas); G3 (Sanos)

NOTA 2: (polo superior de las escalas): A (Abierta); B (Inteligencia); C (Emocionalmente estable); E (Dominante); F (Descuidada); G (Consciente); H (Emprendedora); I (Sensibilidad blanda); L (Suspica); M (Imaginativa); N (Astuta); O (Aprensiva); Q<sub>1</sub> (Analítico-Crítica); Q<sub>2</sub> (Autosuficiente); Q<sub>3</sub> (Controlada); Q<sub>4</sub> (Tensa); Q<sub>I</sub> (Ansiedad); Q<sub>II</sub> (Extraversión); Q<sub>III</sub> (Socialización controlada); Q<sub>IV</sub> (Independencia).

NOTA 3: \* (p<. 05); \*\* (p<. 01); \*\*\* (p<. 005)

A un nivel significativo, los progenitores de los niños asmáticos, cuando se comparan con los de niños con otras enfermedades crónicas, aparecen como menos estables, más tensos y más ansiosos.

Al comparar los progenitores del primer grupo con los del tercero (progenitores de asmáticos con los de sanos), se hallan también diferencias significativas en algunos rasgos, ya que los primeros aparecen como menos inteligentes, menos estables, menos descuidados, más astutos y menos extravertidos.

Por último, los progenitores del grupo 2, en comparación con los padres de niños sanos, se diferencian significativamente en tres rasgos de personalidad, ya que aquéllos son menos inteligentes, menos descuidados y menos extravertidos, no resultando como ocurría en los niños asmáticos ni menos estables, ni más astutos.

Algo que nos llamó la atención fueron los resultados obtenidos en la escala B del 16 PF y quisimos profundizar en el significado de las diferencias halladas entre los padres de los tres grupos. Por ello, nos preguntábamos si las mismas podrían ser debidas a que había un mayor número de personas con bajo nivel de estudios en padres de asmáticos y de crónicos, en comparación con los del grupo de sanos. Dado que esto no podía llevarse a cabo a través de la prueba t de Student, se realizó una *correlación por rangos de Spearman* entre ambas variables recodificando (en una escala ordinal) la de *estudios del progenitor que contestaba*, en tres niveles: alto (universitarios y bachilleres), medio (el resto) y bajo (sin estudios). Esta correlación arrojó un valor de  $-.31353$  y una significación de  $.00004$ , demostrándose por ello que ambas variables estaban muy relacionadas y la baja puntuación en la escala B, se podría explicar casi por completo por el bajo nivel de estudios de los grupos 1 y 2.

## DISCUSIÓN

Los contrastes de medias de las puntuaciones obtenidas en la prueba CPQ por los 3 pares de grupos dieron como resultado que los niños asmáticos aparecían como más dominantes, y más realistas o con mayor "sensibilidad dura" (rasgos E e I) que los de otras enfermedades crónicas, a un nivel estadísticamente significativo. Esta diferencia en el rasgo E puede estar relacionada con el hecho de que los niños asmáticos poseerían cierto dominio de su ambiente familiar a través de la enfermedad (obteniendo beneficios secundarios de la misma), ya que los padres han podido aprender a temer cada vez a más desencadenantes de las crisis (Gila y Martín, 1991). Esto es más probable si el asma no tiene una buena evolución, y a veces la familia

cede a los deseos o caprichos del niño por temor a esas inesperadas y espectaculares crisis.

El rasgo I, es un continuo que va desde la dependencia y la sobreprotección encontrada en los niños que puntúan en el extremo superior, al realismo o independencia de los que puntúan más bajo. Siendo los niños del grupo de enfermedades crónicas los que puntúan más alto, nos podría indicar esto que los niños asmáticos parecen sentir un mayor deseo de independencia que los otros niños enfermos (teniendo en cuenta el tipo de items a través de los cuales se mide este rasgo, que fundamentalmente habla de gustos, preferencias y proyectos de futuro: "¿qué te gustaría más?: correr, jugar al fútbol, montar en bici..."). Son respuestas relacionadas con las actividades que no se les permiten realizar a veces a los niños asmáticos. Prugh y Eckhardt (1982) ya hablaban de la existencia de estos dos polos (dependencia-independencia) en los niños con enfermedades crónicas.

Sin embargo, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas cuando la comparación a través del CPQ se llevó a cabo con el grupo de niños sanos, excepto en el factor B (inteligencia), en que éstos aparecían como más inteligentes que los asmáticos. Este factor está relacionado con la capacidad de formar conceptos verbales: algo que puede verse influenciado por el hecho de faltar a clase.

Continuando con estudios de personalidad, Baron y cols. (1992) llevaron a cabo un estudio con niños asmáticos en que se correlacionaban medidas en la variable Pánico-miedo con el cuestionario CPQ, y entre los hallazgos más significativos encontraron que una alta puntuación en esta variable correlacionaba con una baja puntuación en el factor C (estabilidad) del CPQ, y viceversa, por lo que dicho factor podría ser indicativo del funcionamiento del niño con respecto a su conducta de enfermedad. Así, Mira y cols. (1987) afirman que una vez que tienen asma, los sujetos más estables están más capacitados para controlar la enfermedad con niveles medios de medicación. En otra investigación sobre personalidad con niños asmáticos, Alves (1989) obtuvo con el cuestionario CPQ algo parecido a nuestros resultados, en el sentido de que si bien la estructura de personalidad se encontraba dentro de los límites normales, había una mayor tendencia a la introversión (los niños asmáticos en nuestra muestra también son los más introvertidos, aunque no sean estadísticamente significativas las diferencias).

Estos resultados coinciden en gran medida con la opinión actual de que los niños asmáticos no tendrían una personalidad única distinta a la de sus

iguales (ni que la misma sea la "desencadenante" del asma), sino que más bien habría globalmente diferencias en algunos rasgos, que pueden ser importantes para el pronóstico o el tratamiento de la enfermedad.

También hubo diferencias entre los tres grupos en lo que hace referencia a los *factores de personalidad* medidos a través del 16 PF. Los progenitores de los niños asmáticos, en comparación con los de los niños con otras enfermedades crónicas, aparecían como los menos *estables* emocionalmente, algo que no es precisamente un modelo para que sus hijos aprendan a controlarse ante una situación estresante como es el inicio de un ataque asmático. La baja puntuación en esta escala indica falta de autocontrol y también falta de conciencia de ello, ya que es una de las que más se presta a la distorsión motivacional. Recordemos además que los niños asmáticos, como grupo, son también los que más bajo puntúan en el factor C del CPQ, por lo que podría hipotetizarse una "transmisión" de la inestabilidad de progenitores a hijos asmáticos. Además, los niños asmáticos son los que tienen una personalidad menos estable, más ansiosa y más introvertida en comparación con los de los otros dos grupos, y aun sin ser estas diferencias estadísticamente significativas, encontramos sugerente esta tendencia similar. Por ejemplo, Khampalikit (1983) ha informado que las preocupaciones y creencias de las madres de los niños asmáticos, se transmiten a éstos.

Esto tiene relación con otro factor que diferenció a los progenitores de niños asmáticos, y es que según la puntuación obtenida en el factor  $Q_4$ , éstos aparecían en comparación con el grupo de madres de enfermos crónicos, como las más *tensas*. Las respuestas dadas a este factor pueden ser un reflejo de lo excesivamente centradas que están estas madres en la enfermedad de su hijo y en los síntomas iniciales de los ataques, lo cual les hace estar más tensas y preocupadas que el resto de las madres de la muestra.

En el mismo sentido, en el factor de segundo orden llamado *ansiedad* ( $Q_1$ ), los progenitores de niños asmáticos tenían una puntuación superior a los del grupo de enfermedades crónicas. Esto además refuerza los resultados de otros autores que informaron que las madres de los niños asmáticos se caracterizaban por un alto nivel de ansiedad (Cruz, 1994; Khampalikit, 1983; Kociak, 1985; Mattsson, 1972). Recordemos que los niños asmáticos también puntuaban más alto en esta escala que los de los otros dos grupos en el CPQ.

Por otro lado, cuando se realizaron comparaciones de los resultados obtenidos por los progenitores de niños asmáticos y los de niños sanos (grupos 1 y 3), aparecía una serie de resultados significativos: los primeros eran los

que significativamente tuvieron una menor puntuación en la escala B del 16 PF (inteligencia) lo cual, además de estar relacionado con el nivel cultural (como se comprobó en la correlación por rangos de Spearman), indicaría una baja capacidad de abstracción para formar conceptos verbales. Hay que tener en cuenta también el hecho de que la ejecución de esta escala puede estar interferida por una alta puntuación en ansiedad, y los progenitores de los niños asmáticos son los que más ansiedad estado tenían a un nivel estadísticamente significativo, respecto a los otros dos grupos. Al igual que ocurriera en la comparación con el otro grupo, los progenitores de niños asmáticos eran menos estables que los de niños sanos, con las repercusiones negativas ya comentadas que esto puede tener en el manejo diario de la enfermedad.

Los progenitores de los niños asmáticos puntuaban también significativamente más bajo en la escala F del cuestionario y aparecían como más *prudentes* y pesimistas (quizá por el futuro de la enfermedad), que los progenitores de los niños sanos.

Es curioso, pero quizá los niños tendrían un mejor manejo del asma si sus progenitores usaran en sentido positivo su puntuación en la escala N, que fue significativamente mayor que la que obtuvieron los de los niños sanos. Los progenitores de los primeros eran más *calculadores* y analíticos ("astutos"), aunque no siempre esto les sea útil para prever cuándo será el siguiente ataque asmático. Es posible que un adecuado conocimiento de los síntomas antecedentes de un ataque les ayude a conseguirlo y a abortar los ataques en sus inicios, si se desarrolla esa capacidad analítica (Creer y Kotses, 1993).

Por último, el factor que más claramente diferenció a uno y otro grupo de progenitores, fue el factor secundario *extraversión*, en el que las madres de los niños asmáticos puntuaban más bajo que las de los sanos, indicando esto que las primeras eran bastante más introvertidas y autosuficientes. Quizá influya en esta mayor autosuficiencia de las madres, el hecho ya comentado de tener que llevar la mayor parte de la responsabilidad del cuidado de su hijo. Johnson (1985), Breslau y cols. (1985) y Goldberg y cols. (1990) informaron de similares resultados con progenitores de niños enfermos.

En definitiva, los rasgos que caracterizarían a los progenitores (madres en su mayoría) de los niños asmáticos comparándolas con las de niños con otras enfermedades serían la inestabilidad emocional, tensión y ansiedad. Y respecto a la comparación con los de hijos sanos, dos rasgos que los

diferencian y que no se encuentran cuando la comparación es entre progenitores de enfermos crónicos y de sanos, son los rasgos de ser más calculadores y más inestables. No puede hablarse propiamente de "personalidades diferentes", aunque el conocer estas posibles alteraciones en ciertos rasgos, nos pueden orientar cuando tratemos de buscar porqués a los comportamientos de las madres especialmente y a su influencia recíproca sobre el curso del asma infantil.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alves, A. (1989). Estudio de la personalidad asmática entre los ocho y los doce años de edad a través del C.P.Q., *Psiquis*, 5, 25-29.
- Aronson, G. y Koivunen, E. (1985). Differences in personality between parents of asthmatic children and parents of non-asthmatic children, *J. of Psychosomatic Research*, 29, 177-182.
- Baron, C.; Veilleux, P. y Lamarre, A. (1992). The family of the asthmatic child, *Canadian Journal of Psychiatry*, 1, 12-16.
- Belloch, A.; Perpiñá, M. y Baños, R. M. (1991). Aspectos psicológicos vinculados con el asma bronquial, en Buendía, J.(coord): *Psicología clínica y salud. Desarrollos actuales*. Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Murcia, Murcia.
- Breslau, N.; Staruch, K.S. y Mortimer, E.A. (1985). Psychological distress in mothers of disabled children, *American Journal of Diseases of Children*, 136, 682-686.
- Cattell, R.B. (1988). *16 PF. Cuestionario factorial de personalidad. Manual*. Madrid, TEA Ediciones.
- Creer, T.L. y Kotses, H. (1993). Asma, en T.H. Ollendick y M. Hersen (Eds.): *Psicopatología infantil*. Barcelona, Martínez Roca.
- Cruz, M. (1994). *Tratado de Pediatría (vol. II)*, 7ª Ed. Barcelona, Espaxs, S.A.
- Gila, A. y Martín, M.A. (1991). *El niño asmático*. Barcelona, Martínez Roca.
- Goldberg, S.; Morris, P.; Simmons, R.J.; Fowler, R.S. y Levison, H. (1990). Chronic illness in infancy and parenting stress: a comparison of three groups of parents, *J. of Pediatric Psychology*, 3, 347-358.
- Graham, P. (1991). *Child Psychiatry: a developmental approach*. Oxford, Oxford Med. Publ.
- Handford, H.A.; Mayes, S.D.; Bagnato, S.J. y Bixler, E.O. (1986). Relationships between variations in parents' attitudes and personality traits of hemophilic boys, *American Journal of Orthopsychiatry*, 3, 424-434.
- Johnson, S.B. (1985). The family and the child with chronic illness, en D.C. TURK D.C. y R.D. KERN, *Health, illness and families. A life-span perspective*. New York, Wiley-Interscience.

- Johnson, S.B. (1993). Diabetes juvenil, en T.H. Ollendick y M. Hersen: *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez Roca.
- Khampalikit, S. (1983). The interrelationships between the asthmatic child's dependency behavior, the perception of his illness, and his mother's perception of his illness, *Maternal Child Nursing Journal*, 4, 221-296.
- Kociak, I. (1985). *El escenario asmático: las causas del asma*. Buenos Aires: Lisuarac Ediciones.
- Mattsson, A. (1972). Long-term physical illness in childhood: a challenge to psychosocial adaptation, *Pediatrics*, 5, 801-811.
- Miller, H. y Barruch, D.W. (1967). *Medicina psicósomática práctica*. Barcelona, Ed. Labor.
- Mira, J.M.; Belloch, A. y Botella, C. (1987). Asma bronquial en A. Belloch y Barreto, M.P. (Dirs.): *Psicología Clínica: Trastornos bio-psico-sociales*. Valencia, Promolibro.
- Pless, I.B. y Pinkerton, P. (1975). *Chronic childhood disorders-Promoting patterns of adjustment*. Chicago, Henry Kempton.
- Porter, R.B. y Cattell, R.B. (1982). *CPQ. Cuestionario de personalidad para niños. Manual*. Madrid, TEA.
- Prugh, D. y Eckhardt, L.O. (1982). Reacciones infantiles a la enfermedad, la hospitalización y la cirugía en A.M. Freedman, H.I. Kaplan y B.J. Sadock: *Tratado de Psiquiatría* (Tomo 2). Barcelona, Salvat.
- Rodríguez, J.M. y Blanco, A. (1986). Técnicas Psicométrica, en A. Blanco (ed.): *Apuntes de Psicodiagnóstico* (Tomo II). Valencia, Promolibro.
- Seguin, C.A. (1982). *La enfermedad, el enfermo y el médico*. Pirámide, Madrid.
- Sirota, A.D. (1982). Assessment of asthma, en Keefe J.F. y Blumenthal, J.A. (eds) *Assessment strategies in Behavioral Medicine*. New York, Grune & Stratton, Inc.