

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **KATHERINE ESTEFANÍA POVEDA INFANTE** con **CC. 171696777-1**, autora del trabajo de graduación intitulado: **“RELACIÓN ENTRE EL ASMA COMO TRASTORNO PSICOSOMÁTICO CON EL VÍNCULO MADRE-HIJO”**. Estudio realizado desde la Teoría Psicoanalítica en niños de 2 a 8 años de edad con asma y sus madres en la ciudad de Quito en el periodo marzo-agosto del 2017, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de **Psicología**.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, abril 2019



KATHERINE ESTEFANÍA POVEDA INFANTE
CC. 171696777-1

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA
CLÍNICA**

**“RELACIÓN ENTRE EL ASMA COMO TRASTORNO PSICOSOMÁTICO CON
EL VÍNCULO MADRE-HIJO”**

**Estudio realizado desde la Teoría Psicoanalítica en niños de 2 a 8 años de edad con
asma y sus madres en la ciudad de Quito en el periodo marzo-agosto del 2017**

KATHERINE ESTEFANÍA POVEDA INFANTE

DIRECTORA: MTR. PAULINA BARAHONA CRUZ

QUITO, 2019

DEDICATORIA

A Niebla y a quienes vendrán.

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

A mi familia, por ser mi apoyo constante.

A mis amigos, por ser compañeros de vida, música y momentos trascendentales.

*A mis maestros, por su guía y por demostrarme en cada una de sus palabras la fuerza
que hay en mí.*

A quienes ya no están, por enseñarme el valor de la gratitud de lo que ofrece el día a día.

RESUMEN

La presente investigación busca analizar la relación que el asma, tomado como un trastorno psicossomático, tiene con el establecimiento y desarrollo del vínculo afectivo entre niños que presenten esta enfermedad y sus madres, en una edad temprana. Para ello, se conceptualizó al trastorno psicossomático y lo que éste representa en el sujeto, en términos de vía alterna de simbolización. Se presenta, a su vez, al asma desde una aproximación médica como complemento a la concepción de esta enfermedad desde el psicoanálisis y su configuración como trastorno psicossomático, y se busca la relación que tiene con elementos específicos de la constitución del vínculo entre madre e hijo y los patrones de apego que puedan presentar. A través de la observación de las diadas madre-hijo en un ambiente no familiar (consultorio médico) y la aplicación de una entrevista en profundidad a cada madre, se evidenció cómo la historia de cada niño en relación al desarrollo de su enfermedad se correlaciona con un patrón inseguro de apego establecido a una edad temprana.

ABSTRACT

The aim of the following investigation is to analyze the relation between asthma, taken as a psychosomatic illness, and the foundation and prior development, during an early year, of emotional attachments in children with asthma and their mothers. In order to prove this premise, the psychosomatic disorder was conceptualized and studied for what it represents for each subject and as an alternative way of symbolization. At the same time, a medical approach about asthma is added to the psychoanalytic understanding of this illness and its configuration as a psychosomatic disorder, which is correlated with specific elements of the attachment constitution in the relationship between mother and child and the attachment style that they can present. It was demonstrated, through the observation of each mother and child dyadic at a non-familiar environment (a doctor's office) and the application of an in-depth interview to the mothers, how the history of each child, regarding to their illness, is closely related to an insecure attachment style established at an early age.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	IV
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.- TRASTORNO PSICOSOMÁTICO	2
1.1. Consideraciones Históricas desde la Psiquiatría	2
1.2. Concepto de Trastorno Psicossomático	7
1.2.1 Formación y sentido del síntoma psicossomático	13
1.3 Trastorno Psicossomático y su relación con la historia del sujeto	17
CAPITULO II.- ASMA INFANTIL	20
2.1 Descripción Médica	20
2.1.1. Definición y características	20
2.1.2. Diagnóstico y tratamiento	22
2.2 Lectura Psicoanalítica	23
CAPÍTULO III.- VÍNCULO AFECTIVO MADRE-HIJO	27
3.1. Desarrollo del vínculo afectivo en los primeros años de vida del niño	27
3.2. Tipos y características del vínculo afectivo	30
3.3. Dificultades en el vínculo afectivo	32
3.3.1. La ruptura del vínculo y sus posibles consecuencias	33
CAPÍTULO IV.- METODOLOGÍA	35
4.1. Participantes	35
4.2. Procedimiento	38
4.3 Técnicas	39
4.4. Resultados	41
CONCLUSIONES	72
RECOMENDACIONES	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	80

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión.....	36
Tabla 2. Datos de las niñas y niños con asma	36
Tabla 3. Datos de las madres de las niñas y niños con asma	37
Tabla 4. Observación de indicadores de Apego Seguro en el niño/a	42
Tabla 5. Observación de indicadores de Apego Seguro en la madre.....	42
Tabla 6. Observación de indicadores de Apego Ambivalente en el niño/a.....	43
Tabla 7. Observación de indicadores de Apego Ambivalente en la madre.....	43
Tabla 8. Observación de indicadores de Apego Evitativo en el niño/a.....	44
Tabla 9. Observación de indicadores de Apego Evitativo en la madre	45
Tabla 10. Datos preliminares. ¿Existieron dificultades durante el embarazo?	46
Tabla 11. Datos preliminares. Edad en la que el niño/a empezó a caminar.	47
Tabla 12. Datos preliminares. Edad en la que el niño/a habló por primera vez.....	47
Tabla 13. Datos preliminares. Período de lactancia.....	48
Tabla 14. Datos preliminares. Edad en la que el niño/a aprendió a controlar esfínteres	49
Tabla 15. Datos preliminares. Enfermedades desde su nacimiento hasta la actualidad..	50
Tabla 16. Contexto Familiar. Comente acerca de su situación familiar. ¿Con quién vive su hijo/a y cómo se relaciona con estas personas?	51
Tabla 17. Contexto Familiar. ¿Cómo describiría el vínculo afectivo que mantiene con su hijo/a y su forma de relacionarse?	52
Tabla 18. Contexto Familiar. ¿Se han dado situaciones que hayan modificado el ambiente familiar?	53
Tabla 19. Contexto Familiar. Hable sobre la relación que se estableció con su hijo/a desde su nacimiento y durante los primeros meses de vida.....	54
Tabla 20. Asma como trastorno psicossomático. ¿Cómo era su relación con su hijo/a antes del diagnóstico de asma y como cambió tras la presentación de la enfermedad? ¿Cuál fue su respuesta ante el diagnóstico?	55
Tabla 21. Asma como trastorno psicossomático. ¿Cuál fue el impacto del diagnóstico de asma de su hijo/a en la familia?	57
Tabla 22. Asma como trastorno psicossomático. ¿Cómo reacciona cuando su hijo/a tiene una crisis asmática?	58
Tabla 23. Asma como trastorno psicossomático. ¿Ha notado cuáles son las situaciones que preceden a las crisis asmáticas que ha tenido su hijo/a?.....	59

Tabla 24. Asma como trastorno psicosomático. ¿En qué momento y/o lugares se dan con mayor frecuencia las crisis asmáticas?	59
Tabla 25. Vínculo Afectivo. ¿Cómo se sentiría ante una separación de uno o más días con su hijo/a?	60
Tabla 26. Vínculo Afectivo. ¿Cuál es la reacción de su hijo/a en el caso de estar en un lugar y/o situación desconocida?	61
Tabla 27. Vínculo Afectivo. ¿Qué hace cuando su hijo/a se encuentra emocionalmente alterado?	62
Tabla 28. Vínculo Afectivo. ¿Cómo demuestra su hijo/a que quiere ayuda para realizar una tarea que le es cotidiana o que ya puede hacer por su propia cuenta?	63
Tabla 29. Vínculo Afectivo. ¿Cómo describiría la actitud que su hijo/a tiene con personas desconocidas y conocidas?	63

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de disertación trata sobre la relación que existe entre el asma, visto como un trastorno psicosomático, y el vínculo afectivo entre niños y niñas afectados por esta enfermedad y sus madres. La extensa fuente de referencias bibliográficas acerca del asma no se limita a la información proporcionada por el discurso médico y es notorio como factores relacionales son también elementos frecuentes de la concepción de esta enfermedad, la cual es a su vez entendida desde la psicosomática y, por ende, desde el psicoanálisis.

Esta investigación tiene como objetivo general relacionar al asma como trastorno psicosomático en niños de 2 a 8 años, con el vínculo madre-hijo. Para llegar a cumplir este objetivo general, se plantearon cuatro objetivos específicos, los cuales corresponden a la elaboración de tres capítulos teóricos y uno práctico. Los objetivos son:

1. Conceptualizar el trastorno psicosomático como camino alternativo de simbolización en el sujeto.
2. Definir y diferenciar al asma infantil desde una aproximación tanto médica como desde una lectura psicoanalítica.
3. Describir las características del vínculo madre-hijo en los primeros años de vida del niño.
4. Analizar los vínculos madre-hijo para determinar la relación entre sus historias de vida y el asma de los niños en cuanto trastorno psicosomático.

La relevancia del presente estudio radica en la aproximación detallada e integral que éste proporciona sobre el asma (desde las cualidades psicosomáticas que sobresalen en su constitución), así como de los elementos que forman parte de la construcción del vínculo afectivo y el correspondiente patrón de apego de los niños afectados por esta enfermedad, lo cual cobra un sentido único en la historización que se da en torno a esta afección.

Por tanto, esta investigación pretende comprobar la hipótesis de que un vínculo de apego evitativo o ambivalente entre el niño asmático y su madre tiene una estrecha relación con el apareamiento y desarrollo del asma como trastorno psicosomático.

CAPÍTULO I.- TRASTORNO PSICOSOMÁTICO

La base teórica de esta investigación será el Psicoanálisis como fundamento para explicar el trastorno psicosomático, por lo que es necesario conocer las consideraciones históricas que preceden a este concepto, así como al síntoma psicosomático y el sentido que éste tiene en el sujeto; es así como se partirá de la historia de la psiquiatría para entender cómo posteriormente el enfoque psicosomático surge como respuesta ante la necesidad de comprender la relación entre la adquisición de algún tipo de enfermedad con la construcción psíquica del sujeto y su historia de vida, dando una manifestación alterna a lo que no se puede sobrellevar de otra forma sino a través de la expresión en lo corporal. A partir de los conceptos de Freud en cuanto a sus estudios sobre los fenómenos histéricos, se puede llegar a una concepción más clara del trastorno psicosomático y así entender el sentido de su sintomatología en cuanto a la historia del sujeto que lo presente.

1.1. Consideraciones Históricas desde la Psiquiatría

Aunque el término *psiquiatría* proviene del siglo XIX ya se conocía de estudios sobre trastornos mentales con anterioridad. “Durante siglos, el acercamiento a los mismos se hizo según las formas de conciencia religioso-mitológicas, ideológicas y filosóficas [...]” (Tizón, 1978, p. 11). Las concepciones alrededor de lo que en la actualidad se conoce como la ciencia de las enfermedades mentales, la psiquiatría, para el ser humano primitivo, no era más que un pensamiento único del que partía la visión global de lo que para ellos era enfermedad, de la que su causa era atribuida al maleficio de fuerzas sobrenaturales o simplemente ajenas a lo meramente humano; es entonces válido afirmar que lo que el ser humano primitivo lograba explicar sobre toda dolencia que lo aquejaba, no era sino una explicación inicial de lo que ahora se conoce como enfermedad mental (Ackerknecht, 1993).

Se comprende entonces que el componente mágico imperaba en el hombre primitivo al momento de explicar sus dolencias, las cuales, eran combatidas a través de prácticas mágico religiosas. “Mientras el cuerpo y alma estuviesen unidos al hombre mantendría buena salud, pero si el alma o una parte de la misma lo abandonaba o era

extirpada, el hombre enfermaría” (Alexander & Selesnick, 1970, p. 26). La extracción de este maleficio implicaba la concepción de que se había puesto en peligro el alma, por lo que ya se tenía una idea de ésta, comprendida como en relación, pero, a su vez, distinta al cuerpo.

Es así como el ser humano, en su búsqueda por darle un sentido a los cambios manifestados en su cuerpo, los cuales le causan algún tipo de dolencia, dio inicio a la necesidad de explicar dicho fenómeno en concordancia a los recursos que poseía en su contexto; la psiquiatría, no es ajena a esta inherente búsqueda del ser humano por respuestas ante estos cambios sin aparente explicación, “Cuando no se efectuaba una distinción entre enfermedades psíquicas y orgánicas, el precursor del psiquiatra fue cualquier ser humano que atendió a otro en su dolor” (Alexander & Selesnick, 1970, p. 37)

Para comprender lo que se entendía como enfermedad mental en las civilizaciones antiguas se puede citar a los egipcios quienes, a pesar de los importantes hallazgos que aportaron al campo de la Medicina plasmados en sus antiguos papiros, mantenían un carácter esotérico en cuanto a la interpretación de las dolencias que aquejaban a la población de esa época (Alexander & Selesnick, 1970).

La concepción sobrenatural de la enfermedad mental se perpetúa incluso en lo postulado por Hipócrates quien habla sobre la interacción de los humores del cuerpo correspondientes a la sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema; así es como: “Este autor elabora una clasificación basada en cuatro temperamentos (colérico, sanguíneo, melancólico y flemático)” (Vallejo, 2015, p. 6); por ende, la enfermedad mental se justificaba en un desajuste de estos humores.

Cabe destacar de igual forma, que un aporte significativo de Hipócrates que fue perpetuado en las civilizaciones griega y romana, fue la clasificación de los trastornos mentales en manía, melancolía y frenitis (Vallejo, 2015).

Sin embargo, es en la época clásica con los griegos en la que se dio paso al desarrollo de las ciencias naturales y la Medicina, lo que permitió suplir, en cierta medida, las creencias mágico-religiosas antes mencionadas por un punto de vista erigido

sobre la razón y es con la escuela pitagórica y sus postulados que se da un enfoque antropocéntrico y menos dirigido hacia el interés por el mundo exterior del que se dio una amplia importancia en el pensamiento antiguo (Alexander & Selesnick, 1970)

Por ende, la ambición de conocimiento por lo inherente en el ser humano fue mucho mayor, poniendo al estudio del cuerpo humano, con mayor precisión, como objeto de estudio de la realidad externa del hombre y como parte de sí mismo: “Es una parte de la realidad externa y, al mismo tiempo, una realidad psicológica. Este reconocimiento fue de incalculable valor para que el hombre llegase a sentir la obligación de conocerse a sí mismo” (Alexander & Selesnick, 1970, p. 74).

Existía, pues, una doble certeza en el ser humano acerca de la existencia de una instancia más allá del cuerpo y que era independiente con respecto a él, por lo que se comenzó a preguntar sobre esta aparente relación compleja. Es entonces, como a forma de respuesta, el pensamiento filosófico griego propuso maneras de entender el dinamismo de cuerpo y alma: entre sus principales líneas de pensamiento se encuentra el Interaccionismo que sostenía que la actividad de cuerpo y alma son de acción separada, pero influyen la una en la otra; por otro lado, el Paralelismo Psicofísico considera a la mencionada actividad como en correlación pero sin interacción recíproca. Por último, el Monismo Materialista y el Monismo Espiritualista se sostienen como dos posturas extremas la una de la otra, puesto que la primera expone que la verdad única se encuentra en los fenómenos del cuerpo y cualquier producción que se otorgue a lo referente al alma es tan solo un fenómeno aparente, mientras que la segunda postura implica que la verdad única proviene del alma y los fenómenos del cuerpo son el ya mencionado fenómeno aparente (Caparrós, 1980).

En un salto posterior en el tiempo, después de una época oscurantista en la que aquel que era juzgado como *anormal* era perseguido y condenado en nombre de la religión, el Renacimiento se alzó como el retorno del hombre a la realidad objetiva, a pesar de que el pensamiento supersticioso aún era parte de este periodo de tiempo; no obstante, el ser humano se centró en la búsqueda de conocimientos y estudios más complejos: “[...] esta tendencia se mostró en múltiples aspectos –científico, filosófico, político y artístico- y constituyó un estímulo para un amplio y complejo estudio del hombre que suministraría una sólida base para posteriores descubrimientos” (Alexander & Selesnick, 1970, p. 118).

Pero es en el siglo XVII, en el que los hallazgos del campo científico fueron la sólida base para lo que es la psiquiatría moderna y varias ciencias más, pues el conocimiento de éstas era la meta máxima del ser humano lo que dio un gran paso hacia la enajenación de la enfermedad mental de las creencias supersticiosas que la encerraron en un error dogmático por años a través de un riguroso trabajo de observación objetiva de su fenomenología (Alexander & Selesnick, 1970).

Es en la Ilustración, en la que estos pensamientos y creencias dogmáticas son desplazadas casi en su totalidad por la emergencia de la razón en todo ámbito de la vida, “La visión objetiva había, finalmente, desplazado al demonio de la enfermedad humana y la psiquiatría estaba próxima a incorporarse a la medicina a través del sendero de la organicidad” (Alexander & Selesnick, 1970, pp. 139, 140), lo que implicó la búsqueda de alteraciones orgánicas cerebrales que dieran cuenta de las causas de las enfermedades mentales, creando métodos más apropiados en cuanto a la observación y clasificación de las mismas.

Sin duda, la contribución de Pinel a partir del empirismo y racionalismo de la época, arrojó una mayor comprensión del trastorno mental, lo que actuó en favor de aquel que lo padecía otorgándole un trato más justo, lo que se convirtió en uno de sus mayores aportes así como el gran trabajo clasificatorio que realizó en cuanto a los trastornos psíquicos en “melancolía (alteración de la función intelectual), manía (excesiva excitación nerviosa, con delirio o sin él), demencia (alteración de los procesos de pensamiento) e idiocia (detrimento de las facultades intelectuales y afectos)” (Vallejo, 2015, p. 8).

Al devolver la dignidad al enfermo mental desde sus contribuciones a la psiquiatría, Pinel es considerado como el fundador de la psiquiatría moderna (Vallejo, 2015).

Pero es Kraepelin quien a través de las observaciones con varios de sus pacientes y las patologías que éstos manifestaban, buscó: “[...] características comunes que tuvieran significación y valor para fundar en ellas un pronóstico. De este modo llegó a la descripción de enfermedades, entre las cuales las dos más importantes son la locura maniaco-depresiva y la demencia precoz” (Mayer-Gross, Slater, & Roth, 1974, p. 28).

La clasificación de Kraepelin buscaba dar un tratamiento específico de acuerdo a la enfermedad que surge de la agrupación de determinados síntomas; dicha clasificación le otorgó a la psiquiatría un lenguaje común que se mantiene hasta la actualidad (Vallejo, 2015).

A finales del siglo XIX, se realizaron una serie de descubrimientos que serían claves en la contribución de Sigmund Freud para la historia de la psiquiatría. “Durante el ejercicio de su carrera no tardó mucho en llegar a la conclusión de que para curar las enfermedades mentales es necesario comprender su naturaleza y que para comprender un fenómeno debe ejercerse una observación sistemática sobre él” (Alexander & Selesnick, 1970, p. 227).

Así es como es introducido el psicoanálisis, desarrollado a partir de lo que su autor postuló como funcionamiento de una instancia psíquica llamada inconsciente que puede ser comprendido por la palabra de quien se ha sometido a análisis así como a partir de los actos que manifieste, lo que convierte a este método de entendimiento de las enfermedades mentales en el aporte más reconocido de Freud al mundo de la psiquiatría (Barés, 2006).

El psicoanálisis surge como algo sumamente innovador para la psiquiatría: “[...] es indudable la gran influencia que ha tenido en la evolución, comprensión, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales, especialmente en las neurosis” (Gómez Restrepo, Hernández Bayona, Rojas Urrego, Santacruz Oleas, & Uribe Restrepo, 2008, p. 5).

Freud marca entonces un hito en la psiquiatría en cuanto su interés central ya no se mantiene en lo conocido como locura, sino en fenómenos psíquicos que se alejan de este concepto, abriendo camino a un enfoque terapéutico distinto al manejado hasta esa época por la psiquiatría, la cual se basaba en un método completamente científico que dejaba a un lado lo que Freud retoma como fenómenos no observables internos del sujeto de los que se pueden dar cuenta a través de las manifestaciones que éste tenga en su cuerpo o a través de su discurso (Vallejo, 2015).

1.2. Concepto de Trastorno Psicosomático

Retomando lo descrito en el acápite anterior, se puede concluir que la relación mente – cuerpo, descrita por el campo de la psiquiatría a lo largo de su historia, tomó notable fuerza a partir del estudio de Freud y el consecuente inicio de la teoría psicoanalítica la cual, a través del estudio de la histeria, marcaba la separación del campo de la Medicina al dar la posibilidad de escucha a aquellos padecimientos de causa biológica aparentemente desconocida pero que sin duda eran producto del malestar psíquico de quien las manifestaba, hecho que daría paso a la comprensión de los trastornos psicosomáticos que, aunque no fueron descritos por Freud, toman del psicoanálisis las bases conceptuales que les otorgan fundamentos teóricos para su estudio y comprensión (Cheja & Toronchik, 2016).

La palabra “psicosomática” tuvo su primera aparición para dar cuenta de un tipo de insomnio; la palabra fue utilizada por Heinroth y desde entonces su concepto ha evolucionado hasta convertirse en una disciplina enriquecida por los aportes teóricos que la implican, “Se trata de una concepción que incluye factores psíquicos en el determinismo de las afecciones orgánicas, con lo cual cuestiona el positivismo reduccionista que caracterizó a la medicina clásica desde fines del siglo XIX” (Marty, 1992, p. 11).

Sin embargo, es a partir del psicoanálisis que los trastornos psicosomáticos toman una base teórica para su concepción, y a pesar de que Sigmund Freud, creador del psicoanálisis, no teorizó precisamente sobre la psicosomática, las bases de sus planteamientos sobre la somatización son el punto de partida de esta disciplina y, a su vez, la noción de inconsciente introducida por este autor es clave para explicar los síntomas físicos que devienen de una alteración de orden psíquico (Cheja & Toronchik, 2016).

Freud, al dar una explicación plausible ante el entendimiento de que las dolencias físicas pueden ser determinadas por un conflicto psíquico, distingue a las psiconeurosis de las neurosis actuales, “[...] en las primeras el factor causal era el conflicto psíquico, mientras que, en las segundas, que incluían a las neurosis de angustia y a la neurastenia, lo determinante era somático” (Courel, 1996, p. 8). Freud manifiesta que en las neurosis actuales no existe mediación simbólica, lo cual es un elemento necesario para entender los conceptos actuales del campo psicosomático.

No obstante, antes de referir lo que postulan dichos conceptos, es pertinente entender que el carácter somático de los conflictos psíquicos llevó a Freud a describir lo que en su obra denomina como conversión histérica, ya que la distinción entre el concepto de ésta y el fenómeno psicósomático es clave para entender la base teórica sobre la que se sustenta la disciplina psicósomática.

Para Freud, la histeria encuentra su manifestación conversiva a través de la simbolización de la parte afectada en el sujeto, “[...] la histeria se comporta en sus parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera, o como si no tuviera noticia alguna de ella” (Freud, 1888-1893/2006, p. 206).

La conversión histérica es entonces “[...] una transposición de un conflicto psíquico y una tentativa de resolución del mismo en síntomas somáticos, motores (por ejemplo, parálisis) o sensitivos [...]” (Laplanche & Pontalis, 2004, p.85), cuya significación simbólica da cuenta de representaciones reprimidas por el sujeto a través de los síntomas que se expresan en su cuerpo.

A partir del caso de Miss Lucy R., Freud explica la condición de la conversión histérica y explica que, la modalidad histérica: “[...] consiste en la conversión de la excitación en una inervación corporal; la ganancia de esto es que la representación inconciliable queda esforzada afuera {drängen aus} de la conciencia yoica” (Freud, 1893/2012, p. 198)

El caso clínico de Emmy von N, descrito por Freud, ayuda a dilucidar la estructura de los síntomas conversivos en una histérica. Freud describió los síntomas de Emmy como de naturaleza conversiva; sin embargo, uno de los padecimientos de su paciente, no concordaba con lo descrito por él como síntoma histérico; así pues, los calambres en la nuca de Emmy von N, parecían estar condicionados de forma netamente orgánica.

Otros síntomas corporales de la enferma no son en modo alguno de naturaleza histérica, como los calambres en la nuca, que yo concibo como migrañas modificadas y que como tales en verdad no deben incluirse en la neurosis sino entre las afecciones orgánicas (Freud, 1893/2012, p. 114).

Emmy von N, le otorga un nombre a este padecimiento, pero del cual ha manifestado a Freud no poseer un claro saber; por ende, dichos calambres en la nuca no

son formaciones inconscientes ya que no hay resignificación, no existe un proceso de simbolización, pero hay afección en el cuerpo y hay un síntoma que está fuera del orden de lo simbólico (Schapachnik, 1998).

A partir de lo mencionado, es ahora pertinente lograr demarcar una diferencia entre trastorno histérico de conversión y trastorno psicósomático. El primero “[...] influye de manera más específica en ciertas funciones. Pero más importante que precisar esta localización es subrayar que los órganos afectados por la perturbación permanecen indemnes: el trastorno no tiene realidad fisiopatológica ni anatómica, sino psicológica [...]” (Kreisler, Fain, & Soulé, 1990, p. 150); es decir que no es respaldada por la condición física del órgano en el que se ha expresado determinado afecto, por el contrario, éste sólo se logra manifestar a través del significado que tenga para el sujeto tras un proceso de simbolización inconsciente.

Los trastornos psicósomáticos por su parte manifiestan realmente una lesión en la realidad corporal del sujeto, aunque el desarrollo de la psicósomática desde el punto de vista de los diferentes autores que la trabajan, lo cual se concretará más adelante, concluye que los fenómenos de este carácter carecen de significación en el campo de lo simbólico (Kreisler, Fain, & Soulé, 1990).

El punto de convergencia entre el síntoma conversivo y el fenómeno psicósomático es también la ocurrencia de un evento desencadenante, sin embargo, en la primera instancia se puede anudar el síntoma con la producción de palabra alrededor del evento iniciador; en el fenómeno psicósomático, la historización se vuelve compleja, así como la producción de sentido alrededor de la dolencia (Sandoval, 2015).

A partir de lo descrito por Freud y haciendo hincapié en lo denominado como conversión histérica, varios autores y escuelas empiezan a desarrollar sus teorías en torno a lo psicósomático para que este campo sea tomado como una disciplina asentada en el psicoanálisis, ya que hace referencia a aquellas dolencias que no contemplan en su semiología un determinado proceder ligado a una naturaleza orgánica, pero que sin duda aparecen en la realidad efectiva del sujeto, poniendo en consideración posibles alteraciones a nivel psíquico como aquellos factores a investigar para encontrar una posible causa (Capdevielle, 2016).

Los autores Alexander, French y Pollock, pertenecientes a la Escuela de Chicago, en su trabajo titulado *Psychosomatic specificity* conciben al trastorno psicossomático como el movimiento de un conflicto psíquico hacia la predisposición del sujeto sobre un determinado órgano de su cuerpo, el cual estaría relacionado a la particularidad de su historia vital y a los acontecimientos en ella que puedan haber desencadenado el desarrollo de una enfermedad psicossomática y el acceso a ella. Según estos autores, los trastornos psicossomáticos se darían por una predisposición inconsciente que busca una situación vital específica y desencadenante (Garcíaandía & Ibarra, 2012).

La Escuela Psicossomática de París, donde destacan los autores Marty, Fain y Kreisler, teoriza a partir de la implicación del inconsciente con relación a los fenómenos psicossomáticos, los cuales se formarían a partir de un funcionamiento atípico del aparato psíquico del sujeto. “El aparato mental no liga el afecto con la representación y, de este modo, la angustia se traslada directamente al cuerpo” (Cheja & Toronchik, 2016, p. 24). El sujeto, al no poder representar e integrar ciertos acontecimientos de su vida, genera una perturbación en la representación psíquica haciéndola manifestar en el cuerpo (Cheja & Toronchik, 2016).

A su vez, Kreisler define tres etapas específicas en la cronología de los trastornos psicossomáticos en la niñez: la primera etapa habla del apareamiento de los fenómenos psicossomáticos desde el nacimiento hasta el primer trimestre del niño; la segunda etapa¹ contempla a la edad de 15 a 18 meses en el niño y el autor menciona que es en este periodo en donde se constituye el vínculo afectivo del infante, y por ende, en donde se delimita lo que Bowlby conceptualiza como apego, lo cual cumple una función sumamente importante en el establecimiento temprano de la relación entre madre e hijo; finalmente la tercera etapa se refiere a la mitad del segundo año de vida del niño hasta la mitad del tercer año (Lebovici & Weil-Halpern, 2006).

La autora Joyce McDougall habla del campo de lo psicossomático como una defensa de la estructura psíquica del sujeto, producida como un intento de volver a un

¹ La segunda etapa de esta cronología psicossomática es de gran interés para la presente investigación, pues contiene uno de los ejes sobre los que ésta se fundamenta, lo cual se ampliará en el capítulo sobre el vínculo afectivo.

estado de equilibrio, en el que el órgano afectado o función del cuerpo, da una aparente respuesta ante un conflicto de índole psíquico, a pesar de que funcionalmente no existe un motivo orgánico que de cuenta de una afección (McDougall, 1991).

A su vez, McDougall hace hincapié en el carácter paradójico del trastorno psicossomático, ya que el daño corporal que se manifiesta en el sujeto surge como respuesta a la búsqueda de preservación a nivel psíquico de éste (McDougall, 1991).

Chiozza toma en relevancia el material inconsciente de los Fenómenos Psicossomáticos, pues mantiene que es así como estos fenómenos dan cuenta de su naturaleza. Enfatiza la relación causal entre aquello afectado corporalmente en el sujeto y cierto conflicto de origen inconsciente (Chiozza, 1970/2008).

Chiozza retoma el concepto de Freud descrito como lenguaje de órgano, el cual se configura en una fuente inconsciente y que a su vez encuentra una vía de expresión en el cuerpo del sujeto, a lo cual éste lo atribuye de forma consciente como una dolencia de naturaleza meramente orgánica. No obstante, las representaciones externas del cuerpo conllevan una significación inconsciente propia y dotada de sentido, lo cual explica la visión de Chiozza con relación a los trastornos psicossomáticos (Chiozza, 2007).

El autor argentino Ulnik proporciona un concepto de la psicossomática diciendo: “Desde mi punto de vista, la psicossomática psicoanalítica es una disciplina que estudia los factores psicológicos conscientes e inconscientes que intervienen ya sea en la etiología, el desencadenamiento, la evolución o el tratamiento de las enfermedades somáticas” (Ulnik, 2008, p. 198). De igual forma, contempla al estudio de la psicossomática en términos de la incidencia que el inconsciente puede tener en el funcionamiento del cuerpo.

Al hablar de los sujetos con trastorno psicossomático, a diferencia de aquellos que han tomado la vía de la conversión histérica, Ulnik (2002) sostiene que éstos “[...] presentan una serie de déficits para simbolizar y una incapacidad para sentir los afectos o ponerlos en palabras. Esto es lo que por consecuencia les llevaría a enfermar” (Contreras & Hernández, 2014, p. 34).

Por lo tanto, para Ulnik, los trastornos psicossomáticos se producen como respuesta ante un evento traumático que, al no ser debidamente elaborado por el sujeto o

al no lograr expresar los afectos que de éste devienen, no encuentra otro camino más que el tomar la vía de la enfermedad somática para manifestarse (Ulnik, 2008).

Otro autor que teoriza sobre el campo de la psicósomática es Juan David Nasio, a partir de conceptos basados tanto en lo postulado por Freud como Lacan. “Toda dolencia reconocida, que se produce para que sea reconocida, es psicósomática” (Nasio, 2006, p. 106). Este autor afirma que la afección psicósomática mantiene una realidad propia, una realidad de órgano, y ésta va a depender de la lógica de la formación del objeto a.

Nasio indica que las afecciones psicósomáticas son perturbaciones de la identificación narcisista del sujeto, explicación proporcionada desde el plano de lo imaginario; también las define en el campo de lo simbólico a través del concepto de forclusión local, tomado como “[...] la falta de un significante exterior a la cadena, es decir exterior a la realidad del sujeto” (Nasio, 2006, p. 168). Por lo tanto, a falta de ese elemento exterior, el sujeto tiene una filiación a un determinado órgano en el que se plasmará el trastorno psicósomático.

Existen aproximaciones claras entre lo que cada autor ha descrito sobre trastornos psicósomáticos, así se puede ver como Ulnik y Chiozza dan una importancia semejante a la incidencia del material inconsciente en la funcionalidad del cuerpo y como el lenguaje de órgano tiene un vínculo con el devenir de la enfermedad. Al respecto, los autores Nasio y McDougall hablan de un proceso de forclusión parcial refiriéndose a la respuesta del cuerpo ante la ausencia del significante necesario para que la realidad se mantenga, generándose una filiación de órgano (Nasio, 2006); esta ausencia, es comparable en lo descrito por McDougall como un rechazo de ciertas representaciones mentales, “[...] este rechazo fuera de la psique no se compensa por la formación de síntomas neuróticos o por la recuperación de fantasías y de percepciones rechazadas de la psique en forma de ideas delirantes [...]” (McDougall, 1991, p. 55). Es entonces el cuerpo el que da una respuesta tras la representación que ha sido forcluida de un afecto sofocado ya que no existe recuperación neurótica ni delirio psicótico (Békei, 1996).

Tomando los conceptos ya descritos y las similitudes que presentan entre ellos, se puede concluir que los trastornos psicósomáticos son aquellas dolencias que tienen una expresión en la realidad corporal del sujeto y que devienen de un origen

inconsciente como respuesta ante un impedimento para expresar los afectos que hayan sido desencadenados por un evento conflictivo lo que, de igual forma, tendrá una relación con la historia vital del sujeto que las manifiesta.

A continuación se profundizará en lo que ciertos autores previamente citados postulan sobre el concepto de síntoma en sujetos con trastornos psicosomáticos, para lo cual se retomará una vez más lo descrito por Freud en el campo del psicoanálisis, pues es quien, al dar cuenta del sentido de los síntomas como respuesta ante un conflicto de orden psíquico, da la pauta para conceptualizar respecto al siguiente acápite de este capítulo, en el que se iniciará explicando el planteamiento freudiano respecto a la formación y sentido de los síntomas para posteriormente abordar lo que los autores Nasio y McDougall han tratado sobre este tema en relación a lo psicosomático.

1.2.1 Formación y sentido del síntoma psicosomático

La línea teórica del presente trabajo entiende al concepto de síntoma como: "Fenómeno subjetivo que, para el psicoanálisis, constituye no el signo de una enfermedad sino la expresión de un conflicto inconsciente" (Chemama & Vandermersch, 2010, p. 637).

Es así como el estudio de casos de histeria es clave una vez más para entender cómo Freud llega a concebir al síntoma como una formación del inconsciente. En su texto *Estudios sobre la histeria*, Freud expone al respecto del síntoma histérico que éste sería la figuración de una fantasía de contenido sexual en la que una representación insoportable se vincula a una evocación de un evento conflictivo en la vida del sujeto, asociado a un elemento de orden somático por vía del mecanismo de conversión (Freud, 1893/2012).

En trabajos posteriores de Freud (1916), se explica que a través del psicoanálisis se puede llegar a la conclusión de que el síntoma tiene un sentido vinculado plenamente a las experiencias de vida del sujeto que lo manifieste. Así, en la conferencia titulada *El sentido de los síntomas*, Freud introduce la elaboración teórica del sentido del síntoma neurótico, de la cual el psiquiatra Leuret (1834) habría ya hablado primordialmente al

indicar que los delirios de los enfermos mentales mostrarían un sentido si se logra interpretarlos (Freud, 1916-1917/2009).

En dicha conferencia, Freud concluye que hay un sentido oculto detrás de cada síntoma el cual se configura entonces como una exteriorización del inconsciente. En la neurosis obsesiva, los rituales y/o las acciones repetitivas que atormentan al sujeto, las cuales ocultan algo de carácter sexual, actúan como mecanismo de desplazamiento de la pulsión (Freud, 1916-1917/2009).

Además, el autor hace hincapié en el vínculo del sentido del síntoma con la historia vital de quien lo aqueja. “El sentido de un síntoma reside, según tenemos averiguado, en un vínculo con el vivenciar del enfermo. Cuanto más individual sea el cuño del síntoma, tanto más fácilmente esperamos establecer ese nexo” (Freud, 1916-1917/2009, pp. 246, 247). Para dar cuenta de los motivos de la formación de un síntoma, es necesaria entonces una aproximación a los posibles eventos desencadenantes dentro de la historia del sujeto.

En la conferencia titulada *Los caminos de la formación de síntoma*, Freud dirá que éstos se dan como un sustituto inconsciente ante la frustración de una satisfacción de carácter sexual; por lo tanto, se forman por dicha frustración la cual produce la regresión de la libido a etapas posteriores del desarrollo psíquico del sujeto, creando puntos de fijación (Freud, 1916-1917/2009).

No obstante, el síntoma tiene diferentes características según la estructura que lo produce lo cual conduce nuevamente al quehacer psicossomático que, como ya se mencionó, no se sitúa precisamente en las estructuras neuróticas descritas por Freud. A continuación se presentan los planteamientos desde la perspectiva psicossomática de dos de los autores previamente trabajados en este capítulo, quienes introducen el concepto de síntoma psicossomático dentro de su teorización, por lo que es prudente explicar sus posturas en relación a lo descrito por Freud.

El primer autor que se abordará es Nasio quien explica que el síntoma psicossomático es una formación de objeto y que genera una realidad psíquica de cualidades particulares en el sujeto, es por ello que el autor insiste en distinguir realidad de lo real para entender el acaecer del síntoma psicossomático. En cuanto a la realidad dirá: “La realidad es una creación que se cierra con la aparición, por ejemplo, de la

manifestación psicósomática. Queremos decir que la formación de objeto a sería la creación de una nueva realidad local [...]” (Nasio, 2006, p. 18).

Para el autor Nasio, el apareamiento de un síntoma psicósomático equivale a la noción de la existencia de una realidad de acción local en la que se presenta una lesión de órgano de la que el sujeto no puede dar cuenta. El autor diferencia a este síntoma psicósomático, equivalente a una formación de objeto, del síntoma neurótico el cual es una formación del inconsciente (Nasio, 2006).

Por lo tanto, esta realidad es tomada como un elemento propio del padecer del sujeto, entendido pulsionalmente como un conjunto de realidades, lo cual es necesario comprender ya que la psicósomática trata de fenómenos locales específicos que devienen de una de muchas realidades del sujeto y éstas poseen consistencias imaginarias y significantes propias que trazarían un límite dentro de la dolencia como tal (Nasio, 2006).

Joyce McDougall, retomando lo descrito por Freud, considera la elaboración del síntoma como un intento autocurativo del sujeto frente a un conflicto psíquico del que éste no posee un saber consciente pero el cual se ve provisto de un significado y elaboración simbólica, a diferencia de lo que la autora concibe como síntomas psicósomáticos de los cuales hace referencia dentro del siguiente contexto: “[...] en la psicomatosis lo que funciona de un modo delirante es el cuerpo. Los síntomas psicósomáticos ni tienen sentido, desde un punto de vista biológico, ni entrañan un significado simbólico verbal, como en el caso de los síntomas neuróticos” (McDougall, 1994, p. 163).

Por ende, McDougall considera al síntoma como una respuesta que permite inscribir en el cuerpo el dolor psíquico que se genera en el sujeto ante un conflicto, y que en la disfunción psicósomática se manifiesta por medio de un mecanismo primitivo e infraverbal (McDougall, 1991).

Sin embargo, aunque la sola presencia del síntoma compromete un proceso anímico, como ya se estableció, los síntomas neuróticos difieren de los psicósomáticos en cuanto a éstos últimos les es necesaria la intervención del analista para dar cuenta de su sentido (Courel, 1996).

Al respecto, Nasio mantiene que la posición analítica debe estar acompañada de la premisa de que todo síntoma pertenece a un vínculo simbolizante y en el caso de lo psicossomático, a pesar de la exclusión del significante que simboliza a la afección, se puede hablar en términos del carácter pre-verbal en la aparición del síntoma (Nasio, 2006).

Para tener una visión más clara de lo expuesto en este acápite, se propone a continuación un cuadro complementario sobre las posturas de los autores Nasio y McDougall en relación a síntoma psicossomático y síntoma.

Autor	Síntoma psicossomático	Síntoma neurótico
Nasio	El autor lo comprende como una formación de objeto que implica la instauración de una realidad nueva y de características únicas en el sujeto, la cual es concebida localmente (Nasio, 2006).	El síntoma es una formación del inconsciente. "Lo que especifica las formaciones del inconsciente es el modo de operar con ellas. Son descifrables, en tanto las formaciones del objeto no lo son; son signos y se las trata como tales, sustituyéndolas unas por otras" (Nasio, 2006, p. 144)
McDougall	Para diferenciar el síntoma psicossomático del síntoma de la neurosis, la autora habla de la búsqueda de la preservación psíquica del primero a través de "vínculos somatopsíquicos preverbales" (McDougall, 1991).	El síntoma neurótico se ve provisto de significancia simbólica y en este se dan vínculos de carácter verbal (McDougall, 1991).

Es válido también mencionar que una de las distinciones primordiales entre el síntoma y el campo de lo psicossomático es aquello referente a la relación afecto-representación, pues dentro de la psicossomática la producción de palabra es vacía en cuanto a contenido afectivo, no existe simbolización, la imposibilidad de generar un puente entre representación de palabra y afecto hace que no se pase por el mecanismo represivo propio de la neurosis: "[...] nos encontramos ante lo que podríamos llamar

registros psíquicos primitivos: no queda más que el registro de la representación de cosa. Su evocación no puede hacerse sin riesgo de descarga corporal" (McDougall, 1991, p.73). Lo que lleva a una alta vulnerabilidad de expresión psicosomática en el sujeto.

Por ende, los síntomas psicosomáticos tienen un sentido en cuanto mantienen un simbolismo pre-verbal en primera instancia; no obstante, el síntoma en sí es un mensaje y como tal tendrá que ser interpretado a través de lo que se expresa en el soma (McDougall, 1991) y la relación con la historia del sujeto que manifieste esta dolencia, por lo que se profundizará más acerca de este vínculo en el siguiente punto del presente capítulo.

1.3 Trastorno Psicosomático y su relación con la historia del sujeto.

Lo ya expuesto en los acápites anteriores de este capítulo lleva a considerar la fuerte relación entre el trastorno psicosomático y lo que respecta a la historia del sujeto en torno al apareamiento y desarrollo de su dolencia. Se debe entonces partir de la importante observación sobre la que los autores de psicosomática coinciden la cual, en términos simples, se resume en que en el momento en que el funcionamiento psíquico fracasa o se ve vulnerado debido a un evento desencadenante en la vida del sujeto, aumenta la posibilidad de éste a padecer de alguna dolencia (Cheja & Toronchik, 2016).

Chiozza, al dar razón sobre el porqué del apareamiento de una enfermedad, menciona que un sujeto "[...] enferma porque oculta una historia que no puede soportar y que su enfermedad representa, de un modo inconsciente, el intento de modificar el significado de esa historia insoportable" (Chiozza, 2007 [1986-1997-2007], p. 139). Sin embargo, distingue esta historia de aquella que busca el campo de la Medicina, pues Chiozza la contempla no como una simple sucesión de hechos pasados dotados de una cronología específica, sino como un vivenciar actual en el sujeto, ya que es una manifestación de un evento pasado en un trastorno presente.

La historia de la que Chiozza indica que el psicoanálisis se interesa, puede ser tomada en cuenta desde dos perspectivas: la primera, en la que el estado del trastorno del sujeto emergió por determinados eventos que ejercieron influencia en su aparición; y

la segunda perspectiva en la que la historia del sujeto se interpretaría como un lenguaje críptico, pues el sujeto no puede dar cuenta del sentido oculto a la conciencia de su lesión, ya que ésta solo adquirirá un sentido al transitar sobre lo que él puede decir acerca de sus acontecimientos de vida (Chiozza, 2007 [1986-1997-2007]).

Para McDougall, la historia del sujeto es un elemento clave en la comprensión de las afecciones de orden psicosomático pues encontró una fuerte relación entre el desarrollo y aparición de estos trastornos en sus pacientes con sus historias de vida, en las que coincidía el evento de un abandono precoz infantil (Cheja & Toronchik, 2016).

McDougall puntualiza que, ante un conflicto, el sujeto puede manifestar cierta predisposición a resolverlo a través de un trastorno psicosomático, en lugar de los mecanismos presentes en otras estructuras: “En lo referente a las afecciones psicosomáticas, parece probable que ciertos modos de funcionamiento mental adquiridos en los primeros meses de vida puedan predisponer a eclosiones psicosomáticas antes que a soluciones neuróticas, psicóticas o perversas” (McDougall, 1991, p. 33).

El análisis podrá dar una noción sobre estos conflictos; sin embargo, la causalidad de los mismos se torna compleja ante una distinción necesaria entre aquello que ocasionó el síntoma, lo que presumiblemente tuvo lugar en el desarrollo del vínculo madre-hijo, el efecto de las posibles dificultades de éste en la estructuración psíquica del sujeto y aquello que ocasionó que la actualización del síntoma tome la vía de la lesión en el cuerpo (McDougall, 1991).

No obstante, aquellos sujetos que presentan un trastorno psicosomático, en un primer momento, tan solo podrán remitir de su historia aquello referente a lo concreto de su dolencia. Se limitarán entonces a aquello que tiene que ver con el órgano sede de su lesión o a la enfermedad en sí misma: “Soy asmático, es una condición que incentiva una forma patológica de encontrar una filiación que obstaculiza la historización del sujeto. Bajo la égida del “soy”, determinado por la lesión de un órgano, el cuerpo tiende a cerrarse sobre sí” (Gallo, 2000, p. 58). Por ende, lo que el sujeto remite de su padecer tiene que ver con el órgano y con la denominación que le da el dolor que se ve plasmado en su cuerpo, lo cual conduce a la dificultad de encontrar dentro de su historia elementos que conduzcan al sentido medular del trastorno.

Nasio coincide en que, al tomar en cuenta la dinámica de las afecciones, se evidencia en la historia del sujeto ciertos aspectos que darían sentido a su trastorno psicossomático; no obstante, el autor propone no limitar el trastorno a elementos psicogenéticos, sino conceder suma importancia a la escucha del sujeto para así encontrar una explicación a su dolencia. “[...] esa lesión de órgano en el transcurso de un análisis es totalmente diferente de una lesión de órgano en un consultorio médico. Por esa razón es que, en la cura, el paciente es invitado a nombrar la lesión, a simbolizarla” (Nasio, 2006, p. 125). Lo esencial es devolver las riendas al sujeto de aquello que para él no posee un significado manifiesto, y es en ello donde radica la relevancia del análisis.

El quehacer del análisis será situar al trastorno psicossomático dentro de la historia del sujeto, proporcionándole una inscripción en el campo de los significantes, “Por eso, aun cuando no les concedamos carácter metafórico, no dejamos de preguntar por las coordenadas de su ocurrencia: el momento, las circunstancias, lo sucedido antes, durante y después” (Courel, 1996, p. 49).

En una posición transferencial, el analista proporciona el sentido de la lesión que en la historia del sujeto se ha perdido, la cual posee características únicas y específicas, entrelazadas a la especificidad proporcionada por cada sujeto y su vivenciar único del trastorno que padece (Chiozza, 2007 [1986-1997-2007]).

CAPITULO II.- ASMA INFANTIL

El segundo capítulo de la presente disertación busca conceptualizar al asma infantil desde su descripción médica y a través de una lectura psicoanalítica. Se tomará en cuenta la descripción médica debido a que es la utilizada, en primera instancia, para dar cuenta de esta enfermedad, así como su diagnóstico, etiología y tratamiento. Por otro lado, la lectura psicoanalítica del asma es el punto de partida para el anudamiento del resto de temas en los que se basará la investigación; el entender el asma desde esta lectura, posiciona a dicha enfermedad como un trastorno psicossomático.

El asma llega a afectar al 10% de la población mundial y 75% de las personas han sido diagnosticadas con dicha afección antes de los 7 años de edad (García & Caraballo, 2014); en el Ecuador, en el año 2013 hubo un ingreso hospitalario anual de 2686 personas con diagnóstico de asma, de las cuales 1392 eran niños y niñas con una edad comprendida entre menos de un año y los 9 años, existiendo un mayor número de casos en dicho rango de edad (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2013); por lo tanto, el trabajo en una población de niños diagnosticados con asma, se justifica al ver la gran prevalencia de casos de esta índole en la primera infancia.

2.1 Descripción Médica

La presencia frecuente de enfermedades respiratorias, particularmente de asma, en niños ha sido explicada desde varios enfoques de corte positivista al pertenecer al ámbito de la medicina. La aproximación médica del asma es necesaria, pues proporciona una descripción clara sobre la implicación fisiológica de la enfermedad. Por lo tanto, es necesario conocer las características, diagnóstico y tratamiento propuesto por el campo de la medicina con relación al asma, así como la definición de dicha enfermedad y las causas que la originan, las cuales, como se advertirá posteriormente, no son del todo concluyentes.

2.1.1. Definición y características

El asma es una enfermedad de orden crónico con mayor presencia en la infancia, la cual es descrita como “[...] una enfermedad pulmonar inflamatoria obstructiva crónica, asociada a vías aéreas hiperreactivas” (Hoekelman, 2003, p. 1480). El asma,

afecta las vías respiratorias en el momento en el que las paredes internas de estas se inflaman, haciéndolas más susceptibles a una reacción hiperreactiva. La obstrucción de dichas vías causa inflamación en los bronquios y los músculos de las vías aéreas se estrechan produciendo moco, lo cual dificulta el flujo de aire.

Existen ciertos factores de riesgo que dan cuenta de la patogénesis del asma, “Es una enfermedad respiratoria multifactorial familiar que incluye factores alérgicos y de tipo inmunológico, infeccioso, bioquímico, del sistema nervioso autónomo y psicológicos, de grado variable en los distintos individuos” (Hoekelman, 2003, p. 1480).

La inflamación de la vía aérea y la hiperreactividad (entendida como la respuesta exacerbada ante elementos alérgenos y/o irritantes), son el centro de la enfermedad del asma. El campo de la medicina toma como una de las premisas más acertadas sobre la patogénesis de esta enfermedad, que el origen de la hiperreactividad bronquial, que caracteriza a esta afección, se da a partir de la inflamación causada por una reacción alérgica crónica. Sin embargo, esta idea no es del todo concluyente, “[...] hay otros enfoques sobre los aspectos no alérgicos del asma que sustentan la hipótesis de que la sola respuesta inflamatoria alérgica no es suficiente para explicar la patogénesis de este problema respiratorio” (García & Caraballo, 2014, p. 17).

No obstante, existen ciertos factores considerados como desencadenantes de la enfermedad; uno de ellos es la atopia, es decir la predisposición hereditaria a presentar alergias, cuya relación es estrecha tanto con la gravedad de la enfermedad como con el apareamiento de la hiperreactividad bronquial; los alérgenos son, de igual forma, factores de importancia, éstos son transportados por el aire y entre los más comunes se encuentran los ácaros, caspa y pelaje animal, polen, hongos. Otros factores desencadenantes son las infecciones víricas y fármacos como el ácido acetilsalicílico y AINE (fármacos antiinflamatorios no esteroides) utilizados comúnmente para aliviar el dolor (Martín Zurro & Cano Pérez, 2008).

2.1.2. Diagnóstico y tratamiento

El diagnóstico del asma puede ser difícil en niños menores a un año de edad, por lo que patologías que se relacionen a la obstrucción de las vías aéreas deben ser cuidadosamente consideradas en el diagnóstico en los primeros años de vida, por lo que su sintomatología debe ser muy bien contemplada (Hoekelman, 2003).

Los signos y síntomas comunes del asma, “Pueden presentarse de forma episódica y variable” (Martín Zurro & Cano Pérez, 2008, p. 998) y estos son: disnea (dificultad para respirar), tos (en la mayoría de casos, suele ser el único síntoma y tiende a aparecer al inicio de la crisis asmática), sibilancias (respiración con silbido producto del comprometido flujo de aire desplazándose por vías aéreas estrechas), opresión torácica (presión en el pecho). A pesar de que esta sintomatología es la más común, no necesariamente todas las personas que padecen de asma presentan estos síntomas, por lo que, para dar con un diagnóstico acertado, éste debe centrarse en la construcción de la Historia Clínica, pruebas de funcionalismo respiratorio y ciertas pruebas complementarias (Martín Zurro & Cano Pérez, 2008).

La historia clínica tiene entre sus componentes a la recopilación de información sobre antecedentes personales, la cual incluye una detallada descripción de la historia de la enfermedad, las posibles enfermedades asociadas que también están presentes en el paciente y los factores de riesgo a los que éste haya estado sometido; la historia clínica se compone también de los antecedentes familiares de asma y alergia, la situación de la vivienda y la anamnesis de factores ocupacionales de la enfermedad (Martín Zurro & Cano Pérez, 2008).

Las pruebas de funcionalismo respiratorio tienen la finalidad de ratificar el diagnóstico de la enfermedad, estimar su gravedad y estimar la respuesta del paciente al tratamiento. Estas pruebas responderán a las características más comunes que se presentan en el asma, como son la obstrucción, la reversibilidad de la hiperreactividad bronquial y la variabilidad de la obstrucción bronquial. La espirometría es sumamente importante en el diagnóstico del asma, “Es la prueba más estandarizada, muy reproducible, y sirve para demostrar la obstrucción, así como su reversibilidad, y para

tener un valor de referencia de la función pulmonar del paciente” (Martín Zurro & Cano Pérez, 2008, p. 999).

Las pruebas complementarias serán más bien indicadas en caso de complicaciones o para realiza un diagnóstico referencial con respecto a patologías de síntomas similares. Estas pruebas estarán necesariamente sometidas a un riguroso análisis comparativo con lo obtenido en la historia clínica y las pruebas de funcionalismo respiratorio (Martín Zurro & Cano Pérez, 2008).

Al momento en que la enfermedad ya haya sido diagnosticada, el tratamiento de esta afección se centrará en revertir la sintomatología e impedir su progresivo desarrollo. Por lo que el asma debe ser clasificado según su gravedad en: intermitente leve, persistente leve, persistente moderado y persistente grave (Martín Zurro & Cano Pérez, 2008).

Desde el punto de vista médico, el tratamiento del asma busca mejorar la función pulmonar de quien lo padece para lo cual el uso de fármacos es la vía para conseguir este objetivo. Los fármacos más utilizados para contrarrestar la sintomatología del asma son los broncodilatadores, los cuales actúan relajando los músculos de las vías respiratorias permitiendo el flujo de aire y antiinflamatorios como los corticoides (Martín Zurro & Cano Pérez, 2008).

2.2 Lectura Psicoanalítica

A pesar de la descripción que tiene el campo de la Medicina sobre el asma, aspectos como su etiología y desarrollo no tienen respuestas concluyentes en su totalidad. Varios autores que han desarrollado sus teorías en función de los trastornos psicosomáticos han evidenciado, a partir del trabajo en la clínica, que el asma es una enfermedad con factores que encajan en una lógica psicosomática, por lo que no es extraño encontrar una vasta bibliografía al respecto.

Chiozza en su obra *Los significados de la respiración*, realiza un recorrido cronológico sobre los principales aportes al concepto de esta enfermedad desde una perspectiva psicosomática, entre los que sobresalen los desarrollos teóricos de los

autores French, Alexander, Racker y Fenichel (Chiozza, Baldino, Funosas, & Obstfeld, 2008).

French y Alexander (1943), mantienen que la respiración, al ser la primera función en el niño tras su nacimiento, es una clara representación de la independencia de éste frente a su madre: “De ahí que en el acceso disneico se expresan simultáneamente un pedido de amparo y la protesta contra la relación de excesiva dependencia” (Chiozza, Baldino, Funosas, & Obstfeld, 2008, p. 212). El ataque de asma, según estos autores, representa la protesta ambivalente frente a la separación del niño de su madre y la intención de restablecer mediante el llanto la dependencia que mantiene con ella.

Racker (1948), habla de los niños asmáticos manteniendo que en ellos existe una sensación de estar propensos a ser absorbidos por su madre devoradora, por lo que generan una defensa que se expresa en una disyuntiva entre incorporar a la madre o no, “Una lucha entre la madre que quiere entrar por sus vías respiratorias y el paciente. La defensa consiste en cerrar los bronquios” (Chiozza, Baldino, Funosas, & Obstfeld, 2008, p. 213). La lógica de la defensa ambivalente del ataque asmático reside en incorporar al objeto, pero en cuanto éste es peligroso, al mismo tiempo busca agredirlo desde su interior.

Fenichel (1945), recalca el carácter anal del asma y toma al ataque asmático como manifestación de la angustia del niño, “ésta es percibida como un temor de asfixia, es un grito en pedido de ayuda dirigido a la madre, a quien el paciente trata de introyectar por la respiración para estar permanentemente protegido” (Chiozza, Baldino, Funosas, & Obstfeld, 2008, p. 214).

Chiozza postula que el asma presenta ciertas condiciones dentro de su estructura; una de ellas, es la regresión por parte del niño que padece esta enfermedad, a un punto de fijación neonatal. Chiozza resalta, de igual manera, la característica simbiótica del vínculo: “Un vínculo simbiótico con un objeto que, en la vivencia del sujeto, lo amenaza continuamente con el abandono y al mismo tiempo debe satisfacer una necesidad perentoria” (Chiozza, Baldino, Funosas, & Obstfeld, 2008, p. 217).

En adición, Chiozza en su libro *En busca del cuerpo perdido*, al hablar del asma dirá: “Lo que se ve en el asma –dicho de la manera más general posible– es un llanto

que se internaliza dentro del pulmón, y el pulmón es un grito reprimido, por eso la disnea es respiratoria” (Chiozza, 2008, p. 19). El niño que padece asma presenta una fantasía inconsciente que da cuenta del abandono de su figura primaria, la cual generalmente es la madre, manifestando un vínculo de dependencia y al mismo tiempo de hostilidad.

La Escuela Psicósomática de Francia, ha elaborado de igual forma, un punto de vista estructurado sobre el asma como trastorno psicósomático. Kreisler (1985), uno de los autores principales de esta escuela, reconoce ciertos rasgos presentes en niños asmáticos a partir del trabajo en la clínica y tomando lo descrito por Marty en 1958. Se destacan entonces las características de la relación con el otro y la relación de objeto. Los rasgos que un niño asmático presenta de acuerdo a este autor son:

- Fragilidad emocional, conjugándose así la hiperreactividad característica del asma con un factor de hipersensibilidad afectiva.
- Intensidad de necesidades afectivas, las cuales dependen de un agente externo para ser satisfechas por lo que el niño tiende a aferrarse con características fusionales ya sea a las personas o al medio próximo a él.
- Poca tolerancia a situaciones conflictivas, por lo que toma vías de escape que incluyen la represión o negación de la agresividad en él

“Este conjunto sugiere la persistencia de un funcionamiento psicoafectivo primitivo y de un bloqueo de los procesos de separación o individuación” (Kreisler, 1985, p. 91).

Kreisler recalca el uso del mecanismo de desplazamiento en el niño asmático, pues tiene un alto nivel de vulnerabilidad al ser desbordado frente a acontecimientos que implican conflicto, cambio en el entorno familiar, duelo, etc., dando como resultado el desencadenamiento de la crisis y la consecuente afirmación de la dependencia del niño. “Los defectos de la organización psicósomática se originan a menudo en las carencias relacionales precoces, en la frialdad afectiva de los partners, en las separaciones reiterativas de los primeros años” (Kreisler, 1985, p. 95). Por lo tanto, la relación con las figuras primarias en los primeros años de vida son aspectos clave para entender afecciones como el asma.

En cuanto a los caracteres clínicos que Kreisler y otro de los autores de la Escuela de Francia, Fain, describen sobre el asma infantil, se encuentra el apareamiento cronológico de la enfermedad, siendo que el asma precoz tiende a aparecer en el segundo semestre de vida del infante y suele desaparecer alrededor del tercer año de vida del mismo; sin embargo, el asma que se desarrolla en la segunda infancia puede evolucionar a lo largo del tiempo. Por lo tanto, estos autores concluyen que hay una fuerte relación entre el desarrollo de este trastorno psicossomático y la etapa de desarrollo del niño, así como con el nivel de elaboración del yo que haya alcanzado (Kreisler, Fain, & Soulé, 1990).

Los autores incluyen también una observación clara sobre la construcción de la relación diádica primaria del niño asmático, que se basa en dos puntualizaciones. La primera habla de una sobrecarga de esta relación al momento de la introducción de un tercer sujeto lo que se percibe como una irrupción en la diada para la madre: “En cierto modo, disocia en dos partes este universo, ella misma y el otro (o los otros), con lo cual impone al niño una tarea integrativa que supera sus posibilidades” (Kreisler, Fain, & Soulé, 1990, p. 372).

La segunda puntualización describe una relación sumamente cercana a la madre, ya que ésta ejerce una presencia constante y abrumadora, “[...] no admite que un niño al que considera un bebé pueda separarse, y lo mantiene fuera de la situación triangular. Se produce en consecuencia la supresión del sistema psíquico establecido por el displacer que suscita la ausencia del objeto” (Kreisler, Fain, & Soulé, 1990, p. 373).

Békei, otra autora que teoriza sobre psicossomática, coincide con Kreisler en mantener que el origen del asma se da en la temprana infancia debido a una falla en la separación de madre e hijo, lo que genera en este último un sentido ambivalente de dependencia, el cual, al tener un carácter regresivo, se traslada a puntos de fijación anales y orales: “El contenido emocional del síntoma asmático está constituido por elementos anales: lucha de las tendencias a independizarse con las de sometimiento. A este se agregan los componentes orales incorporativos y sádicos que representan las primeras oscilaciones entre dependencia e intentos de separación” (Békei, 1992, pp. 261, 262). La ambivalencia genera angustia, lo cual es un elemento característico del niño asmático, así como su hipersensibilidad.

CAPÍTULO III.- VÍNCULO AFECTIVO MADRE-HIJO

Para argumentar y justificar la relación del asma con las diadas madre-hijo, el presente capítulo de esta investigación se basa en la construcción conceptual del vínculo afectivo, con un especial énfasis en la Teoría del Vínculo de Bowlby; para lo cual se empezará por el desarrollo teórico del vínculo afectivo desde su establecimiento en los primeros años de vida del niño, así como sus tipos y características, para finalizar con las consecuencias de la ruptura o dificultades de este vínculo, lo que puede ser motivo de desarrollo o prevalencia de un trastorno en el infante. Por lo tanto, es indudable que en el momento de presentarse elementos de dificultad en relación con este vínculo que el niño mantiene con sus cuidadores primarios, se generará un deterioro en la relación con sus padres lo que puede devenir en problemas por parte del niño (Bowlby, 1976).

3.1. Desarrollo del vínculo afectivo en los primeros años de vida del niño

Para hablar del vínculo afectivo desde una perspectiva psicoanalítica, es necesario entender como una acertada comprensión del psiquismo se ve atravesada por el estudio de la infancia y los primeros vínculos relacionales del sujeto.

Al partir de lo que Freud postula en *Tres ensayos de teoría sexual*, en donde habla sobre la selección de objeto en el niño, se logra entender una clara noción del desarrollo del primer vínculo del niño con la madre y la implicancia psíquica que esto conlleva.

Freud explica que la primera satisfacción de orden sexual en el niño se encuentra vinculada directamente a la nutrición, la cual es recibida de un objeto externo en su cuerpo propio, es decir, el pecho de la madre; sin embargo, el niño pierde este objeto en una etapa posterior, en el momento en el que pudo realizar un trabajo de representación de la persona a la que este órgano que le daba satisfacción le pertenece: “No sin buen fundamento el hecho de mamar el niño del pecho de su madre se vuelve paradigmático para todo vínculo de amor” (Freud, 1901-1905/1992, p. 203). Es de esta relación con el objeto primordial que autores como Spitz y Winnicott desarrollan su teoría en torno al vínculo afectivo presente en el niño con su madre.

René Spitz basaría su trabajo sobre vínculos tempranos en la diada madre-hijo, centrándose en los efectos de la ausencia materna, el hospitalismo y separaciones prematuras. Así mismo, su aporte se extiende al desarrollo de su teoría en torno a puntos de organización psíquica en el bebé como la angustia del octavo mes, en la que el niño, al ser capaz de reconocer el rostro de su madre, siente temor y angustia ante la presencia de un extraño, lo que en su percepción se traduce en la ausencia de su cuidadora principal, desplazando las primeras angustias de separación a un objeto externo (Spitz, 1991).

La continuación de la elaboración teórica sobre los vínculos tempranos desde el psicoanálisis viene de la mano de autores como Donald Winnicott quien, al hablar de la significancia de la diada madre-hijo en los primeros años de vida del niño, dirá que, “Es especialmente al principio cuando la importancia de las madres resulta vital; y de hecho es tarea de la madre proteger al niño de las complicaciones que éste todavía no es capaz de entender [...]” (Winnicott, 1999, pp. 209, 210); de esta manera el niño llega a conocer el medio que lo rodea a través de su madre, lo cual se constituye en los principios básicos de sus relaciones vinculares.

Winnicott insiste en que, en una fase inicial, el niño no existe sin su madre y su desarrollo dependerá de los cuidados que ella le proporcione respondiendo a lo que este autor denomina como preocupación maternal primaria, lo que le permite a la madre responder a las necesidades de su hijo con mayor asertividad y así el bebé, idealmente, no experimentaría situaciones de orden amenazante (Lebovici & Weil-Halpern, 2006).

De igual manera, de la teorización sobre los vínculos afectivos entre madre y niño sobresale el trabajo realizado por John Bowlby. Este autor parte del estudio de la etología para desarrollar su aproximación teórica hacia los vínculos relacionales en diadas compuestas por madre e hijo. Para el autor, es en los primeros meses de vida del niño en los que se manifiestan reacciones coherentes al desarrollo de una conducta de apego, tema sobre el cual se basa toda su teoría (Lebovici & Weil-Halpern, 2006).

Así es como surge la Teoría del Apego, la cual contempla “[...] un modo de concebir la propensión que muestran los seres humanos a establecer sólidos vínculos afectivos con otras personas determinadas y explicar las múltiples formas de trastorno emocional [...]” (Bowlby, 2006, p. 154).

Bowlby desarrolla dicha teoría con el objetivo de darle la importancia necesaria al establecimiento de vínculos afectivos en una etapa temprana de cada individuo y la influencia que estos vínculos tienen en relación al desarrollo del niño y los tratos que ha recibido por sus cuidadores primarios, de los que resalta la figura materna (Lebovici & Weil-Halpern, 2006).

Para Bowlby, el apego es inherente al ser humano y aunque es mucho más evidente en la infancia, continúa durante la vida adulta de un sujeto. No obstante, el autor manifiesta que el desarrollo de las relaciones de apego en el niño atraviesa ciertos cambios que suceden en el transcurso de cuatro fases (Cantón Duarte & Cortés Arboleda, 2000).

- Orientación y señalización social indiscriminadas (8 - 12 semanas): el niño no diferencia a una persona de otra y acepta todo aquello que le genera comodidad y que satisface sus necesidades a través de la producción de señales de forma indiscriminada (Cantón Duarte & Cortés Arboleda, 2000).
- Sociabilidad discriminante (6-8 meses): el niño conoce a las personas más cercanas a él demostrando su preferencia hacia ellos, en especial hacia el cuidador primario, que por lo general pero no exclusivamente es la madre, aunque en esta etapa no demuestra incomodidad en el momento de su ausencia (Cantón Duarte & Cortés Arboleda, 2000).
- Apego (6 meses a 3 años): la búsqueda de proximidad hacia el cuidador es constante en esta etapa, pues este representa la base segura del niño. A partir de los ocho meses se ve consternado ante la ausencia de este y protesta mientras busca seguirlo. Alrededor de los 10 meses el niño desarrollará recelo hacia las personas que le sean extrañas (Cantón Duarte & Cortés Arboleda, 2000).
- Mutua regulación (3 – 4 años): La comunicación con la figura de apego cambia y el niño puede mantenerse seguro si esta llega a no estar presente, siempre y cuando sepa a dónde fue y cuándo volverá (Cantón Duarte & Cortés Arboleda, 2000).

Por lo tanto, el desarrollo del apego empieza en los primeros meses de vida en los que el bebé logra diferenciar entre las principales figuras que lo rodean, en especial la de su madre o cuidador primario. A partir de los seis meses, su preferencia es

claramente delimitada, “A través de la segunda mitad de su primer año de vida y durante la totalidad de sus años segundo y tercero, está estrechamente vinculado a su figura materna” (Bowlby, 2006, p. 67); es por esto que, al darse una separación de la figura materna en esta etapa, provoca una respuesta de protesta en el niño.

3.2. Tipos y características del vínculo afectivo

A partir de la teoría de vínculo planteada por Bowlby, la autora Mary Ainsworth le dio continuidad a través de su propio estudio e investigación, dando respuesta a las necesidades de visibilizar el desarrollo, mantenimiento y las posibles consecuencias de la ruptura del vínculo madre-hijo (Bowlby, 2006).

El estudio investigativo que Ainsworth realizó en Uganda le permitió observar la relación de apego en lactantes y determinó una pauta vincular presente en éstos hacia sus madres; “[...] utilizan corrientemente a la madre como base a partir de la cual explorar el entorno. Cuando las condiciones son favorables se alejan de la madre en excursiones exploratorias y vuelven de nuevo a ella de cuando en cuando” (Bowlby, 2006, p. 135). Ainsworth concluyó que este comportamiento se presentaba en aquellos niños con una figura materna estable pues, de lo contrario, al tener una madre ausente la conducta exploratoria de los infantes era escasa o nula.

Por otro lado, el estudio realizado por Ainsworth en Baltimore determinó que las cualidades del vínculo madre-hijo pueden ser observadas en una situación extraña, en la cual se reflejará además la relación que el niño mantiene con su madre en un ambiente conocido (Bowlby, 2006)

A partir de estos hallazgos, se pudo entonces concretar un sistema clasificatorio sobre dicha relación vincular del niño, el cual se basa en dos criterios, “a) cuánto exploran (mucho o poco) cuando están en situaciones distintas y b) cómo tratan a la madre cuando está presente, cuando se marcha y cuando vuelve” (Bowlby, 2006, p. 136).

De los trabajos de Ainsworth se desprenden tres pautas principales de apego:

La primera se refiere a un apego seguro, la cual implica que el niño tiene la seguridad de que sus figuras primarias tienen un grado alto de accesibilidad, sensibilidad y colaboración hacia sus necesidades, en especial, en el caso de situaciones desfavorables, por lo que el niño es capaz de explorar el medio en el que se encuentra. “Esta pauta es favorecida por el progenitor -en los primeros años especialmente por la madre- cuando se muestra fácilmente accesible y sensible a las señales de su hijo, y amorosamente sensible cuando éste busca protección y/o consuelo” (Bowlby, 1995, pp. 145, 146).

La segunda pauta de apego se denomina ansioso resistente en la que el sujeto no siente seguridad hacia la accesibilidad de su cuidador primario hacia él o si será sensible hacia sus necesidades. “A causa de esta incertidumbre, siempre tienen tendencia hacia la separación ansiosa, en donde el sujeto es propenso al aferramiento y se muestra ansioso ante la exploración del mundo” (Bowlby, 1995, p. 146). El cuidador primario suele mostrarse accesible en ciertas ocasiones, pero no es constante y tiende a usar las separaciones como medio de control hacia el niño.

La tercera pauta es un apego ansioso elusivo, el cual “[...] es el resultado del constante rechazo de la madre cuando el individuo se acerca a ella en busca de consuelo y protección” (Bowlby, 1995, p. 146). El niño no confía en que la respuesta por parte de su madre sea presta a brindarle la seguridad que necesita, por ende, tiende a volverse autosuficiente y, en términos de Winnicott, desarrollará un falso self.

El notable trabajo de Ainsworth, impulsó a autores como Main y Solomon a realizar sus propias aportaciones en este campo, lo que los llevó a descubrir la existencia de un patrón de apego que no tenía concordancia con los tipos de apego previamente descritos, y lo describieron como desorganizado, en el que la figura de apego es percibida por el niño en condiciones paradójicas, “[...] no sólo como el refugio seguro sino como la fuente de peligro, es decir, cuando el niño—preprogramado para recurrir a los padres en los momentos de alarma- se encuentra dividido entre los impulsos contradictorios de aproximación y elusión” (Wallin, 2012, p. 51). Los niños que han atravesado situaciones de maltrato suelen presentar este tipo de apego.

Es así como, la teoría de apego guiará los elementos prácticos de esta investigación pues su carácter descriptivo en cuanto a las diferentes manifestaciones del vínculo afectivo, permiten un acercamiento hacia los elementos observables dentro de la dinámica madre-hijo. Además, ya que la teoría surge, en palabras de Bowlby, como: “[...] una reformulación de la metapsicología psicoanalítica” (Lebovici & Weil-Halpern, 2006), se conserva la línea teórica manejada desde el psicoanálisis, en cuanto se toma al papel de Bowlby en este campo de la siguiente forma:

Bowlby incorporaría al psicoanálisis las ideas de procesamiento inconsciente de información, y las aplicaría a las relaciones entre el niño y sus figuras de apego. Redefiniría la función del psiquismo como el procesamiento de información para el sostenimiento de un lazo de apego (paradigma de supervivencia) y no lo consideraría un instrumento para el control y descarga de estímulos (paradigma económico). Bowlby presenta su teoría como una alternativa a la metapsicología tradicional del psicoanálisis (Juri, 2000).

Cabe recalcar también el punto clave en que las posturas de Freud y Bowlby convergen, el cual sin duda es la elaboración teórica alrededor del concepto de angustia, el cual es tomado por el primer autor, en su obra *Inhibición, síntoma y angustia*, como respuesta ante el peligro de pérdida de objeto, instancia en la que adquiere un valor especial la ansiedad de separación que esta pérdida representaría para el sujeto (Juri, 2000).

Por otro lado, la angustia es tomada por Bowlby como una disposición primaria siendo el elemento que sostiene al vínculo protector con la figura de apego, mostrando así la importancia que experiencias tempranas como separaciones, abandonos, rechazos, etc., tienen como factores desencadenantes de esta ansiedad (Juri, 2000).

3.3. Dificultades en el vínculo afectivo

La suma importancia de un establecimiento y desarrollo adecuado del vínculo afectivo abre la posibilidad a pensar en las consecuencias que los fallos en estas bases relacionales puedan acarrear.

Bowlby toma a la vinculación afectiva del bebé con su madre como una necesidad primaria que, en el caso de no ser debidamente atendida, puede desencadenar

un cuadro de angustia primaria, de la cual dicho autor considera que refleja la impotencia del niño para encontrar en su figura de apego los elementos positivos de una vinculación afectiva segura (Marcelli & De Ajuriaguerra, 1996).

La separación es otro elemento fundamental que genera dificultades en el vínculo afectivo de madre e hijo. Al respecto, Bowlby realizó una descripción de tres grandes fases que los niños pueden llegar a vivir tras la separación de la madre, y estas son: fase de protesta, de desespero y de desvinculación (Marcelli & De Ajuriaguerra, 1996).

3.3.1. La ruptura del vínculo y sus posibles consecuencias

Las consecuencias del establecimiento de un vínculo inseguro en la infancia, ya sea por desatenciones a las necesidades del niño por parte de la madre, la ausencia de ésta, periodos prolongados de separación del niño y una comunicación poco asertiva en la diada, pueden llegar a generar secuelas permanentes negativas a nivel psíquico.

Por ende, la presencia de irregularidades en el apego tiene una influencia general en el modo en el que los afectos se organizan, evidenciando la calidad del vínculo que presentan, lo que se relaciona con alteraciones que implican un riesgo psicosomático (Lebovici & Weil-Halpern, 2006).

Una de estas repercusiones psíquicas es el riesgo psicosomático, “*La insuficiencia crónica del apego por carencia libidinal y falta de aportaciones y estímulos, determina la patología psicosomática más severa, la de la miseria afectiva*” (Lebovici & Weil-Halpern, 2006, p. 273); con frecuencia, la carencia de apego se ve transgredida por una falta de continuidad de la relación, periodos de separación seguidos, cuidados poco estables, hospitalizaciones sin necesidad, así como la baja capacidad de la madre de implicar a su hijo (Lebovici & Weil-Halpern, 2006).

Por otro lado, los vínculos sofocantes también generan consecuencias en el plano relacional; las características de estos vínculos son marcadas por: “los comportamientos de sobreprotección materna que excluyen al padre y entablan una relación simbiótica a expensas del progreso de la separación-individuación, como puede

observarse en los niños afectados de asma o eczema” (Lebovici & Weil-Halpern, 2006, p. 275).

Se puede entender entonces, a partir de esta premisa, la notoriedad del rol del cuidador primario en la vida del niño en sus primeros años de vida y cómo dicho proceder, influirá en su desarrollo psíquico, manifestándose las características propias del vínculo que cada diada haya desarrollado (Bowlby, 1995).

Sin embargo, se ve necesario tener una aproximación hacia la madre y las razones por las que en ella se destaca un determinado proceder con respecto a los cuidados que mantiene y la estabilidad que manifieste a su hijo. “Un factor que tiene gran influencia es el grado de apoyo emocional -o la falta de éste- que ella misma recibe en ese momento. Otro es el tipo de cuidados maternos que ella recibió de niña” (Bowlby, 1995, pp. 147, 148). Por lo que Bowlby insiste en un enfoque terapéutico que se centre en esta problemática.

Es notorio como el riesgo de que el establecimiento de un vínculo inseguro, atravesado por el componente de separación entre el infante y la figura materna, implique el desarrollo de una alta sensibilidad y angustia en el niño. Sin embargo, existen otros elementos que también pueden ser desencadenados, como la aparición de trastornos psicossomáticos lo que dependerá de factores como la edad del niño que los presente así como de elementos relacionales de la diada madre-hijo (Marcelli & De Ajuriaguerra, 1996).

A partir de lo descrito en este capítulo, se buscó dar una aproximación a la relevancia del establecimiento del vínculo afectivo y la influencia que éste tiene en la construcción psíquica del sujeto. Por lo tanto, se demuestra la necesidad de un especial énfasis en la consideración de las elaboraciones teóricas sobre este tema ya que, con su enfoque relacional, proponen un puente hacia el entendimiento de alteraciones psíquicas las cuales suelen tener su punto de partida en la infancia, lo que hace que estas propuestas conceptuales sean relevantes para esta investigación.

CAPÍTULO IV.- METODOLOGÍA

En este capítulo se detallará la información recopilada de la parte aplicada del presente estudio, así como el análisis de resultados y la discusión final del mismo con lo que se pretende cumplir con el objetivo general planteado en esta disertación.

Al ser este un estudio cualitativo, se procedió a la aplicación de técnicas específicas de recopilación de información para llegar a una aproximación entre el asma como trastorno psicossomático y el vínculo madre-hijo tomado desde los conceptos de apego seguro e inseguro.

El establecimiento del vínculo afectivo de naturaleza insegura, ya sea evitativo o ambivalente, será identificado en la práctica de la investigación a partir de ciertas pautas que pueden ser observadas en la relación y comunicación que mantiene la madre con su hijo en una situación que no es familiar para ninguno de los miembros de la diada, lo que enriquece la obtención de información de acuerdo a los lineamientos del estudio; de igual manera, una entrevista en profundidad complementará lo observado ya que proporcionará datos sobre el establecimiento del vínculo afectivo entre el niño, desde sus primeros meses de vida, y su madre.

Al mismo tiempo, se buscarán factores de índole afectiva y elementos específicos en la historia del niño respaldados por las respuestas de la madre durante la entrevista en profundidad, los que aportarán referencias acerca de las características del inicio y desarrollo de la enfermedad, lo que dará cuenta de la naturaleza psicossomática de ésta.

4.1. Participantes

La selección de participantes se logró con la colaboración del Dr. Gonzalo Lascano y los pacientes que acudieron a su consulta de control en el periodo de tiempo destinado a la realización de este estudio y que, a su vez, aceptaron de manera voluntaria ser parte del mismo. Por lo tanto, en la presente investigación se utilizó la técnica de *muestra por conveniencia* pues fueron casos a los que se tuvo acceso (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista, 2016).

Tomando en cuenta este precedente, se explican a continuación los criterios de inclusión y exclusión de los participantes de la investigación.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Niños y niñas de 2 a 8 años con diagnóstico de asma acompañados de sus madres.	Niños o niñas con asma fuera del rango de edad.
Consentimiento de las madres a participar voluntariamente en el estudio.	Madres que manifiesten su deseo de no participar en la investigación.
Madres identificadas como cuidadoras principales de su hijo o hija con asma.	Niños o niñas que no acudan con sus madres a la consulta médica.

Elaborado por: Katherine Poveda

Tras tomar en cuenta dichos criterios, la población participante de esta investigación fue de siete casos, sobre los que se realizó la correspondiente descripción y análisis.

En las siguientes tablas se muestra un resumen de la información general de las niñas y niños con asma, así como de sus madres. Se hará referencia a cada una de las diadas con un número específico de caso en la continuidad del estudio.

Tabla 2. Datos de las niñas y niños con asma.

Niñas/Niños	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7
Sexo	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Hombre	Hombre
Edad	6 años, 0 meses	5 años, 1 mes	5 años, 9 meses	8 años, 0 meses	4 años, 3 meses	4 años, 4 meses	3 años, 11 meses
Edad de diagnóstico de asma	3 años, 6 meses	Entre 3 años, 6 meses y 4 años	4 años, 10 meses	A los 5 o 6 años	11 meses	3 años, 5 meses	3 años, 11 meses
Diagnóstico médico	Asma moderado	Asma severo	Asma moderado	Asma leve	Asma leve	Asma severo	Asma moderado

Elaborado por: Katherine Poveda

Se observa que en la muestra de esta investigación hay una mayoría de niñas diagnosticadas con asma (5 de 7 casos). El promedio de edad de los niños de los casos de estudio es de 5 años, 3 meses, siendo el niño del caso 7 el menor con 3 años, 11 meses y la niña del caso 4 la mayor con 8 años, 0 meses. La edad en la que se da el diagnóstico de asma a los niños es entre los 3 y 4 años; a excepción del caso 4, en el que se diagnostica a una edad cercana a los 5 años y medio, y del caso 5 en el que se diagnosticó a la niña a los 11 meses de nacida. En cuanto al tipo de asma diagnosticado, existen tres casos de asma moderado y dos de asma leve, los dos casos restantes pertenecen a la clasificación de asma severo.

Tabla 3. Datos de las madres de las niñas y niños con asma.

Madres	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7
Edad	27 años	26 años	27 años	37 años	32 años	31 años	29 años
Profesión u ocupación	Secretaria	Ama de casa y mesera	Servicio al cliente	Contadora	Empleada en agrícola	Ama de casa	Comerciante
Edad al embarazarse	20 años	21 años	22 años	28 años	28 años	26 años	25 años
Tipo de parto	Cesárea	Cesárea	Cesárea	Cesárea	Normal	Normal	Cesárea

Elaborado por: Katherine Poveda

Los datos de las madres de las niñas y niños con diagnóstico de asma reflejan que el promedio de edad es de 30 años y el promedio de su edad al embarazarse es de 24 años.

La mayoría de las madres tuvieron un parto por cesárea a excepción de las madres de los casos 5 y 6. Existen varios estudios médicos que encuentran una relación cercana entre el parto por cesárea y el desarrollo futuro de asma en la infancia debido a que este tipo de nacimientos se privan de una exposición de bacterias maternas que fortalecen el sistema inmunológico del recién nacido al pasar por el canal vaginal, lo cual se da en el caso del parto normal (Baeza-Bacab & Chan-Noh, 2015).

Por otro lado, desde el punto de vista psicológico, la cesárea puede ser causante de un posible retraso en el establecimiento del vínculo madre-hijo debido a todo lo que implica esta intervención quirúrgica tanto para la madre como para el bebé (Lebovici &

Weil-Halpern, 2006), lo cual puede ser un factor de estudios posteriores con respecto a las temáticas planteadas en la investigación.

4.2. Procedimiento

Para la metodología del presente estudio se llevó a cabo el siguiente procedimiento:

- Planteamiento de la hipótesis que rige el desarrollo de la presente investigación tras una revisión bibliográfica previa que la sustenta.
- Recopilación y desarrollo crítico de referencias bibliográficas pertinentes a elementos teóricos claves para el presente estudio, contenidos en los tres primeros capítulos de la disertación.
- Diseño de las herramientas de recolección de información (Guía de observación y Entrevista en profundidad), así como la elaboración de un consentimiento informado (Anexo 1).
- Realización de un pilotaje con dos madres con hijos sin presencia de asma, en el que se aplicó las mencionadas herramientas y se entregó el consentimiento informado. Tras dicho proceso, se pudo concluir que la duración de la entrevista en profundidad era muy prolongada, lo que permitió realizar modificaciones que resultarían en la versión final de dicha herramienta para su posterior aplicación.
- Aprobación del pediatra alergólogo para ser parte de la investigación al permitir realizarla en su consulta con sus pacientes, siempre y cuando las madres consientan su participación y la de sus hijos en el estudio.
- La investigación se realizó en niños con diagnóstico médico de asma y sus madres, quienes asistieron a la consulta de alergología pediátrica con el Dr. Gonzalo Lascano en donde se aplicaron los instrumentos ya mencionados y que serán detallados en el siguiente apartado del presente capítulo.

4.3 Técnicas

Como ya se expuso, las herramientas utilizadas para el desarrollo práctico de esta investigación fueron una Guía de Observación y una Entrevista en Profundidad, con finalidades específicas que se detallarán a continuación.

Guía de Observación (Anexo 2)

La Guía de Observación se elaboró a partir de indicadores que especifican las características de apego seguro en la diada madre-hijo así como de apego inseguro en sus dos patrones, evitativo y ambivalente.

Es así como la Guía de Observación presenta 10 ítems por cada tipo de apego; 5 características de cada tipo de apego hacen referencia a los comportamientos y actitudes que se observan en el niño, y 5 características son referentes a lo que se observe en la madre, los cuales se basaron en: *Appendix A: the attachment Q-set* (Waters, 1995), *Patterns of Attachment* (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 2015) y *El apego. Su importancia para el pediatra* (Chamorro, 2012).

Tras la introducción de la investigadora a la madre por parte del pediatra, se da paso a una explicación breve del estudio y en el caso de que decida participar, se le entrega el formulario de consentimiento informado. Una vez que la participante lo lea y esté de acuerdo en participar en la investigación, se continúa con la observación de la diada madre-hijo dentro del consultorio del pediatra.

Cabe recalcar que en todas las diadas, el motivo por el que los niños acudieron no tenía que ver con una crisis u otro motivo emergente, si no con una cita médica de rutina para controlar el estado de la enfermedad.

La investigadora toma un lugar estratégico para no irrumpir en los elementos que surjan de la interacción madre-hijo en un ambiente que no es familiar y con una persona (pediatra) que no es parte de la convivencia cotidiana de los participantes.

En total, son 30 características sometidas a observación correspondientes a cada diada madre-hijo y estas fueron, a su vez, clasificadas en términos de SIEMPRE, ALGUNAS VECES y NUNCA, de acuerdo con lo que la investigadora constata durante la consulta médica en función de armar evidencia sobre lo observado. Dichos parámetros constan de un valor de 2, 1 y 0 respectivamente, con la finalidad de facilitar

el análisis y llegar a una conclusión sobre el tipo de apego que la diada presente según lo que arroje el proceso de observación.

Una vez que la consulta termina, la investigadora se dirige a la sala de espera con la madre para aplicar la entrevista en profundidad, en la que el médico ya no es participe.

Entrevista en Profundidad (Anexo 3)

La Entrevista en Profundidad será aplicada a las madres de los niños y niñas diagnosticados con asma y tiene la finalidad de proporcionar información tanto de las características del vínculo afectivo madre-hijo en cada diada, así como sobre la presencia de asma en los niños, en correspondencia a elementos clave de la historia particular de cada uno de ellos.

La entrevista consta de cuatro secciones que agrupan la información de la siguiente manera:

- *Datos preliminares* esta sección reúne la información general de la población participante en la investigación, expuesta previamente en las Tablas 2 y 3. Así mismo, recoge datos importantes en cuanto al desarrollo del niño en sus primeros años de vida y sobre dificultades que pudieron presentarse desde su concepción hasta la actualidad.
- *Contexto Familiar* esta sección proporciona una visión clara del ambiente familiar del niño y las relaciones afectivas que se han dado en éste, lo cual es pertinente para llegar a una correlación en la historia del niño respecto a su enfermedad y sus vínculos afectivos de forma global.
- *Asma como trastorno psicosomático* este apartado busca generar una aproximación a los elementos psicosomáticos que se encuentran en la enfermedad del niño a través de lo que su madre refiere y pretende encontrar un nexo con lo que se ha observado en relación al vínculo presente en la diada y el posterior análisis con el resto de las preguntas referentes al apego del niño a su madre.
- *Vínculo Afectivo* en esta sección se encuentran preguntas sobre la constitución del vínculo afectivo en relación a indicadores que otorgan una aproximación al tipo de apego que cada caso presente. A través de lo que la

madre responda en este apartado, se determinará de forma más acertada el tipo de apego que el niño presenta en relación a su madre, lo que presupondrá una concordancia similar con lo observado en la consulta.

Al concluir la entrevista con la madre, la investigadora corroborará lo observado al discutir cada una de las características de apego de la Guía de Observación con el pediatra y, a su vez, tomar en cuenta lo que éste pudo observar en la diada madre-hijo en cada caso; dicho cruce de información entre la investigadora y el pediatra permite enriquecer el análisis de los datos obtenidos con la finalidad de validar lo observado, garantizando que dicho proceso no sea sesgado por elementos subjetivos.

4.4. Resultados

A continuación, se analizará la información obtenida tanto en la Entrevista en Profundidad como en lo observado mediante la Guía de Observación.

Análisis de la Guía de Observación

Para determinar qué patrón de apego prevalece en cada diada, se puntuó la frecuencia de los indicadores de apego seguro, ambivalente y evitativo de acuerdo a la aparición de éstos durante la consulta médica, lo cual se basa en lo observado por la investigadora y en la corroboración del pediatra, con el fin de dar una valoración cuantificable y facilitar el proceso de análisis.

Las tablas que se presentan a continuación detallan los resultados encontrados con respecto al tipo de vínculo afectivo predominante en cada diada.

Tabla 4. Observación de indicadores de Apego Seguro en el niño/a

APEGO SEGURO (Niño/a)																										
C A S O S	Busca la interacción con la madre de forma activa				Comparte objetos con su madre				Puede alejarse de la madre con facilidad				Invita a interactuar con él/ella en lo que esté realizando				Da respuestas adecuadas a reglas y límites									
	Investigadora		Médico		Investigadora		Médico		Investigadora		Médico		Investigadora		Médico		Investigadora		Médico		I	M				
	S	A	N	S	A	N	S	A	N	S	A	N	S	A	N	S	A	N	S	A	N	S	A	N	Valor	
1	×			×			×	×			×	×			×	×			×			×			3	4
2		×		×			×	×			×	×			×	×	×		×			×			3	4
3	×			×			×	×			×	×			×	×	×		×			×			3	3
4		×		×			×	×	×		×	×			×	×	×		×	×		×			3	3
5	×			×			×	×			×	×			×	×			×	×		×			3	4
6	×			×			×	×			×	×			×	×	×		×	×		×			4	4
7	×			×			×	×			×	×			×	×	×		×	×		×			1	1

NOTA: I: INVESTIGADORA M: MÉDICO
VALORACIÓN: S: SIEMPRE (2) A: ALGUNAS VECES (1) N: NUNCA (0)

Elaborado por: Katherine Poveda

La valoración de la frecuencia con la que se observaron indicadores de Apego Seguro en el comportamiento de los niños fue baja en cada una de las diadas.

Tabla 5. Observación de indicadores de Apego Seguro en la madre

APEGO SEGURO (Madre)																										
C A S O S	Responde de forma accesible ante las señales de incomodidad de su hijo/a				Permite que su hijo/a explore el medio en el que se encuentra				Presta atención a su hijo/a y a lo que hace mientras interactúa con el médico u otras personas				A través de comunicación verbal y no verbal, es empática con las acciones de su hijo/a				Cómoda ante aproximaciones físicas de su hijo/a									
	Investigadora		Médico		Investigadora		Médico		Investigadora		Médico		Investigadora		Médico		Investigadora		Médico		I	M				
	S	A	N	S	A	N	S	A	N	S	A	N	S	A	N	S	A	N	S	A	N	S	A	N	Valor	
1	×			×			×	×			×	×			×	×			×			×			3	3
2	×			×			×	×			×		×		×	×			×			×			3	4
3	×				×		×	×			×	×			×	×			×			×			4	3
4	×			×			×	×			×	×			×	×				×		×			3	3
5		×		×			×	×			×		×		×	×			×			×			3	3
6	×			×			×	×			×	×			×	×			×			×			4	4
7		×			×		×	×			×	×				×	×			×		×			1	1

NOTA: I: INVESTIGADORA M: MÉDICO
VALORACIÓN: S: SIEMPRE (2) A: ALGUNAS VECES (1) N: NUNCA (0)

Elaborado por: Katherine Poveda

La valoración de la frecuencia con la que se observaron indicadores de Apego Seguro en la relación de las madres hacia sus hijos también fue baja en cada una de las diadas.

Tabla 6. Observación de indicadores de Apego Ambivalente en el niño/a

APEGO AMBIVALENTE (Niño/a)																							
C A S O	Alterna entre expresiones intensas de ira y necesidad				No busca explorar el medio, manteniendo una actitud pasiva				Dependencia y falta de autonomía con respecto a la madre				Persistencia en expresar sus demandas		Tiende a irritarse con facilidad								
	Investigadora		Médico		Investigadora		Médico		Investigadora		Médico		Investigadora		Médico		I	M					
	S	A	N	S	A	N	S	A	N	S	A	N	S	A	N	S	A	N	S	A	N	Valor	
1	x			x			x	x	x	x		x	x		x			x			9	9	
2			x			x			x	x				x	x			x			x	2	2
3		x			x			x	x	x		x			x			x			x	6	6
4			x			x	x		x			x	x		x	x		x			x	3	2
5	x			x			x		x	x		x	x		x			x			x	9	8
6		x		x			x		x	x			x	x			x			x	x	7	7
7	x			x			x		x	x		x	x		x			x			x	9	9

NOTA: I: INVESTIGADORA M: MÉDICO
VALORACIÓN: S: SIEMPRE (2) A: ALGUNAS VECES (1) N: NUNCA (0)

Elaborado por: Katherine Poveda

La valoración de la frecuencia con la que se observaron indicadores de Apego Ambivalente en el comportamiento de los niños fue bajo en las diadas 2 y 4. Sin embargo, fue alto en el caso 1 (Valoración de la investigadora: 9/10. Valoración del pediatra: 9/10), caso 3 (Valoración de la investigadora: 6/10. Valoración del pediatra: 6/10), caso 5 (Valoración de la investigadora: 9/10. Valoración del pediatra: 8/10), caso 6 (Valoración de la investigadora: 7/10. Valoración del pediatra: 7/10) y caso 7 (Valoración de la investigadora: 9/10. Valoración del pediatra: 9/10).

Tabla 7. Observación de indicadores de Apego Ambivalente en la madre

Tabla: APEGO AMBIVALENTE (Madre)																							
C A S O	Recibe las señales de su hijo/a con poca sensibilidad				Suele ejercer un rol sobreprotector con su hijo/a				Es poco accesible a las demandas de su hijo/a				Muestra preocupación excesiva		Obstaculiza la autonomía de su hijo/a								
	Investigadora		Médico		Investigadora		Médico		Investigadora		Médico		Investigadora		Médico		I	M					
	S	A	N	S	A	N	S	A	N	S	A	N	S	A	N	S	A	N	S	A	N	Valor	
1		x			x			x			x	x		x	x			x			x	8	8
2		x			x			x	x	x		x		x	x			x			x	2	2
3			x			x	x		x			x	x		x			x			x	7	7
4		x			x			x	x	x		x		x			x			x	x	2	2
5			x			x	x		x			x	x		x			x			x	7	7
6			x			x	x		x			x	x		x			x			x	7	7
7	x			x			x		x	x		x		x			x	x		x	x	7	6

NOTA: I: INVESTIGADORA M: MÉDICO
VALORACIÓN: S: SIEMPRE (2) A: ALGUNAS VECES (1) N: NUNCA (0)

Elaborado por: Katherine Poveda

La valoración de la frecuencia con la que se observaron indicadores de Apego Ambivalente en la relación de las madres hacia sus hijos fue bajo en las diadas 2 y 4. Sin embargo, fue alto en el caso 1 (Valoración de la investigadora: 8/10. Valoración del pediatra: 8/10), caso 3 (Valoración de la investigadora: 7/10. Valoración del pediatra: 7/10), caso 5 (Valoración de la investigadora: 7/10. Valoración del pediatra: 7/10), caso 6 (Valoración de la investigadora: 7/10. Valoración del pediatra: 7/10) y caso 7 (Valoración de la investigadora: 7/10. Valoración del pediatra: 6/10).

Tabla 8. Observación de indicadores de Apego Evitativo en el niño/a

APEGO EVITATIVO (Niño/a)																												
C A S O	Respuestas de indiferencia hacia la madre				Brecha comunicativa con la madre				No busca interactuar con personas extrañas				Ajeno/a a insinuaciones afectivas		No muestra angustia por las separaciones con su madre		I	M										
	Investigadora		Médico		Investigadora		Médico		Investigadora		Médico		Investigadora		Médico													
	S	A	N	S	A	N	S	A	N	S	A	N	S	A	N	S			A	N	S	A	N	Valor				
1		x				x			x					x		x					x		3	3				
2	x					x			x			x			x				x			x		9	9			
3			x			x			x			x			x			x		x			x		2	2		
4	x			x			x			x			x		x	x		x			x			x		9	9	
5		x				x			x			x			x			x			x			x		4	4	
6		x				x			x			x			x			x		x			x		3	3		
7		x				x			x	x			x			x			x			x			x		5	4

NOTA: I: INVESTIGADORA M: MÉDICO
VALORACIÓN: S: SIEMPRE (2) A: ALGUNAS VECES (1) N: NUNCA (0)

Elaborado por: Katherine Poveda

La valoración de la frecuencia con la que se observaron indicadores de Apego Ambivalente en el comportamiento de los niños fue bajo en las diadas 1, 3, 5, 6 y 7. Sin embargo, fue alto en el caso 2 (Valoración de la investigadora: 9/10. Valoración del pediatra: 9/10) y en el caso 4 (Valoración de la investigadora: 9/10. Valoración del pediatra: 9/10).

Análisis de la Entrevista en Profundidad

Para contemplar de manera más precisa las conclusiones que arrojan cada una de las entrevistas por cada diada, se hará un análisis de cada una de las preguntas mientras se distinguen las semejanzas que presenta cada caso en correlación con los otros.

Tabla 10. Datos preliminares. ¿Existieron dificultades durante el embarazo?

Caso 1	No.
Caso 2	No sé si llamarle dificultad al hecho de que todo el tiempo en el embarazo pase muy mal. Estuve mal, así como si me hubiera pasado lo peor. Cuando nació fue muy traumante. Me sentía mal física y emocionalmente, hubo un momento en que la rechacé. Asimile todo cuando ella ya fue más grandecita, cuando empezó a caminar, empezó a hablar, al año tres meses, cuando ya podía hacer las cosas sola.
Caso 3	No.
Caso 4	Mi niño estaba enfermo y por el sufrimiento casi pierdo a la niña dos veces, como a los 5 meses y a la final nació a los 8 meses. Me sentí mal durante el embarazo porque tenía al niño pequeño y enfermo entonces fue difícil. Incluso le di de lactar dos meses mientras estaba embarazada. Era mi sufrimiento porque me preocupé por la salud de él y no por la que estaba adentro. Tuve una anemia severa porque no comía nada, ni tomaba vitaminas para el embarazo y ya faltando un mes y medio para lo que nació ella, me empecé a controlar todo eso. Pero gracias a Dios, nació bien, fue la niña más sana que tuve, a parte del asma, pero de mis tres hijos ella ha sido la más
Caso 5	Me dio neumonía cuando estuve de 7 meses de embarazo. Estuve 15 días tosiendo, hasta el vientre me dolía de tanto toser.
Caso 6	No
Caso 7	No podía tomar leche, no podía asimilar el hierro, me hinchaba y el parto fue complicado, tuve mucha hemorragia.

Elaborado por: Katherine Poveda

Los casos 1, 3 y 6 dijeron no haber tenido dificultades en el embarazo. Los casos 2 y 4 manifestaron dificultades a nivel emocional durante el embarazo; de igual forma estos dos casos introducen a sus hijas con características de independencia y fortaleza a pesar de los conflictos que se presentaron en el periodo de gestación.

Ya que la relación de apego que la madre tiene con su hijo se establece en un primer momento en el embarazo, en algunos de los casos se puede notar como las representaciones de la madre fueron direccionadas al tipo de vinculación que posteriormente desarrollaría con su bebé, pues el embarazo es una etapa que da cuenta

de las elaboraciones psíquicas que la madre va construyendo con respecto a su hijo (Grimalt & Heresi, 2012).

Los casos 2, 4, 5 y 7 afirmaron haber tenido dificultades de índole física que resultaron en complicaciones durante el periodo de gestación.

Tabla 11. Datos preliminares. Edad en la que el niño/a empezó a caminar.

Caso 1	11 meses
Caso 2	1 año
Caso 3	11 meses, antes del año
Caso 4	1 año, el día de su cumpleaños, no caminó, corrió. Estuvimos en Quito, y el papá tenía que ir a trabajar y ella fue corriendo a alcanzarlo y desde ahí corrió, nunca caminó
Caso 5	1 año
Caso 6	1 año, 3 meses
Caso 7	11 meses

Elaborado por: Katherine Poveda

Se considera que los bebés logran caminar a partir del primer año de vida, lo cual inicia la etapa de la primera infancia; se logra un control de la bipedestación y el caminar hasta los 18 meses (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009). Se observa que los niños de los casos 2, 4, 5 y 6 se encuentran dentro de este rango. Las madres de los casos 1, 3 y 7 refieren que sus niños empezaron a caminar a los 11 meses, lo cual no se aleja del rango mencionado.

Tabla 12. Datos preliminares. Edad en la que el niño/a habló por primera vez.

Caso 1	Palabras a los 5 meses, Frases completas antes del año.
Caso 2	1 año, 3 meses.
Caso 3	Primeras palabras 7 meses, se demoró para frases: 2 años, 6 meses. Dijeron que fue falta de estimulación, ella pasaba con la cuidadora en una guardería, pero con terapia de lenguaje salió adelante.
Caso 4	Como era muy consentida, hablaba todo, pero nadie la entendía, ni yo. Pero clarito, se le entiende bien desde hace un par de años (6 años aproximadamente).
Caso 5	6 meses ya decía palabritas.
Caso 6	1 año, más o menos por esas fechas hizo todo.
Caso 7	Hasta ahora no habla bien, pero las primeras palabras fueron al año. Habla la parte final de las palabras; en lugar de agua, dice "gua". Pero si es una preocupación porque ya va a inicial 2.

Elaborado por: Katherine Poveda

Las madres en los casos 3, 4 y 7 expresan que los niños tuvieron dificultades en el desarrollo del lenguaje. La elaboración de las primeras frases suele darse en los niños en un rango de edad que va desde sus 6 meses de nacido hasta su primer año (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009) o hasta el año, 6 meses, y el repertorio de palabras suele ser limitado hasta el segundo año de vida (Lebovici & Weil-Halpern, 2006).

Se considera como un posible retraso en el habla cuando el niño se mantiene en un “pequeño lenguaje” más allá de los 3 a 4 años (Marcelli & De Ajuriaguerra, 1996) por lo que los problemas en el desarrollo del lenguaje de los casos mencionados sí es tomado como un posible referente de dificultad en las diadas; sin embargo, cabe notar que en el caso 3, no existió un problema en la producción de las palabras de acuerdo a la edad de la niña en el momento, no obstante la madre sometió a su hija a terapia de lenguaje.

Tabla 13. Datos preliminares. Período de lactancia.

Caso 1	2 años
Caso 2	También fue traumante. A los 5 meses de que nació, encontré un trabajo a tiempo completo. Entonces fueron 4 meses de darle el seno y luego intercalaba leche materna con leche en polvo para suplirle. Alrededor de los 8 o 9 meses ya se le quitó todo
Caso 3	1 año, 3 meses
Caso 4	1 año, 3 meses
Caso 5	2 años
Caso 6	1 año, 8 meses
Caso 7	No responde

Elaborado por: Katherine Poveda

Desde el punto de vista de la psicología del desarrollo, “La lactancia se inicia al momento del nacimiento y termina cuando el niño comienza a caminar y a hilar palabras unas con otras -dos sucesos que, de manera típica, ocurren entre los 12 y 18 meses de edad-” (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009, p. 153).

Tomando eso en cuenta, se observa que en los casos 1, 5 y 6 la madre se tarda en terminar el periodo de lactancia con su hijo/a, lo cual puede también responder a un factor cultural. Las madres en los casos 3 y 4 mantuvieron un periodo de lactancia con sus hijas acorde a lo planteado desde la psicología del desarrollo, mientras que la madre del caso 2 culminó con el periodo de lactancia de su niña de forma temprana.

Tabla 14. Datos preliminares. Edad en la que el niño/a aprendió a controlar esfínteres.

Caso 1	1 año y medio.
Caso 2	Al año tres meses ya era todo, ya era bien independiente. Nunca se orinó en la cama tampoco. Fue rápido todo, le sacamos del pañal a los 9 meses y avisaba o ella se iba al baño.
Caso 3	2 años, 3 meses
Caso 4	Desde el año, muy educada, dejó rápido el pañal.
Caso 5	2 años y medio, ya controlaba, avisaba bien.
Caso 6	2 años y medio, me costó eso. Tenía que enseñarle yo para que sepa cómo hacer.
Caso 7	No responde

Elaborado por: Katherine Poveda

El inicio del control de esfínteres suele darse entre los 2 y 3 años del niño (Marcelli & De Ajuriaguerra, 1996). Se observa como las niñas y el niño de los casos 1, 3, 5 y 6, respectivamente, tuvieron un control esfinteriano correcto de acuerdo al mencionado rango de edad; mientras que el logro de esta etapa en la niña del caso 4 se dio más temprano, así como en el caso 2 en el que, según lo que la madre refiere, este logro ya se evidenciaba desde los 9 meses, lo cual puede ser analizado como una necesidad imperiosa de autonomía de la madre hacia su hija (de acuerdo con varias de las respuestas de la entrevista).

Tabla 15. Datos preliminares. Enfermedades desde su nacimiento hasta la actualidad.

Caso 1	Le diagnosticaron asma a los 3 años después de una crisis que fue en la noche mientras dormía en la casa. Esa fue la primera vez que tuvo un ataque de asma, tuvo que ser internada. Si le han dado más crisis, pero no sé qué las provoca, eso le preguntaba al doctor para que el me dé una idea, pero los ataques sólo son en la noche.
Caso 2	De chiquita, como no sabíamos que era alérgica, se le internó en el hospital por tres meses porque le había dado neumonía. Nació sin úvula, dijeron que era genético, pero como en el embarazo no tomé ninguna vitamina para la bebé y como no comía nada, porque no podía y no toleraba nada, la doctora dijo que pudo haber sido una causa porque las vitaminas le hubieran ayudado a ella.
Caso 3	La alergia que le descubrimos hace un año. Siempre le daba gripe, hasta que se le tuvo que ingresar por urgencias porque ya era muy seguido y ahí le diagnosticaron asma, dijeron que debió haber tenido desde el año por los síntomas que tenía.
Caso 4	Cuando tuvo 4 años, estaba con su papá jugando con un carro polvoso, le celebramos el cumpleaños y a los días de eso, le dio una fiebre terrible y resulta que era neumonía. Nunca le dio tos ni nada. Ella era muy gordita en esa época, pero desde eso se dañó todo. Estuvo tres días internada y desde ahí adelgazo de una forma increíble y tuvo esos eventos asmáticos. Pero antes de eso no tenía nada, ni una infección intestinal, nada. Mi hija nunca tosió, pero el doctor dijo que tenía el pulmón colapsado. Yo lo atribuí al polvo. Cada vez que venía el papá, al siguiente día le daba fiebre cuando ya se iba.
Caso 5	Fue hospitalizada cuando tenía 4 días de nacida porque tenía la bilirrubina alta. Al mes de nacida le diagnosticaron rinitis alérgica y un cuadro de sinusitis. Su primera crisis asmática fue a los 11 meses de edad. Antes yo no sabía que era asmática y la hospitalizaron. Tiene tres hospitalizaciones por neumonía.
Caso 6	A los 10 días de nacido, tuvo una infección en el ombligo
Caso 7	Al año se le detectó la bacteria de escherichia coli y está en tratamiento hasta ahora. Hace unos meses atrás entró a un cuarto húmedo por accidente, y se hinchó. Lo llevé al hospital y desde ahí empezó a enfermarse; corre y se agita, le da mucha tos y ya ha sido a menudo.

Elaborado por: Katherine Poveda

A excepción del caso 6, es notable como se han dado varios o al menos un internamiento hospitalario a causa de una crisis asmática o una complicación respiratoria que alarmó a las madres y que daría paso, en la mayoría de las diadas, a una sospecha de asma o a su diagnóstico como tal. Los niños de los casos 2, 5, 6 y 7 tuvieron otro tipo de condición médica lejana a una enfermedad respiratoria.

En esta pregunta, son casi todas las madres las que hablan de forma extendida sobre las condiciones médicas en las que apareció el asma en sus hijos. La madre del caso 6 se limitó a referir una condición infecciosa en su niño a los pocos días de nacido, tomando al asma por sentado.

Tabla 16. Contexto Familiar. Comente acerca de su situación familiar. ¿Con quién vive su hijo/a y cómo se relaciona con estas personas?

Caso 1	Vivimos los tres (Madre, padre e hija). Y bien. Sí, todo bien.
Caso 2	Nosotros somos una familia pequeña, vivimos tres, mi esposo, ella y yo. Ahora estoy trabajando solo por temporada, porque renuncié a mi anterior trabajo para quedarme con ella porque nadie la podía cuidar. Yo le veo en la tarde y luego vamos a la casa a esperarle a mi esposo que llegue de trabajar. Ella es tan independiente que a veces me asusta.
Caso 3	Yo vivo con mi esposo y mi cuñada, ella es la que me ayuda con mi niña, entonces va a la escuela, ella le retira y esta con ella hasta que nosotros lleguemos. Yo llego a las 8 o 9 de la noche, paso una hora con ella y la cuido.
Caso 4	Mi familia se conforma de mi persona y mis tres hijos. El papá viene de repente. Ha empezado a venir más seguido, porque en anteriores años venía solo cada 6 meses o cada año. Mis hijos dependen al 100% de mí, en todos los sentidos, económico, sentimental, todo; y ahora también el papá les ha ayudado a estar más estables. Cuando mi niña tenía un año, o año y medio, todavía convivíamos de alguna forma con el papá. Decidí separarme porque necesitaba concentrarme en la salud de mi hijo, y él en lugar de ser un apoyo era una molestia. Por eso mi hija es tan independiente y tan fuerte, porque prácticamente ella es la última en la que yo pensé. Ella se lleva bien conmigo, es la más consentida. Pero es bien independiente, mis dos hijos grandes son muy dependientes de mí, pero ella no.
Caso 5	Cuando empezó las crisis asmáticas vivía con el papá. Hasta los tres años estuvo con nosotros. Ella es su adoración, para él la niña es todo. Le consiente en todo. Siempre pregunta por el papá, pasan las vacaciones juntos. Vivimos las tres. Nos llevamos bien. Con mi hija la mayor nos tenemos que apoyar. Las dos cuidamos mucho a mi hija, por el problema que tiene. Sinceramente, somos felices las tres.
Caso 6	Vivimos los tres, el papá, mi persona y mi hijo. Nos llevamos bien, hasta el momento. Si hay alguna diferencia, tratamos de discutir cuando él no está y no nos ve. Sobre todo, en los castigos porque mi esposo es más flexible que yo. El no pasa tanto en la casa, entonces él se hace más consentido, se hace más malcriado, caprichoso. Cuando el papá está, mi hijo no quiere hacer las cosas, entonces me dice “Ya, ya no lo hagas llorar, yo le ayudo”.
Caso 7	Alrededor del tiempo en el que nació, hubo una separación con el papá. Entonces él vive conmigo y el hermano, y ahora mi mamá también está viviendo con nosotros y mi papá por cuestiones de trabajo. Hace un año atrás empecé a vivir también con mi pareja, entonces también vive él con nosotros. Por cuestiones de trabajo, solo nos vemos en las noches y hasta hay veces que ni si quiera nos vemos. Con el hermano pelea mucho. Él no lo ve al papá, lo conoce, pero no lo recuerda. Tenía meses de nacido cuando dejó de verlo, el hermano si tiene memoria del papá, pero él no. Se reencontraron hace un tiempo, pero él no sabía quién era.

Elaborado por: Katherine Poveda

Esta pregunta se realizó con el objetivo de conocer el ambiente contextual familiar sobre el que se desarrolló y se da lugar el vínculo afectivo de cada diada. En cada diada se realiza una descripción por parte de las madres, de las personas con las que la niña o niño viven, aunque se limitan a dar una descripción detallada sobre la forma en la que cada miembro se relaciona.

Las madres de los casos 4, 5 y 7 hablan sobre la ausencia del padre en el núcleo familiar, pero sin embargo hablan de la forma en que se relacionan aún con sus hijos; mientras que los casos 1, 2, 3 y 6, el padre de cada niño sí es parte del núcleo familiar.

Tabla 17. Contexto Familiar. ¿Cómo describiría el vínculo afectivo que mantiene con su hijo/a y su forma de relacionarse?

Caso 1	(Pausa prolongada) Buena, de amor. Yo soy más estricta que el papá. A veces me tiene como la “malita”, pero no, la relación es de cariño. Siempre ha sido cariñosa y yo también. Pero para jugar es con el papá, yo para jugar no sirvo. Si se enferma, si le duela algo, cuando requiere más atención, es conmigo. Cuando estuvo internada, quería que yo este.
Caso 2	No se le habla a menos que en verdad haga algo que no nos guste, ya sabe que se le castiga, los dos le castigamos. Se le castiga, va al cuarto, se sienta y luego viene y ya pide disculpas
Caso 3	Si nos llevamos bien. Tal vez por lo que soy joven, tengo actividad para estar con ella, jugamos mucho, todos los días una hora diaria después de que llegamos a la casa con mi esposo, revisamos si tiene tarea y le preguntamos cómo le fue.
Caso 4	Pues es mi adoración, verla a ella es verla a mí, el carácter es igual, es fuerte, testaruda. Por las malas no funciona llegar a ella, es tan necia como yo. Entonces a veces chocamos fuerte, pero yo soy la adulta. No necesito llamarle tanto la atención, un consejo es más que suficiente, pero ella me ve enojada y hace las cosas. Es muy pilas, es raro que la regañe por algo, es muy inteligente. Los hermanos no son así.
Caso 5	Muy afectiva, ella es muy engreída de mí es muy apegada a mí. Es muy apegada a mí y yo también muy apegada a ella. Le consiento.
Caso 6	Es bueno. Aunque a veces es muy inquieto, pero si nos llevamos bien porque igual pasamos los dos juntos. Él va a la escuela, yo lo voy a dejar y a retirar, por lo que mi esposo casi no tiene tiempo, es más complicado.
Caso 7	Bueno, pero yo si estoy consciente de que me faltó estar un poco más presente, pero bien

Elaborado por: Katherine Poveda

A partir de esta pregunta, se buscó que las madres den una respuesta global sobre la relación vincular que mantienen con sus hijos. La mayoría de madres califican la relación como “buena”, aunque la madre del caso 2 se centra en hablar en el castigo que da a su hija cuando no se comporta bien, en lugar de hablar de aspectos de índole afectiva. Es importante notar que a cada una de las madres se les dificultó elaborar una respuesta de forma inmediata.

Tabla 18. Contexto Familiar. ¿Se han dado situaciones que hayan modificado el ambiente familiar? (Por ejemplo: cambios de vivienda, la muerte de algún familiar, la salida de un miembro de la familia). ¿Cuál fue el impacto de estas situaciones?

Caso 1	No
Caso 2	Cuando ella nació hubo un momento de tensión entre mi esposo y yo porque estábamos en un mal momento en todo: moral, física, económicamente, todo. Ya nos íbamos a separar, pero ella estaba chiquita; luego conversamos y ya todo está bien.
Caso 3	Murió un tío lejano, pero a ella no le afectó, solo le explicamos lo que pasó, pero nada más.
Caso 4	La pérdida del padrino de mi hija mayor que era como un padre para mis niños. Ella se reía, y estuvo así por unos días, pero después de unas semanas lloró para esta vida y la otra. Ella guarda sus sentimientos, no le gusta que le vean. Todos lloramos, pero ella no, nos veía y se reía. Pero un día ya no aguantó y lloró. Esto pasó cuando ya le habían diagnosticado, pero estaba controlado. Pero después de eso, tuvo tres ataques asmáticos que nunca le habían dado, eso sí me acuerdo, pasó en el colegio. También tuvimos un evento hace un año; mi hijo, con sus problemas de salud y el fallecimiento de mi compadre, había determinado quitarse la vida. Tuvimos que hacerlo tratar a él y yo caí en un estado depresivo del que recién estoy saliendo, y si yo no estoy bien, imagínese mis hijos. Fue terrible para mi niña, porque ella trata de compensar y de hacer las cosas de la mejor manera para que yo pueda estar contenta, pero yo soy consciente de que eso no le corresponde.
Caso 5	El papá de la niña vivió en la casa hasta que ella tuvo tres años, luego se fue.
Caso 6	El año pasado murió la abuelita de él, se puso triste un buen tiempo. A todos nos afectó, pero más a él y a mi esposo. Hubo un tiempo que decía que le veía a la “mamá muerta”. Más o menos por ahí le empezaron las crisis de asma, ya comenzaba a faltarle el aire incluso.
Caso 7	La separación con el papá del niño, alrededor del tiempo en que él nació. Mi pareja empezó a vivir con nosotros hace un año. Desde que cumplió el año le dio un problema de Escherichia coli.

Elaborado por: Katherine Poveda

La madre de la diada en el caso 1, es la única que refiere que su hija no a través por situaciones que pudieron haber modificado su ambiente familiar y en el caso 3, a pesar de que se dio la muerte de un familiar, según la madre esto no habría afectado a su niña. Sin embargo, en el resto de los casos es notorio como la existencia de dichas situaciones concuerda en la mayoría de las diadas, con el apareamiento o la sucesión de crisis asmáticas.

Los eventos que presumiblemente se encasillarían, o al menos se toman como influyentes en el desarrollo de la enfermedad de asma en estos niños, se refieren a problemas en el núcleo interno familiar (casos 2, 4 y 7), la ausencia del padre (casos 4, 5, y 7) y la muerte de un familiar (casos 3, 4 y 6).

Es notable que, aunque en un primer momento en las respuestas de las madres de cada caso no se profundiza sobre el rol del padre, la ausencia de éste es un elemento clave en cuanto al desarrollo de asma en los niños de los casos 4, 5 y 7. “[...] pero es posible que la «elección» entre la psicosis y la psicomatosis se deba, en cierta medida, a la constelación familiar y al papel simbólico que desempeña el padre en la organización psíquica” (McDougall, 1989, p. 39). Por lo que sería importante tomar en relevancia los elementos vinculares con la figura paterna, en el presente contexto, en futuras investigaciones relacionadas al tema desarrollado en esta investigación.

Tabla 19. Contexto Familiar. Hable sobre la relación que se estableció con su hijo/a desde su nacimiento y durante los primeros meses de vida.

Caso 1	Creo que éramos solo las dos, porque yo no trabajaba entonces yo la cuidaba. Todo era mamá e hija. Éramos muy apegadas y ahora también.
Caso 2	Yo me sentía muy esclavizada, como mamá, como esposa, sobre todo como mujer, si fue una etapa muy fea. Pero con madurez no creo que nos ha afectado. Cuando ella tenía dos años todo se estabilizó.
Caso 3	Yo me dediqué 100% a ella, dejé de trabajar y me quedé con ella hasta el año, tres meses y luego volví a trabajar. Fue una separación muy dura, pero tenía que trabajar. Fue muy duro para ella también porque lloró la primera semana, ella nunca había estado con otra persona que no sea yo, luego ya se acostumbró. Eso fue muy duro para mí porque yo sentía que estaba haciendo mal como madre.
Caso 4	Cuando nació era mimada pero ahora ella se ha hecho bastante amargada porque le ha tocado madurar duro y asumir cosas que no le corresponden para esa edad; ella es la que se atreve a pedirme las cosas porque ella es directa, sus hermanos la mandan a ella. Ella se ha tomado una responsabilidad que no le corresponde, ella es la menor debería ser la consentida de todos. Si me da pena con ella porque le estoy haciendo perder cierta niñez. Siento que le robe su infancia.
Caso 5	La cuidaba como a una niña normal, no es que ahora no lo sea, pero no tenía tanto cuidado como ahora, porque ya le veo decaída y ya le estoy revisando, así sea una mínima cosa ya le llevo a doctor.
Caso 6	Mi mayor tesoro. Mi mami nos cuidó un mes. Cuando mi mami se fue, fue más difícil para mí. Por ratos él es tranquilo, otros ratos inquieto. Es muy cariñoso y bien afectivo. Le gusta hablar mucho. Es bien activo para su edad. Incluso yo nunca trabajé por él, por cuidarlo a él.
Caso 7	Desde los primeros meses hasta el año, era un niño que comía demasiado y casi no dejaba dormir. Pero aparentemente la relación fue buena. Yo tengo un local en el que estaba cerca de él, pero a partir del año me toco irme más lejos a desempeñar mi profesión de ingeniera y ese fue el tiempo en el que él se enfermó, a partir de la separación que tuvimos; estuvimos dos años y medio separados, solo nos veíamos en la noche. Lo metí en una guardería, pero no resistió así que contraté a alguien que lo vea en casa. Pero hace 6 meses ya dejé de trabajar y me concentré en mi negocio cerca de la casa.

Elaborado por: Katherine Poveda

En los casos 1, 5 y 6 las madres dicen tener una relación muy cercana con sus hijos, la cual incluso implicaba la renuncia a trabajar o estar constantemente pendientes

de su estado de salud; la madre del caso 3 mencionó una respuesta similar, aunque tanto ella como su hija tuvieron que atravesar una separación compleja por motivos laborales, al igual que la madre del caso 7, quien junto a su hijo aparentan haber tenido una relación marcada por la distancia desde el inicio de la vida del niño.

La madre del caso 2 centró su respuesta en lo “traumante” que representó para ella los primeros meses de vida de su hija. La madre del caso 4 denota un cambio en la relación con su hija, pues dice que pasó de ser una niña mimada por todos a asumir responsabilidades que no le corresponden por su edad.

Tabla 20. Asma como trastorno psicossomático. ¿Cómo era su relación con su hijo/a antes del diagnóstico de asma y como cambió tras la presentación de la enfermedad? ¿Cuál fue su respuesta ante el diagnóstico?

Caso 1	No creo que ha cambiado. Solo que antes la dejaba no más que juegue, ahora la alejo de lo que le puede hacer daño
Caso 2	De hecho, le veíamos como una niña normal, hay que tener más cuidado. No le puedo tratar como una niña enferma, se va a detener. Cuando nos dieron el diagnóstico yo pensaba lo peor, pero no fue así.
Caso 3	No sabíamos que hacer porque íbamos a consulta una vez cada mes al menos, pasábamos preocupados porque no sabían que tenía, pero una vez que le diagnosticaron ya estuvimos más tranquilos, incluso ya podíamos viajar porque no podíamos dormir en otro lugar que no sea la casa. Antes estaba más pendiente con ella, pero ahora hay más confianza estoy más tranquila.
Caso 4	Ella era la bebé, aún la consiento, pero ya no es igual. Ella me dice “Mami, ya no soy tu bebé”. Nosotros la consentíamos demasiado, es que era la bebe. Creció muy adúlada. Tiene una autoestima demasiado reforzada, dice “Es que yo soy hermosísima”. Pero bueno, yo la dejo porque sabe defenderse. Ella no espera que la mamá solucione sus problemas, si alguien la lastima los manda al rectorado. Si algo no le parece, les dice en la cara a los profesores. Yo fui así. Pero si siento que una etapa de la infancia se la está perdiendo. Después de diagnóstico de asma, se volvió más independiente. No necesita que la mamá le esté recordando que se tome el remedio. Ella sola ya toma su medicina, o sea ¿Para qué estoy mamá?
Caso 5	Ha sido muy duro controlarle en las que pensé que casi se muere, ha tenido dos convulsiones porque no la atendían rápido y no podía respirar, mi hija era morada, yo dije mi hija se me muere. Por eso yo soy muy cuidados con ella, soy muy temática, siempre la estoy cuidando del frío y del polvo. Me dicen que soy muy controladora, pero es por lo que me ha pasado, de que no respiraba, de que se está ahogando. Cuando ella se me pone mal, yo me pongo muy nerviosa, no me controlo, me desespero. Cuando yo viajo con ella, viajo con una farmacia completa por si acaso cualquier cosa. Por eso soy bien temática.
Caso 6	Bueno obviamente ahora lo {cuido mucho más, no le dejo comer cosas heladas ni golosinas como antes. Como yo soy asmática, ya sé cómo cuidarlo también, lo cuido como me cuidaban.
Caso 7	Cambió todo, ahora toda gira en torno a él. Yo siempre fui muy preocupada por ellos, pero ahora estoy más pendiente de él.

Elaborado por: Katherine Poveda

Al empezar el análisis de las características del vínculo madre-hijo de cada diada, es necesario dar cuenta de la manera en la que la madre contempla la enfermedad de su niña o niño y cómo esta postura influyó en la relación como tal. “La madre es especialmente sensible a las manifestaciones psicósomáticas de su hijo, que a su vez provocan en ella nuevas actitudes” (Marcelli & De Ajuriaguerra, 1996, p. 377).

Se observa entonces, como en los casos 1, 3, 5, 6 y 7 se da un cambio relacional hacia una actitud de preocupación constante, control y protección que antes no era parte de la diada o por lo menos no en el nivel aumentado que se dio a partir de la aparición de la enfermedad.

Por otro lado, en los casos 2 y 4, el diagnóstico de asma parece haber ocasionado un giro inverso al resto de las diadas, pues en el discurso de estas madres es reiterado el factor de “independencia” y “autonomía” que le otorgan a sus hijas, lo cual puede ser el motivo por el cual la madre del caso 2 menciona que no cambió nada tras el diagnóstico, tan solo los cuidados especiales que se debe tener por la enfermedad; y que la madre del caso 4 haya referido que su hija tras el diagnóstico de asma pasó de ser “la mimada” a prácticamente prescindir de cuidados maternos en torno a su enfermedad y a sus necesidades en general.

Tabla 21. Asma como trastorno psicossomático. ¿Cuál fue el impacto del diagnóstico de asma de su hijo/a en la familia?

Caso 1	Si fue feo, porque uno espera que los hijos estén sanitos. Cuando le dan las crisis nos pone mal a todos. O cuando juega con los amigos, se agita y me dice que tose mucho y yo no sé cómo explicarle. Ella sabe que tiene cuidarse, pero no sabe que tiene asma. Es un poco estresante para la familia porque toca tener más cuidado. Cuando le dan esas crisis todos lloran.
Caso 2	Mi familia si lo tomó mal. Ellos pensaban que era mi culpa porque yo tenía gatos cuando estuve embarazada de ella y siempre he tenido animales.
Caso 3	Si fue bastante extraño. Al inicio fue raro para ellos porque pensaban que los doctores solo querían darles medicamentos.
Caso 4	Cuidándola, apoyándola consintiéndola. Para mí fue difícil, porque ya luché con un niño con todos sus problemas y luego viene otro. Pero no ha sido tanto como fue con mi hijo porque con él fue golpe tras golpe, con ella ya estuve amortiguada. Sí me sorprendió, me dio rabia en ciertos momentos, pero no fue tan desesperante.
Caso 5	Para el papá, como casi no pasa con nosotros, no fue tanto el impacto. Él siempre dice que yo soy exagerada. Pero para mí sí, porque yo siempre preguntaba por qué ella nació así, si yo me cuide bastantísimo en el embarazo, de mi otra hija no me cuide tanto, pero de ella sí. Me hice atender en otro lugar cada control, tomé todas las medicinas que mandaron, cada vez venía a los controles. La verdad nunca me expliqué por qué ella nació así
Caso 6	No recuerdo como lo tomaron en mi casa, pero yo si me puse mal porque yo ya pasé por estas crisis y que le pase ahora a mi hijo es un poco duro. Pero el doctor nos explicó que es controlable y que puede ser un niño normal, no tiene que ir con inhalador siempre, puede correr, saltar, entonces así nos tranquilizamos un poco porque si no, que él viva lo que yo viví si es fuerte. Por ejemplo, mi mami no me dejaba bañar mucho tiempo, no podía ir a las piscinas porque ya me agripaba. Pero él ya puede ir tranquilamente, no se agripa como yo. Él se agripa porque los compañeros le contagian, pero yo tengo mucho más cuidado con el aseo en la casa; es más, después del diagnóstico, el no sube a ver a los perros en la terraza.
Caso 7	Terrible, porque decían que no tenía cura, él tenía un color súper raro, estaba flaquito, pero a medida del tiempo él ha ido asimilando lo que tiene que hacer cuando está enfermo y eso ha permitido que uno tenga más tranquilidad y estabilidad.

Elaborado por: Katherine Poveda

De acuerdo a lo que las madres de los casos 1, 2, 3, 5 y 7 responden, se afirma que los familiares de los niños de estas diadas se vieron afectados de alguna manera por el diagnóstico de asma. La madre de la diada del caso 4 indica que ahora su familia consiente a su niña tras el diagnóstico, pero indica que a ella se le hizo difícil pues no quería por la enfermedad en otro de sus hijos; mientras que en el caso 6, la madre no recuerda como su familia se vio afectada o no por el diagnóstico de su niño, pero para ella fue duro el haber padecido también de asma en su infancia.

Tabla 22. Asma como trastorno psicossomático. ¿Cómo reacciona cuando su hijo/a tiene una crisis asmática?

Caso 1	Tengo el medicamento a la mano, cuando la veo toser ya le pongo atención, la siento, y si sigue tosiendo y le escucho la tos diferente, ya le aplico la medicación. Si se ahoga ya le llevo al hospital.
Caso 2	Le decimos que se quede tranquila.
Caso 3	No ha tenido crisis, solo se congestiona mucho pero ya sabe que no debe hacer para no agitarse.
Caso 4	Sus ataques asmáticos los tome con más calma y claridad sobre lo que tengo que hacer, porque con mi otro hijo todo fue más difícil, con ella ya no.
Caso 5	Cuando le va a dar una crisis asmática, ella se queda quieta, se queda viendo al horizonte. Nosotras le conocemos porque ya le vemos el pulso que se empieza a acelerar y empieza a respirar diferente, porque ella no tiene ninguna reacción, quieta se queda. La última vez que le dio fue cuando tenía tres añitos, estuvo hospitalizada 8 días porque tuvo una crisis asmática sin control, necesitó oxígeno 6 días, pero ella nunca reacciona y la verdad yo nunca le he dicho tampoco que pasa. Cuando corre y se agita, yo le digo que ya sabe que no puede correr porque se agita y no respira bien.
Caso 6	Como que le da tos y empieza a vomitar, así reacciona en las crisis. Comienza a llorar y dice que no puede respirar. “Es que no sé qué tengo” dice, entonces yo le he enseñado técnicas de respiración. Por eso siempre dice que toma remedios para la tos, porque le explicamos lo que él entiende.
Caso 7	El deja de respirar bien, se altera, la mirada se le va

Elaborado por: Katherine Poveda

Es notorio que, en todos los casos, la sucesión de algún signo alarmante con respecto a la enfermedad tiene una característica comunicativa propia de cada diada. Las madres saben qué hacer en el caso de observar en sus hijos ciertos indicios de que puede estar atravesando una crisis asmática, o mencionan que sus hijos ya conocen lo que deben y no deben hacer para no llegar a la crisis.

Tabla 23. Asma como trastorno psicossomático. ¿Ha notado cuáles son las situaciones que preceden a las crisis asmáticas que ha tenido su hijo/a?

Caso 1	No
Caso 2	Tose mucho, nos damos cuenta, le tranquilizamos, le damos agua, le decimos que alce los brazos. También se pone mal cuando hace algo y le hablamos los dos.
Caso 3	Cuando está en otra casa.
Caso 4	La verdad no.
Caso 5	Comienza con gripe o con una tos. Pero algo que haya pasado por esas fechas no, empezó con una gripe. El anterior año fue terrible, casi se me muere, no podía ni caminar cuando le llevamos. La doctora me dijo que estaba más allá que acá. Pero no hay algo que pasa para que se ponga triste ni nada, son las gripes.
Caso 6	Realmente no, solo cuando se agripa y le empieza la tos.
Caso 7	Se enoja y se agita, y es algo que ya no para. Si llora, él se agita también y le da una crisis. Lloro porque pelea con el hermano y él le quita un juguete. O cuando se lo regaña.

Elaborado por: Katherine Poveda

Esta pregunta fue difícil de responder para las madres pues se les hizo complicado el poder ligar las características de la enfermedad de sus hijos con factores ajenos al discurso médico. Las madres de los casos 1, 4 y 6 dicen no conocer qué situaciones anteceden a las crisis. La madre del caso 3 menciona que las crisis se dan cuando su hija está en otra casa. Las madres de los casos 2 y 7 mencionan elementos físicos propios de la enfermedad, pero también factores emocionales en sus hijos. En el caso 5, la madre no logra vincular una de las mayores crisis de su niña con un elemento emocional; sin embargo, en la respuesta a otra pregunta se ve que esta crisis asmática coincide con la salida del hogar del padre de la niña.

Tabla 24. Asma como trastorno psicossomático. ¿En qué momento y/o lugares se dan con mayor frecuencia las crisis asmáticas?

Caso 1	Coincide que es en la noche. Una vez fue después de que cogió un gato, pero no es algo a lo que le he podido atinar. Quiero saber qué le provoca para yo curarle.
Caso 2	Cuando llegamos a la casa y cuando salimos
Caso 3	Cuando vamos donde la abuelita, que vive en el campo. Ella se lleva bien con todos ahí.
Caso 4	En el colegio. Ella me dice “Mami es que me duele el corazón”.
Caso 5	Solo cuando le dan las gripes. Ella sale en las mañanas y le da el frío y por eso se enferma. Por eso ya no le puse en el inicial, y ya no se ha enfermado porque ya no sale. Entonces no le puse en el inicial para cuidarle más. Cuando estaba en guardería, siempre se pasaba enfermado. Este año, que ya no ha estado saliendo y sólo se queda en la casa, ya no se ha enfermado.
Caso 6	En tiempos fríos. Suele ser en la casa durante la noche.
Caso 7	Cuando está en el patio

Elaborado por: Katherine Poveda

Todas las madres tardaron en responder a esta pregunta, lo que evidencia una vez más lo complejo que se les hizo encontrar conexiones entre el asma y aspectos que no vayan necesariamente de la mano con lo que refieren a un doctor en consulta. Las madres de los casos 1, 2, 6 y 7 coinciden en que las crisis de sus niños suelen darse en casa. En el caso 3, la niña suele tener complicaciones con su enfermedad en la casa de su abuela. Mientras que en los casos 4 y 5, las niñas suelen manifestar sus crisis en un entorno educativo.

Tabla 25. Vínculo Afectivo. ¿Cómo se sentiría ante una separación de uno o más días con su hijo/a?

Caso 1	Preocupada porque no es que no ha pasado. Me he separado máximo 5 días con ella por mi tesis, entonces cuando eso pasa yo la encargo mucho.
Caso 2	Yo me muero, yo no puedo. A menos que sea con personas de mi confianza que son solo dos, sus abuelas y bueno su papá también. Tengo un poquito de necesidad de tenerle muy a mi o a la casa porque es una niña, a las niñas se les cuida más. Es mi temor de que le pase algo.
Caso 3	Si es fatal, si nos hemos separado porque a veces se va donde la abuela paterna y yo no sé cómo la cuidan, en especial con la comida, porque yo no le doy comida con colorantes y allá si le dan. Se va con mi cuñada cuando sale de vacaciones, se llevan muy bien entonces va con ella donde los abuelos. Cuando nos volvemos a ver, ella grita y viene corriendo. En las noches me sabe llamar y me dice “¿Ya vas a venir para dormir juntas? Yo te espero”.
Caso 4	Somos muy pegados. Me ha tocado dejarlos algunos días. Paso terrible, les llamo a cada rato, es una cosa terrible. Pero ellos son muy felices, contentos, paseando, ni me extrañan. Solo yo sufro. Es que yo soy muy sobreprotectora.
Caso 5	Si yo me le pierdo en seguida está llorando. Si voy a trabajar, llora. Duerme conmigo, duerme abrazada. Cuando yo estoy en la casa solo quiere estar conmigo. Una vez nos separamos, el papá se las llevo 15 días y para mí fue horrible, pero ella feliz. Ella es así.
Caso 6	Le extrañaría bastante porque nunca nos hemos separado así. Por lo que yo no trabajo, no tengo que viajar. Solo lo dejo por lapsos de horas, pero él se queda calmado, yo me preocupo más. Pero días, sería más duro, yo soy la encargada de darle las medicinas y la comida, el papá es olvidadizo, yo soy la que está más pendiente, entonces pasaría preocupada de que le den las medicinas. Yo ya se de memoria las dosis de las medicinas. A veces hago que el papa le ponga los inhaladores, pero dice que le va a lastimar entonces lo termino haciendo yo.
Caso 7	Terrible porque yo siento que ellos son pequeños y me necesitan mucho. Yo trabajo de 8 a 9 y siempre busco la forma de estar en casa, a pesar de que es mi negocio no es lo mismo porque veo la necesidad en ellos. De un tiempo para acá siento que me necesitan más.

Elaborado por: Katherine Poveda

Todas las madres dieron una respuesta en la que afirmaban que no se sentirían bien tras una separación, ocasionándoles mucha preocupación por sus niños. En los casos 2, 3 y 6, las madres muestran desconfianza en cómo los otros tratarían a sus hijos. En la respuesta de la madre del caso 5, existe una fuerte contradicción, ya que menciona que su hija llora incluso cuando la madre debe ir a trabajar, así que las separaciones les cuestan a amabas; sin embargo, luego menciona que cuando la niña está con el padre,

no extraña estar con ella, aunque la preocupación de la madre es constante; así mismo, tras las respuestas de este caso y del caso 3, se evidencia que las madres suelen dormir con sus hijas.

Tabla 26. Vínculo Afectivo. ¿Cuál es la reacción de su hijo/a en el caso de estar en un lugar y/o situación desconocida?

Caso 1	Se me pega bastante y siempre busca llamar mi atención por lo que sea.
Caso 2	Se queda a mi lado, pero cuando ve lo que está pasando, ya se abre y es sociable, pero después de un tiempito. Solo me pide que le explique quienes son y ya.
Caso 3	Mucha curiosidad, es muy interactiva siempre quiere conocer más lugares, pero si estoy yo.
Caso 4	Se adapta en seguida. Es normal, es muy adaptada. Pero tiene que estar alguien conocido, así está
Caso 5	Es tímida por un rato, pero después ella ya comienza a preguntar y a hablar. Es muy confianzuda, a todos trata de “tu”. Sin mí, yo creo que sería igual. Ella es muy abierta, no hay un minuto que no esté quieta.
Caso 6	Primero es tímido, pero se adapta muy rápido a las situaciones. Pero a lo único a lo que va solo es a la escuela.
Caso 7	Él se quiere ir. Empieza a correr y dice que ya se quiere ir a su casa. Es un niño que se aburre, el hermano es quien lo activa.

Elaborado por: Katherine Poveda

Se evidencia que los niños de las diadas, según lo que las madres responden, se adaptan a las situaciones desconocidas y nuevas con cierto grado de facilidad. Sin embargo, en el proceso de observación participativa de esta investigación, se notaron otros factores que las madres no estiman en esta pregunta. También es importante notar en las respuestas de cada caso, como la necesidad de cercanía de la madre y la interacción con ella, es significativa para que los niños puedan asimilar con tranquilidad la situación nueva.

Tabla 27. Vínculo Afectivo. ¿Qué hace cuando su hijo/a se encuentra emocionalmente alterado?

Caso 1	Es un poco mimada y siempre llora por algo. Yo trato de atenderla para que no se ponga mal. A veces me pide tetita y a veces le doy como por juego, o por lo que esta enfermita como para consentirla.
Caso 2	Ella es bien tranquila. Se pone mal cuando le tenemos que hablar por algo que ha hecho. Pero en sí es bien independiente y no es problemática, es muy tranquila, le pegan y no se defiende, ya cuando le pegan mucho ya se defiende.
Caso 3	Cuando esta triste la abrazo, pero cuando está enojada no hay como. Ella quiere estar sola y la dejo. Siempre hablo con ella y le digo que todos tenemos derecho a enojarnos. Cuando esta triste si la abrazo, a veces me deja y a veces no. Pero a ella si le gusta estar solo en ciertos momentos.
Caso 4	Cuando esta triste, converso con ella. Le abrazo y ella me cuenta. Cuando está enojada, al dejo a que se le pase.
Caso 5	Nos dice que no nos quiere. Cuando se le castiga por algo se acerca de a poquito y para suavizar todo nos dice que si nos quiere. Cuando se la castiga dice “Te dije que me castigues despacito, tú me castigaste duro. Ahora yo te voy a castigar”. Ella es bien pilas, repite todo lo que escucha <i>igualito</i> .
Caso 6	Cuando está enojado, se pone a llorar y le digo que se calme porque no le entiendo. El otro día llegue tarde a la escuela a recogerlo, y ha estado llorando, entonces le dije que se calme, que respire, que se tranquilice y luego le pregunté qué pasó. Entonces él ya expuso por qué ha estado llorando.
Caso 7	No quiere que lo toquen, pero una trata hasta que deja explicar la situación

Elaborado por: Katherine Poveda

Los niños de los casos 3, 4 y 7 prefieren mantenerse aislados y lejos de sus madres cuando están alterados. En el caso 1, se ve como la madre, en su esfuerzo de complacer a su hija, le da “tetita como juego” para consentirla a causa de la enfermedad. En el caso 2, la madre muestra cierta despreocupación hacia su hija en este aspecto puesto que la considera muy independiente y tranquila, tanto así que la niña no suele defenderse cuando la lastiman. En el caso 6, la madre encuentra una estrategia tranquilizante a través del diálogo para que su hijo pueda explicar el motivo de su alteración.

Es necesario recordar que la base del vínculo afectivo entre madre e hijo es encontrar una base segura desde la que se pueda explorar y un sentido de protección en el cual confiar al atravesar situaciones difíciles que pueden llegar a desencadenar estados de angustia. En el momento en el que no se puede contar con la madre como elemento clave para asegurar dichos elementos, se puede inferir que el vínculo tiende a ser inseguro (Di Bártolo, 2016).

Tabla 28. Vínculo Afectivo. ¿Cómo demuestra su hijo/a que quiere ayuda para realizar una tarea que le es cotidiana o que ya puede hacer por su propia cuenta?

Caso 1	Ella me dice lo que necesita y le ayudo, sabe enojarse.
Caso 2	Nos llama desde lejos pero no pide ayuda fácilmente, ahí tenemos un problema. Aunque haga mal ella quiere hacer sola.
Caso 3	Busca mi ayuda o yo le digo si la necesita y le explico. A veces se enoja, y me dice que yo las haga.
Caso 4	Ella es muy directa, ella no tiene miedo en preguntar, los otros sí. Pero es autosuficiente, casi que no pide ayuda.
Caso 5	Ella nos dice “Ayúdame” o “Ponme pasta en el cepillo”. Ella nos dice lo que ella quiera. Ella dice “No, es que no puedo. Soy una bebé”. A veces está jugando con la hermana, le bota el juguete y le dice a ella que se lo pase, y cuando se lo paso yo, le dice a la hermana “Pásamelo. Quiero que me lo pases tu”.
Caso 6	Me lo pide. Le gusta intentar algo y si no puede se pone a llorar. Pero yo le pregunto y ya le ayudo.
Caso 7	El habla y pide. Si no le doy atención, llora.

Elaborado por: Katherine Poveda

Las madres de los casos 1, 3, 5, 6 y 7 mencionan que sus hijos suelen comunicar qué necesitan de ellas para realizar algo cotidiano o que pueden hacer por su cuenta, a lo que las madres prestan su ayuda; incluso se evidencia que en los niños existe enojo (casos 1, 3 y 5) y llanto (casos 6 y 7) para lograr lo que quieren de sus madres.

Por otro lado, en los casos 2 y 4, una vez más el factor de independencia y autonomía aparece en las respuestas de las madres de estas diadas quienes manifiestan que sus hijas no suelen acudir a ellas buscando ayuda.

Tabla 29. Vínculo Afectivo. ¿Cómo describiría la actitud que su hijo/a tiene con personas desconocidas y conocidas?

Caso 1	No se acerca a los desconocidos hasta que no entre en confianza. De ahí, siempre hace la conversa, sí ve que yo también doy la confianza.
Caso 2	Con conocidas juega, les pide que le carguen y con desconocidos se aleja totalmente.
Caso 3	Con personas conocidas les pide lo que necesita, con los desconocidos no, ella acude a mí.
Caso 4	Con las conocidas es amable y sociable. Con las desconocidas no interactúa.
Caso 5	Se aleja, se va a un lado y se va a jugar, hasta que agarre confianza y ahí sí.
Caso 6	Actúa con un poquito de recelo, pero cuando ve que son confiables ya se abre. Con las conocidas es de una.
Caso 7	Él es muy arisco, se aleja, no interactúa.

Elaborado por: Katherine Poveda

Se evidencia que sí existe una diferencia en el trato de los niños con personas conocidas y desconocidas, al menos en una etapa inicial. En los casos 1, 5 y 6 los niños si llegan a interactuar con las personas desconocidas, una vez que hayan entrado en

confianza con ellas. Mientras que en los casos 2, 3, 4 y 7 no existe interacción alguna de los niños con desconocidos, según lo que expresan las madres.

Análisis por Casos

A continuación, se busca realizar un análisis de cada diada a partir de la información detallada anteriormente.

Caso 1

El caso 1 corresponde a la diada conformada por una niña de 6 años, diagnosticada con asma moderado a los 3 años, 6 meses, y su madre. Tras lo obtenido en la guía de observación, se concluyó que esta diada tiene una prevalencia de indicadores de apego ambivalente en su relación vincular. Durante la consulta, se observó la necesidad constante que mantenía la niña por llamar la atención de su madre y ante las negativas de ésta, se comportaba desafiante con el objetivo de llamar la atención del médico y la observadora, pues después de estas actitudes dirigía su mirada buscando una respuesta de los otros ante sus demandas.

La entrevista en profundidad arroja respuestas que concuerdan con un patrón de apego ambivalente en esta diada. La madre dice tener una relación muy cercana con su hija, quien suele buscarla con más frecuencia cuando enferma a causa del asma. A través de las crisis de asma, la niña busca llegar a una etapa anterior en la que su madre le prestaba toda la atención que anhela, y la madre complace este deseo con actos como darle “tetita” para consentir a su hija por su condición de asmática, lo cual apoya lo postulado por McDougall como “ganancia del síntoma psicossomático”.

Durante la entrevista, la expresión de la madre de esta diada fue de preocupación a lo que se añade una actitud esquiva al responder preguntas referentes a la relación vincular. Sin embargo, en reiteradas ocasiones demostró el necesitar de una respuesta sobre el padecer de su hija para que de ella pueda venir la cura.

Caso 2

El caso 2 corresponde a la diada conformada por una niña de 5 años, 1 mes, diagnosticada con asma severo a los 3 años, 6 meses, y su madre. Tras el análisis de la guía de observación, esta diada manifestó varios elementos correspondientes a un apego evitativo. En el transcurso de la consulta, se observó que la niña conservaba una

interacción tímida con la madre, el doctor y el ambiente en general pues sus movimientos eran limitados y no buscó explorar el medio en ningún momento.

Las respuestas que la madre dio en la entrevista reflejaron aspectos relacionales que coinciden con el apego evitativo en la observación de la diada. “Trauma” es el término que la madre utiliza en reiteradas ocasiones para referirse a su embarazo y a los primeros días que siguieron al nacimiento de su hija. A partir de su discurso, se entiende que su posición de madre no fue tramitada adecuadamente a nivel psíquico lo cual la lleva incluso a hablar de rechazo hacia su hija tras su nacimiento.

Los elementos de rapidez y eficacia, con respecto a lo que su niña ha alcanzado en cuanto a su desarrollo temprano, son frecuentes en el discurso de la madre; hubo un destete temprano por motivos emocionales, el control de esfínteres de la niña fue sumamente prematuro y la madre insiste con orgullo en lo independiente, autosuficiente y tranquila que es su hija, lo cual la ayudó a superar lo “traumante” de su experiencia materna sin repercusión alguna, de acuerdo con lo que la madre afirma sobre el establecimiento de la relación afectiva con su niña.

Caso 3

El caso 3 pertenece a la diada entre una niña de 5 años, 9 meses, diagnosticada con asma moderado entre los 3 años, 6 meses y 4 años, y su madre. El análisis de la guía de observación reveló que en esta diada predominan los indicadores de apego ambivalente. Durante la observación en el consultorio, se evidenció la búsqueda constante de protección de la niña hacia su madre.

La entrevista en profundidad a la madre de esta diada reveló un elemento de preocupación y al mismo tiempo de culpa por parte de la madre. La madre afirma haber tenido una relación sumamente cercana con su hija desde que nació y durante los primeros meses de vida; sin embargo, esto se vio interrumpido por el comienzo de un trabajo a tiempo completo de la madre, lo cual las separa.

La madre solo ve a la niña una hora al día aproximadamente, lo que hace que se sienta culpable pues en un inicio la niña no tomó bien la separación. La madre “compensa” a la niña dejándola dormir con ella. La actitud durante la consulta de la niña se explica en tanto que la ganancia de su enfermedad es que su madre pueda pasar más tiempo con ella por las demandas de su condición.

Caso 4

La diada del caso 4 se conforma de una niña de 8 años, diagnosticada con asma leve entre los 5 y 6 años, y su madre. La observación de la diada reflejó que existe una prevalencia de indicadores de apego evitativo en la diada. Durante la consulta, la niña no mostró interacción alguna con su madre y menos aún con los elementos y personas del medio.

La entrevista en profundidad proporcionó varios elementos sobre el vínculo relacional de esta diada, pues la madre no tuvo reparo en dar respuestas extensas en la mayoría de las preguntas. Hubo una gran omisión de cuidados durante el embarazo ya que la madre se concentró en su hijo mayor y los problemas de salud que lo aquejaban lo cual la hizo tomar una actitud negligente frente a su hija, quien es descrita por la madre como la más fuerte e independiente de sus tres hijos.

La relación que la niña mantiene con su padre y la ausencia del mismo, aparece como un factor esencial en las crisis asmáticas de la niña. El padrino de su hermana, a quien la madre consideró como padre para sus niños, se convierte en un sustituto de la figura paterna ausente, pero su fallecimiento ocasiona varios ataques asmáticos en la niña. El padre de la niña sale del hogar debido a que no apoyaba de forma suficiente a la madre con respecto a la enfermedad de su segundo hijo.

La concentración en los problemas del hermano de la niña, hacen que su madre describa la relación que mantienen con enunciados como: “Ella es la última en la que yo pensé”. La familia consiente a la niña por su enfermedad, pero su madre la ve como una persona autónoma, que tuvo que madurar rápido y que no vivió su niñez a plenitud por complacer a su madre quien manifiesta que no necesitaba otro hijo enfermo. La madre también menciona en varias ocasiones que su hija es muy semejante a ella en su forma de ser y actuar, identificándose en su niña y resaltando su actitud de fortaleza frente a los episodios adversos.

Caso 5

La diada del caso 5 corresponde a una niña de 4 años, 3 meses, diagnosticada con asma leve a los 11 meses de nacida, y su madre. El análisis de los indicadores de la guía de observación con respecto a esta diada demuestra que hay una prevalencia de características correspondientes a un apego ambivalente entre madre e hija. Durante la

consulta médica, la niña mantuvo una exploración limitada del medio acompañada de la mirada constante hacia su madre. Después de que ha transcurrido un largo periodo de tiempo, la niña se llena de confianza para tomar una actitud agresiva hacia su madre, respondiendo de forma altanera y desobedeciendo sus instrucciones.

Por la entrevista en profundidad, la madre comenta que no se explica el porqué de la enfermedad de su niña cuando ella asegura haber realizado todo de forma correcta e incluso, haberse preocupado más de lo necesario para asegurar la salud de su bebé. En varias respuestas se evidencia que la madre tiene cuidados exagerados hacia su hija lo que refleja rasgos de sobreprotección hacia la niña; menciona que para evitar que se enferme, no lleva a su hija a la escuela y de esa forma puede cuidarla aún más.

A los tres años de la niña, su padre sale del núcleo familiar, hecho que coincide con una de las crisis asmáticas más fuertes, la cual incluso requirió la hospitalización de la niña. Sin embargo, la madre no pudo dar cuenta de la relación de estos dos hechos, los cuales se conocieron en respuestas separadas.

Caso 6

El caso 6 corresponde a un niño de 4 años, 4 meses, diagnosticado con asma severo a los 3 años, 5 meses, y su madre. Tras los resultados facilitados por la guía de observación, se concluyó que los indicadores que sobresalen en esta diada pertenecen a un apego ambivalente. Lo más destacado de la observación en el consultorio sobre esta diada, es la constante aprobación de la madre cuando su hijo responde adecuadamente a las preguntas que se le realizan o cuando hace algo que su madre “ya le enseñó”; de lo contrario, la madre lo alienta a completar el comportamiento deseado diciendo frases como: “Acuérdate, tú ya sabes”, “Yo ya te enseñé, muéstrale al doctor”.

A partir de la entrevista en profundidad, se expresó que la madre también tiene asma, lo cual sin duda contribuyó al desarrollo de esta enfermedad en el niño tras un proceso identificador entre él y su madre, quien menciona que lo cuida como la cuidaban. Estos cuidados fueron excesivos para la madre en su niñez, y aunque dice no someter al niño exactamente a lo mismo, él recibe varias atenciones de esta índole.

En el discurso de la madre reflejado en las respuestas a la entrevista, aparece la necesidad de aprobación constante a la que somete a su hijo; ella le dice que hacer,

porque ella ya sabe. También se evidencian aspectos ligados a la sobreprotección, como el haber renunciado a la posibilidad de trabajar para poder estar con el niño y cuidarlo.

Caso 7

El caso 7 corresponde a la diada conformada por un niño de 3 años, 11 meses, diagnosticado con asma moderado el día de la participación en la investigación, y su madre. Tras la información obtenida en la guía de observación, se evidencia una mayor aproximación a los indicadores que reflejan un apego ambivalente en la diada. Durante la consulta médica, se observó que el niño era muy inquieto, con sus movimientos y actitudes, pero no interactuaba con la madre; sin embargo, se refugiaba en ella tras el contacto con el doctor. La madre no lo suelta, pero tampoco lo mira. El niño se mostró muy irritable y no encontraba consuelo en la madre.

La entrevista en profundidad reveló que la madre tuvo dificultades durante el embarazo que se prolongaron durante los primeros días de nacido del niño, por lo que la relación entre los dos estuvo marcada por una ausencia temprana. La madre menciona que el niño posee una dificultad del lenguaje y que, en los primeros momentos de la vida del niño, no podía conciliar el sueño.

Por motivos laborales, la madre no representó un elemento presente y constante en la vida del niño y dice ser consciente de ello, pues también menciona que considera a las separaciones con su hijo como las causantes de su enfermedad, por lo que ahora se preocupa más y le brinda más atenciones (ganancia del síntoma psicossomático).

Discusión

Para dar un contexto más sólido a la siguiente discusión de resultados, cabe puntualizar que se tomaron en cuenta determinados aspectos correspondientes al desarrollo de las niñas y niños de cada caso debido a que dan cuenta, a su vez, del establecimiento de la relación diádica con la madre desde la concepción; las funciones que se tomaron en cuenta (adquisición del lenguaje, caminar, control de esfínteres) se ven influidas de forma imperiosa por el ambiente en el que el infante se encuentre y es así como los logros en cada etapa del desarrollo del niño son atravesados por aquellas personas con las que éste se relacione (Lebovici & Weil-Halpern, 2006), se vio entonces la necesidad de un detenido análisis en dichos aspectos pues la implicación que estas

relaciones tengan, son un componente necesario dotado de información relevante para esta investigación.

De la misma manera, ya que esta investigación toma al asma como trastorno psicosomático, es importante mencionar como la descripción de situaciones que hayan marcado un cambio transcendental en los niños de cada caso, no solo está presente, sino que en la mayoría de diadas se relaciona con la aparición de sus crisis asmáticas. Al respecto, Kreisler, perteneciente a la escuela psicosomática de Francia, explica que un evento de esta naturaleza presente en la historia vital del niño puede llegar a ser un factor desencadenante de psicomatización; para Kreisler, el niño asmático tiende a desplazarse, lo cual es una modalidad vulnerable debido a que “[...] se ve fácilmente desbordado por los hechos reales o vividos como tales que atentan contra este sistema: situaciones de rivalidad, separaciones, conflictos entre los padres, luto ... Viene entonces la crisis o la sucesión de crisis” (Lebovici & Weil-Halpern, 2006, p. 280).

A continuación, se realizará la discusión de los resultados obtenidos en la presente investigación a través de una correlación entre indicadores de un vínculo inseguro (vínculos evitativo y/ ambivalente) y el asma como trastorno psicosomático.

Indicadores de vínculo evitativo (Respuestas defensivas y de indiferencia hacia la madre. Inseguridad hacia las intenciones de proximidad de la madre y tendencia a evitar su presencia. Al niño le resulta cómodo el hacer contacto con extraños. La madre busca ejercer control en las conductas del niño. La aceptación de la madre hacia su hijo es condicional)

Los casos en los que se evidenció un vínculo evitativo en la diada madre-hijo, fueron el 2 y el 4, y las niñas pertenecientes a estas diadas mostraron, especialmente durante la consulta médica, indiferencia hacia su madre. Los pocos intentos de las madres por aproximarse a sus hijas pasaron desapercibidos. La actitud general de las niñas fue de quietud, la cual se mantuvo durante la separación con sus madres durante el examen médico con el doctor.

Sin embargo, al respecto se puede acotar que aunque los niños con apego evitativo se muestren indiferentes ante las separaciones con la madre, es muy fácil que se confunda como tranquilidad la nula expresión externa de la angustia que en realidad sienten (Wallin, 2012). Las madres de estas niñas basaban su aceptación a sus hijas en

una premisa impuesta por ellas basada en la aparente autonomía e independencia logradas por estas niñas, lo cual no solo las llena de orgullo, también aplaca cualquier duda sobre haber sometido a algún acto de negligencia a sus hijas en los primeros momentos de sus vidas.

En ambos casos, la falta de una base segura por parte de las madres a una edad temprana de estas niñas, generó desconfianza en la relación en cuanto a la búsqueda de cuidados, “[...] por el contrario, espera un rechazo. Intenta vivir su vida sin amor ni apoyo por parte de los demás. Trata de ser autosuficiente en el plano afectivo y puede ser diagnosticado como narcisista o con un falso *self*” (Lebovici & Weil-Halpern, 2006, p. 133). Por lo tanto, al ya no esperar una respuesta adecuada de sus madres, buscan asumir la renuncia a ello en una aparente autosuficiencia.

Indicadores de vínculo ambivalente (El niño no muestra curiosidad por conocer su entorno, carece de autonomía y no muestra independencia. Suele ser retraído en su relación con los otros. El niño tiene una conducta ambivalente al alterarse al mismo tiempo que busca el amparo de la madre. La madre suele tener un rol sobreprotector con su hijo. Existe un distanciamiento físico entre madre e hijo con una débil comunicación)

Tras la observación participativa y la entrevista en profundidad se encontró que los niños de los casos 1, 3, 5, 6 y 7 muestran un apego ambivalente con respecto a sus madres. El elemento de sobreprotección a traviesa a los cinco casos. Sin embargo, es necesario tomar en cuenta que: “Ainsworth identificó en su investigación dos tipos de niños ambivalentes: los que se enfadan y los que se mostraban pasivos” (Wallin, 2012, p. 47). En el momento del reencuentro, los niños que tienden al enfado (casos 5 y 7) se pueden mostrar abiertos o rechazar a la madre y a sus intentos de calmar las rabietas. Por otro lado, los niños que tienden a la pasividad (1, 3 y 6) solo aceptaban en parte el acercamiento de la madre tras la separación y aun así tienden a no desprenderse de la madre.

La comunicación en los niños con apego ambivalente se evidenció débil ya que, al estar tan pendientes del contacto con la madre y su presencia, se sumergían en la expresión de sus necesidades hacia ella de modo tal que las respuestas de éstas ya no eran percibidas.

Al comparar el análisis de la información encontrada en el presente estudio con investigaciones con temas similares, se puede encontrar ciertos puntos de encuentro. Por ejemplo, en el estudio de Paimann y Morillo (1993) titulado *Las madres de los niños asmáticos*, se indagó sobre la influencia del comportamiento de las madres en el desarrollo de asma en sus hijos, lo cual arrojó como principal conclusión que la relación que se establezca entre la madre y su hijo puede determinar que en éste devenga un desarrollo psíquico con o sin perturbaciones, lo cual puede favorecer a la aparición de enfermedades como el asma en el caso de que la relación temprana hay sido negativa (Paimann & Morillo, 1993).

Por otro lado, Rodríguez (2009) en su estudio *El trastorno somático y su relación con la historia del paciente*, explica la convergencia entre mente y cuerpo desde el campo psicoanalítico, de lo que se desprende la conclusión de que aquello que no ha podido ser puesto en palabras por el sujeto, es expresado en lo corporal, lo que lleva a la aparición de trastornos psicósomáticos los cuales tienen su lógica con respecto a sucesos específicos de la historia del sujeto que hayan desencadenado la eclosión somática (Rodríguez, 2009).

Dichas premisas, plasmadas en las mencionadas investigaciones, fueron encontradas en el análisis de casos del presente estudio, por lo que se entiende que es necesario un estudio a profundidad sobre el tema al ser de suma relevancia para el campo de la psicósomática y para las disciplinas que se centran en el campo relacional y vincular infantil.

CONCLUSIONES

Tras el trabajo teórico sobre los trastornos psicossomáticos, el asma y los vínculos afectivos, así como del trabajo práctico, el análisis y discusión de resultados de esta investigación, se concluye que:

El asma como trastorno psicossomático tiene una relación muy estrecha con la consolidación del vínculo afectivo entre madre e hijo en los primeros años de vida, en cuanto a su apareamiento y desarrollo de crisis posteriores.

El trastorno psicossomático es un camino alternativo de simbolización en el sujeto pues a través de éste el conflicto psíquico que no pudo ser puesto en palabras, se expresa en el soma de forma directa, pues no existe metáfora simbolizante como en la histeria.

El asma infantil es una afección multicausal por lo que es explicada desde la medicina como desde una lectura psicoanalítica, desde la cual se puede decir que dicho padecimiento, en cuanto es un trastorno de orden psicossomático, busca otorgar un equilibrio entre un pedido de cuidados y atenciones, y un reproche ante la dependencia.

Las características del vínculo madre-hijo se determinan en los primeros años de vida tras el establecimiento de conductas de apego basadas en las interacciones tempranas de quienes conforman esta relación diádica.

Los vínculos de apego evitativo y ambivalente corresponden a categorizaciones de apego inseguro, lo que implica que la relación entre la madre como cuidadora primaria y su hijo evidencia elementos que no promueven un ambiente de comprensión y satisfacción, con respecto a las necesidades que el niño requiere en los primeros momentos de su vida y en su consecuente desarrollo.

La situación conflictiva desencadenante del asma como trastorno psicossomático concuerda con la cronología de eventos determinantes para el establecimiento de la relación madre-hijo en cada diada analizada.

A partir del análisis de respuestas de la entrevista en profundidad, en correlación a lo observado en la consulta con el pediatra, se pudo establecer la existencia de un vínculo afectivo inseguro en las diadas de las siete madres con sus hijos diagnosticados con asma. Sin embargo, puesto que este estudio se basa en una población muestra, no

arroja respuestas absolutas, sino únicamente resultados referenciales, lo cual se relaciona a su vez con la relevancia que tiene la aproximación al caso por caso en psicoanálisis.

RECOMENDACIONES

La escucha de lo que las madres describieron en torno al asma de sus hijos, cobró un sentido estructurado en el margen del lugar en el que se dio la observación y la entrevista, es decir, un ambiente médico; es por ello que se les dificultó hablar plenamente desde una perspectiva relacional y vincular. Se ve entonces la necesidad de un interés real en la concepción multidisciplinaria de las afecciones. Y en el caso particular de lesiones de expresión somática, por qué no hablar del desarrollo de la Clínica Psicosomática como parte fundamental e integral de políticas de salud pública a nivel nacional, lo cual podría ser motivado, en parte, por el impulso de entidades académicas.

Se recomienda ampliar la presente investigación con indicadores sociodemográficos más específicos para tener un acercamiento mucho más cercano a las distintas realidades sobre las que se establecen los vínculos afectivos en la niñez. Así mismo, la posibilidad de un estudio longitudinal proporcionaría información sumamente relevante al corroborar si el vínculo afectivo, establecido en la infancia, permanece en la adultez de los sujetos de investigación y cómo la incidencia de éste podría o no afectar la presencia de un trastorno psicosomático en ellos desde su apareamiento a una edad temprana.

Si bien la presente investigación se centró en el rol de la madre como cuidadora primaria y promotora del establecimiento de los primeros vínculos afectivos, se vio que tanto el rol del padre como la función paterna son temas que ameritan un estudio profundo en cuanto al argumento planteado en la presente disertación, especialmente al considerar la implicancia que éstos puedan tener en la distinción que lo psicosomático tiene frente a las estructuras psicóticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackerknecht, E. (1993). *Breve historia de la psiquiatría*. Valencia: Universitat de Valencia.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New York: Psychology Press.
- Alexander, F., & Selesnick, S. (1970). *Historia de la Psiquiatría. Una Evaluación del Pensamiento Psiquiátrico desde los Tiempos Prehistóricos hasta Nuestros Días*. Barcelona: Editoria ESPAXS.
- Baeza-Bacab, M., & Chan-Noh, R. (2015). Nacimiento por cesárea y desarrollo de asma en escolares. *Revista Mexicana de Pediatría*, 82(4), 124-128.
- Barés, C. (2006). *Sigmund Freud y la psiquiatría moderna*. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v66n6/v66n6a20.pdf>
- Békei, M. (1992). *Trastornos psicósomáticos en la niñez y la adolescencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Békei, M. (1996). *Lecturas de lo psicósomática*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bowlby, J. (1976). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (2006). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Cantón Duarte, J., & Cortés Arboleda, M. R. (2000). *El apego del niño a sus cuidadores: Evaluación, antecedentes y consecuencias para el desarrollo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Caparrós, A. (1980). *Historia de la Psicología*. Barcelona: CEAC.
- Capdevielle, J. P. (2016). El Fenómeno Psicósomático. Abordaje clínico psicoanalítico. *Seminario Clínico de la Institución Fernando Ulloa*. Buenos Aires.

- Chamorro, L. (2012). *El apego. Su importancia para el pediatra*. *Pediatría*, 39(3), 199-206.
- Cheja, R., & Toronchik, H. (2016). *Trastornos psicósomáticos en la infancia: clínica y teoría en psicoanálisis contemporáneo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Chemama, R., & Vandermersch, B. (2010). *Diccionario del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Chiozza, L. (1970/2008). *Psicoanálisis de los trastornos hepáticos: acerca del psiquismo fetal y la relación entre idea y materia*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Chiozza, L. (2007 [1986-1997-2007]). *¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Chiozza, L. (2008). En busca del cuerpo perdido. En L. Chiozza, *Metapsicología y metahistoria 4: escritos de teoría psicoanalítica* (pp. 11-82). Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Chiozza, L., Baldino, O., Funosas, M., & Obstfeld, E. (2008). Los significados de la respiración. En L. Chiozza, *Afectos y afecciones 1: los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo* (Vol. X). Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Contreras, R., & Hernández, E. (2014). Apuntes sobre Psicósomática e Histeria del Dr. Jorge Ulnik. *Daena: International Journal of Good Conscience*, (9), 32-41.
- Courel, R. (1996). *La cuestión psicósomática. Estudio psicoanalítico sobre un tipo de perturbaciones orgánicas con etiologías insuficientemente precisadas*. Buenos Aires: Manantial.
- Di Bártolo, I. (2016). *El apego: cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Freud, S. (1888-1893/2006). Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. En S. Freud, *Obras Completas. Volumen I* (pp. 191-210). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Freud, S. (1893/2012). II. Historiales Clínicos (Breuer y Freud). En S. Freud, *Obras Completas. Vol. II* (pp. 45-194). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1901-1905/1992). Tres ensayos de teoría sexual. En S. Freud, *Obras Completas. Volumen VII* (pp. 109-224). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1916-1917/2009). 17° conferencia. El sentido de los síntomas. En S. Freud, *Obras Completas. Volumen XVI* (pp. 223-234). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1916-1917/2009). 23° conferencia. Los caminos de la formación de síntoma. En S. Freud, *Obras Completas. Volumen XVI* (pp. 223-234). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Gallo, H. (2000). Fenómeno psicossomático: Entre el cuerpo y el dolor. *Revista Colombiana de Psicología*. (9), 56-60.
- García, E., & Caraballo, L. (2014). *Asma. Enfoque integral y nuevas tendencias*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Garciandía, J., & Ibarra, A. (2012). Enfermedad psicossomática y patrones familiares en niños con asma. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(1), 111-138.
- Gómez Restrepo, C., Hernández Bayona, Rojas Urrego, Santacruz Oleas, & Uribe Restrepo. (2008). *Psiquiatría Clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Bogotá: Editorial Médica Internacional.
- Grimalt, L., & Heresi, E. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista Chilena de Pediatría*, 239-246.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista, L. (2016). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill Education.
- Hoekelman, R. A. (2003). *Atención primaria en pediatría. Volumen III*. Barcelona: Océano/Mosby.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2013). *Anuario de Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos*. Obtenido de Ecuador en cifras: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web->

inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Publicaciones-
Cam_Egre_Host/Anuario_Camas_Egresos_Hospitalarios_2013.pdf

- Juri, L. (2000). Un sueño y dos paradigmas: de Freud a Bowlby. *Aperturas Psicoanalíticas*, 4.
- Kreisler, L. (1985). *La desorganización psicosomática en el niño: nuevas aportaciones clínicas*. Barcelona: Herder.
- Kreisler, L., Fain, M., & Soulé, M. (1990). *El niño y su cuerpo. Estudios sobre la clínica psicosomática de la infancia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lebovici, S., & Weil-Halpern, F. (2006). *La psicopatología del bebé*. México: Siglo XXI.
- Marcelli, D., & De Ajuriaguerra, J. (1996). *Psicopatología del niño*. Barcelona: Masson.
- Martín Zurro, A., & Cano Pérez, J. F. (2008). *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. (Vol. II). Barcelona: Elsevier.
- Marty, P. (1992). *La psicosomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- McDougall, J. (1991). *Teatros del Cuerpo*. Madrid: Julián Yébenes.
- McDougall, J. (1994). *Teatros de la mente. Ilusión y verdad en el escenario psicoanalítico*. Madrid: Julián Yébenes.
- Nasio, J. (2006). *Los gritos del cuerpo: psicosomática*. Buenos Aires: Paidós.
- Paimann, E., & Morillo, P. (1993). *Las madres de los niños asmáticos. Estudio de diez casos*. Quito: PUCE.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia*. México: McGraw-Hill.
- Rodríguez, R. (2009). El trastorno somático y su relación con la historia del paciente. Quito: PUCE.

- Sandoval, I. (2015). *El Síntoma Conversivo y el Fenómeno Psicossomático*. Recuperado el 19 de Junio de 2017, de Association lacanienne internationale: <http://www.freud-lacan.com/getpagedocument/10328>
- Schapachnik, E. (1998). "Estar de la nuca" o Retorno a Freud. *Tatuajes. Revista de Psicossomática* (1), 6-10.
- Spitz, R. (1991). *El primer año de vida del niño*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Tizón, J. (1978). *Introducción a la Epistemología de la Psicopatología y la Psiquiatría*. Barcelona: Ariel.
- Ulnik, J. (2008). El médico, el psicoanalista y lo psicossomático. *Subjetividad y Procesos Cognitivos* (11), 194-211.
- Vallejo, J. (2015). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Wallin, D. (2012). *El apego en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Waters, E. (1995). Appendix A: the attachment Q-set (version 3.0). *Monographs of the society for research in child development*, 60(2-3), 234-246.
- Winnicott, D. (1999). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado

Documento de Consentimiento Informado para el trabajo final de disertación “Relación entre el asma como trastorno psicosomático con el vínculo madre-hijo”

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a niños de 2 a 8 años de edad con asma y sus madres en la ciudad de Quito, a quienes se les invita a participar del mencionado estudio.

Nombre de la Investigadora Principal: Katherine Estefanía Poveda Infante.

Estudiante de la carrera de Psicología Clínica en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Directora de la Disertación: Mtr. Paulina Barahona.

El presente documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- **Información (proporciona información relevante sobre el estudio)**
- **Formulario de Consentimiento (para firmar si está de acuerdo en participar)**

Se le dará una copia del Documento completo de Consentimiento Informado.

PARTE I: Información

Introducción

Mi nombre es Katherine Estefanía Poveda Infante, estudiante egresada de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Mediante este documento, me permito informarle sobre el estudio “Relación entre el asma como trastorno psicosomático con el vínculo madre-hijo”, el cual busca indagar el nexo entre el asma, que es una enfermedad de alta prevalencia en la población infantil, y el vínculo de quien tenga esta afección, en este caso los niños, con sus madres.

Le voy a proporcionar la información necesaria sobre este trabajo investigativo. Sin embargo, puede hablar con alguien más antes de tomar una decisión sobre participar o no en este estudio.

En el caso de que existan términos que no comprenda o preguntas con respecto a la investigación, siéntase en la libertad de mencionar sus inquietudes para ampliar la explicación al respecto.

Propósito

El presente estudio buscará determinar la relación que puede existir entre el asma y el vínculo madre-hijo y de cómo se de esta relación, se analizará el nivel de influencia que tiene uno de estos aspectos en el otro.

Selección de Participantes

La población escogida para esta investigación son madres con hijos de 2 a 8 años con diagnóstico médico de asma, debido a que la observación del vínculo relacional y afectivo que mantienen es mucho más evidente y proporciona información temprana sobre el establecimiento de éste, además de que la frecuencia de esta enfermedad en este rango de edad es alta.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. De igual manera, es importante dejar en claro que puede cambiar de idea en un futuro y dejar de participar a pesar de haber aceptado antes.

Procedimientos

- Se realizará una entrevista en profundidad con la madre del niño con asma para determinar el apareamiento y el desarrollo de la enfermedad, así como ciertos factores del vínculo madre-hijo.
- Se usará el método de observación participativa, cuya información se recolectará en una ficha diseñada para el efecto a fin de documentar las características de la madre con su hijo.
- Al final, se estudiarán todos estos datos en función de llegar a conclusiones sobre el vínculo afectivo en torno al asma y la historia del niño con esta enfermedad.

Duración

La investigación durará dos días en total, con un tiempo estimado de máximo 1 hora por cada día.

Confidencialidad

La información que usted nos proporcione en relación con su identidad no será divulgada como parte de esta investigación, por lo que se mantendrá de forma confidencial. Cualquier información acerca de usted tendrá un número y/o letra en lugar de su nombre propio.

Derecho a negarse o retirarse

Se le recuerda que no tiene obligación alguna en participar de este estudio en el caso de que no desee hacerlo. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

A quién contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a cualquiera de las siguientes personas:

- Katherine Poveda
0987188716
kpoveda961@puce.edu.ec
- Mtr. Paulina Barahona
0998955427
pbarahona@puce.edu.ec

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitada con mi hijo/a a participar en el trabajo final de disertación “Relación entre el asma como trastorno psicosomático y el vínculo madre-hijo”, el cual es un estudio realizado desde la teoría psicoanalítica en niños de 2 a 8 años con asma y sus madres. Entiendo que la investigación se dará en dos días que contemplan la realización de una entrevista a profundidad, la observación participativa de la investigadora y la devolución de los resultados del estudio. Se me ha proporcionado el nombre de la investigadora que puede ser fácilmente contactada usando la información de contacto que se me ha dado sobre ella.

He leído la información proporcionada o se me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar con mi hijo/a en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme con mi hijo/a del estudio en cualquier momento sin que nos afecte en ninguna manera.

Nombre de la Participante _____

Firma de la Participante _____

Fecha _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para la potencial participante quien ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la participante ha dado consentimiento libremente.

Nombre de la Investigadora _____

Firma de la Investigadora _____

Fecha _____

Ha sido proporcionada a la participante una copia de este documento de Consentimiento Informado.

Anexo 2: Guía de Observación

Caso Número:

	OBSERVACIÓN INVESTIGADORA				OBSERVACIÓN MÉDICO			
	SIEMPRE (2)	ALGUNAS VECES (1)	NUNCA (0)	PUNTUACIÓN	SIEMPRE (2)	ALGUNAS VECES (1)	NUNCA (0)	PUNTUACIÓN
APEGO SEGURO								
Busca la interacción con la madre de forma activa				Apego Seguro: /10				Apego Seguro: /10
Comparte objetos con su madre								
Puede alejarse de la madre con facilidad								
Invita a interactuar con él/ella en lo que esté realizando								
Da respuestas adecuadas a reglas y límites								
APEGO AMBIVALENTE								
Alterna entre expresiones intensas de ira y necesidad				Apego Ambivalente: /10				Apego Ambivalente: /10
No busca explorar el medio, manteniendo una actitud pasiva								
Dependencia y falta de autonomía con respecto a la madre								
Persistencia en expresar sus demandas								
Tiende a irritarse con facilidad								
APEGO EVITATIVO								
Respuestas de indiferencia hacia la madre				Apego Evitativo: /10				Apego Evitativo: /10
Brecha comunicativa con la madre								
No busca interactuar con personas extrañas								
Ajeno/a a insinuaciones afectivas								
No muestra angustia por las separaciones con su madre								
APEGO SEGURO (MADRE)								
Responde de forma accesible ante las señales de incomodidad de su hijo/a				Apego Seguro: /10				Apego Seguro: /10
Permite que su hijo/a explore el medio en el que se encuentra								
Presta atención a su hijo/a y a lo que hace mientras interactúa con el médico u otras personas								
A través de comunicación verbal y no verbal, es empática con las acciones de su hijo/a								
Cómoda ante aproximaciones físicas de su hijo/a								
APEGO AMBIVALENTE (MADRE)								
Recibe las señales de su hijo/a con poca sensibilidad								

Suele ejercer un rol sobreprotector con su hijo/a				Apego Ambivalente: /10				Apego Ambivalente: /10
Es poco accesible a las demandas de su hijo/a								
Muestra preocupación excesiva								
Obstaculiza la autonomía de su hijo/a								
APEGO EVITATIVO (MADRE)								
Indiferencia hacia su hijo/a				Apego Evitativo: /10				Apego Evitativo: /10
Contacto físico escaso								
Busca ejercer control en las conductas de su hijo/a								
Muestra conductas coléricas y de rechazo con frecuencia								
Poca expresividad emocional								

Anexo 3: Entrevista en Profundidad

Entrevista en Profundidad

Datos Preliminares

(sobre el niño/a)

Sexo:

Edad del niño/a:

(sobre la madre)

Edad de la madre:

Profesión u ocupación:

Edad de la madre al embarazarse:

Dificultades durante el embarazo:

Tipo de parto:

(sobre el niño/a)

Edad en que empezó a caminar:

Edad a la que hablo por primera vez:

Período de lactancia:

Edad en que aprendió a controlar esfínteres:

Enfermedades desde su nacimiento hasta la actualidad:

Edad de diagnóstico de asma:

Diagnóstico médico:

Contexto Familiar

- 1. Comente acerca de su situación familiar. ¿Con quién vive su hijo/a y cómo se relaciona con estas personas?**
- 2. ¿Cómo describiría el vínculo afectivo que mantiene con su hijo/a y su forma de relacionarse?**

3. **¿Se han dado situaciones que hayan modificado el ambiente familiar? (Por ejemplo: cambios de vivienda, la muerte de algún familiar, la salida de un miembro de la familia). ¿Cuál fue el impacto de estas situaciones?**
4. **Hable sobre la relación que se estableció con su hijo/a desde su nacimiento y durante los primeros meses de vida.**

Asma como trastorno psicossomático

1. **¿Cómo era su relación con su hijo/a antes del diagnóstico de asma y cómo cambió tras la presentación de la enfermedad? ¿Cuál fue su respuesta ante el diagnóstico?**
2. **¿Cuál fue el impacto del diagnóstico de asma de su hijo/a en la familia?**
3. **¿Cómo reacciona cuando su hijo/a tiene una crisis asmática?**
4. **¿Ha notado cuáles son las situaciones que preceden a las crisis asmáticas que ha tenido su hijo/a?**
5. **¿En qué momentos y/o lugares se dan con mayor frecuencia las crisis asmáticas?**

Vínculo Afectivo

1. **¿Cómo se sentiría ante una separación de uno o más días con su hijo/a?**
2. **¿Cuál es la reacción de su hijo/a en el caso de estar en un lugar y/o situación desconocida?**
3. **¿Qué hace cuando su hijo/a se encuentra emocionalmente alterado?**
4. **¿Cómo demuestra su hijo/a que quiere ayuda para realizar una tarea que le es cotidiana o que ya puede hacer por su propia cuenta?**
5. **¿Cómo describiría la actitud que su hijo/a tiene con personas desconocidas y conocidas?**