

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



RELACIÓN ENTRE LOS INDICADORES EMOCIONALES DE LA
PERSONALIDAD CON EL CONTROL DEL ASMA EN UN GRUPO DE NIÑOS EN
EL CENTRO REGIONAL DE ALERGIA E INMUNOLOGÍA DE LA CIUDAD DE
MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO

Por

DRA. BÁRBARA ELIZONDO VILLARREAL

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ALERGIA E INMUNOLOGIA CLINICA

FEBRERO, 2016

RELACIÓN ENTRE LOS INDICADORES EMOCIONALES DE LA
PERSONALIDAD CON EL CONTROL DEL ASMA EN UN GRUPO DE

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



**RELACIÓN ENTRE LOS INDICADORES EMOCIONALES DE LA
PERSONALIDAD CON EL CONTROL DEL ASMA EN UN GRUPO DE
NIÑOS EN EL CENTRO REGIONAL DE ALERGIA E INMUNOLOGÍA DE
LA CIUDAD DE MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO**

Por

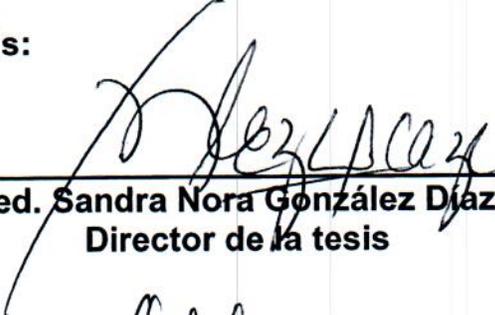
DRA. BÁRBARA ELIZONDO VILLARREAL

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ALERGIA E INMUNOLOGIA CLINICA**

FEBRERO, 2016

**RELACIÓN ENTRE LOS INDICADORES EMOCIONALES DE LA
PERSONALIDAD CON EL CONTROL DEL ASMA EN UN GRUPO DE
NIÑOS EN EL CENTRO REGIONAL DE ALERGIA E INMUNOLOGÍA
DE LA CIUDAD DE MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO**

Aprobación de la tesis:



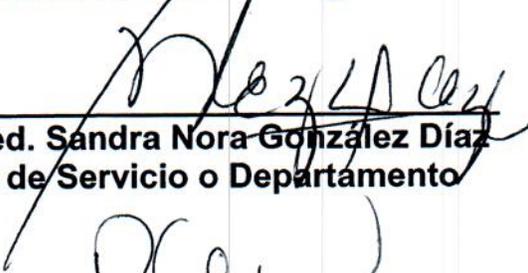
Dr. med. Sandra Nora González Díaz
Director de la tesis



Dr. med. Gabriela Galindo Rodríguez
Coordinador de Enseñanza



Dr. Alfredo Arias Cruz
Coordinador de Investigación



Dr. med. Sandra Nora González Díaz
Jefe de Servicio o Departamento



Dr. med. Raquel Garza Guajardo
Subdirector de Estudios de Posgrado

NIÑOS EN EL CENTRO REGIONAL DE ALERGIA E INMUNOLOGÍA DE
LA CIUDAD DE MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO

Aprobación de la tesis:

Dr. med. Sandra Nora González Díaz
Director de la tesis

Dra. med. Gabriela Galindo Rodriguez
Coordinador de Enseñanza

Dr. Alfredo Arias Cruz
Coordinador de Investigación

Dr. med. Sandra Nora González Díaz
Jefe de Servicio o Departamento

Dr. med. Raquel Garza Guajardo
Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS

Al que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo a Dios.

De igual forma, dedico esta tesis a mis padres, Héctor y Alma, que han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles. Pero más que nada por su amor verdadero.

A mis hermanos, Alma, Camilo, Alba y Ramón, que siempre han estado junto a mí y brindado su apoyo.

A mi familia en general, porque me han brindado su apoyo incondicional y por compartir conmigo buenos y malos momentos.

A mis maestros, Dra. Sandra, Dra. Ale, Dr. Arias y Dr. Canseco y Dr. Dumariar, +que gracias a su apoyo, y conocimiento hicieron de esta experiencia una de las mas especiales.

Eternamente agradecida....

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	Página
1. RESÚMEN.	1
Capítulo II	
2. INTRODUCCIÓN.	4
Capítulo III	
3. HIPÓTESIS.	24
Capítulo IV	
4. OBJETIVOS.	25
Capítulo V	
5. MATERIAL Y MÉTODOS.	26
Capítulo VI	
6. RESULTADOS.	30
Capítulo VII	
7. DISCUSIÓN.	33
Capítulo VIII	
8. CONCLUSIÓN	35
Capítulo IX	

9. ANEXOS	36
9.1 Hoja de recolección de datos.	36
9.2 ACT	37
Capítulo X	
10. BIBLIOGRAFÍA.....	38
Capítulo XI	
11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO.....	42

CAPITULO I

RESUMEN

Desde el comienzo del tiempo, la capacidad de responder a las amenazas ambientales, factores de estrés o respuestas fisiopatológicas del cuerpo han sido objeto de presión evolutiva. Las respuestas inmunes a estas situaciones pueden ser parte de estas respuestas de adaptación.¹ Como ya es bien conocido las enfermedades alérgicas, continúan comportándose como una carga inaceptable para los sistemas de asistencia sanitaria y para la sociedad a través de la pérdida de productividad en el trabajo y, sobre todo en el caso del asma pediátrica, la alteración de la armonía en la vida familiar. El asma afecta a todas las edad y se estima que afecta a 300 millones de personas en todo el mundo. Es un problema de salud grave a nivel mundial, que afecta a todos los grupos de edad, con prevalencia creciente en muchos países en desarrollo .²

El asma es un enfermedad crónica frecuente y potencialmente grave que comporta una carga sustancial para los pacientes y sus familiares. Este síndrome causa síntomas respiratorios, limitación de la actividad y exacerbaciones, crisis asmáticas, que a veces requiere una asistencia urgente y pueden resultar mortales.² Con el entendimiento fisiopatológico de este trastorno, y el efecto psicopatológico que con lleva, ha hecho que

el plan de tratamiento se centre el manejo en una vista bimodal hacia el paciente; tratando el aspecto psicológico y en la base orgánica del asma.

Estudios han demostrado que existe una relación entre el nivel de IgE y los trastornos psicológicos.³ Las enfermedades alérgicas difieren en sus síntomas, por lo tanto son diferentes los rasgos psicológicos presentados en diferentes tipos de alergia. Bell y colaboradores demostraron que hay una relación entre ser tímido y tener rinitis alérgica, pero no se encontró esta misma relación en pacientes con asma.³

La estructura psicológica asociada a cambios o respuestas en la sociedad indica que las características psicológicas proyectivas de los sujetos reflejan el estado de su aparato psíquico; en este sentido, los métodos proyectivos a partir de respuestas verbales, escritas o gráficas permiten al evaluador comprender la estructura interna de estas respuestas, la cual es en gran medida análoga al estado y funcionamiento de la psique "llegando a constituirse en la representación gráfica de un objeto, persona o situación real, como también de una idea, deseo o la representación de contenidos abstractos."⁴

En los niños el dibujo constituye una vía alternativa de expresión y desde el siglo 19 el dibujo en los niños ha captado el interés de los científicos. Al realizar un seguimiento de la progresión en el desarrollo de dibujos en los niños, los primeros investigadores encontraron que los dibujos de los niños se vuelven cada vez más detallados y realistas conforme la edad. Aunque estos dibujos se vuelven cada más realistas a medida que envejecen y a la velocidad a la que se desarrollan, la capacidad

de producir dibujos realistas varía de un niño a otro. Algunos investigadores han argumentado que la cantidad de detalles realistas incluido en el dibujo de un niño refleja el desarrollo conceptual del niño, y por lo tanto, los dibujos infantiles podrían proporcionar una medida sustituta de su capacidad cognitiva.⁵

Varios sistemas de puntuación se han desarrollado para evaluar a niños a través del dibujo. El método de Koppitz de dibujar la figura humana, que es el fondo de este estudio, se compone de 30 elementos o “items” (por ejemplo: el número correcto de partes de cuerpo o la presencia de estos) que el autor lo derivó del sistema de puntuación de Goodenough-Harris y su propia experiencia.⁶

CAPITULO II

INTRODUCCIÓN

Desde hace más de 30 años con los primeros trabajos de Aber y Cohen se conocen los efectos negativos del estrés sobre la función del sistema inmunológico en el marco del concepto estrés-inmunodeficiencia, pero no es hasta la década de los noventa que se postula un segundo enfoque de la influencia del estrés sobre la función inmunorreguladora del sistema inmune.⁷ Actualmente se acepta que el estrés generado por trastornos de ansiedad y depresión, los apuros cotidianos, los agentes ambientales como la humedad, la temperatura y los contaminantes ambientales perjudican la regulación del sistema inmune y favorecen el desarrollo de las enfermedades autoinmunes e hipersensibilidad por una desregulación entre citocinas y células efectoras pro inflamatorias y reguladoras⁸.

Existen tres vías por las cuales el estrés modula la respuesta inmune. La vía clásica por medio del eje hipotálamo-hipófisis-glándula suprarrenal, por el cual la liberación de catecolaminas y cortisol disminuye la síntesis de interferón gamma y un aumento en citocinas: IL4, IL5, IL10 e IL13, que favorece una respuesta TH2.⁹ Una segunda vía descrita por el Dr. Beinstock en 1990 describe como neuropéptidos como la sustancia P y la neurotrofina liberados por el hipotálamo favorecen la liberación de noradrenalina por terminaciones nerviosas periféricas y favorecen la degranulación de los mastocitos. Una tercera vía por medio de las terminaciones postsinápticas del sistema nervioso simpático en los ganglios y el bazo, favorece la liberación de noradrenalina, que a su vez favorece la unión de los mastocitos a la IgE y la liberación de interleucinas del tipo IL4, IL10 e IL13 para favorecer la respuesta TH2.⁹

Autores como Wainwright y colegas documentaron una mayor incidencia de hospitalizaciones por asma en los pacientes con estrés,¹⁰ así como Lee y colaboradores observaron la influencia del estrés sobre la inflamación de la vía aérea en un grupo de estudiantes universitarios chinos con asma por medio de la comparación del número de eosinófilos de lavados broncoalveolares durante la época de exámenes finales a fin de semestre y al inicio del semestre académico. En un grupo de 698 niños en la península de Gwangyang en Corea observaron una mayor incidencia entre la presencia de enfermedades alérgicas y el estrés,¹¹ resultados similares obtuvieron Slattery y colegas cuando observaron 1.7 veces mayor riesgo de trastornos psiquiátricos en un grupo de 367 adolescentes en los Estados

Unidos con asma y rinitis, y estos dos padecimientos representan un doble riesgo para padecer un trastorno depresivo.¹² Pooman y colegas en un grupo de 100 personas con asma observaron 35% de casos de depresión en la muestra estudiada,¹³ así como una mayor incidencia de depresión entre los niños y sus encargados que tienen problema económicos y malos seguros de gastos médicos.¹⁴

Los dibujos tienen un valor diagnóstico importante, como consecuencia de su riqueza clínica, variedad de sistemas de puntuación y análisis existentes para su interpretación.¹⁵ Furth en 1992 afirmó que hay un vínculo entre el soma y la psique, los dibujos provienen del inconsciente del mismo nivel de los sueños por lo que es un método válido de comunicación con el inconsciente del individuo. El dibujo tiene la ventaja de que puede realizarse por cualquier tipo de población, sin importar su nivel socioeconómico o de instrucción, y se puede aplicar a niños con o sin discapacidad física y mental,¹⁶ además, pueden utilizarse como pruebas de inteligencia de acuerdo al número de detalles de los mismos. Se observó que cuando se le pide a una persona que realice un dibujo, sin darse cuenta los sujetos hacen un dibujo sobre sí mismos, lo que refleja características de sí mismos en la persona dibujada.¹⁷

De las pruebas donde se le pide al sujeto realizar un dibujo, la más utilizada es la prueba del dibujo de la figura humana (DFH). Dicha prueba consiste en pedir al sujeto que dibuje una figura humana, el ambiente donde se desenvuelve el dibujo permite la expresión de ansiedades, conflictos y

características de compensación por medio del dibujo.¹⁸ El dibujo de la figura humana se conceptualizó por primer vez por Goodenough como una prueba de inteligencia y luego por Koppitz como una técnica de diagnóstico del nivel de maduración de un niño, posteriormente Lowenfeld et al observaron que las reproducciones artísticas de los niños van de la mano con el desarrollo de las habilidades cognitivas; la adolescencia marca el fin del arte como una actividad espontánea y marca el inicio del razonamiento y la crítica, por lo que los dibujos pasan a ser más complejos debido a que la persona trata de retratar de manera fiel su realidad.

La interpretación del contenido del dibujo de la figura humana puede hacerse mediante diferentes métodos, uno de los más utilizados es el de Machover que evalúa niños y adultos por medio de dos dibujos, uno del sexo opuesto y otro sobre sí mismo.¹⁹ El método de Goodenough es la prueba más dirigida a valorar la inteligencia, la madurez intelectual y la habilidad para formar conceptos abstractos, en la que se le asignan puntos por las partes de la figura humana dibujada, es útil en niños mayores de 11 años.

El método creado por Koppitz en 1976 está dirigido a valorar niños y adolescentes al tomar en cuenta los indicadores evolutivos (edad y nivel de maduración) y las emociones relacionadas con las actitudes e inquietudes que experimenta el sujeto. En este método se le pide al niño o al adolescente dibujar una figura humana completa, puede ser cualquier tipo de figura humana siempre y cuando sea una figura humana completa y no una

caricatura o figura hecha con palitos, no tiene límite de tiempo y puede borrar y corregir cuantas veces lo desee. Para poder asumir una puntuación objetiva, la autora del test efectuó un análisis pormenorizado de las características de los dibujos de la figura humana al estudiar la presencia de diferentes elementos según la edad y sexo del niño en una muestra de 1.856 sujetos. Para ello, disecciono la figura humana en sus diferentes elementos, para un total de 30 (cabeza, ojos, nariz, piernas, brazos, etc.). A estos elementos los denominé ítems evolutivos. Se trata de ítems que se dan sólo en relativamente pocos DFH de niños ubicados en un nivel de edad menor, y que luego aumentan en frecuencia de ocurrencia a medida que aumenta la edad de los niños hasta convertirse en una característica regular de muchos o de la mayoría de los DFH de un nivel de edad dado. Estos ítems evolutivos se pueden clasificar, dentro de cada grupo de edad, en ítems esperados, comunes, bastante comunes y excepcionales. Los ítems esperados son aquellos elementos que aparecen en un porcentaje entre 80 y 90% aproximadamente de la muestra y, por tanto, son ítems que están consolidados a cierta edad. Su ausencia puede indicar retraso madurativo. Los ítems comunes y bastante comunes tienen una probabilidad de aparición media (entre 20 y 80% aproximadamente) y, finalmente, los ítems excepcionales comprenden a aquellos de muy baja presencia a una determinada edad (normalmente inferior a 15% de la muestra). Por ejemplo, en el grupo de niños de 5 años los ojos aparecen en 98% de la muestra (ítem esperado), mientras que las pupilas de los ojos sólo hacen en 11% de la misma (ítem excepcional). Con la descripción de los distintos ítems esperados y excepcionales en cada edad ya se considerará

el género, se creó una tabla de puntuación objetiva que puede aportar datos bastante fiables acerca de la maduración cognitiva del niño (C.I.) e incluso detectar posibles problemas emocionales.

El sistema de puntuación consiste en llenar una tabla, en la que se detallan los ítems esperados (casillas en blanco) y excepcionales (casillas en verde) para cada edad y sexo. Hay que seguir las instrucciones que se acompañan en el lateral de la tabla. La hoja ofrece el resultado final de la puntuación. Solo hay que introducir la puntuación correspondiente en cada ítem (-1, 0, o +1), ver el total y confrontar con la tabla de resultados. Instrucciones generales de puntuación: Los ítems esperados si están presentes no puntúan (puntuación = 0), en caso de no presentarse se puntúa con -1 punto. Por su parte los ítems excepcionales sólo se puntúan si están presentes con + 1. Si están ausentes no reciben puntuación ni positiva ni negativa. Hay que sumar a las dos puntuaciones (esperados + excepcionales) la cantidad de 5. Esto se lleva a cabo para evitar puntuaciones negativas. Finalmente se contrasta la puntuación total obtenida con la tabla siguiente para determinar el nivel de maduración mental y obtener el coeficiente intelectual:

Tabla de puntuación coeficiente intelectual según test de Koppitz.

0 a 1 Mentalmente retardado (o graves problemas emocionales)

2 Limite- Borderline (60-80)

3 Normal bajo (70-90)

4 Normal bajo a Normal (80-110)

5	Normal a normal-alto (85-120)
6	Normal a superior (90-130)
7 u 8	Normal alto a superior (>110)

Los indicadores emocionales en esta prueba consisten en dos grupos indicadores: Indicadores Generales, Indicadores específicos, Indicadores por Omisión de Partes Corporales y Otros Indicadores Emocionales no validados.

Los indicadores generales consisten en 7 características distintas:

Integración pobre: Hace referencia a una dificultad manifiesta en agrupar debidamente las diferentes partes del dibujo. El dibujo tiene uno o más elementos separados (no se unen al resto del dibujo). Es un factor muy presente en los niños más pequeños o inmaduros. No tiene validez antes de los 7 años en niños y de los 6 años en niñas. A partir de esta edad el indicador se da en pacientes clínicos, agresivos y, en general alumnos con problemas. No aparece en alumnos bien adaptados o con buen rendimiento académicos. Es, por tanto, un indicador de inmadurez (en especial en niños mayores), pobre coordinación e impulsividad.

El sombreado: Según diferentes expertos se trata de un indicador de ansiedad y angustia. El grado de sombreado correlaciona con la intensidad de la angustia del niño. No obstante, el sombreado es habitual en niños pequeños y en esta población no sería indicador de problema psicopatológico, puede ser de tres tipos: sombreado de la cara: es bastante

inusual en cualquier nivel de edad, por tanto, es un indicador emocional válido para todos los niños entre 5 y 12 años cuando aparece en el dibujo. En el caso de que el sombreado es muy denso hasta el punto de que cubre los rasgos faciales se asocia a niños con problemas de conducta, agresividad o seriamente perturbados. Cuando el sombreado es parcial (afecta sólo a una parte de la cara) parece reflejar ansiedades específicas referidas a los elementos que han sido sombreados o a sus funciones. El sombreado del cuerpo y/o extremidades: es común en las niñas hasta los 7 años y en los varones hasta los 8. No es un indicador válido hasta los 8 o 9 años respectivamente. El sombreado del cuerpo indicaría ansiedad por el mismo. Áreas de preocupación por alguna actividad real o fantaseada, pero no es posible diferenciar la causa (brazos: robar, agresividad, masturbación. Piernas: por el crecimiento físico, la talla, la sexualidad) y el sombreado de las manos y/o el cuello: No es válido antes de los 8 años en varones y de 7 en niñas. Preocupación por alguna actividad real o fantaseada con las manos. Problemas emocionales, timidez o agresividad, robo. Respecto al cuello: esfuerzos por controlar sus impulsos, alternancia de conductas impulsivas y de retraimiento.

Asimetría de las extremidades: Muy presente en niños agresivos, sujetos con lesión cerebral, alumnos de educación especial. No presente en buenos alumnos o en niños tímidos. En algunos casos puede deberse a torpeza motriz, escasa coordinación visual-motora o a una lateralidad contraria o cruzada.

Inclinación de la figura a 15 grados o más: Su presencia es significativamente superior en población clínica, alumnos de educación especial o con problemas de aprendizaje diversos frente a alumnos bien adaptados. Se da tanto en niños tímidos como en aquellos que presentan conductas disruptivas. Por tanto, esta característica no es buen discriminador entre el grupo de tímidos y el de conductuales. Se supone que es más bien un indicador de inestabilidad y falta de equilibrio general. En los dibujos infantiles se asocia a sistema nervioso inestable y personalidad lábil.

Figura pequeña: Se manifiesta con mayor frecuencia en población clínica, niños de educación especial y en los niños tímidos (internalizantes) en población general. Es muy rara esta característica en niños agresivos, violentos, con problemas de conducta (externalizantes). Se trata de un buen indicador emocional que expresa inseguridad, retraimiento, en ocasiones, también depresión. En general, las figuras pequeñas, son muestra de inadecuación, yo inhibido y preocupación por las relaciones con el ambiente exterior (según algunos autores como Machover).

Figura grande: Se considera grande una figura de tamaño superior a 23 cm. Ocurre frecuentemente en niños pequeños. No adquiere significación clínica hasta los 8 años (en ambos sexos). Las figuras grandes, contrariamente a las pequeñas expuestas anteriormente, se asocian con conductas expansivas, de tipo impulsivo, con poco autocontrol, también

inmadurez. En niños mayores e incluso adultos puede ser un rasgo de narcisismo e ideaciones paranoides.

Transparencias: En los estudios de la autora se detectaron dos tipos de transparencias. Un primer tipo lo efectuaban algunos niños al seguir el patrón de dibujar primero un esquema básico de la persona (con forma de esqueleto) para vestirlo después. Un segundo grupo, dibujaba normalmente la figura pero después se concentraban en una parte concreta para efectuar la transparencia (por ejemplo dibujar el estomago, órganos sexuales u otros). Este segundo tipo de transparencia es similar al sombreado. Indica ansiedad y preocupación por la región particular del cuerpo revelada por la transparencia. Por lo general, las transparencias aparecen con mayor frecuencia en población patológica que en población general. Es igualmente más frecuente en niños con inmadurez, impulsividad y conductas disruptivas que en niños tímidos o con dolencias psicosomáticos. De todas formas la autora afirma categóricamente que las transparencias de áreas corporales específicos no son normales en los DFH de los niños en edad escolar. Generalmente indican angustia, conflicto o miedo agudo, por lo común con respecto a lo sexual, el nacimiento o mutilación corporal. Muchos de los niños que pintan estas transparencias están de hecho solicitando información que los tranquilice respecto a sus impulsos o experiencias.

Los indicadores inespecíficos consisten en 12 puntos sobre características de las partes del cuerpo:

Cabeza pequeña: Parece estar más presente en población clínica que en la general. Se relaciona con sentimientos intensos de inadecuación intelectual, no comparte la explicación (al menos en niños) de Machover respecto a ser un indicador de tendencias obsesivo-compulsivas que pretenden ignorar el control de su cerebro.

Ojos bizcos: Se manifestarían con mayor frecuencia en niños con hostilidad hacia los demás y el dibujo se interpretaría como reflejo de ira y rebeldía.

Dientes: Esta característica se encuentra en todos los grupos a excepción del tímido. Pese a que no puede considerarse un signo de psicopatología serio, sí está bien definido que su presencia está mayoritariamente extendida en el grupo de niños manifiestamente agresivos. De todas formas, la presencia de dientes, por sí solo, en el protocolo, no puede considerarse como síntoma inequívoco de perturbación emocional y esta posibilidad deberá valorarse conjuntamente con la presencia de otros indicadores en el dibujo.

Brazos cortos (no llegan a la cintura): Este indicador refleja básicamente una tendencia al retraimiento con dificultades para abrirse al exterior y con las otras personas. Aunque aparecieron con mayor frecuencia en población clínica, está presente también en niños adaptados pero con problemas de retraimiento, encerrarse en sí mismo o inhibición de impulsos.

Brazos largos (llegan hasta rodilla): Se dan con mayor frecuencia en niños manifiestamente agresivos que en niños bien adaptados. No se da en niños tímidos. Por tanto, este indicador se asocia a una relación agresiva con el entorno. Otra conclusión es que los brazos largos en el DFH se asocian con la conexión de los demás en contraste con la tendencia al retraimiento que revelan los brazos cortos.

Brazos pegados en el cuerpo: Parece que los brazos pegados al cuerpo reflejan un control interno bastante rígido y una dificultad de conectarse con los demás. Tendencia a la reserva o la introversión. En pacientes adultos podría estar relacionado con pacientes paranoides o esquizofrénicos y la necesidad de defensa ante los ataques del ambiente externo.

Manos grandes: Las manos grandes se encontraron con mayor frecuencia en niños del ámbito de las necesidades educativas especiales y en aquellos que se mostraban abiertamente agresivos. Ningún niño tímido pinta las manos grandes. Otros estudios revelan conducta compensadora de sentimientos de inadecuación, insuficiencia manipuladora y/o dificultad para establecer contacto con otros.

Manos seccionadas (sin dedos): Más frecuente en población clínica, lesionados cerebrales y alumnos de educación especial. También se da una mayor frecuencia en niños tímidos respecto a los agresivos. En

consecuencia, parece que este signo refleja sentimientos de inadecuación o de culpa por no poder actuar correctamente o incapacidad para hacerlo.

Piernas juntas: Se encontró más frecuentemente en población clínica y en niños con afecciones psicósomáticas. Un estudio de este indicador emocional concluyó que puede interpretarse como un signo de tensión en el niño, y un rígido intento por parte del mismo de controlar sus propios impulsos sexuales o su temor de sufrir un ataque de este tipo. Algunas niñas abusadas presentaban en sus dibujos esta característica. En figuras de adultos, las piernas cerradas, se asocian a rigidez, control frágil y rechazo de la aproximación sexual de otros.

Figuras grotescas: El dibujo de monstruos o figuras grotescas no parece asociarse con ningún tipo de conducta específicas, sino que más bien refleja sentimientos de intensa inadecuación, y un muy pobre concepto de sí mismo. Los niños que dibujan payasos o vagabundos pueden auto considerarse como individuos ridículos de los que los demás se ríen y no son aceptados por los otros. A pesar de que la aparición de estas figuras puede explicarse parcialmente por vivencias recientes del niño (visitar un circo) se cree que el niño decide representar precisamente aquellas relacionadas con temas que le preocupan.

Más de dos figuras representadas: El dibujo espontáneo de tres o más figuras se dio significativamente más a menudo en los dibujos de

estudiantes de bajo rendimiento y en niños con necesidades educativas especiales que en población general.

Nubes, lluvia o nieve: Mayoritariamente aparecieron en dibujos de pacientes clínicos y en alumnos escasamente adaptados. Las nubes se encontraron especialmente en niños muy ansiosos y con dolencias psicosomáticas. En ningún caso se encontró en niños agresivos. Parece ser que las nubes son pintadas por niños que no se atreven a pegar a otros y que en cambio dirigen la agresión en contra de sí mismos.

Los indicadores por omisión de partes corporales son:

Omisión de la nariz: Las conclusiones apuntan a que este indicador se asocia a conducta tímida y retraída con ausencia de agresividad manifiesta. También con escaso interés social.

Omisión de la boca: La omisión de este rasgo es siempre clínicamente significativa. Refleja sentimientos de angustia, inseguridad y retraimiento, inclusive resistencia pasiva. Este indicador emocional revela o la incapacidad del sujeto o su rechazo a comunicarse con los demás. Los historiales de los niños que omitieron la boca mostraron una alta incidencia de miedo, angustia, perfeccionismo y depresión.

Omisión del cuerpo: Se da más frecuentemente en alumnos con necesidades educativas especiales, problemas de aprendizaje o

lesionados cerebrales. La omisión del cuerpo es habitual en los niños más pequeños, no obstante puede ser un signo de la presencia de psicopatología en la etapa escolar. Se cree, en este último caso, que pueden darse factores de inmadurez, retraso o daño neurológico, pero también pueden darse por perturbación emocional.

Omisión de los brazos: La omisión de los brazos refleja ansiedad y culpa por conductas sociales inaceptables que implican los brazos o las manos. Otros estudios (Machover y Levy) lo asocian a depresión y retracción de la gente y del mundo de los objetos. Este último hallazgo no se confirmó por el estudio de Koppitz.

Omisión de las piernas: Su ausencia es extremadamente rara incluso en niños pequeños. Se trata de uno de los primeros elementos que reproduce el niño ya en la etapa preescolar. Tienden a aparecer en la secuencia evolutiva del dibujo después de la cabeza y los ojos, aún antes de que empiece a dibujar el cuerpo y los brazos. Por tanto, su ausencia, no sería nunca accidental sino que podría indicar conflicto en esta área o un trastorno emocional con intensa angustia e inseguridad.

Omisión de los pies: Este indicador no es significativo hasta los 7 años en las niñas y 9 en los varones. Parece que no se asocia con ningún tipo específico de conducta o síntoma. No obstante, sí parece reflejar un sentimiento general de inseguridad y desvalimiento.

Omisión del cuello: No valido hasta los 9 años para niñas y 10 para los varones. A partir de esa edad, se dio significativamente más a menudo en los dibujos de pacientes clínicos, lesionados cerebrales y niños con conductas disruptivas. Ninguno de los niños bien adaptados ni los que tenían enfermedades psicosomáticas omitieron este rasgo en la figura humana.

Los indicadores emocionales no validos consisten en 7 tipos de características en los dibujos:

Cabeza grande: Parece ser que puede tener diferentes interpretaciones. La cabeza grande es común en los dibujos de los más pequeños. A partir de la etapa escolar se asocia con esfuerzo intelectual, inmadurez, agresión, retardo mental, migraña o preocupación por el rendimiento escolar. Parece, pues, que podría reflejar inquietud por algún aspecto acerca de la adecuación y funcionamiento mental pero no es posible en base a esta prueba determinar cuál de ellos esta implicado.

Ojos vacios u ojos que no ven: Por una parte se describen como signo normal en los dibujos infantiles y por otra se asocian con sentimientos de culpa, vaga percepción del mundo, inmadurez emocional, egocentrismo, dependencia, vouyerismo. Es posible que la interpretación de este indicador sólo pueda efectuarse en población adulta, ya que es más controvertida su explicaciónn en niños.

Mirada de reojo: Se sostiene que la mirada de reojo en el dibujo de la figura humana es un indicio de suspicacia y tendencias paranoides. Su frecuencia de aparición aumenta con la edad (10, 11, 12 años) y se da tanto en población clínica como normal. Otras explicaciones apuntan a timidez, temor al mundo exterior, pero también, habilidad para dibujar. Se observó que los niños más inteligentes dibujan más a menudo miradas de soslayo. El análisis de este indicador debe, pues, interpretarse en el contexto del dibujo total más que como rasgo independiente.

Manos ocultas: Se asocian con dificultad en el contacto, evasivos, sentimientos de culpa, necesidad de controlar la agresión y rechazo a afrontar una situación (pasividad). Del estudio se desprende que algunos niños ante la dificultad que supone dibujar una mano preferían eludir la tarea y ocultan las manos detrás de la figura, las cubren con otro objeto o las colocan en los bolsillos. Tal conducta no puede considerarse patológica sino que más bien revela un buen juicio. De todas formas, se aconseja interpretar este indicador emocional en base a la presencia o no de otros indicadores emocionales validados (sombreado, dientes, etc.).

Figura interrumpida en el borde: La conclusión en el estudio de Koppitz de este indicador no aporta ningún denominador común. Los historiales de los niños que lo presentaron mostraban una gran variedad de problemas y síntomas conductuales. También abarcaban niveles de edad, de C.I. y calificaciones de rendimiento escolar muy variado. Parecería que el significado de la figura cortada depende, por lo menos hasta cierto punto,

de cual parte de la figura ha sido seccionada. Así, el corte de las piernas enteras parece reflejar inseguridad, falta de base o de apoyo seguro.

Línea de base o suelo: Por lo general se relaciona con necesidad de apoyo, inseguridad o necesidad de un punto de referencia. Estas hipótesis pueden ser ciertas pero, tal como apunta la autora, los niños pequeños viven en un mundo de "grandes" y dominantes (en función de su edad y tamaño) y es normal que necesiten apoyos. Las líneas de base se encontraron en diferentes edades tanto en niños como en adultos y no pueden considerarse un indicador clínicamente significativo de perturbación emocional.

El sol o la luna: Se asocian con amor y apoyo parental y con la existencia de una autoridad adulta controladora. Estas dos actitudes parentales no son, por supuesto, mutuamente excluyentes. Más niños bien adaptados que pacientes clínicos dibujaron soles en sus dibujos.

Líneas fragmentadas o rotas: Se asocian con temor, inseguridad, sentimientos de inadecuación, ansiedad, terquedad y negativismo. Parece habitual el incremento regular de las líneas fragmentadas con el aumento de la edad. Se podría argumentar que los preadolescentes como grupo tienden a ser inseguros y ansiosos, y que esto se refleja en el empleo de trazos interrumpidos en sus dibujos.²⁰

En un estudio realizado por Aranold et al, en 1949 en 150 adultos con asma donde se valoraron los hallazgos de la prueba del dibujo humano de acuerdo al test de Melchober, se observo que los pacientes con asma representaban en la boca un mayor sentimiento de mayor dependencia al ambiente y de un trato especial, en el caso de las mujeres con asma se observo una tendencia a dibujar pestañas largas y muchos detalles en el cabello en relación a un personalidad histriónica, se observaron datos de ansiedad en el marco de la sexualidad por reforzamiento de las caderas en los dibujos, como sentimientos de inseguridad por omisión de los pies o dibujar pies pequeños en forma de "V "sin una base de sustentación. ²¹

En otro estudio conducido por de Souza C et al, en Brasil con 150 individuos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica donde se analizó el dibujo de la figura humana para rasgos de depresión y ansiedad, se observo en el análisis de sus dibujos una identificación adecuada de los sujetos con su generó, una pérdida de la confianza en sí mismos, dificultad para expresar sus sentimientos, sensación de inferioridad, una tendencia a minimizar rasgos físicos que indica una separación entre el cuerpo y los sentimientos, una mayor resistencia a aceptar recomendaciones de terceros, una mayor preocupación por los órganos de la respiración observada por un aumento en el tamaño de la caja torácica, tendencia a la depresión y represión de sentimientos. ²² En relación a niños con asma, González et al evaluaron el estado anímico de un grupo de 22 niños entre los 4 a los 18 años de edad con asma al solicitarles dibujarse a sí mismos con asma, y observaron que el 100% de los sujetos en la muestra

expresaban tristeza y depresión, demostrado por 18% que dibujaron líneas inestables que indican ansiedad y angustia, 9% mostro señales de inferioridad al dibujar una figura humana pequeña, 36% se dibujó encerrado en una botella y 18% detrás de barrotes, lo que sugiere un sentimiento de aprisionamiento por su enfermedad y 22.7% no dibujaron un contorno, signo indicativo de culpa.²³ Así mismo, Hernández Robles et al en un grupo de 85 niños con asma evaluados por medio de la prueba del dibujo de la figura humana donde se les solicito a los niños dibujarse a sí mismos con y sin síntomas de asma, en 39% de los dibujos analizados se observaron datos de problemas depresivos, en 29% signos de trastornos adaptativos depresivos y en 12% datos de trastornos adaptativos.²⁴

CAPITULO III

HIPÓTESIS

La personalidad afecta en niños asmáticos el nivel del control de su asma.

3.1 HIPÓTESIS NULA

La personalidad no afecta en niños asmáticos el nivel del control de asma.

CAPITULO IV

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la relación entre indicadores emocionales de la personalidad y el control del asma en los niños.

1.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir los rasgos de la personalidad de los niños con asma.
2. Determinar la efectividad del test del dibujo de la figura humano como tamiz para buscar trastornos de la personalidad en los niños con asma.
3. Definir la relación entre los trastornos de la personalidad y el control del asma.
4. Definir la relación entre el sobrepeso y el control del asma.

1.

CAPITULO V

MATERIAL Y METODOS

Se recluto a todos los niños que presentaron los criterios de inclusión y ningún criterio de exclusión o eliminación, o que se presentaron en el campamento de Club del Asma del Centro Regional de Alergia e Inmunología Clínica del Hospital Universitario, así como a los pacientes que acudieron a consulta del mismo servicio.

El lugar de referencia fue la consulta externa del Centro Regional de Alergia e Inmunología Clínica del Hospital Universitario. Se explico de manera verbal a los padres y a los niños el estudio para entendimiento y asentimiento del mismo.

Se inicio la primera parte del estudio con la aplicación a los padres un cuestionario para recolección de datos para corroborar el control del asma, y clasificar peso y talla de acuerdo a la edad y genero, y si se presentaba otra co-morbilidad asociada (Ver anexo 9.1). Segundo paso se aplico la primera parte, de dos partes que consta, la prueba de control del asma (ACT) (Ver. Anexo 9.2), para clasificar el control del asma del paciente. La prueba del ACT consiste en 7 preguntas que nos da un puntaje total sobre 27 puntos, para evaluar si el tratamiento para el asma del paciente está

funcionando o si puede ser el momento adecuado para cambiar el tratamiento, demostrando el control en si del asma. Las primeras 4 preguntas son dirigidas al paciente sobre sus síntomas y necesidades de tratamiento de rescate, contestando del 0 al 3 (0 sin problema o nunca lo presenta, y 3: es un problema, o siempre si lo presenta). Las restantes 3 preguntas están dirigidas al padre o tutor del paciente, valorando el número de crisis, síntomas de crisis asmática y síntomas nocturnos, en un periodo de las últimas 4 semanas. Las 7 preguntas nos arroja un total de 27 puntos, de la cual por debajo de 20 puntos nos demuestra que el asma puede no estar controlada.

Al completar la hoja de recolección de datos y el ACT, se pasaba a la segunda parte del estudio. En esta parte se le solicito al niño(a) que dibujara en una hoja en blanco, tamaño carta, y con lápiz de madera numero 2 el dibujo de la figura humana. Con asesoría del Departamento de Psicología, se le dio la siguiente instrucción al paciente, de manera verbal, para realizar el dibujo: "Dibuja una persona completa, puede ser una niña o un niño, debe ser los más completa posible, no puede ser un dibujo con palitos, haz tu mejor esfuerzo". Los niños dibujaron a su gusto y sin límite de tiempo.

Los dibujos fueron valorados por el Departamento de Psicología del Hospital Universitario para identificar los indicadores emocionales de la personalidad.

La privacidad del paciente se resguardo y se guardaron los datos en el Centro de Alergia e Inmunología bajo llave y sólo se tuvo acceso a los médicos involucrados con el estudio.

El tamaño de la muestra fue a conveniencia, según la cantidad de niños que se presentaron al Campamento del Club del Asma del Centro Regional de Alergia e Inmunología Clínica, así como a los pacientes que acudieron a la consulta de este Servicio.

5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Diagnóstico de Asma.
2. Edad entres los 4 a los 11 años de edad.

5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes con discapacidad física
2. Pacientes con diagnostico concomitante de trastorno psiquiátrico

5.3 CRITERIOS DE ELIMINACION

1. No realizar la prueba de la figura humana
2. Pacientes que se nieguen contestar el ACT, o la hoja de recolección de datos.
3. Pacientes que no completen el ACT o la hoja de recolección de datos.

5.4 ANALISIS ESTADISTICO

Se realizará un análisis de estadística descriptiva simple.

CAPITULO VI

RESULTADOS

Participaron en el estudio 52 pacientes con diagnóstico de asma, de 4 a 11 años de edad. Cumpliendo criterios de inclusión, criterios de exclusión y eliminación. La edad media de los participantes fue de 6.4 años de edad. 33% masculinos y 67% femeninos.

De acuerdo al método de Koppitz, con la descripción según la edad, se interpretaron por el Departamento de Psicología, los dibujos realizados por los pacientes.

A través de una descripción simple, se describieron indicadores emocionales específicos y para cada paciente de acuerdo al control del asma.

Se vio que los pacientes con asma controlado en el 57.8% del total de estos pacientes, dibujaron 3 o más figuras agregado al dibujo de la figura humana de los que se le indicó, lo que se interpreta como: Preservación, ausencia de sentimiento de identidad o muy dependiente. En el 52.6% de estos pacientes con asma controlado no dibujaron el cuello en el dibujo, lo que se interpreta como inmadurez, impulsividad y pobre control de impulsos

y coordinación de los mismos. El 42.1% sombreo la cara, lo que de acuerdo a Koppitz se interpreta como severa ansiedad, con pobre concepto de sí mismo. Se observo que también hasta un 42.1% de estos pacientes dibujan brazos pequeños que se interpreta como tendencia a retraerse de los otros, falta de agresividad. Y hasta en el 36.8% la omisión de la nariz que se interpreta como timidez de nuevo, conducta retraída y falta de agresividad.

En cambio en los pacientes con asma parcialmente controlado lo más consistente se observo con la descripción de brazos pequeños siendo dibujado hasta en un 60% de estos pacientes. El 40% dibujaron una figura grande que se interpreta como inmadurez y pobre control de impulsos. También se vio en el 40% de los pacientes con asma parcialmente controlado sombrearon la cabeza.

En los pacientes con asma no controlado se observo más variedad de rasgos emocionales de la personalidad, con el 71.4% de los pacientes no dibujaron la nariz. el 57.1% no dibujaron el cuello. Hasta el 28% de los pacientes sombrearon la cara y el cuerpo. El 28% de los pacientes con asma no controlado omiten los pies, dando a interpretar inseguridad e impotencia.

De acuerdo al control de asma el 61.2% presentaron asma controlado, el 16.1% con asma parcialmente controlado y 22.5% con asma no controlado.

El 77.4% fueron de peso adecuado a la edad y genero, el 12.% con sobrepeso de acuerdo a la edad y genero y el con 9.6% con obesidad.

Demostrando que los pacientes con asma controlado representaron la gran mayoría de los pacientes y siendo estos en su mayoría los de peso adecuado (51.6%).

CAPITULO VII

DISCUSIÓN

El propósito de este estudio ha sido explorar la relación entre los rasgos de los indicadores emocionales de la personalidad con el control del asma. El resultado muestra que los pacientes con asma, independientemente del control, tienen indicadores emocionales de la personalidad interpretados a través del dibujo, lo que indica que la salud psicológica está alterada en los pacientes con asma. Estos resultados son similares a lo descrito según Hernández y colaboradores en un estudio de 85 niños mexicanos, que a través del dibujo identificaron que el 39% fueran depresivos, 29% presentara síntomas adaptativos con síntomas depresivos y 12 % adaptativos.²⁴

Estudios comparativos, de casos y controles, de pacientes con enfermedades alérgicas y voluntarios sanos han demostrado que rasgos como hipocondría, histeria, depresión o introversia social tienen una frecuencia más alta en pacientes alérgicos que la población general. Esto apoyando a nuestro estudio en que la intervención psicológica debe considerarse junto con el tratamiento médico de asma u otra enfermedad alérgica.⁴

La mayor parte de los estudios previos han demostrado que el estrés tiene un impacto importante sobre la morbilidad del asma, a través de la interpretación de complejos mecanismos neuro-psico-inmunológicos.²⁴ Aunque existen estudios en los que no se encontró una asociación significativa entre estos trastornos, otros estudios reportan de manera consistente una asociación significativa. Hasta ahora no se ha encontrado un tipo específico de personalidad en el paciente asmático.

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio demostraron que los pacientes con asma, independientemente del control, tienen indicadores emocionales de la personalidad interpretados a través del dibujo de la figura humana, lo que sugiere que la salud psicológica está alterada en los pacientes con asma

Esta alteración no se había identificado previamente en ninguno de los pacientes de este estudio. Es importante considerar la valoración diagnóstica y terapéutica en estos pacientes como parte integral de la consulta de Alergias e Inmunología Clínica.

ANEXOS

Anexo 9.1



UANL



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO Servicio de Alergia e Inmunología Clínica

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

"Relación entre los indicadores emocionales de la personalidad con el control del asma en un grupo de niños en el Centro Regional de Alergias e Inmunología de la Ciudad de Monterrey, Nuevo León, México".

Iniciales del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Peso: _____ Talla: _____

Que tratamiento usa para el asma:

Ultima crisis de asma: _____

Su hijo tiene alguna otra enfermedad diagnosticada:

Rinitis alérgica _____ Conjuntivitis alérgica _____ Dermatitis atópica _____

Otras: _____



"Educación de clase mundial,
un compromiso social"

Edificio Consulta Externa 2, 4º Piso
Av. Francisco I. Madero Pte. s/n y Av. Gonzalitos,

ANEXOS

Anexo 9.2

Prueba de control del asma de la infancia para niños/as de 4 a 11 años

Conozca el puntaje

Esta prueba le dará un puntaje que puede ayudar a su médico a evaluar si el tratamiento para el asma de su niño/a está funcionando o si puede ser el momento adecuado para cambiarlo.

Cómo contestar la prueba de control del asma de la infancia

Paso 1 Deje que su niño/a conteste las primeras cuatro preguntas (de la 1 a la 4). Si su niño/a necesita ayuda para leer o entender alguna pregunta, usted puede ayudar pero deje que él/ella sea quien elija la respuesta. Contesto usted las tres preguntas restantes (de la 5 a la 7) y no permita que las respuestas de su niño/a afecten sus respuestas. No hay respuestas correctas o incorrectas.

Paso 2 Escriba el número de cada respuesta en el cuadrado de puntaje que se encuentra a la derecha de cada pregunta.

Paso 3 Sumo cada uno de los puntajes de los cuadrillos para obtener el total.

Paso 4 Enseñe la prueba a su médico para hablar sobre el puntaje total de su niño/a.

19
o menos

Si el puntaje de su niño/a es 19 o menos, puede ser una señal de que el asma de su niño/a no está tan bien controlada como podría estar. Sin importar el resultado, lleve esta prueba a su médico para hablar sobre los resultados de su niño/a.

Deje que su niño/a conteste estas preguntas.

1. ¿Cómo está tu asma hoy?

 0 Muy mala	 1 Mala	 2 Buena	 3 Muy buena	PUNTAJE <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	-------------------------------------

2. ¿Qué tan problemática es tu asma cuando comes, haces ejercicio o practicas algún deporte?

 0 Es un problema grande, no puedo hacer lo que quiero hacer.	 1 Es un problema y no me siento bien.	 2 Es un problema pequeño pero está bien.	 3 No es un problema.	PUNTAJE <input type="checkbox"/>
---	--	--	---	-------------------------------------

3. ¿Tienes tos debido a tu asma?

 0 Sí, siempre.	 1 Sí, la mayoría del tiempo.	 2 Sí, algo del tiempo.	 3 No, nunca.	PUNTAJE <input type="checkbox"/>
---	---	--	---	-------------------------------------

4. ¿Te despiertas durante la noche debido a tu asma?

 0 Sí, siempre.	 1 Sí, la mayoría del tiempo.	 2 Sí, algo del tiempo.	 3 No, nunca.	PUNTAJE <input type="checkbox"/>
---	---	--	---	-------------------------------------

Por favor conteste usted las siguientes preguntas.

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días tuvo su niño/a síntomas de asma durante el día?

5 Nunca	4 De 1 a 3 días	3 De 4 a 10 días	2 De 11 a 18 días	1 De 19 a 24 días	0 Todos los días	PUNTAJE <input type="checkbox"/>
-------------------	---------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	-------------------------------------

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días tuvo su niño/a respiración sibilante (un silbido en el pecho) durante el día debido al asma?

5 Nunca	4 De 1 a 3 días	3 De 4 a 10 días	2 De 11 a 18 días	1 De 19 a 24 días	0 Todos los días	PUNTAJE <input type="checkbox"/>
-------------------	---------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	-------------------------------------

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días se despertó su niño/a durante la noche debido al asma?

5 Nunca	4 De 1 a 3 días	3 De 4 a 10 días	2 De 11 a 18 días	1 De 19 a 24 días	0 Todos los días	PUNTAJE <input type="checkbox"/>
-------------------	---------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	-------------------------------------

Por favor dé vuelta a la página para saber lo que quiere decir el puntaje total de su niño/a. TOTAL

CAPITULO IX

BIBLIOGRAFIA

1. Segerstrom S et al, Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 years of Inquiry. *Psychol Bull.*2004;130(4): 601-630.
2. FitzGerald, J. Mark, MD. Pocket Guide for Asthma Management and Prevention, Documents, Resources, GINA. Global Initiative for Asthma, 2015. Web. 05 Feb. 2016.
3. Mehrinejad et al, Comparison between psychological traits of patients with various atopic allergic diseases and healthy volunteers: A case-control study. *Indian Journal of Allergy, Asthma and Immunology.* 2013; 21(1): 42-46.
4. Andrade et al, Análisis de la Figura Humana en Niños y Niñas desplazados en Colombia. 2015;15(1): 255-268.
5. Muta K, Scarf D, Pharo H, Hayne H (2013) Drawing a Close to the Use of Human figure Drawing as a Projective Measure of Intelligence. *PLoS ONE* 8(3):e58991. doi:10.1371/journal.pone.0058991

6. Rae et al, Generalisability and classical test theory analyses of Koppitz's Scoring System for human figure drawings. *British Journal of Educational Psychology*. 2001;71: 369-382.
7. Marschall D et al, The Adverse Effects of Psychological Stress on Immunoregulatory Balance: Applications to Human Inflammatory Diseases. *Immunol Clin Allergy N Am*. 2011;31: 133-140.
8. Leizmann C et al, Stress, Atopy and Allergy, *Dermato-Endocrinology*. 2011;3(1): 37-40.
9. Sood A et al, Sex Differences: Implication for the Obesity Asthma Association. *Excerc Sport Sci Rev*. 2011;39(1): 48-56.
10. Minabahen D et al, Stress and Allergic Disease. *Immunol Allergy Clin N Am*. 2011;31(1): 55-68.
11. Lee M et al, The Relationship Between Psychosocial Stress and Allergic Disease Among Children and Adolescents in Geangyang Bay Korea. *J Prev Public Health*. 2012;45: 374-380.
12. Slattery M et al, Specificity in the Association of Anxiety, Depression, and Atopic Disorders in a Community Sample of Adolescents. *J Psychitric Res*. 2011;45(6): 788-795.

13. Poonam et al, Prevalence of Depression Among Asthma patients and Effects of Asthma Control on Severity of Depression. World Allergy Organization Journal. 2013;6;(23).
14. Wood P et al, Relationship Between Welfare Status, Health Insurance Status, and Health and Medical Care Among Children,. American Journal of Public Health. 2002;92(9): 1446-14451.
15. Sood A et al, Sex Differences: Implication for the Obesity Asthma Association. Excerc Sport Sci Rev. 2011;39(1): 48-56.
16. Visness C et al, Association of Obesity with IgE and Allergy Symptoms in Children and Adolescents Results from: NHANES 2005-2006. J Allergy Clin Immunol. 2009;123(5): 1163-11169.
17. Luo X et al, Association Between Obesity and Atopic Disorders in Chinese Adults: An Individual Matched Case-Control Study. BMC Public Health. 2013;13(12): 2-5.
18. Fengxiu O, Adiposity, serum lipid levels, and allergic sensitization in Chinese men and women. J Allergy Clin Immunol. 2009;123(4): 1-20.

19. Análisis psicométrico de los indicadores de la depresión en el test de la figura humana bajo la lluvia. Universidad Andrés Bello, Facultad de Humanidades y Educación, Escuela de Psicología.
20. Koppitz E, El Dibujo de la figura humana en niños. Editorial Guadalupe. 1976, Buenos Aires, Argentina.
21. Arnald H, Human Figure Drawing of patients with Arterial Hypertension, Peptic ulcer and Bronchial Asthma. Psychosomatic Medicine. 1949, 11(5): 282-292.
22. De Saoza C et al, Anxiety, depression and traits of personality in COPD patients. Psicología, Saúde and Doencas. 2003;4(1): 149-162.
23. González et al, Asthmatic profile of the children attending summer camp in Monterrey, Mexico. 1996; Supplement of the XV World Congress of asthmology. 30:51: 5.
24. Hernández M et al, Perfil Psicológico del Paciente con Asma. Revista Alergia México. 2002; XLIX;1;11-14.

CAPITULO XI

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Bárbara Elizondo Villarreal

Candidato para el grado de

Especialista en Alergia e Inmunología Clínica

Tesis: Relación entre los indicadores emocionales de la personalidad con el control del asma en un grupo de niños en el centro regional de Alergia e Inmunología de la Ciudad de Monterrey, Nuevo, Leon, Mexico.

Nacida en Monterrey, NL. el 21 de septiembre de 1982. Mis padres son Héctor Elizondo Nazar y Alma Gloria Villarreal de Elizondo. Graduada de Médico Cirujano y Partero y especialidad en Pediatría en la Universidad Autónoma de Nuevo León. Actualmente realizo mi sub-especialidad en Alergia e Inmunología Clínica pediátrica en esta misma institución.