

# La sobreprotección parental como factor asociado en el asma bronquial en niños

## *The parental overprotection as an associated factor on bronchial asthma in children*

María Elvira Caso Espina<sup>1</sup>

### RESUMEN

El presente estudio intenta constatar la asociación que existe entre el asma bronquial y la sobreprotección parental. El objetivo fue promover la prevención de dicha enfermedad para evitar síntomas que son consecuencia de la actitud específica de los padres hacia sus hijos asmáticos. Asimismo, dentro del tratamiento se incluyen factores emocionales, lo que permite tratarlos desde la práctica psicoterapéutica.

**Palabras clave:** Asma bronquial; Alergia; Sobreprotección de los padres; Apego; Trastornos psicósomáticos.

### ABSTRACT

*This study pretended to verify the association between bronchial asthma and the parental overprotection. Its objective was to promote the prevention of such disturbance to avoid symptoms resulting of the specific parents' attitude toward their asthmatic children. Likewise, in its treatment are included emotional factors, making possible to treat them from the psychotherapeutic practice.*

**Key words:** Bronchial asthma; Allergy; Parental overprotection; Bonding; Psychosomatic disturbances.

**E**n México, según la Secretaría de Salud Pública, entre 5 y 15% de niños padece asma. Las estadísticas proporcionadas por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) indican que en los últimos diez años el asma bronquial ha logrado un incremento del 30 por ciento entre niños y adolescentes, lo que resulta una cifra preocupante en comparación con otras enfermedades (cfr. Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, A. C., 2005).

Como se ve, la prevalencia de la enfermedad va en aumento, sobre todo en los niños (Botella, 1993), por lo que se han abierto líneas de investigación para encontrar las causas que desencadenan esta enfermedad (Benlloch, 1991). Para ello, hay que entender que el asma es un trastorno irreversible que se caracteriza por la hiperreactividad de las vías respiratorias a toda una serie de estímulos. Las personas que la padecen suelen tener episodios recurrentes de dificultades respiratorias o disnea, es decir, asociados al

---

<sup>1</sup> Departamento de Psicología de la Universidad Iberoamericana, Campus Santa Fe, Prol. Paseo de la Reforma 880, Lomas de Santa Fe, 01210 México, D.F., tel. (55)52-67-40-46, correo electrónico: vivirivi\_bombon@yahoo.com. Artículo recibido el 20 de noviembre de 2005 y aceptado el 27 de enero de 2006.

aumento de la resistencia del flujo de aire. Esto ocurre cuando existe un cambio en los bronquios o bronquiolos que supone alguna combinación de espasmos en su musculatura lisa (Yellowlees y Kalucy, 1990).

Las características del asma incluyen hiperreactividad bronquial, limitación del flujo aéreo y silbidos en el pecho, pero tiene una patogénesis multifactorial. Los factores que la componen son los biológicos, psicológicos y sociales (Price, Bratton y Klinnert, 2002).

Los factores biológicos pueden reconocerse a través de la exploración médica. En primer lugar, la más común de las causas es la alergia, esto es, una respuesta del sistema inmune del cuerpo mediante la cual se defiende de organismos dañinos; sin embargo, en las personas que sufren de alergias este sistema funciona de manera inusual. La alergia puede ser definida como una reacción exagerada ante una sustancia que se reconoce como nociva; en general, las alergias ocurren debido a elementos que se encuentran en el ambiente, tales como los ácaros del polvo, polen, esporas, animales domésticos, alimentos, factores climáticos, irritantes y otros (Yellowlees y Kalucy, 1990).

En segundo lugar se halla la tendencia del paciente a la hiperreactividad bronquial; esto es, las personas con asma tienen más probabilidad de responder con una obstrucción bronquial a estímulos ambientales o emocionales de una manera hipersensible que una persona que no padezca la enfermedad (French, 1996).

Las causas psicológicas pueden reflejarse de dos maneras: la primera se refiere a las características de personalidad de los sujetos, y la segunda al entorno familiar. Es por ello que también se deben considerar los factores sociales (Brown, 2004).

En cuanto a las características de personalidad, se ha encontrado que los pacientes asmáticos sufren en mayor medida desórdenes relacionados con la ansiedad, así como una tendencia a sufrir ataques de pánico; así, el asma manifiesta comorbilidad con trastornos tales como depresión, fobias, pánico y distorsiones en la calidad del vínculo (Griffin, Parrella, Krainz y Northey, 2002).

Por otra parte, la familia juega un papel muy importante en la causa y mantenimiento del asma (Sawyer, 2001). En estudios recientes se ha encontrado que los pacientes que sufren asma exhiben dentro de su entorno familiar ciertas características en la interacción, siendo la más importante la sobreprotección por parte de los padres (Canetti, Bachar, Galili-Weisstub, De-Nour y Shalev, 2004; Vila, Hayder, Bertrand y cols., 2003); ésta consiste en una protección excesiva que puede ser traducida como una forma de agresión de los padres a los hijos, ya que el mensaje que dan aquéllos a éstos es que no los consideran capaces de hacer las cosas por sí solos (McNeils, Huster, Michel y cols., 2000; Pedersen, 1994).

Desde la perspectiva de la teoría del vínculo, se entiende por “conducta de apego” a cualquier tipo de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado, al que se supone mejor capacitado para enfrentarse al mundo (Melis, Dávila, Ormeño y cols., 2001). La interrelación establecida entre la conducta de apego en el niño con la conducta de atención por parte de los cuidadores dará así cuenta del tipo y calidad del vínculo. Consecuentemente, la sobreprotección crea en el niño un tipo de apego al que Bowlby (1990, 1999) denomina “apego ansioso resistente”. Tal condición se refleja en un niño que no tiene la seguridad de acceder a sus progenitores si se encuentra en una situación amenazante, pero que lo ayudarán cuando lo necesite, lo cual favorece un grado de incertidumbre importante en la relación vincular (Melis y cols., 2001).

Asimismo, la explicación de la psicología a través de los procesos inconscientes, como la explicaba Freud, la retoman Deihlfesen y Dahlke (2001), quienes hace referencia al papel de la respiración como la asimilación de la vida; estos autores señalan que el asmático no tiene un buen equilibrio entre el dar y tomar (inhalar y exhalar): el flujo respiratorio se obstruye cuando la persona trata de dar más de lo que puede y quiere tomar menos de lo que debe. Así, la estrechez del pecho al respirar constituye una constricción característica de la angustia, del miedo a admitir ciertos aspectos de la vida, o sea, miedo a vivir.

Por lo anterior, en un asmático la causa de su padecimiento en un nivel psicológico tiene que ver con la conducta de apego —en este caso ansiosa resistente—, que se manifiesta a partir de una pauta de interacción social dentro de la familia, una familia con padres sobreprotectores, por lo que,

como una consecuencia, se desarrolla en el niño una angustia por hacer las cosas por sí solo y la necesidad de separarse de sus padres y lograr enfrentarse a la vida desde la independencia.

Es por ello que se planteó como problema de investigación la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre las variables de sobreprotección parental y el asma en los niños.

## MÉTODO

### Participantes

El presente estudio se realizó con una muestra no aleatoria de cinco sujetos de entre 16 y 30 años de edad, diagnosticados clínicamente como asmáticos, a quienes se les aplicó el test Parental Bonding Instrument (PBI), el cual mide el tipo de lazo parental. Los resultados obtenidos se analizan mediante la frecuencia de las respuestas.

### Instrumento

Se utilizó el PBI, desarrollado en 1979 por Gordon Parker, Hilary Tupling y L.B. Brown, de la Universidad de New South Wales, Australia, y estandarizado por Melis y cols. (2001) para la población de la ciudad de Santiago de Chile. Este instrumento se basa en la teoría del vínculo de Bowlby (1999) y mide la percepción de la conducta y actitud de los padres en su relación con el sujeto durante su infancia y adolescencia.

El PBI es un instrumento autoaplicable para personas de 16 años en adelante. Esta edad fue determinada por los autores como criterio para su aplicación, la cual no tiene límite de tiempo. El test cuenta con 25 afirmaciones, las que componen dos escalas: cuidado (13 ítems) y sobreprotección (12 ítems); cada ítem se puntúa a través del método Likert, con recorrido de 0 (nunca) a 3 (siempre); de este modo, la escala de cuidado alcanza un máximo de 39 puntos y la de sobreprotección de 36. Los ítems que miden sobreprotección son, a saber: 3, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 28, 32, 33, 34, 35, 38, 40, 44, 45, 46, 47, 48 y 50. El resto de los ítems miden cuidado.

En el análisis de confiabilidad como medida de consistencia interna del test, se calculó el coeficiente de Spearman-Brown y el alfa de Cronbach. Los índices para la versión estandarizada se hallan entre los valores de .78 y .89, respectivamente, para las escalas subdivididas por el sexo del progenitor (véase Apéndices I y II). En el estudio para la construcción del test, los índices de confiabilidad fluctuaron entre .63 y .88. En la adaptación chilena, los índices de consistencia interna antes mencionados fluctuaron entre .78 y .93, existiendo una concordancia en los resultados obtenidos, por lo cual es posible concluir que el instrumento estandarizado exhibe un adecuado índice de confiabilidad.

Por otra parte, la validez de constructo se obtuvo a través de la realización de un análisis factorial por el método de rotación varimax, hallándose que la proporción de la varianza total —que es la varianza de factores comunes— fue de 7.79% para el cuestionario de madres y de 39.58% para el de padres. Lo anterior indica que tales resultados son consistentes con los estudios anteriores, haciendo que el instrumento estandarizado sea compatible con el original (Melis y cols., 2001).

El presente estudio contiene los siguientes elementos:

### Hipótesis

H<sub>1</sub>. Hay una asociación estadísticamente significativa entre las variables de sobreprotección parental y el asma.

H<sub>0</sub>. No existe asociación estadísticamente significativa entre las variables de sobreprotección parental y el asma.

### Variables

#### *Conceptual*

Grado de asma: Grado o magnitud del trastorno, incluidas las características crónicas del mismo (frecuencia de las crisis).

Sobreprotección: Condición o vínculo caracterizado por un exceso de protección.

*Operacional*

Grado de asma: Se mide a través del diagnóstico clínico proporcionado por un médico especialista.  
 Sobreprotección: Se mide a través del PBI, a través del cual se puede apreciar el tipo de vínculo que tiene el hijo con sus padres.

A continuación se muestra la forma del PBI para el padre y la madre.

**FORMA PARA EL PADRE Y LA MADRE**

El siguiente cuestionario enlista varias actitudes y comportamientos de los padres. Mientras recuerda a su PADRE o a su MADRE en sus primeros 16 años, dibuje una marca en el recuadro más acertado junto a las preguntas. El cuestionario es anónimo y confidencial.

		SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1	Me hablaba en un tono de voz cálido y amigable				
2	No me ayudó tanto como lo necesitaba				
3	Me dejó hacer las cosas que me gustaba hacer				
4	Se sentía emocionalmente frío(a) conmigo				
5	Parecía entender mis problemas y preocupaciones				
6	Era cariñoso(a) conmigo				
7	Le gustaba que tomara mis propias decisiones				
8	No quería que creciera				
9	Trataba de controlar todo lo que hacía				
10	Invadía mi privacidad				
11	Disfrutaba de comentar cosas conmigo				
12	Me sonreía				
13	Tendía a tratarme como bebé				
14	Parecía no entender mis necesidades				
15	Dejaba decidir cosas por mí mismo				
16	Me hacía sentir que no era querido				
17	Me podía hacer sentir mejor cuando estaba alterado				
18	No platicaba conmigo frecuentemente				
19	Trataba de hacerme sentir dependiente de él(ella)				
20	Sentía que no podría cuidarme solo a menos que él(ella) estuviera conmigo				
21	Me dio tanta libertad como quisiera				
22	Me dejaba salir tanto como quisiera				
23	Era sobreprotector(a)				
24	Me alababa				
25	Me dejaba vestirme de la manera que me gustaba				

**Datos:** Edad : \_\_\_\_\_; Sexo : F / M, Frecuencia de episodios de asma: \_\_\_\_\_.

**RESULTADOS**

Los resultados arrojados por el análisis de frecuencias fueron los siguientes. Dentro de los ítems que miden la sobreprotección, los sujetos tuvieron una mayor incidencia en las opciones de “a veces” y “nunca”, habiendo 35 respuestas en cada una. Por otro lado, “siempre” y “casi siempre” obtuvieron una frecuencia de 30 respuestas cada una. Por ello, se coteja con las calificaciones de la escala, siendo “siempre” la más alta, con 3 puntos por cada respuesta, y “nunca” la más baja, con 0.

A partir de estos resultados, se puede decir que en su mayoría los sujetos perciben ambos padres protectores y cercanos, sin inferir que esto sea sobreprotección. Por otra parte, en el análisis de los datos por separado —es decir, separando las formas materna y paterna— se destacan las siguientes diferencias:

Las calificaciones más elevadas en la forma paterna fueron en los reactivos 3, 13, 15, 16, 20, 21, 22, 25, 28, 38, 40, 41, 45, 46, 47 y 50. En la forma materna fueron, a saber, los reactivos 9, 10, 19, 23, 34, 35, 44 y 48.

En el reactivo 33 (forma materna), cuatro de cinco sujetos contestaron “a veces”, mientras que en la paterna (reactivo 8) las calificaciones variaron en todas las opciones.

Finalmente, de los trece pares de reactivos (trece en la forma paterna y trece en la materna) que miden sobreprotección en el PBI, ocho tuvieron calificaciones más altas en la primera, comparadas con sus similares en la segunda. Por otro lado, los cinco reactivos restantes fueron calificados más altos en la forma materna que en la paterna.

En cuanto a los episodios de asma, los sujetos muestran características similares, siendo de dos, tres o cuatro episodios al mes.

Los resultados reflejan efectivamente la evidencia de la presencia de sobreprotección en la familia, siendo el padre más sobreprotector que la madre. Con ello, se puede decir que la hipótesis alterna se acepta tentativamente en estos resultados al haber asociación entre las variables de grado de asma y sobreprotección. La sobreprotección no podría considerarse por parte de ambos padres, por lo que definiría más específicamente al padre.

		SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
<b>PADRE</b>					
1	Me hablaba en un tono de voz cálido y amigable	2	3	0	0
2	No me ayudó tanto como lo necesitaba	0	0	2	3
3	Me dejó hacer las cosas que me gustaba hacer	1	4	0	0
4	Se sentía emocionalmente frío conmigo	0	0	0	5
5	Parecía entender mis problemas y preocupaciones	1	3	1	0
6	Era cariñoso conmigo	3	1	1	0
7	Le gustaba que tomara mis propias decisiones	2	3	0	0
8	No quería que creciera	1	1	2	1
9	Trataba de controlar todo lo que hacía	0	0	3	2
10	Invadía mi privacidad	0	0	1	4
11	Disfrutaba de comentar cosas conmigo	3	0	2	0
12	Me sonreía	4	1	0	0
13	Tendía a tratarme como bebé	1	0	2	2
14	Parecía no entender mis necesidades	0	1	1	3
15	Dejaba decidir cosas por mí mismo	3	2	0	0
16	Me hacía sentir que no era querido	1	0	0	4
17	Me podía hacer sentir mejor cuando estaba alterado	1	1	1	2
18	No platicaba conmigo frecuentemente	0	0	2	3
19	Trataba de hacerme sentir dependiente de él	1	0	1	3

Continúa...

20	Sentía que no podría cuidarme solo a menos que él estuviera conmigo	0	0	1	4
21	Me dio tanta libertad como quisiera	1	2	2	0
22	Me dejaba salir tanto como quisiera	2	2	1	0
23	Era sobreprotector	1	0	3	1
24	Me alababa	1	0	3	1
25	Me dejaba vestirme a la manera que me gustaba	1	3	1	0

**MADRE**

26	Me hablaba en un tono de voz cálido y amigable	3	1	1	0
27	No me ayudó tanto como lo necesitaba	0	0	1	4
28	Me dejó hacer las cosas que me gustaba hacer	0	3	2	0
29	Se sentía emocionalmente fría conmigo	1	1	0	3
30	Parecía entender mis problemas y preocupaciones	1	3	1	0
31	Era cariñosa conmigo	3	1	0	1
32	Le gustaba que tomara mis propias decisiones	2	3	0	0
33	No quería que creciera	1	0	4	0
34	Trataba de controlar todo lo que hacía	2	0	1	2
35	Invadía mi privacidad	0	2	0	3
36	Disfrutaba de comentar cosas conmigo	2	1	2	0
37	Me sonreía	3	1	1	0
38	Tendía a tratarme como bebé	1	0	1	3
39	Parecía no entender mis necesidades	1	1	1	2
40	Me dejaba decidir cosas por mí mismo	3	1	0	1
41	Me hacía sentir que no era querido	1	0	1	3
42	Me podía hacer sentir mejor cuando estaba alterado	2	0	1	2
43	No platicaba conmigo frecuentemente	1	0	1	3
44	Trataba de hacerme sentir dependiente de ella	1	1	2	1
45	Sentía que no podría cuidarme solo a menos que ella estuviera conmigo	0	1	1	3
46	Me dio tanta libertad como quisiera	1	1	2	1
47	Me dejaba salir tanto como quisiera	1	2	1	1
48	Era sobreprotectora	1	1	1	2
49	Me alababa	1	1	2	1
50	Me dejaba vestirme a la manera que me gustaba	1	1	2	1

**DISCUSIÓN**

El presente estudio no se podría considerar como confirmatorio debido al tamaño de la muestra y el tipo de análisis realizado. Sin embargo, merecen ser tomados en cuenta los resultados hallados porque muestran de una manera predictiva las características de una muestra mayor. Asimismo, se deben utilizar con cautela los resultados arrojados por el instrumento ya que la muestra utilizada fue chilena, el cual se empleó en este estudio por el tipo de actitudes que mide, las que es difícil medir de manera más precisa con otro instrumento.

Así, es posible concluir que la muestra refleja predictivamente que existe una asociación entre la sobreprotección parental y el asma, lo

que se refleja con mayor claridad en relación con el padre.

Se recomienda utilizar los datos hallados en el presente estudio para retomar el concepto desde la psicología de la salud acerca del impacto que tienen las características del paciente desde la relación vincular y de personalidad para tratar enfermedades físicas como el asma (Latorre, 1991; Rubin, 2004). A pesar que se debe profundizar en ello, el estudio realizado marca un precedente para que en el futuro el asma, así como otras enfermedades físicas, sean consideradas por la medicina no sólo a partir de factores o causas biológicas, sino también psicológicas y sociales. Al hacerlo así, se deberá integrar, además de los tratamientos farmacológicos, los psicológicos individuales y familiares.

## REFERENCIAS

- Benlloch, E. (1991). *Vivir con... asma bronquial*. Madrid: Meditor.
- Botella, C. (1993). *Asma bronquial: Evaluación e intervención en niños y jóvenes*. Barcelona: Pirámide.
- Bowlby, J. (1990). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1999). *Una base segura*. Buenos Aires: Paidós.
- Brown, E.S. (2004). Asthma: Social and psychological factors and psychosomatic syndromes. *American College of Chest Physicians*, 125, 6.
- Canetti, L., Bachar, E., Galili-Weisstub, E., De-Nour, A.K. y Shalev, A.Y. (2004). Parental bonding and mental health in adolescence. *Adolescence*, Summer, 32(126), 381-394.
- Deihlfsen, T. y Dahlke, R. (2001). *La enfermedad como camino. Un método para el descubrimiento de las enfermedades*. Madrid: Debolsillo.
- French, T. (1996). *Psicología y asma bronquial*. Buenos Aires: Hormé.
- Griffin, W.A., Parrella, J., Krainz, S. y Northey, S., W. (2002). Behavioral differences in families with and without a child with asthma: Testing the psychosomatic family model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(3), 226-255.
- Latorre, J. (1991). *Psicología de la salud*. Buenos Aires: Lumen.
- McNelis, A.M., Huster, G.A., Michel, M., Hollingsworth, J., Eigen, H. y Austin, J.K. (2000). Factors associated with self-concept in children with asthma. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 13(2), 55-68.
- Melis, F., Dávila, M., Ormeño, V., Vera, V., Greppi, C. y Gloger, S. (2001). *Estandarización del PBI (Parental Bonding Instrument), versión adaptada a la población entre 16 y 64 años del Gran Santiago*. Santiago de Chile: Centro Neuropsiquiátrico de Santiago.
- Parker, G., Tupling, H. y Brown, L. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Pedersen, W. (1994). Parental relations, mental health, and delinquency. *Adolescence*, 29(116), 975-990.
- Price, M.R., Bratton, D.L. y Klinnert, M.D. (2002). Caregiver negative affect is a primary determinant of caregiver report of pediatric asthma quality of life. *Annals of Allergy, Asthma, and Immunology*, 89, 572-577.
- Rubin, B. (2004). What does it mean when a patient says, "My asthma medication is not working?". *American College of Chest Physicians*, 126, 972-981.
- Sawyer, M. (2001). Asthma: Family stress is a factor. *Health and Medicine Week*, August, 6. Disponible en línea: <http://www.obgyn.net/about.asp>.
- Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, A.C. (2005). Consenso Mexicano de Asma. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 64(supl. 1). Disponible en línea: <http://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2005/nts051c.pdf>.
- Vila, G., Hayder, R., Bertrand, C., Falissard, B., De Blic, J., Mouren-Simeoni, M.C. y Scheinmann, P. (2003). Psychopathology and quality of life for adolescents with asthma and their families as a consequence of the attacks on day-to-day life. *Psychosomatics*, 44(4), 319-328.
- Yellowlees, P.M. y Kalucy, R.S. (1990). Psychobiological aspects of asthma and the consequent research implications. *Chest*, 97, 628-634.