

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE PSICOLOGIA.

ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA
DEL ASMA BRONQUIAL EN LOS NIÑOS.

14
Psi

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA.

PRESENTA.

BEATRIZ SUAREZ DEL SOLAR GONZALEZ.

México, D.F.

1973.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mi familia

A mi querido "grupo"
y a mi amigo y Maestr
tro Ramón A. Mon --
Pinzón en recuerdo
de una de las épocas
más importantes de -
mi vida.

Tesina dirigida por

la Dra. Isabel Días Portillo.

"Cuando yo era muy niño, ningún personaje de la historia sagrada me parecía haber tenido una suerte tan miserable como Noé, a causa del diluvio, que le tuvo encerrado en el arca cuarenta días. Más tarde, estuve enfermo con frecuencia, y durante largos días tuve que permanecer también en el "arca": Entonces comprendí que Noé jamás pudo ver mejor el mundo que desde el arca, a pesar de que estaba cerrada y de que la noche reinaba sobre la tierra."

MARCEL PROUST.
(Jean Santeuil)

ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA DEL ASMA BRONQUIAL EN LOS NIÑOS.

| | Pag. |
|--|------|
| I.- INTRODUCCION | 1 |
| II.- DEFINICION | 2 |
| 1.- Aspectos Históricos | 4 |
| 2.- Aspectos Médicos | 5 |
| III.- FACTORES PSICOLOGICOS. | |
| 1.- Concepto de Enfermedad Psicossomática .. | 10 |
| 2.- Factores Emocionales en el Niño | 17 |
| a).- ¿Qué tan importante es el factor e mocional? | 17 |
| b).- El desarrollo psicológico del niño y el proceso del asma | 19 |
| c).- La personalidad del niño asmático | 26 |
| 3.- La relación Madre-hijo y la Constela--- ción Familiar | 29 |
| 4.- Tratamiento | 39 |
| IV.- CONCLUSIONES | 43 |
| V.- BIBLIOGRAFIA | 46 |

I N T R O D U C C I O N

La idea para realizar esta breve revisión bibliográfica sobre el tema del asma en los niños, nació de la observación de varios niños con éste y otros padecimientos psicossomáticos y del escaso conocimiento que parece haber por parte de las personas encargadas de tratarlos de un entendimiento global del padecimiento, su etiología y sus posibilidades terapéuticas.

Es bien conocido que los factores psicológicos juegan un importante papel en la génesis y desarrollo de la enfermedad. Afortunadamente, la medicina actual está abandonando el determinismo rígido de causa-efecto que una vez dominara el diagnóstico y tratamiento de cualquier padecimiento y está pensando más en términos de causas y efectos múltiples, así como en los factores más profundos que subyacen en todo síntoma. Es por esto que ya no es adecuado hablar de "el factor" causante de cierta enfermedad ; es mejor hablar de una constelación de factores que contribuyen en su desarrollo, tomando muy en cuenta la importancia real de cada factor; este equilibrio varía con cada individuo y con cada proceso de enfermedad.

Considero particularmente importante el estudio del asma bronquial en los niños por ser una enfermedad que produce una intensa angustia, tanto en el sujeto que la padece como en --

los seres que lo rodean y para la cual desgraciadamente la medicina actual, en muchos casos, no cuenta con métodos suficientes para aliviarla completamente.

Sabemos desde hace mucho tiempo que el niño con asma bronquial muy frecuentemente revela dificultades emocionales, algunos médicos tienden a atribuir las al asma en si, mientras que otros piensan que son causa contribuyente. Mi objetivo aquí es hacer una breve descripción de todos los factores que intervienen en la producción del asma de los niños, como un ejemplo de esta interacción de fenómenos haciendo énfasis especial en los factores psicológicos, que creo en este caso son de vital importancia. Al final mencionaré algunos aspectos sobre la psicoterapia adecuada para estos niños pensando que el manejo exitoso -- del paciente asmático, y en especial del niño, exige el trabajo conjunto de médicos y psicólogos, con un profundo interés por parte de ambos en el ser humano como una totalidad indivisible.

D E F I N I C I O N

En el último Simposio sobre asma bronquial llevado a cabo en los laboratorios Syntex de esta ciudad en Octubre de 1971 se la definió como una "obstrucción de los conductos respiratorios caracterizada por paroxismos recurrentes de disnea de tipo silbante, con expiración trabajosa y prolongada, edema de la mucosa y secreción copiosa de los bronquiolos". También se dijo que es

tos ataques pueden ser desde breves y ligeros hasta severos y prolongados llegando, en ocasiones, al estado de "mal asmático" en el cual la propia vida del sujeto está en peligro. Esto ocurre como resultado de la exposición a un alergeno particular, a un virus o bacteria, por contaminación atmosférica, por un ataque de tos o risa, después de hacer ejercicio, durante la noche, por temporadas, en un estado de stress emocional, o sin causa a parente. Su curso característico es extremadamente variado. Con frecuencia se inicia muy temprano en la vida y continúa a través de la adolescencia hasta la edad adulta; en otras ocasiones ---- empieza más tardíamente, duran poco tiempo y empieza a declinar; los caso más serios generalmente comienzan durante los años pre-escolares; a ellos me refiero principalmente en este trabajo.

Un ataque de asma bronquial, sobre todo en un niño, es muy desagradable físicamente y produce gran ansiedad tanto en él como en sus padres. Como resultado de los ataques repetidos y las limitaciones adicionales impuestas para su manejo muchos de estos niños asmáticos viven relativamente reclusos llevando una vida quieta que disminuye mucho su capacidad de mezclarse libremente con sus semejantes. Con frecuencia están prohibidas las actividades atléticas, tienen dietas muy limitadas y están sujetos por largo tiempo a procedimientos desensibilizantes que les provocan disminución en el desarrollo físico. Generalmente, estos niños padecen también otro problema de tipo psicosomático - tales como eczemas y otras enfermedades de la piel, así como del

aparato digestivo.(24)

1.- Aspectos históricos.

La palabra asma aparece muy temprano en la literatura médica; viene del griego "asthma" (18) que significa jadeo y es igual a la palabra "ansia" que aparece ya en el "Exodo". Hipócrates la menciona también en varios de sus escritos describiéndola y correlacionándola con otras enfermedades.

Bethman(3) en su "A Pictorial History of Medicine" consigna que en el siglo XVI el asma bronquial empezó a surgir como una entidad clínica. Jean Baptiste Van Helmont (1577-1644) asmático él mismo, desarrolló una teoría en la cual el asma se dividía en asma seca y asma húmeda. Parece ser que hizo una buena descripción de este padecimiento.

"Jhon Floyer (1649-1734) escribió un libro titulado "Tratado del Asma" publicado en 1698 que contenía una descripción clásica de un ataque de asma convulsiva. En otro de sus capítulos hace mención a que algunos de sus pacientes tuvieron ataques de asma con el aire húmedo de Londres, mientras que otros fueron afectados por los olores suaves o fuertes. Además relata que una mujer que sufría de asma encontró alivio a su mal en la no usual práctica de beber su propia orina; también dice que puede hablarse de una predisposición hereditaria, pero sin prejuzgar sobre su método de transmisión".

La primera alusión al asma como un padecimiento que podría tener factores psicógenos fué de Jean Martin Charcot (1825-1893) el gran médico de la "Salpetriere". Decía que el asma podría ser de origen nervioso ya que muchos de sus pacientes que padecían esta enfermedad se curaban por medio de la hipnósis. También afirmaba que uno de los factores causantes de las manifestaciones clínicas del asma eran las emanaciones que producen ciertos animales como el gato, el perro, el cerdo, etc., pues provocan en algunos casos espasmos de los bronquios"

"Henry Hyde Salter (1823-1871) médico londinense escribió en 1860 un libro titulado " Patología y Tratamiento del Asma" en el que hace una buena descripción del asma y su etiología recomendando, por primera vez, medidas de protección hacia los pacientes, tales como disminución de las actividades diarias, cambios de clima, etc."

"Posteriormente, ya en el siglo XX, médicos como Jokichi Takamino, Edward G. Kendall, Phillip Showalter Hench y W. Charles Leefler, han hecho importantísimas investigaciones tanto en el campo de la fisiopatología como en la química y otras ciencias que nos han dado una visión mucho más completa del asma bronquial su etiología y, lo que es más importante sus posibilidades terapéuticas reales."

2.- Aspectos Médicos.

Es difícil hacer una clasificación del asma desde el punto de vista médico ya que debe satisfacer requerimientos etiológi-

cos ,sintomatológicos,anatómicos, etc. cosa imposible en un padecimiento del cual se conoce tan poco aún. Según la gravedad de los ataques se califica de : severa,moderada o grave; por su duración puede ser aguda o crónica. La clasificación más usada es la que toma en cuenta la etiología del problema aunque es también inexacta, ya que todavía son desconocidos muchos de estos factores. El Dr. Herxheimer (10) hace una clasificación que se ha hecho bastante común dentro del ambiente médico, más con fines ---prácticos que académicos o de otra índole y es la que usaremos a lo largo de este trabajo. Se sugieren 4 tipos de asma.

- 1.- Asma alérgica.
- 2.- Asma causada por irritación bronquial.
- 3.- Asma psicógena.
- 4.- Asma por causas desconocidas.

El asma alérgica es la que más atención ha recibido, quizás por ser la más frecuente o quizás porque la alergia es uno de -- los factores que han sido suficientemente estudiados como para poder sustentar las bases de una terapéutica, aunque hay que reconocer que son muchas las cosas que se ignoran todavía sobre -- las alergias. Daré aquí una pequeña explicación de qué es una alergia y cómo funciona en el organismo.

Según el Dr. Hinshaw (11) la alergia, en su sentido más ----

amplio, se refiere a " cualquier reacción alterada del cuerpo a su ambiente, causada por la introducción previa de un agente antígeno". En la práctica la definición se ha reducido excluyendo muchos tipos de reactividad alterada par incluir sólo estados hipersensitivos. Estos estados son de dos tipos : a).- la sensibilización del tejido de reacción retardada, como la asociada con la reacción a la tuberculina, y b).- la reacción inmediata hipersensitiva, como la asociada con anafilaxia, fiebre alta y asma alérgica. Todas las personas pueden ser sensibilizadas a la tuberculina, pero sólo personas con una particular herencia (por lo menos en un buen número de casos) son sensibles a las materias orgánicas responsables del asma alérgica.

Se cree que la persona alérgica debido a una previa sensibilización con el antígeno (usualmente una proteína) desarrolla anticuerpos definidos específicos para el antígeno original. Estos anticuerpos se adhieren, en el caso del asma alérgica, a ciertas células del tejido de la mucosa bronquial. Cuando hay contactos subsecuentes, el antígeno responde específicamente con el anticuerpo anticelular compuesto, esta reacción incluye la producción de histamina. La histamina que se libera es la responsable de los síntomas de la enfermedad alérgica; en el asma, ésta actúa sobre los músculos lisos produciendo el broncoespasmo característico. Obviamente en este proceso son liberadas otras

substancias aparte de la histamina, y otros factores, además de la reacción antígeno-anticuerpo, pueden liberar histamina; sin embargo, estos otros fenómenos todavía están en proceso de estudio y comprenden mecanismos bioquímicos cuya complejidad, sobrepasan los límites de este trabajo.

Es debatible si el asma por irritación de los bronquios se justifica como un grupo separado o no, en realidad no podemos hablar de ningún grupo como un grupo aislado, ya que seguramente existe una interacción de todos ellos en menor o mayor grado. Es muy probable que la irritación de la membrana mucosa por agentes no específicos como gases irritantes o el frío, puedan por si mismos causar obstrucción asmática, pero es difícil obtener la evidencia de esto ya que, usualmente, los factores alérgicos aparecen muy poco tiempo después, convirtiendo el asma en un asma típicamente alérgica. Lo mismo puede decirse de la llamada asma infecciosa: en un buen número de casos, comunmente entre la gente joven, el primer ataque ocurre después de un padecimiento febril de las vías respiratorias superiores que involucran la traquea y los bronquios. Cuando la etapa de la infección ha pasado y la temperatura ha vuelto a la normalidad ocurre el primer ataque, pudiendo ser la causa de la obstrucción el estado inflamado de la mucosa. Pero es ahí donde comienza el cuadro de lo que será más tarde una verdadera asma alérgica con to-

das sus características, aunque ésto es menos común y generalmente se revela la existencia de alergias previas en el sujeto que la padece. Sin embargo, no deja de ser interesante observar como una bronquitis aguda no específica, de alguna manera abrió el camino para el desarrollo de una alergia que antes no se había manifestado.

El tercer grupo es, obviamente, el más interesante desde mi punto de vista y es del que hablaré mas ampliamente en los próximos capítulos.

El grupo cuarto también será discutido, en parte, más adelante, pero, tanto por falta de espacio, como de conocimientos médicos suficientes, no será posible tratarlo más ampliamente.

Antes de terminar este inciso quisiera hablar un poco sobre la terapéutica médica más comúnmente empleada para el asma.

El mayor avance en el tratamiento médico del asma bronquial en los últimos 20 años ha sido la introducción de los llamados "cortico-esteroides" cuya función principal, a grandes rasgos, consiste en bloquear la reacción ocupando el receptor de la célula que usualmente ocupa la histamina. Así, si la mucosa nasal está conteniendo una cantidad suficiente de antihistamínico, no se produce el lazo químico que de otra manera acepta la histamina que causa la reacción no deseada. Aunque los esteroides proporcionan alivio inmediato a los síntomas, en muchos casos, sobre todo cuando se trata de su uso en niños y por períodos muy pro--

longados, los efectos comienzan a ser contraproducentes. Es bien sabido el fenómeno de la dependencia de esteroides y la dificultad para retirar este medicamento debido a la reacción que produce en las glándulas suprarrenales, así como los efectos secundarios indeseables como el retardo en el crecimiento y el desarrollo. Menos conocido, y no obstante muy importante, es el hecho de que el aumento de la tasa de mortalidad en niños asmáticos en los últimos años es atribuido al uso, y muchas veces al abuso de esteroides. Müller(16) estableció que desde 1949 cuando la terapia con esteroides fué introducida en los Estados Unidos la tasa de mortalidad que había sido previamente constante se multiplicó dos o tres veces. Es por esto que se debe ser muy cauteloso a la hora de recetar esteroides a un niño, sobre todo si este es muy pequeño y evitar hasta donde sea posible su utilización.

FACTORES PSICOLOGICOS.

1.- Concepto de Enfermedad Psicosomática.

"Toda enfermedad es a la vez del espíritu y del cuerpo y toda terapéutica pertenece por ello a la medicina psicosomática. No es dudoso que aunque el término psicosomático desapareciera, su concepto, no obstante, aún permanecería implicado en el mismo vocablo". (Weiss y English). El punto de vista psicosomático es una etapa superior del conocimiento científico. Se reúne con algo

que siempre sintieron los antiguos médicos; ese algo es la unidad del individuo. Aún está en sus comienzos este concepto, basado en el hecho de que, en la enfermedad, el hombre está por entero presente con la totalidad de su psiquismo; este concepto nos viene en última instancia de los estudios de las emociones y la fisiología hechos por Canon, y es, sobre todo, heredero del psicoanálisis y de Freud, de donde viene la tendencia explicativa y una orientación que se preocupa de lo psicológico y lo fisiológico, sino de una complementación. Las actuales oposiciones -- desaparecerán cuando puedan integrarse los puntos de contacto entre las escuelas opuestas y cuando ciertos prejuicios caigan por sí mismos.

Otto Fenichel(6) opina que la denominación de perturbaciones "psicosomáticas" tiene la desventaja de sugerir la idea de un dualismo que no existe en realidad. Toda enfermedad es, en principio, psicosomática ya que ningún padecimiento "somático" se haya enteramente libre de influencias "psíquicas". Incluso un accidente pudo haberse producido por motivos psicógenos; además, no sólo la resistencia contra las infecciones, sino todas las influencias del estado emocional del organismo. Por otro lado, incluso la conversión más francamente "psíquica" puede tener como base una complacencia puramente "somática". Por lo tanto, sugiere el término "órgano-neurosis" para denominar el tipo de padecimientos que vamos a estudiar. Alexander les llama "neurosis vegeta--

tiva " y la A.P.A. las clasifica como "reacciones psicofisiológicas".

Creo importante hacer la aclaración conceptual de la diferencia existente entre los síntomas de conversión histérica y las respuestas vegetativas a los estímulos psicológicos. Alexander(1) explica que la semejanza entre un síntoma de conversión histérica y las respuestas vegetativas a las emociones está dada por el hecho de que ambas condiciones son "psicógenas"; es decir, son el resultado de una tensión emocional crónica no aliviada. Sin embargo, los mecanismos que intervienen son fundamentalmente diferentes en cada caso, tanto en el aspecto fisiológico como en el psicodinámico. El síntoma de conversión histérica es un intento de aliviar simbólicamente una tensión emocional.- Es una expresión simbólica (desplazada) de un contenido emocional definido, por ejemplo, el vómito puede significar "estoy embarazada", la convulsión, "tengo un orgasmo"; la parálisis, "quiero ir a un lugar prohibido y para evitar hacerlo no voy a ningún lado", o lo opuesto, me niego a ir porque estar aquí tiene un significado sexual oculto para mí."

Contrastando con esto, dice Alexander, la neurosis vegetativa u órgano-neurosis consiste en una disfunción psicógena de un órgano vegetativo que no está bajo control del sistema neuromuscular y que, por lo tanto, no expresa ningún significado psico-

lógico primario.

El síntoma vegetativo no es una expresión sustitutiva de la emoción, sino su concomitante fisiológico normal. La naturaleza patológica de la condición consiste primordialmente en que al estar sometida a estímulos emocionales continuos, que provienen de conflictos sin resolver, las respuestas vegetativas se vuelven crónicas. A veces pueden conducir a fenómenos tisulares irreversibles que originan síndromes orgánicos definidos. Una actitud desusada, arraigada en conflictos instintivos inconscientes, da lugar a un determinado comportamiento. Este comportamiento, a su vez, produce cambios somáticos en los tejidos. Los cambios no son directamente psicógenos, pero el comportamiento de la persona a causa de los cuales se iniciaron estos cambios es psicógeno. La actitud estaba dirigida a procurar un alivio a la presión interna; el síntoma somático, que fué consecuencia de esta actitud no fué buscado por la persona ni consciente ni inconscientemente.

Donde surge la conexión entre el síntoma orgánico y el conflicto mental la primera pregunta es siempre, ¿el conflicto ha producido el síntoma, o es el síntoma el que produce el conflicto? Fenichel y otros autores opinan que generalmente existe un círculo vicioso : el síntoma y el conflicto se perpetúan uno al otro.

El concepto teórico fundamental de los estudios psicósomáti-

cos llevados a cabo en el Chicago Institute for Psychoanalysis, (una de las instituciones que más ha trabajado en estos problemas y a la que nos referimos mas ampliamente posteriormente) ha sido que los estados emocionales no se expresan sólo en un comportamiento externo, sino que los procesos fisiológicos internos - también responden a cada estado emocional mediante un mecanismo de adaptación.

Basándose en los estudios clínicos de Cannon sobre los fenómenos fisiológicos que regularmente siguen a ciertos estados emocionales, como la cólera y el temor, y en sus propias observaciones, Alexander y sus colaboradores llegaron a la conclusión de que cada estado emocional específico provoca una respuesta específica. Postularon, por ejemplo, que los ardientes deseos de incorporación oral tienen un efecto específico sobre la secreción gástrica y la motilidad.

Fenichel(7) Sperling(20) y otros autores clasifican el asma como una "conversión pregenital" explicándolo así: en los síntomas de la histeria de conversión los deseos genitales edípicos encuentran una expresión deformada en alteraciones de funciones fisiológicas; en la neurosis obsesiva, estos deseos han sufrido cambios regresivos y los síntomas expresan conflictos - que giran alrededor de las tendencias regresivamente deformadas.

Existe un tercer tipo de neurosis cuyos síntomas son indu-

dablemente conversiones, pero los impulsos inconscientes expresados en los síntomas son pregenitales; mientras que la sintomatología por su carácter es de conversión, la estructura mental del paciente corresponde a un neurótico obsesivo. La orientación pregenital ha hecho cambiar la conducta del paciente tal como ha hecho cambiar la del neurótico obsesivo. Una vez más hace su aparición la ambivalencia y la bisexualidad acrecentada, la sexualización de los procesos del pensamiento y del habla y la regresión parcial al pensamiento de tipo mágico. Siendo el cuadro clínico externo de esta neurosis el de una histeria, pero en realidad con una estructura íntima diferente.

El papel que desempeña la fijación pregenital puede reducirse solamente a la elección del órgano que ha de convertirse en el asiento de los síntomas.

Los autores indican que en la mayoría de los casos de asma bronquial se hallan implicados también síntomas de conversión de naturaleza pregenital; el contenido inconsciente de las conversiones se asienta regularmente en profundos conflictos respiratorio-orales relacionados con la madre o con un sustituto. En general, las perturbaciones psicógenas de la respiración son, primariamente, equivalentes de angustia. Todas las veces que estos equivalentes se expresen primariamente en el aparato respiratorio la angustia ya que se refiere primariamente a pérdida de amor o

rosas, desarrolló asma cuando se le presentó una rosa artificial. Quedó demostrado, así, que la sensibilidad fisiológica supuesta - en realidad era un condicionamiento reflejo o una "sensibilidad - psicológica".

Clínicos de la talla de Abramson, Gerard y Sperling, han demostrado ampliamente en varios de sus trabajos, que después serán discutidos más ampliamente, que niños asmáticos con una etiología inmunológica establecida, esto es, con una sensibilidad constitucional alérgica, han llegado a estar y permanecer libres de síntomas después de una psicoterapia, aún cuando estén expuestos a los alergenos y a pesar de que su sensibilidad constitucional permanezca sin cambio.

Sperling(20) ha citado casos también en que ha habido un fenómeno de condicionamiento en el cual el sujeto ha vencido su propia asma a base de contactos intermitentes, cada vez más prolongados, con el alergeno hasta logra una remisión total de su síntoma.

b).- El desarrollo psicológico del niño y el proceso del asma. Sigmund Freud escribió muy ampliamente sobre los conceptos del desarrollo psicológico del niño, destacando la importancia que tienen: la formación de la personalidad el conflicto entre los impulsos instintivos y las exigencias del ambiente, entre los impulsos instintivos y las normas del superyo, y entre los instin

tos opuestos. Se obtienen el ajuste sano y afortunado, cuando los métodos que se utilizan para resolver los conflictos logran satisfacer las necesidades instintivas, los requerimientos del ambiente y las demandas del super-yo. Por el contrario, los síntomas representan métodos inadecuados para resolver los conflictos. Son inadecuados porque no satisfacen, o sólo en parte, las necesidades instintivas y las normas de la conducta social. Por lo tanto, puede considerarse que cualquier trastorno es un testimonio de que el proceso de "estructuración" de la personalidad se ha desviado de la "normal", de lo esperado para una edad determinada, en tal grado que la adaptación se cumple sólo parcialmente, perturbando así el funcionamiento del individuo.

Dichas desviaciones se deben a diversas causas que deben actuar en una o todas las etapas del desarrollo. El proceso del desarrollo resulta de la interacción entre los procesos de maduración y las influencias del ambiente. Al examinar la formación y tratamiento de un estado anormal cualquiera, se debe considerar qué importancia ha tenido cada uno de esos factores. Tanto las condiciones de la maduración como las situaciones del ambiente cambian de tiempo en tiempo. Sin embargo hay ciertas constantes relativas que forman el marco dentro del cual se producen los cambios.

En cada fase del desarrollo, el niño debe resolver los conflictos específicos de esa fase, tales como el destete y la separación.

ración temporal de la madre en la fase oral; el control de las excreciones, en la fase anal; la rivalidad y los temores, en la fase edípica, etc. Las dificultades emocionales, por consiguiente pueden diferenciarse de acuerdo a la edad, como más o menos inherentes a la solución del problema de cada edad.

Como ya hemos expresado antes, el asma es un padecimiento -- que se origina generalmente en la etapa anal. Catherin L. Bacon(2) tiene una explicación para el proceso del asma que me parece muy interesante y me gustaría resumir aquí. Ella piensa, que así como el ataque asmático es una respuesta a la irritación fisiológica del tracto respiratorio, el asma determinada neuróticamente es la respuesta a miedos inconscientes a un asalto fantaseado sobre el aparato respiratorio, y los cambios fisiológicos que lo acompañan son intentos de resguardarse de este asalto. Se sabe que la estimulación de la mucosa anal y urogenital estimulan la respiración (23) y que puede haber una relación directa entre las funciones de la nariz y la sexualidad. Es, por tanto, posible que las fantasías excretoras agresivas estimulen las mucosas excretoras (incluyendo la genital) y que puedan, reflejamente, estimular o sensibilizar el tracto respiratorio. Entonces, cuando el tracto respiratorio ha sido sensibilizado, el asma puede ser precipitada por la agresión de un super-yo punitivo o por un equivalente ambien--

tal. Los ataques de asma pueden estar precedidos por "desafíos excretorios" contra uno u otro padre, o una imago parental cuando el paciente está peleando agresivamente, pero sin éxito, contra la dominación parental. El desafío excretorio simboliza, entonces, los impulsos anales, uretrales o sexuales excretoras hostiles, hacia la figura parental, concretamente, dirigidos contra el aparato respiratorio del objeto. Esencialmente, es la madre quien está más importantemente envuelta en la agresión asmática. En menor escala, es el padre y, ocasionalmente, puede ser un hermano u otra figura.

Bacon continúa explicando siguiendo a Freud, que uno de los primeros cambios importantes que debe tener el instinto para lograr su satisfacción ocurre en la fase anal: el niño, durante el entrenamiento de control de esfínteres, y posiblemente antes, (es muy probable que las madres de niños asmáticos sean tan hostiles con los pañales sucios como se ha encontrado que son con el llanto del niño y que el excremento, por lo tanto, pueda ser visto -- como "bueno" o "malo" ya antes del período de entrenamiento esfinterial), cataloga su excremento con dos significados opuestos. Representa, por una parte, un regalo para la madre en pago por su gratificación oral, y, en sumisión a sus deseos, si las heces son producidas en el baño y bajo su mando. Estas mismas, heces, sin embargo, pueden, si se producen en otro lado, ser como un desafío

a la madre y representar un ataque directo a su autoridad. Así el excremento puede ser visto como bueno o malo, complaciente o desafiante, de acuerdo con lo que el niño cree que será la respuesta de la madre. Es bien conocido que el erotismo oral, anal y sexual puede, simultáneamente, ser dividido en componentes agresivos y tiernos.

Generalmente, dice la autora, uno o los dos padres del niño asmático, son personas dominantes que tienden a hacer que el niño se sienta culpable por "desafiar" con actos "excretorios". Esto es, el niño culpado por desafiar excretando, extiende por analogía - la culpa a procesos preconscientes o inconscientes de desafío que vive como sucios, tales como su propio aseguramiento y el deseo de dejar a los padres. Esta culpa después viene a incluir la sexualidad infantil y el deseo de crecer que es, en cierta forma, también abandonar a los padres.

En un principio, continúa, la madre, y luego las introyecciones maternas y paternas que constituyen el super-yo independiente del niño, exigen a éste ser "bueno" y reprimir los aspectos "malos" de su excreción y sus derivados. Si estos malos impulsos hacia la madre tienden a ser manifestados, el niño teme perder su madre buena y que, en su lugar, aparezca la madre mala la cual atacará su aparato respiratorio. Como el niño desea ensuciar, teme él mismo ser ensuciado. Un ataque asmático es la

respuesta a este tratamiento, es la respuesta fisiológica exagerada a un insulto respiratorio fantaseado.

Dice que es posible que los significados más profundos de los aspectos buenos y malos de la excreción sean reprimidos porque, en ambos, las alternativas más profundas son inaceptables para el yo. La ambivalencia es un fenómeno normal, pero en el asmático la fuerza instintiva es tan pronunciada que no puede afrontar la ansiedad producida por las alternativas. La expresión abierta de cualquier descarga instintiva no satisface la necesidad de descarga del instinto totalmente, ya que si la excreción satisface sólo sentimientos de deber, o sólo el deseo de ser hostil, resultaran únicamente gratificaciones parciales. Tales sentimientos y actividades son parte de una gran fuerza instintiva y abarcan deseos de muerte hacia el objeto y, consecuentemente, temor de perder el amor y a la retaliación. Así tales afectos-- pueden causar alguna forma de problema respiratorio.

*F-** La autora afirma que aunque el castigo fantaseado por el -- asmático viene del super-yo, este se proyecta inconscientemente sobre las imagos parentales externas. El paciente lucha eternamente por ser bueno: si triunfa, la madre lo ama, lo alimenta, -- hace sacrificios por él o salva su vida (una fantasía importante y muy común en el asma severa). Cuando la agresividad "mala" del paciente está a punto de abrirse paso, todo es diferente: él tie

ne miedo que la madre lo desprecie, lo abandone, o, en lo más -- profundo del inconsciente, lo ahogue o lo asfixie. Es por todos -- * estos fenómenos que ocurren en la etapa anal que el asma se inicia más frecuentemente entre las edades de 2 a 4 años. Se ha observado que entre más cerca esté el inicio del asma de la fase -- anal, más intratable será posteriormente.

Cabría aquí la siguiente pregunta: ¿por qué el asma en es-- tos niños y no algún otro desorden? Esto trae a discusión el difícil problema de la especificidad y el papel de la herencia constitucional. ¿Existe un factor que determine la especificidad de -- síntomas somáticos?, o ¿esto depende enteramente de la constitu--- ción somática? Sperling(20) opina que la sensibilidad alérgica -- es un factor definitivo constitucional. Sin embargo afirma que -- los niños sin esta sensibilidad alérgica constitucional pueden -- tener asma y, por otro lado, los individuos con sensibilidad a-- lérgica constitucional que tuvieron asma y han sido exitosamente tratados con psicoterapia no desarrollan asma cuando son expues-- tos a los alérgenos provocantes, aunque conserven su sensibili-- dad constitucional. Ella ha hecho estudios con gemelos asmáti-- cos, observando que el asma era diferente en cada uno y que la -- actitud de la madre era diferente en cada uno también. Esto nos lleva a pensar que es la interacción entre los factores consti-- tucionales y los psicológicos la que va a dar determinado sínto

ma psicosomático, pero hay que reconocer que el mecanismo exacto de esta interacción en toda vía desconocido.

Para finalizar, quiero llamar la atención sobre un punto que a veces se escapa en el trabajo con niños asmáticos, y es el referente a la relación inversa que existe entre síntomas somáticos y psicológicos en las enfermedades psicosomáticas. Entre más enfermo esté un paciente somáticamente, menos aparente será el --- transtorno de personalidad subyacente, y viceversa. Sin embargo - hay que tomar muy en cuenta que entre más enfermo esté un paciente somáticamente es muy probable que también psicológicamente este más enfermo y, por lo tanto, requiere también atención psicológica de emergencia.

c).- La personalidad del niño asmático.- Se han hecho varios estudios e investigaciones para lograr detectar cual sería el tipo de personalidad preponderante dentro de los niños con asma, ---- Sperling(21), Gerard(9), Jessner(12), Rogerson, Hardcastle y Duguid (19), etc., coincidiendo todos en las siguientes consideraciones generales: todos los niños son muy sensibles emocional y físicamente, resienten profundamente aún la más leve crítica, muestran sentimientos paranoides y son extremadamente intolerantes a la frustración ordinaria. Una minoría reacciona con agresividad abierta y problemas de comportamiento y la mayoría responde con

negativismo creciente e inhibición emocional.

Cuando un niño en el primer año de vida experimenta frustración y expresa sentimientos de ira haciendo un berrinche, pellizcando o mordiendo las muñecas, o los senos, o azotándose contra la cama incesantemente, los cambios fisiológicos que acompañan a la ira se diseminan, involucrando funciones corporales que en un principio no son el sitio de la frustración primaria, produciendo espasmos del sollozo y desmayos, así como cólicos, vómitos diarrea y agotamiento en general. Los estudios realizados demuestran que muchos niños asmáticos se asustan de su capacidad potencial para regresar a estas formas más infantiles o anormales de expresar ira, por lo tanto, sienten que deben protegerse continuamente de si mismos y de posibles frustraciones que no pueden aceptar, formando patrones defectuosos de relación con el mundo externo en un intento de evitar esta situación.

Los niños asmáticos desarrollan frecuentemente fantasías que * sugieren una asociación de las sensaciones físicas de su enfermedad con sus sentimientos hostiles en forma muy concreta. Se ha observado que algunos niños describen y actúan su fantasía de sofocación y presión en el pecho durante la terapia.

La mayoría de estos niños son de buena inteligencia y aún - ✕ por encima del promedio, son alertas y poseen interés y orden en

las actividades de la clase, pero pueden volverse educacionalmente retardados debido a las ausencias repetidas, tiempo en el cual el resto de la clase cubre pasos básicos en el trabajo escolar formal. Su sensibilidad a la vergüenza les hace difícil aceptar sus retrasos educacionales, por lo que las enfermedades recurrentes pueden proporcionar un escape para no afrontar esta situación, a menos que la madre comprenda la reacción emocional y el profesor le ayude individualmente para recuperar lo perdido. Aunque gozan del trabajo escolar, muchos pacientes se vuelven disneicos y enfermos en la actividad libre del recreo; la excitación y el ejercicio los trastornan. A los tímidos no les gusta y temen la autoafirmación abierta de pequeños menos inhibidos.

Desafortunadamente, la sobredependencia del niño está frecuentemente alentada por la sobreprotección materna y es extremadamente difícil ayudar a los padres a aceptar el consejo de dejar que el niño corra riesgos justificados. Temen ser criticados al permitir a un niño disneico ir a la escuela o salir a jugar pero su preocupación es excesiva, ya que compensa el rechazo y aparte de su mente sentimientos de culpa.

Si un niño particular tiene que tratar con problemas intensos en los campos del cariño y la afirmación, debemos esperar que su capacidad para un desarrollo heterosexual pueda deteriorarse. Es claro que los problemas sexuales no deben clasificarse como -

síntomas específicos surgidos del asma, pero el proceso psicossomático puede empobrecer la personalidad tan ampliamente, que la maduración total no puede alcanzarse. El ataque de asma tiene un significado neurótico para el niño, así que todas las funciones corporales y sentimientos sexuales generalmente pueden parecer peligrosos por asociación.

Algunos asmáticos con sensibilidad alérgica desarrollan personalidades robustas y caracteres adecuados llevando a cabo vidas plenas, felices y normales. Muestran poca tendencia a buscar ganancias secundarias de sus síntomas y se enfrenta a su trabajo eficientemente aún cuando estén presentes crisis de asma y aprenden a controlarse y a modificar su ambiente adecuadamente y a desarrollar patrones de matrimonio estables y relaciones afectuosas con los padres. Cada persona tiene una tolerancia limitada personal al stress, pero si el clima ambiental es favorable, la agresividad puede ser utilizada para la realización de impulsos adecuados del yo y para sus ambiciones. Un grado moderado de estructura neurótica del carácter no impide la adaptación con éxito a la realidad. Es por esto que no debe de asumirse posiciones extremistas o tendenciosas en el estudio y tratamiento de estos pacientes.

3.- La Relación Madre-hijo y la Constelación Familiar. - El papel de la relación madre-hijo como un factor en la etiología de las

enfermedades psicossomáticas del niño ha recibido considerable atención en los últimos años. La mayoría de los investigadores ha enfatizado el papel de la actitud materna, ya que el niño es rechazado por la madre solamente cuando está sano y evidencia esfuerzos de independencia, pero es, de hecho, recompensado estando enfermo o impotente, con necesidad de cuidado y de atención especial.

Dunbar(5) concluyó del psicoanálisis de varios asmáticos, que tenían estos problemas en común: una intensa reacción a la separación de la madre, una demanda de amor que combina un miedo al amor y una vuelta contra la madre.

Oberndorf(17) también pensó que el ataque asmático representa el llanto del niño por el regreso de la madre: es una manifestación de un conflicto entre la represión y la agresión, el dominio y la sumisión.

Edoardo Weyss(25) fué el primero en postular que el ataque asmático es causado por miedo de separación de la madre y comparó el ataque con el grito del recién nacido con la cara enrojecida. Más tarde French y Alexander(8) expresaron su teoría, ya clásica, continuando la de Weyss y sugiriendo que el miedo es precipitado por situaciones que amenazan con la separación de la madre. También compararon el ataque asmático con el llanto reprimido de llamar a la madre, enfatizaron la gran dependencia del paciente asmático y puntualizaron que el ataque puede frecuente-

mente ser aliviado por confesión o llanto, como veremos más adelante.

/ En general, Sperling(21) piensa que las madres de los niños asmáticos tienen la necesidad inconsciente de tener al niño en un estado indefenso y dependiente. En algunas ocasiones, esto llega a tal grado que puede compararse con los casos de las madres de niños psicóticos. También sugiere que la madre y el niño representan una unidad psicológica, en la cual el niño reacciona a las necesidades inconscientes de la madre con la correspondiente obediencia inconsciente. Se piensa que al niño se le da en realidad la orden de enfermarse, que significa el quedarse dependiente e indefenso. La reacción somática del niño en estos casos viene con increíble rapidez. Los síntomas más severos pueden aparecer tan rápidamente que el observador poco entrenado, incapaz de encontrar conexiones, cae en una gran confusión. Los síntomas igualmente severos pueden súbitamente remitir sin terapia y sin una razón aparente: es como si uno observara dos curvas paralelas, las curvas madre-hijo, donde un cambio específico (elevarse o declinar) en la curva de la madre produce un cambio reactivo específico en la curva del hijo.

/ Se han hecho varios estudios sobre los rasgos de personalidad más característicos de las madres de niños asmáticos y su re

lación con sus hijos y se ha llegado más o menos a las siguientes conclusiones: (Sperling(21), French y Alexander(8), Margolis (14) y Gerard(9):

1.- La necesidad de los niños de permanecer estrechamente - unidos a la madre no es tan intensa en si, como la forma especial en que tiene que expresarse.

2.- La necesidad de la madre de estrecha cercanía con el -- niño, es un deseo inconsciente de mantener al niño en una vida infantil dependiente. A veces esto es tan intenso, que en algunos casos el niño es visto y tratado como parte del propio cuerpo de la madre, como si el acto fisiológico de haber dado a luz al niño (separación) no hubiera sido aceptado como un hecho real por el inconsciente. Este es un fenómeno llamado "apersonalización", que ha sido descrito ampliamente por Otto E. Sperling(22).

3.- Las madres siempre tienen conflictos activos no resueltos, que provienen de figuras claves tempranas en su niñez.

4.- Existe una proyección de parte de la propia personalidad de la madre en la personalidad en formación del niño.

El uso de la proyección y la necesidad narcisística de la madre, en la cual la individualidad del niño es completamente anulada, lleva a cierta hiper-sensibilidad en la percepción de la realidad por parte del niño. Debido a que esta relación específica está limitada a uno de los niños de la familia, la conducta de

la madre puede no aparecer como particularmente neurótica. Sin embargo, sus reacciones pueden ser fácilmente captadas por parte del niño enfermo. Sólo a través de las observaciones hechas por medio del psicoanálisis, se puede detectar el grado de disturbio en la conducta de la madre hacia el niño.

La actitud de la madre puede ser transferida por un camino igualmente irracional y exagerado hacia otras personas aparte del hijo, por ejemplo, el marido.

La solución de este conflicto con la madre es resuelto so máticamente por el niño. Este no puede separarse de la madre e mocionalmente ni en la realidad, por lo que tiene que hacerlo a través del síntoma somático, donde el niño tiene por una parte la ganancia secundaria de la sobreprotección y, por otra, la satisfacción de despertar profundos sentimientos de culpa en la madre. Es decir, la enfermedad del niño es una sumisión a los deseos inconscientes de la madre y a sus necesidades de control por una parte, pero, por la otra, la agresión y rebeldía del niño en contra de la madre se expresan y descargan -- junto con otros impulsos peligrosos y prohibidos a través del síntoma somático.

El hecho de que el asma o las alergias estén, con frecuencia, presentes en otros miembros de la familia de los niños en termos, parece apoyar la creencia de una etiología constitucional. En algunos casos la madre está bastante enferma o ha si-

castración, es percibida como un temor de asfixia. En el asmático la expresión de este temor se combina con un grito de socorro dirigido hacia una figura materna concebida como omnipotente y percibida todavía en un nivel pregenital, sin que sea posible distinguir aquí la idea de protección de la satisfacción sexual. Por regla general, esta "satisfacción sexual protectora" es percibida -- inconscientemente como el fin de una introyección respiratoria.

De esto surge la pregunta, ¿cuál es entonces el factor que de cide que se produzca en un caso una neurosis obsesiva y en otro u na de conversión pregenital?. De hecho, los síntomas de conver--- sión pregenital se combinan muy a menudo con tendencias neuróticoo obsesivas. En cuanto a criterio diferencial, es necesario admitir que, hasta el momento, no es posible aún dar una respuesta definitiva. Se puede presumir que en las neurosis de conversión pregenital el mismo factor que ha provocado la regresión en el caso de la neurosis obsesiva debe actuar en combinación con una "compla--- encia somática" en los órganos afectados, ya sea de carácter --- constitucional o adquirido.

Para finalizar, Alexander(1) hace notar que el papel de los factore"cuantitativos"(psíquico-económicos) en el desarrollo de los diversos síndromes no ha sido tomado en cuenta por las for--- mulaciones que sólo toman en cuenta los factores psicodinámicos. Es ese un error, dice, en que incurren prácticamente todos los estudios psicósomáticos corrientes y se debe probablemente, a las -

dificultades metodológicas que se han encontrado al enfrentarse con los factores cuantitativos. No existen, por supuesto, medios para medir la intensidad de los diversos impulsos que participan en un conflicto. Sin embargo, una cuidadosa observación psicoanalítica permite estimar la intensidad relativa de las diversas fuerzas instintivas y las defensas que se le oponen. Las consideraciones económicas parecen indispensables para una comprensión integral de las disfunciones fisiológicas. El papel de los factores cuantitativos puede también ayudar a elucidar la conexión que existe entre ciertas enfermedades denominadas "psicosomáticas" y la psicosis. Se han dado a conocer casos en que la remisión de síntomas psicóticos ha sido seguida por la aparición de síntomas psicósomáticos y viceversa. Tal relación ha sido observada entre la colitis ulcerativa y la esquizofrenia paranoide y entre el asma y la esquizofrenia paranoide.

2.- Factores Emocionales en el Niño.

a).- ¿Qué tan importante es el factor emocional? La mayoría de los clínicos con larga experiencia en este campo sostienen que en una gran parte de todos los casos de asma, independientemente de la etiología establecida, alérgica o no, los factores psicológicos son de gran importancia tanto en el curso como en el tratamiento adecuado del síndrome.

Long y Lamont (13) hicieron un estudio, famoso ya, sobre los

factores emocionales y alérgicos en niños con asma. Observaron que en un buen número de casos, los síntomas disminuían considerablemente con el sólo hecho de hospitalizar al niño sin ningún tratamiento adicional. Basándose en éste hecho, seleccionaron a 19 niños asmáticos hospitalizados con sensibilidad alérgica positiva y sensibilidad específica al polvo de la casa; cuando estuvieron libres de síntomas, su cuarto en el hospital fué impregnado con polvo de su propia casa recogido con aspiradora; - el resultado sorprendente fué que ninguno de éstos niños presentó síntomas asmáticos aún cuando la concentración de polvo era bastante mayor a la que estaban acostumbrados en sus hogares.

Los autores afirman que hay que tomar en cuenta que los sujetos estaban previamente seleccionados por un criterio inicial de selección. Los niños eran asmáticos crónicos, intratables y fueron expuestos solamente a un alérgeno, el polvo del hogar. Estos hallazgos no pueden generalizarse para todo tipo de paciente asmático. No se niega la naturaleza esencial de una predisposición alérgica en éstos niños; lo importante de estos estudios es señalar la existencia de una etiología más compleja en el desarrollo del asma bronquial en los niños.

Bacon(2) en uno de sus artículos, cita que ya desde 1886, --- Mac Kenzie demostró que un paciente que se creía sensible a las -

do asmática, o tiene aún ataques esporádicos. Aquí de nuevo puede considerarse un mecanismo psicológico aparte del hereditario: esto es el de la identificación del niño con su madre asmática. Se han hecho varios estudios de las actitudes maternas sobre el niño y la transmisión de estas actitudes a través de las generaciones(Coolidge (4)). Por otra parte, la preocupación de una madre asmática por el sistema respiratorio y la ansiedad sobre la respiración de su hijo, por lo que este siente, pueden hacer este aparato sumamente vulnerable. Desde el principio una madre que tiene o ha tenido asma, inconscientemente la estará esperando en su hijo, y, por lo tanto, estará vigilante y ansiosa y hasta cierto punto "propiciará" el ataque asmático de su hijo. Hasta aquí, las conclusiones de los autores.

Esta intrincada interacción dinámica entre la madre y el niño puede ser mejor observada en el análisis simultáneo de ambos. Sperling(20) revela que los efectos patológicos de esta interacción se manifiestan en una gran variedad de trastornos en la infancia; este es otro factor muy importante con respecto a la especificidad de los síntomas y la elección del órgano: Desde el punto de vista psicológico, es la preocupación mórbida inconsciente de la madre por ciertos órganos y funciones del niño, la que con frecuencia provoca el síntoma proyectado al niño por ella misma.

Este factor puede encontrarse operando en una gran variedad de trastornos de la alimentación, el sueño, la eliminación de orina y materias fecales, etc. Las madres de niños asmáticos tienen una preocupación mórbida por la respiración y el aparato respiratorio: las infecciones tempranas, tan frecuentes en los niños son percibidas por las madres como "predisponentes" al ataque asmático. Aquí, de nuevo los factores constitucionales y psicológicos parecen estar interrelacionados con una sobrevaloración de condiciones fisiológicas y una infravaloración de factores psicológicos: los frecuentes resfriados e infecciones respiratorias del niño no solamente tienden a aumentar la preocupación y ansiedad de la madre, sino que realmente la ayudan a racionalizar -- tal preocupación.

Como hemos visto, la relación del niño con su madre es fundamental en la patología del asma, sin embargo, hay que tomar en cuenta que el asma es no solo el resultado del trastorno de personalidad del niño o de la relación madre-hijo, sino que también es el resultado de una situación familiar patológica la cual necesita cambiar también, antes de que el niño pueda abandonar el asma. El Dr. Luis Moreno Corzo (15), en un artículo sobre la constitución familiar del niño asmático, cita las ideas de M. Abadi -- según las cuales en la familia del niño asmático la eminente lu-

cha de los sexos en un nivel de fantasía se dirige esencialmente al terreno de la posesión del hijo. El control y dominio absoluto sobre el hijo es la situación que acerca más a cada padre, independientemente de su sexo, a la realización de la fantasía básica de omnipotencia, independencia, autogratificación y posibilidad de trascender, que se encarna en el mito de la androginia. Ante la necesaria imposibilidad de realización de tal anhelo inconsciente, los padres, en ciertos niveles, se buscan y usan entre sí sólo como los objetos que brindan la oportunidad de realizar en la medida de lo posible, tal satisfacción. Esta satisfacción está vinculada específicamente con la posesión irrestricta e incompartida del hijo. La situación más próxima a este anhelo inconsciente existe en la madre cuando está embarazada y en posesión definitiva del hijo por nacer. El parto, por esta razón, tiene, entre otras connotaciones, la de amenazar su indiscutible propiedad y consustancialidad con el hijo. Como defensa ante este hecho y también para disipar otras ansiedades surge la fantasía de embarazo eterno, de la cual ya hablamos anteriormente. De acuerdo con esta fantasía, la madre impediría a toda costa el nacimiento de su hijo. Al no poder lograrlo, ya que mediante el parto se produce la separación, vivencia al hijo como un activo oponente de su deseo y en esta medida lo siente como un agresor

al que trata de reincorporar o retener, y lo hace víctima de la agresión que le produce la frustración de tales intentos. Por su parte, el padre sólo puede realizar la fantasía de posesión del hijo a través del robo del mismo, la "couvade" y otras fantasías encontradas en tratamientos analíticos de hombres durante el embarazo de sus esposas, dan suficiente testimonio de la existencia de la fantasía inconsciente de apropiarse del embarazo de la mujer y ser, por lo tanto, el único poseedor del hijo.

El ser humano, dice Abadi, en su formación, en virtud de su situación fetal, está sujeto a su propia conflictiva. Considerándolo desde un punto de vista, se encuentra cubierto por completo de peligros e inseguridades, tiene la satisfacción total y prácticamente inmediata de todas sus necesidades, pero desde otro punto de vista y debido a razones puramente biológicas de crecimiento está compelido a abandonar este claustro protector. La situación intrauterina puede tener para el feto dos connotaciones y no una sola: como hasta ahora se ha visto: por un lado, es recinto protector y gratificante, pero por otro, en la medida en que el feto crece, se convierte cada vez más en cárcel que aprisiona y ahoga. En estas condiciones, el nacimiento tiene no sólo el significado de un trauma en el sentido de Otto Rank, sino que es también el desprendimiento de una situación que amenazaba con

ahogar y que, por gratificante que fuera, se tiene la necesidad de abandonar. Por lo tanto, y en virtud de las mismas razones, la salida del claustro materno puede ser vivida en ciertos niveles como la liberación de una situación peligrosa (la de adentro) para ser enfrentados con otra nueva situación peligrosa (la de afuera). Ante ambas, la posición es ambivalente, ante ambas, la única posibilidad es la del encuentro con los "brazos protectores del padre" - que le permitan subsistir en el exterior, No los de la madre, porque ésta implícitamente plantea la posibilidad de la reincorporación, igualmente anhelada que temida. Por supuesto, ante el padre se puede vincular también en los dos aspectos, según que actúe o sea vivido como rescatador y protector o como incorporador o restrictivo. El padre del niño asmático, por su propia personalidad parece no satisfacer el rol de rescatador, por lo que el niño no tiene más remedio que volverse a prender con enorme ambivalencia a la madre con la doble o alternante actitud de buscar en ella - el refugio de su desprotección y el temor de ella al aprisionamiento y la sofocación de sus posibilidades de liberación. Esta situación alternativa o simultánea se repite, creando en todos los involucrados cantidades masivas y asfixiantes de ansiedad.

/Se han hecho otros estudios sobre la personalidad de los padres del niño asmático y se han encontrado casi siempre los mismos resultados: padre ausente-madre posesiva. Es por esto --

que mientras no se pueda romper la "atadura asmática"(21) del niño y su madre, ya que generalmente no se cuenta con la ayuda del padre ni de la constelación familiar, será imposible lograr la remisión de los síntomas.

4.- Tratamiento.

Desde el punto de vista psicológico, el medio principal por el cual se va a tratar un niño asmático es la psicoterapia. Wolberg(26) la define como "Un tratamiento para pacientes con problemas de naturaleza emocional, en el cual un individuo entrenado propositivamente, establece una relación profesional con un paciente con la intención de remover, modificar o retardar síntomas o disminuir patrones de conducta perturbados y promover el crecimiento y desarrollo de la personalidad".

Existen una gran variedad de formas de psicoterapia infantil. No se trata aquí de discutir todas y seleccionar "lo mejor" para tratar a este tipo de pacientes. Creo que en realidad no es tan importante el tipo de terapia que se utilice como lo es el utilizarla (cualquiera que sea) con un buen conocimiento de la materia, un entendimiento del niño como individuo y una actitud positiva tanto para el niño como para el tratamiento en sí. Sin embargo, existen una serie de lineamientos y conceptos generales que deben tomarse muy en cuenta y que son los que discutiremos aquí.

En el Chicago Institute for Psychoanalysis, hace algunos años se hizo un estudio sobre los factores psicógenos del asma -- bronquial y se encontró, entre otras cosas, que una de las principales relaciones dinámicas que existían era la relación entre los ataques de asma y la "confesión". Como ya se ha visto, a través de la vida de estos pacientes corre un temor inconsciente continuo, más o menos profundamente reprimido, de alejarse de la madre. Las causas de este temor, son los propios impulsos del paciente, los cuales él piensa que ofenden a la madre. Es entonces cuando utilizan una maniobra para protegerse por sí mismos contra este peligro, la "confesión" del impulso perturbador: si la madre acepta la confesión sin choque, entonces no hay problema para el niño y este mecanismo se convierte en una función normal en su vida. Pero si el niño está muy incierto de la tolerancia de la madre hacia la "confesión", quizás prefiera evitarla y precipitar un ataque de asma en su lugar, siendo este la simbolización del llanto reprimido o de la "confesión reprimida". Esta relación dinámica entre la "confesión" y el asma tiene implicaciones obvias en la psicoterapia. La condición psicoterapéutica ofrece una oportunidad al paciente de confesar completa y libremente los impulsos que en un momento son responsables de su temor a la separación de la madre, podemos esperar entonces alivio

a sus ataques, hasta que algún nuevo impulso prohibido surja y lo transtorne. Estos períodos de alivio serán cada vez más prolongados; una vez que aparezca un nuevo ataque, el problema del terapeuta será descubrir qué nuevo impulso perturbador existe y animar al paciente a encontrar nuevamente alivio confesándolo, hasta que los ataques desaparezcan completamente. El efecto de esta terapia es al principio, solamente sintomático, pero debido a la confesión que hace el paciente, éste tiende gradualmente a disminuir su inseguridad y a ir superando, así, su dependencia.

Debido a la fuerte relación que existe entre el niño y su madre, es esencial trabajar también con la madre durante el tratamiento del niño. De otra forma, los beneficios de la terapia no solamente se perderán, sino que el niño puede llegar a estar aún más severamente enfermo que antes del tratamiento, debido a la resistencia de la madre y al choque que se produce entre ésta y el terapeuta. Es incluso aconsejable según cita Spierling(20), el tratamiento de la madre primero y solamente después de una modificación apreciable lograda en la relación madre-hijo, intentarse la terapia directa con el niño. Con niños mayores es preferible que la madre y el niño sean tratados por diferentes terapeutas que tengan un enfoque similar y colaboren estrechamente.

El trabajo con los padres se hace con el fin de proveer un medio ambiente apropiado y figuras de identificación más adecua

das para el niño. Se trata principalmente de cambiar la conducta sobreprotectora de los padres por una más afectuosa y más permisiva, con objeto de permitir al niño un grado más de independencia. Al mismo tiempo, hay que animar al niño a entrar en actividades más independientes para facilitar la disminución de la ansiedad que experimenta cuando se aleja de la madre.

Por otro lado, el terapeuta debe de estar preparado para los cambios de conducta que se manifestarán en el niño durante la terapia. Spierling(20) menciona que después de que los ataques cesan, se producen conductas de sobreagresividad y rebeldía o episodios de encopresis, coprolalia, etc. Es necesario durante esta fase del tratamiento, proporcionar más salidas físicas apropiadas para la libre agresión de los niños e insistir en los padres, sobre todo en la madre, para que acepte estos cambios necesarios, transitorios en la conducta del niño.

Se ha visto, según reporta Gerard(9) que los ataques de asma pueden no ocurrir en el principio de la terapia, si se produce una transferencia dependiente satisfactoria hacia el terapeuta por parte del paciente. Pero después, una vez que los impulsos se vuelven conscientes y el temor de separación del terapeuta comienza a surgir, psicológicamente se repiten en el análisis situaciones similares asociadas con el desarrollo del conflicto emocional en la niñez: los accesos se presentan nuevamente por el mie-

do a la separación del terapeuta. En este momento, el terapeuta - debe mostrar una total aceptación hacia el paciente para que éste sea capaz de resolver el temor de desarrollar con fuerza su propia independencia y, finalmente, rechazar el deseo de dependencia infantil.

Antes de terminar, quisiera dejar puntualizado el hecho de - que la rehabilitación del asmático como la de cualquier neurótico requiere manejo experto y tiempo. Por lo tanto, considero que sería mucho más práctico y útil si se tuviera una comprensión -- más global del problema por parte de los pediatras, alergólogos y todos aquellos que tienen trato con el niño, con el fin de descubrir ~~con~~ suficiente tiempo, los síntomas de las etapas tempranas del asma y lograr así prevenir el curso total de los aconteci--- mientos, con el fin de preservar la salud tanto física como emocional del niño, y no tener que utilizar métodos más drásticos y de mayor duración para restablecer una salud ya quebrantada.

CONCLUSIONES.

El asma en los niños es una enfermedad muy característica, combina factores psicológicos y orgánicos de una manera muy singular. El niño que la padece posee un tipo de personalidad difícil que requiere de un manejo experto tanto por parte del médico como del psicoterapeuta.

La relación simbiótica del niño con su madre, las características del padre y del ambiente familiar, los componentes emocionales característicos en el proceso de desarrollo, etc. Son factores que no deben de perderse de vista cuando se trata a un niño asmático porque ésto nos dará la clave del conflicto subyacente en el padecimiento y por lo tanto de sus posibilidades terapéuticas reales. Mientras se olvide o se haga a un lado el problema emocional del niño, no podrá hablarse en términos de una curación total, y mucho menos, duradera.

Se ha discutido mucho sobre el porcentaje de pacientes asmáticos con problemas emocionales subyacentes, y la importancia -- que estos problemas emocionales tienen en el curso total de la enfermedad. Las opiniones son muy variadas y muchas veces caen en extremismos y rigideces que no permiten ningún tipo de discusión o intercambio. En realidad yo me inclino a pensar que el -- factor emocional está siempre presente en mayor o menor grado en cualquier niño con asma; el problema, muchas veces, no está en el paciente sino en la incapacidad del médico para captar estos --- componentes más sutiles dentro de la patología aparente, lo que -- da como resultado que se le de al niño un tratamiento solamente medicamentoso y se juzgue "innecesario" un tratamiento psicológico que quizás a juicio de personas mas sensibles para estas cosas, sería imprescindible.

A mi juicio un niño con asma debería ser siempre enviado a una revisión de tipo psicológico antes de iniciar cualquier tratamiento, y posteriormente, combinar las dos terapias si es necesario. Así garantizaríamos resultados mucho más valederos y estables en un tiempo menor.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alexander F.. (1966) "Psiquiatría Dinámica".Ed. Paidós 2a. Ed. Buenos Aires Argentina.
- 2.- Bacon L.(1956). "The Roll of Agression in the Asmathic Attac". The Pshychoanalytic Quarterly. Vol. XXV, Pag. 309.
- 3.- Bethman O.L.(1956)"A Pictorial History of Medicine". Charles C Thomas Publisher. Springfield & Illinois.
- 4.- Coolidge J.G.(1956)."Asthma in Mother and Child as a Special - Type of Intercomunication". Amer.J. Ortopsychiat.Vol.XXVI. Pag. 165.
- 5.- Dunbard H.F.(1938). "Psychoanalytic Notes Relating to Syndromes of Asthma and High Fever". Psychoanalytic Quarterly. Vol. VII, Pag.25.
- 6.- Fenichel O. (1945)"Nature and Classification of the so Called Psychosomatic Phenomenon". The Psychoanalytic Quartely. Vol.- XVI Pag.287.
- 7.- -----(1966)"Teoría Psicoanalítica de las Neurosis". -- Ed. Paidós. 3a.Ed. Buenos Aires.
- 8.- French T.M. y Alexander F.(1941). "Psychogenic Factors in --- Bronchial Asthma". Psychosomatic Med. Monog.Part.I.Vol. 2 --- Part.II. Vol. 3 Washington,D.C.
- 9.- Gerard M. (1946). "Bronchial Asthma in Children". Ther Nervous Child. Vol. 327 Pag.331.
- 10.-Herxheimer G.j.(1952)"The Mangement of Bronchial Asthma", ---- Butterworth & Co.(publishers) Ltd. Bell Yard. Temple Bar. Londres.
- 11.-Hinshaw H.C. (1965) "Disease of the Chest". W.B. Saunders Co.- Philadelphia & London.
- 12.-Jessner. Et.Al.(1958). "Allergic and Emotional Factors in --- Children with Asthma". Psychosom. Med. Vol. XIX, Pag.314.

- 13.- Long T.R., Lammont J. y Colb. (1958). "A Psychosomatic Study - of Allergic and Emotional Factors in Children with Asthma". - The American Journal of Psychiatry. Vol. 114, Pag. 890.
- 14.- Margolis M. (1961) "The Mother-Child Relationship in Bronchial Asthma". Journal of Abnormal and Social Psychology, Vol 63. -- No.2. Pag. 360.
- 15.- Moreno Corzo Luis. (Julio-Sept. de 1965). "La Constelación -- Familiar del Niño Asmático a la Luz de Nuevos Aspectos". Cuadernos de Psicoanálisis. Vol. I. No. 3 Pag. 257.
- 16.- Müller H.L. (1961). "The Dangers and Consequences of Steroid Therapy in Children". N.Y. State J. Med. Vol. 61. Pag 2743.
- 17.- Oberndorf C. (1935) "Psychogenic Factors in Asthma". N.Y. State J. Med. Vol. 35 Pag. 41.
- 18.- Pavón J.M. (1967) Diccionario Manual Griego-Español. Ed. Bi---biograf. S.A. 2a. Ed. Barcelona.
- 19.- Rogerson C.H. (1937). "Psychological Factors in Asthma Prurigo" Quart. J. Med. Vol. 6 Pag. 367.
- 20.- Sperling M.M.D. (1968). "Asthma in Children, an Evaluation of Concepts and Therapies". J. of the Am. Ass. of Child Psych. 7:1 Pag. 44.
- 21.- ----- (1959) "The Roll of the Mother in the Psychosomatic Disorders of the Children". Psychosomatic. Med. Vol. -- II . P377.
- 22.- Sperling O. (1944). "On Appersonation" Int. J. Psychoanal. -- Vol. XXV Pag. 121.
- 23.- Specker S. (1908-1910). "Is Bronchial Asthma a Sexual Neuro--sis" Minutes of the Vienna Psychoanalytic Society. Vol. II. -- Min. 54 A-112.
- 24.- Valenzuela R.H. (1970) "Manual de Pediatría". Edit. Interamericana. México.

25.- Weyss E. (1922). "Psychanalyse Eines Falles Nervosen Asthma"

Int. Zatscher. F. Vol. VII. Pag. 440.

26.- Wolberg L.R.M.D.(1967)"The Technique of Psychotherapy". --

Grune & Stratton Ed. 2a. Edición N.York. Vol. I.