

Estudio psiquiátrico de ciento veinte niños asmáticos comparativamente al de su afección alérgica^()*

Por los Dres.:

JULIO DE LOS SANTOS,^(**) ISIDORO DÍAZ RAMOS^(***)

Técnica, HILDA CASTILLO HERNÁNDEZ^(****)

La participación del psiquis en la génesis de las crisis del asma es interpretada, como es lógico, según la disciplina mental de quien estudia el fenómeno. También influyen en las conclusiones a que llega el investigador las características de los pacientes con quienes trabaja. Es comprensible que el especializado en cualquier rama observe casos más difíciles que los que confronta el médico general, pues éste puede resolver diagnósticos de fácil tratamiento, de rápida respuesta beneficiosa a un método inicial, siendo sólo los casos resistentes a estos tratamientos los que van a la búsqueda de los conocimientos de los especializados. Por la misma razón, el psiquiatra se encuentra con innumerables casos de asma que han pasado por el estudio del alergólogo, los cuales éste no había podido curar porque en esos pacientes había algo más que un proceso alérgico.

Los alergólogos, por su parte, con las técnicas propias de su especialidad, resuelven problemas de otros pacientes que se habían escapado al tratamiento del médico general. Para ellos es muy factible que el proceso alérgico de un paciente ceda a la supresión de la aspiración de un insecticida, a la eliminación de un árbol de la vecindad, a la protección contra la lana o la flor de seda de las almohadas, o a la hiposensibilización contra el polvo o contra hongos.

Es por esa razón que las conclusiones a que llegan estos dos grupos de especialistas, en muchas ocasiones, difieren tanto y que cada uno se crea en posesión de la verdad y vierta luego sus conceptos en la prensa médica o en la tribuna científica de acuerdo con sus interpretaciones y experiencias.

Es muy fácil caer en el error de seguir ciegamente los dictados de una escuela cuando quien la guía parece estar dotado de suficiente capacidad para emitir juicios definitivos sobre una materia y, con mucha frecuencia, tal es lo que ha sucedido con los problemas alérgicos y muy especialmente con el asma. Pero cuando en un verdadero trabajo de investigación nos dedicamos a estudiar las distintas opiniones, a cotejar las conclusiones, a estudiar lo que puede

(*) Trabajo presentado en el XI Congreso Médico, VII Estomatológico Nacional, celebrado en la Habana, del 23 al 26 de febrero de 1966.

(**) Jefe del Depto. de Alergología del Hospital "Cmde. M. Fajardo", Zapata y D. Vedado, Habana, Cuba.

(***) Jefe del Depto. de Psiquiatría Infantil, Hosp. "Cmde. M. Fajardo", Zapata y D. Vedado, Habana, Cuba.

(****) Psicóloga Técnica del Depto. de Psiquiatría Infantil Hosp. "Cmte. M. Fajardo", Zapata y D. Vedado, Habana, Cuba.

haber de verdad en cada una de ellas, a confeccionar estadísticas, a someter a juicio nuestras propias observaciones, entonces la tarea se vuelve bastante más ardua, pero también los resultados pueden ser más positivos.

Naturaleza del asmático según los psiquiatras.

Para muchos autores el asma se desarrolla en paciente de caracteres mentales semejantes, como si fuera un terreno abonado o preparado para sus manifestaciones. García del Real⁸ se refiere al llamado "temperamento del alérgico", considerándolo como un cuadro de síntomas característicos y llegando a la conclusión de que hay cinco veces más neuróticos entre estos pacientes que entre los no alérgicos.

Knapp y Nemetz,¹² en un estudio psicodinámico de 40 asmáticos, demostraron que no había paciente con asma en grado severo que no tuviera problemas emocionales y que mientras mayor era el grado de participación de la alteración pulmonar en el proceso, mayor era también la alteración psíquica, hasta llegar al invalidismo. En consecuencia, consideran estos investigadores que el asma es una de las muchas maneras en que se manifiesta la alteración de la personalidad.

Brown y Goitein,⁷ haciendo un estudio, para el que escogieron un número igual de pacientes asmáticos y no asmáticos, llegaron a las siguientes conclusiones: los asmáticos tienen tendencia a ser zurdos, a personalidades psiquiátricas, a neurosis y a inestabilidad emocional. En resumen, encontraron una inadaptación neurótica y emocional en un 43 por ciento de los asmáticos comparado con un 10 por ciento del control.

Se ha señalado una relación estrecha entre el asma y la personalidad.¹⁵ Rubin

y Moses,¹⁷ de la observación de 45 asmáticos de 2 a 43 años de edad, incluyendo electroencefalogramas, llegaron a la conclusión de que los asmáticos parecen comprender un grupo fundamentalmente pasivo y dependiente: hijos de madres que se preocupan demasiado por ellos, los que, a su vez, no tratan de independizarse, sino que, por el contrario, siempre buscan la protección del medio que les rodea.

Para Berruezo,¹ en un estudio del existencialismo: proyección del hombre en el espacio y en el tiempo, el asmático vive en "un espacio-tiempo coartado en la atmósfera inauténtica de una hiperpotencia de su dominio sobre seres y cosas".

Que la alergia no juega papel en estos fenómenos de la personalidad, es sostenido por Long y colaboradores,²² citados por Bakwin.²³ A los 18 niños internados en un hospital, que habían reaccionado positivamente a pruebas de polvo de la casa, se les sometió a atmósferas en que se había esparcido polvo, y en ninguno de los casos se presentaron manifestaciones clínicas o subjetivas de alteraciones respiratorias.

Para este grupo de investigadores el asma se desarrolla en individuos que tienen un patrón mental que los predispone a este padecimiento o, por lo menos, se manifiesta en los que esa afección es susceptible a desarrollarse. Algunos de estos autores son partidarios de la teoría del asma psicógena esencialmente, asma despertada por un factor psíquico y no por un factor alérgico.⁹ Tal es el caso de un niño citado por Hoch y Zubin.²¹ Su asma se inicia al nacer su hermanita. Nosotros tenemos en estudio un caso que parece calcado del anterior, pues se trata de un niño en el que también comienzan sus crisis de asma con el advenimiento de su hermana, y la rivalidad con ella es tal

que hasta la maltrata, coincidiendo sus más intensos ataques con los momentos de triunfos intelectuales de su hermana.

Tenemos también en estudio un niño de tres años en el que se manifestaron los primeros síntomas de asma la mañana del 15 de abril de 1961, cuando fue despertado por los aviones que, procedentes de Miami, bombardearon La Habana. No obstante, tanto este caso como el anterior son de naturaleza alérgica, pues ambos niños padecieron de coriza con anterioridad, lo mismo que tantos otros en que la coriza viene a ser la antesala del asma.²⁵ En casos semejantes cabría considerar si el choque nervioso fue sólo el precipitante, el desencadenador —por decirlo así— de la enfermedad, pero nunca la causa única de la misma.

Opiniones contrarias a la existencia de un patrón mental asmático:

Existe un grupo de médicos que pretende desconocer que hay una psiquis impresionable, y otro de alergistas que solamente ve una sección de piel para hacer pruebas, una bandeja de jeringuillas y otra de alérgenos, que considera que todo se puede resolver con esos elementos externos y con una almohada protegida con un nylon impermeable porque todo termina en la alergia. Eso es la montaña opuesta que limita el valle.

Los hay también que son estudiosos investigadores, que no se conforman con ver sólo una cara de la medalla y someten a pruebas aún las consideraciones más radicales. Así actúa, por ejemplo, M. C. Harris,³ quien en un estudio realizado en escuelas de primera enseñanza —guiado por las opiniones de los maestros al describir las actitudes y las reacciones de un grupo de niños con asma y relacionarlos con descripciones simi-

lares de niños no asmáticos— encontró que, aún cuando los trastornos emocionales son comunes, no están limitados ni son específicos del asma. El investigador no pudo encontrar evidencia de síntomas elevados o intensificados, ni alteración del comportamiento en el grupo asmático en relación con el no asmático.

Cabría también considerar que, según las opiniones de los partidarios de las teorías que más arriba expusimos, encontraríamos más asmáticos en los pacientes con psicosis y en los epilépticos, pero no es así. Lewitt,¹³ en un estudio de nada menos que de 11,647 pacientes con psicosis funcionales, encuentra solamente 10 casos de asma bronquial, y no encuentra un solo caso en un estudio de 5,000 tarados mentales y epilépticos.

Esos patrones primitivos polimorfos de la personalidad son comunes a otras enfermedades, como las artritis, la hipertensión arterial, las colitis y otras, según ha señalado McLaughlin,¹⁴ y deben ser estudiados entre las enfermedades de larga cronicidad como la tuberculosis.

Del mismo modo, el caso del niño celoso que martiriza a su hermanita, que le rompe los juguetes —caso muy frecuente—, no por eso ni por padecer afección alérgica alguna y menos aún por sufrir de asma, debe llevarse a visitar ningún médico, sino a quien debe llevarse es al psiquiatra, pues su afección puede ser producida por el odio involuntario, pero intenso y dañino, a quien le robó el trono del centro de interés familiar, catalogado como de "motivo de seguridad".²⁶

Nuestro punto de vista:

Inhibiéndonos de actitudes e interpretaciones extremistas, las que nunca tomamos o adoptamos, expondremos a

continuación lo que consideramos que existe de realidad entre esos puntos de vista tan disímiles:

En el estudio de un paciente, dos elementos tenemos que considerar y nunca olvidar que existen: el cuerpo o soma, la mente o psiquis. Olvidada esta última entidad durante una larga época de la Medicina que pudiéramos llamar somática, aparece en la escena de la ciencia como un punto que en la pantalla fuera acercándose para ocuparla toda en su momento. El estudio hoy día de las influencias del soma sobre el psiquis y de las repercusiones de la mente sobre el cuerpo, constituye una orientación muy importante en el moderno tratamiento de las afecciones que nos ocupan. Tal vez la Medicina psicosomática resulte ser algo nuevo para algunos; así es justo que recordemos algunos aspectos:

El llanto, por ejemplo, no es más que la repercusión del psiquis sobre el órgano: es la reacción que las emociones producen sobre las glándulas lagrimales y los músculos faciales. Sabemos que las emociones repercuten sobre distintos órganos de nuestra economía, según la susceptibilidad del individuo. Para algunos la reacción se registra en el corazón y se manifiesta en una arritmia o en un espasmo coronario; en otros, en el aparato digestivo, produciéndose las conocidas colitis emocionales o el estreñimiento del viajero, y en otros se manifiesta en el sistema vascular meníngeo, apareciendo las molestas migrañas. Así pudiéramos ir citando numerosos ejemplos de afecciones conocidas por todos, las cuales son provocadas por la acción del psiquis sobre un órgano determinado.

El psicosomatismo en el asma:

El asma, en cuyo mecanismo actúa de modo manifiesto el sistema nervioso, no escapa a esta regla y es elevado el núme-

ro de casos de crisis de asma desarrollados por el influjo de una impresión psíquica. Para más fácil comprensión, recordemos las crisis de disnea provocadas por un susto o por cualquier estado de ansiedad.

El asma y el llanto tienen a veces el mismo mecanismo fisiológico, o sea, que el asmático llora con sus pulmones en sus crisis de asma. Así opina French,⁷ para quien toda crisis de asma es de origen psicógeno, siendo uno de los investigadores que no ven en el asma más que un fenómeno provocado por una irritación psíquica. Es muy frecuente encontrar en los libros el enfoque hacia la relación que existe entre el asma y el llanto, y hasta se cita en alguno el caso de una niña que comenzó a sufrir sus crisis asmáticas cuando dejó de llorar.

De que las crisis de alergia, y específicamente de asma, pueden ser declaradas por mecanismos nerviosos y a punto de partida de emociones, es decir, de fuertes impresiones psíquicas, no hay duda alguna; y muchos son los casos en los que la influencia del psiquis es bien manifiesta, de los cuales expondremos algunos a continuación.

En un número del National Geographic Magazine menciona el autor de un artículo sobre unas islas de la Polinesia, que las alumnas de una profesora americana quisieron festejarla y con el arte inimitable de los habitantes de aquella isla hicieron flores artificiales tomando como modelo las fotografías de la enciclopedia. Al entrar la maestra en el aula y ver la profusión de flores, a las que reaccionaba alérgicamente en su patria, desarrolló inmediatamente una intensa crisis de asma. Casos como éste hay muchos citados en la literatura médica.

Dekker y Green,¹ sometieron a pacientes a distintos estímulos para estu-

diar el desarrollo de las crisis de asma, observando que un paciente se ponía disneico si advertía partículas de polvo en el aire a la luz del sol, pero no se le presentaban los síntomas cuando no entraba el rayo solar aunque existiese en la habitación mayor cantidad de polvo. Se cita también el caso de una mujer que sufría un ataque de asma siempre que entraba en un ascensor, así como el de otra que se le presentaba el asma cuando visitaba la tumba de su padre acompañada en la visita por su madre, pero nunca cuando lo hacía sola. Cualquier médico observador tendrá algún caso que añadir a este grupo.

Nosotros recordamos el de una señora que tenía alarmados a su esposo y a su hijo porque las fuertes crisis de asma que padecía obligaban a recluirla en una clínica. Es uno de los casos más violentos de asma que hemos atendido y, sin embargo, poco papel jugaba allí la alergia y sí mucho el deseo de la paciente de impedir la boda de su hijo.

En otra parte¹⁵ hemos citado el caso de un niño que llevaba tres años libres de toda manifestación alérgica después de haber sido sometido al tratamiento correspondiente a sus crisis de origen alérgico. Lo volvemos a mencionar aquí por el valor que tiene la observación y porque habiendo transcurrido nueve años más desde que el artículo fue publicado, persisten los resultados positivos. La madre de ese paciente nos llamó un día, al mediodía, para que acudiéramos urgentemente pues el niño estaba con un ataque de asma. En el camino íbamos preocupados y desilusionados por el fracaso de aquello que significaba una recaída después de tres años de aparente curación. Lo inesperado la crisis, el haber comenzado al mediodía, el no haber antecedentes de haberse alterado sus reglas de higiene y de dietética, me hicieron pensar que había

algo más que un ataque de asma alérgica, sospecha que fue confirmada cuando la madre nos informó que el niño estaba disgustado con el nuevo maestro de la escuela. La indicación en voz bien alta para que lo oyera nuestro joven paciente de que se le administrara un purgante de aceite de ricino y de que lo mandara a la escuela, resolvió el problema y, hasta la fecha, hace ya más de quince años, el joven no ha vuelto a padecer de asma. De no haber actuado de aquel modo, tenemos la seguridad de que el joven paciente hubiese continuado con una sucesión de crisis de asma psicógenas, recurriendo a ellas como refugio cada vez que la vida le hubiese reclamado un esfuerzo.

Los sentimientos y el asma:

El odio a un familiar en relación directa —padre, madre o abuelos—, o el temor a quedarse sin el apoyo de los mismos, hace que ciertos pacientes recurran más o menos conscientemente a las crisis de asma, porque saben que con ellas van a volver a ser centros de interés y tendrán el apoyo que reclaman. Miller y Baruch¹⁶ hicieron un estudio bien detallado de uno de estos casos, y nos parece de tanto valor, que presentamos su resumen aquí. En la ciudad de los Angeles, California, un niño era alérgico a pólenes, pero sus crisis no coincidían con el mayor conteo de pólenes en la ciudad. Haciendo un estudio psíquico de la madre, que en realidad no amaba a su hijo ni deseaba alimentarlo; y otro del padre que se preocupaba en exceso del hijo, estudiando a la vez al niño que estaba en el centro de estos seres, demostraron una perfecta coordinación entre los conflictos emocionales y los ataques de asma. Existía en el niño el sentimiento, la impresión, de que no era amado, y cuando la cólera contra

sus padres era bloqueada por el temor a un castigo o a quedar abandonado, el asma hacía su aparición. En este caso los problemas emocionales se traducen somáticamente como alergia clínica que funcionaba como patrón ya fijado de antemano porque el niño era alérgico de antes, es decir, tenía una constitución alérgica, pero en crisis que eran completamente independientes del factor alérgico. Este es un caso semejante al que presentamos anteriormente.

La influencia de una madre dominante, de un padre avergonzado del asma que padece su niño, de una abuela sobreprotectora que no deja salir a su nieto a jugar cuando asoma la más ligera nubecita en el horizonte, la de una madre que no deseó tener ese hijo o la de la que sublima toda su existencia sobre el pequeño ser que tiene a su sobreprotección, ha sido estudiada frecuentemente^{27, 28, 29} y son numerosos los libros de psicología y de psiquiatría que orientan a ese respecto. Nuestra opinión es que esos familiares son a veces más dañinos que los más potentes alérgenos y bloquean la acción terapéutica del médico haciendo todo lo posible —la mayor parte de las veces inconscientemente— por perjudicar a sus enfermos.

El asma psíquica y el terreno alérgico:

Para la mayor parte de los autores, el asma psíquica necesita de un terreno alérgico para su desarrollo, pues lo que hace el psíquico es repetir en el organismo lo que éste aprendió de un modo natural, ya que no hay asma sin alergia previa. En contra de esta interpretación están los trabajos de Jacquelin y Turiaf¹¹ que presentan un estudio de 3 pacientes en los que el asma se les presentó a consecuencia y a continuación de una

gran emoción, pero en los mismos jamás se había presentado crisis asmática alguna. Dejamos sentada la posibilidad de la aparición del asma en un terreno no alérgico porque todo es posible en la naturaleza; pero hay que recordar que todo lo que se manifiesta con disnea no es asma y también que hay asma de etiología histérica, es decir, crisis de disnea sin las verdaderas características del asma, así como hay bronquitis espasmódicas proxísticas de origen viral que no tienen otra relación con el asma alérgica más que el fenómeno espasmódico.

Entre los que como Hunger¹⁹ niegan el origen nervioso del asma y aquellos que quieren ver una manifestación psicósomática en toda crisis asmática, están los que van reduciendo el campo a sus propios límites. Así, Edgell⁵ considera que en un veinte por ciento de los casos la incapacidad de los alérgólogos para resolverlos sugieren la influencia de los factores psíquicos, pues la mayor parte de los asmáticos estudiados por él tenían inseguridad emocional acentuada y una fuerte necesidad de amor paternal y protección.

Motivos de estudio:

Hasta la fecha nos hemos tenido que valer de los datos recogidos en el extranjero debido a la falta de estadísticas entre nosotros. Tampoco se ha hecho un estudio que contemple la relación asma-psiquiatría, siendo éste el primero de cierta convergadura que se recoge en nuestro medio, aunque hemos de aclarar que no estamos plenamente satisfechos con los resultados debido, en parte, precisamente a la falta de colaboración de los familiares en asistir regularmente a las sesiones de psiquiatría o a las citas en el departamento de alergología.

Nos hemos preocupado por esclarecer los siguientes datos:

FRECUENCIA DE LA EPILEPSIA
INTELIGENCIA EN EL NIÑO ASMÁTICO
SOBREPROTECCIÓN FAMILIAR
RELACIÓN MADRE-PADRE
SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS MÁS FRECUENTES.

A ese efecto, hemos dividido el conjunto de los 120 niños en grupos, clasificándolos de acuerdo con el tiempo de evolución de la afección y el sexo, estudiando los síntomas y su frecuencia en relación con esos datos y con el grado de evolución, favorable o no, de la afección según el siguiente cuadro:

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA AFECCION

	Ev. hasta 5 años	Ev. hasta 10 años	Ev. más 10 años	Sin precisar
Varones	27	23	10	8
Hembras	24	19	7	5
	51	41	17	11
Total de varones:			67	
Total de hembras:			53	
T o t a l :			120	

Es de suma importancia aclarar que el estudio psiquiátrico de estos pacientes ha sido realizado por uno de nosotros, el Dr. Díaz Ramos, de un modo absolutamente independiente, sin conocer él el tratamiento alérgico ni la evolución de la afección, y solamente ahora, al preparar el trabajo para este Congreso, es que los resultados han sido cotejados y se ha discutido caso por caso.

Para poder evaluar los resultados del tratamiento impuesto a nuestros pacientes, nos hemos tenido que valer de un método subjetivo, el de la apreciación clínica de la afección, habiendo sido muy estrictos cuando hemos clasificado los casos como de evolución favorable. Consideramos evolución *buena* cuando el paciente o los familiares nos han re-

portado que el niño o niña no ha vuelto a tener crisis alguna de asma por un período mayor de un año; *regular* cuando, a pesar de haber mejorado en intensidad y frecuencia de las crisis, éstas persisten; y *mala* cuando las manifestaciones persisten con la misma intensidad y frecuencia de antes. Hay un grupo que calificamos como *sin determinar*, en que, ya por falta de datos precisos, por no asistir a las citas o por haber abandonado el tratamiento últimamente, nos hemos visto en la imposibilidad de llegar a una conclusión sobre la evolución de la enfermedad. Por lo general consideramos a este grupo entre los clasificados como *mala*.

La epilepsia en el asma:

Para algunos investigadores, entre ellos Escardó,⁶ de la Escuela Argentina de Pediatría, hay una influencia predominante de epilepsia en la génesis de los procesos alérgicos. Rubin y Moses,¹⁷ en un estudio de 45 pacientes, señalan que los registros alfa dominantes son tres veces más frecuentes en los pacientes asmáticos que en los no asmáticos, pacientes que, por lo general, eran pasivos, dependientes, con padres sobreprotectores. Dees y Lowenbuch¹⁹ reportan estudios electroencefalográficos en 85 niños comprendidos entre las edades de 2 a 14 años, 66 de los cuales habían tenido manifestaciones alérgicas por más de dos años. En 22 de ellos había un trastorno convulsivo asociado a los electroencefalogramas, en los que 75 de los 85 pacientes eran definitivamente anormales, y había una incidencia de arritmias más alta en los alérgicos que en los otros. También apreciaron que la arritmia occipital era más frecuente entre los pacientes con historia familiar de alergia que entre aquellos que tenían una historia negativa.

Blatman y Metcalt²⁴ realizaron electroencefalogramas en 50 niños asmáticos, con asma severa que no respondía a los tratamientos usuales, y en ellos se encontraron registros anormales en 24 casos. Dos pacientes con epilepsia, cuyos encefalogramas mostraban anomalías fo-

cales y paroxísticas y cuyas crisis se controlaban con drogas anticonvulsivantes, mostraron con ellas mejorías clínicas en el asma.

En estudios realizados por nosotros hemos hallado los resultados siguientes:

<i>EEG no realizados:</i>	55	} Epilepsia clinicamente 1 Dudoso 1
<i>EEG realizados:</i>	65	
Epilepsia:	5	} 1 no clinicamente 3 sí 1 dudoso
Normales:	54	
Anormales:	6	} 3 epilepsia clínica 1 dudoso
<i>Total: Epilepsia clínica</i>	7	
Casos dudosos	3	Epilepsia clínica 0

En la agrupación por tiempo de evolución y sexo, los resultados son los siguientes:

VARONES de 1 a 5 años.

		Epilepsia Clínica.	Dudoso
No se realizó EEG.	13	0	0
Ondas de epilepsia	2	1	1
Normal	10	2	0
Anormal	2	0	0
	—	—	—
	27	3	1

HEMBRAS de 1 a 5 años.

		Epilepsia Clínica.	Dudoso
No se realizó EEG.	9	0	0
Epilepsia	0	0	0
Normal	14	0	1
Anormal	1	0	0
	—	—	—
	24	0	1

VARONES. Evolución del asma hasta 10 años:

		Epilepsia Clínica.	Dudoso
No se realizó EEG.	7	0	0
Ondas de epilepsia	3	2	0
Normal	11	1	0
Anormal	1	0	0
	22	3	0

HEMBRAS. Evolución hasta 10 años:

		Epilepsia Clínica.	Dudoso
No se realizó EEG.	13	1	1
Epilepsia	0	0	0
Normal	5	0	0
Anormal	1	0	0
	19	1	1

Total 41 niños:

Epilepsia clínica 4
Dudosa 1

Evolución: Buena 1
Regular 1
Mala 2

VARONES. Evolución más de 10 años de asma:

		Epilepsia Clínica.	Dudoso
No se realizó EEG.	4	0	0
Epilepsia	0	0	0
Normal	6	0	0
Anormal	0	0	0
	10	0	0

HEMBRAS. Más de 10 años de asma:

		Epilepsia Clínica.	Dudoso
No se realizó EEG.	2	0	0
Epilepsia	0	0	0
Normal	5	0	0
Anormal	0	0	0
	7	0	0

VARONES. Sin determinar tiempo de evolución (Manifestaciones variables)

		Epilepsia Clínica.	Dudoso
No se realizó EEG.	5	0	0
Epilepsia	0	0	0
Normal	3	0	0
Anormal	0	0	0
	8	0	0

HEMBRAS.

		Epilepsia Clínica.	Dudoso
No se realizó EEG.	2	0	0
Epilepsia	0	0	0
Normal	0	0	0
Anormal	1	0	0
	3	0	0

En resumen, en los 120 niños hemos encontrado 7 casos con manifestaciones clínicas de epilepsia y 3 casos dudosos, no pudiendo demostrar una relación entre estas manifestaciones y la morbilidad del asma; por el contrario, en la mayor parte de los pacientes con epilepsia se ha observado una respuesta favorable al tratamiento alérgico.

Esos 7 casos representan un 5.8 por ciento, considerando los de epilepsia clínica, y un 8.3 si consideramos los casos dudosos.

Apreciamos, por lo tanto, que en Cuba no existe esa relación de causa y efecto entre la epilepsia y los síntomas de asma señalada por Escardó en la Argentina y por otros autores en los Estados Unidos.

Recomendamos el estudio electroencefalográfico sistemático de los niños asmáticos, tanto como para precisar estas conclusiones, como para determinar casos no aparentes de epilepsia, que si pueden intervenir directa o indirectamente en las crisis de asma.

Inteligencia:

En otra parte¹⁵ hemos publicado que el niño asmático era inteligente y, con frecuencia, de una inteligencia por encima de los valores normales, pero ello era basado solamente en nuestra apreciación.

A fin de determinar la inteligencia de los 120 niños, se les practicó la prueba de Goodenough, habiéndose podido realizar la prueba de Terman Merrill solamente en 28 casos debido a dificultades materiales y en ellos encontramos la elevada cifra de 8 supernormales que es un índice bastante alto y que por el presente confirma nuestras suposiciones previas.

En los 120 niños presentados solamente encontramos dos con retraso mental.

Influencia de la sobreprotección familiar:

El siguiente cuadro resume nuestras observaciones:

No sobreprotección	72
Sobreprotección	48
Sopreprotección materna	38
Idem paterna	2
Idem materna y paterna	1
De ambos y un tercer familiar	1
Otro familiar solo	6

La evolución de la afección ha sido *buena* en el 41.6% de los 48 pacientes sobreprotegidos. Si a este grupo le agregamos los de la evolución *regular*, tendremos un 51% de pacientes que responden favorablemente al tratamiento impuesto y ha sido *mala* en el 35.5% de los pacientes sobreprotegidos.

Por los resultados anteriores podemos deducir que en un gran porcentaje de los pacientes, prácticamente en la mitad, la sobreprotección no impide la mejoría de ellos y no sólo es así sino que tene-

mos la impresión de que el éxito de un tratamiento en un niño puede ser debido al extremo cuidado de los familiares en cumplir las indicaciones.

En otros casos esa sobreprotección es dañina en extremo, como lo es en el caso de la madre preocupada que continuamente le está preguntando a su hija si se siente bien, si experimenta dificultades para respirar, y la mantiene en un estado de ansiedad que concluye en hacer a su hija hiperconsciente de su afección.

En las conferencias de divulgación popular sobre asma que preconizamos en otro trabajo presentado a este XI Congreso Médico Nacional, debe insistirse en la acción dañina de esta sobreprotección familiar y orientar a los familiares a que guíen a sus hijos hacia la salud sin dañarles el psiquis.

NIÑOS SOBREPOTEGIDOS

<i>Evoluc. hasta 5 años</i>	<i>Sob.-protegidos</i>	<i>Evolución buena</i>	<i>Evolución regular</i>	<i>Evolución mala</i>	<i>Sin determinar</i>	<i>%</i>
Varones	11	3	2	1	5	22.8
Hembras	8	3	2	2	2	16.6
Ev. hasta 10 a.						
Varones	9	6	2	0	1	18.7
Hembras	10	3	1	0	6	20.8
Ev. más de 10 a.						
Varones	6	3	0	0	3	12.5
Hembras	2	1	0	0	1	4.1
Ev. variable:						
Varones	1	0	0	0	1	2.0
Hembras	1	1	0	0	0	2.0
	<u>48</u>	<u>20</u>	<u>6</u>	<u>3</u>	<u>19</u>	<u>99.5</u>

Estabilidad psíquica en el hogar:

Las relaciones familiares malas y regulares ocupan el 25.8 por ciento de los enfermos estudiados. Cuando posteriormente hemos estudiado esos casos en relación con la evolución de la en-

fermedad y la respuesta a los tratamientos, nos hemos encontrado que 17 de los 31 pacientes que constituyen ese 25.8% pertenecen al grupo de pacientes cuya evolución no hemos podido determinar, ya sea por la asistencia irregular o por la falta de colaboración de los

familiares, constituyendo el 54.9% de los pacientes en cuyos hogares no reina la paz. Es una cifra bastante alta y la colocamos frente a las obtenidas en aquellos niños sobreprotegidos en que se obtiene un rendimiento alto en el tratamiento. Ya anteriormente, aunque señalando el daño de la sobreprotección, mencionábamos los efectos favorables que se pueden derivar de ésta. También observamos cifras favorables en estos casos de inestabilidad hogareña en los niños cuya asma tiene más de 10 años de evolución y en las niñas hasta los 10 años de evolución, como si a esa edad se pudieran liberar de la inestabilidad hogareña y prestar más atención a su afección.

Síntomas psiquiátricos:

Entre otros estudios realizados en estos niños, algunos de los cuales serán motivo de trabajo aparte, está el de los síntomas psiquiátricos cuyo resumen es el siguiente:

Con un síntoma: 64 pacientes

Hiperinquietud	42
Enuresis	5
Timidez	2
Irritabilidad	2
Disminución de la atención	1
Onicofagia	3
Manipulaciones habituales del cuerpo	1
Cefalea	1
Sueño intranquilo	2
Miedos	2

Con ningún síntoma: 34 pacientes

Con dos síntomas: 23 pacientes

Hiperinquietud	20
Sueño intranquilo	8
Onicofagia	2
Desobediencia	2

Tendencias feminoideas	1
Enuresis	2
Miedos	3
Irritabilidad	2
Agresividad	3
Emotividad	1
Timidez	1

Con más de dos síntomas: 2 pacientes

Hiperinquietud	2
Sueño intranquilo	1
Onicofagia	1
Enuresis	2
Tics	1
Timidez	1

La hiperinquietud es el síntoma más frecuente, 64 casos, siguiéndole el sueño intranquilo y después la enuresis nocturna, que ya ha sido reportado en otros trabajos como un síntoma de mucha frecuencia en los pacientes asmáticos.

Tendencia feminoide:

Hacemos resaltar la observación de que en los 67 pacientes varones hemos encontrado un solo caso de tendencia feminoide lo cual está muy por debajo de los valores normales obtenidos en el Departamento de Psiquiatría Infantil del Hospital Docente "Comde. Manuel Fajardo" y en otros reportes psiquiátricos.

Sorprendidos por este dato hemos recordado que en nuestra casuística, de más de 25 años de tratamiento de niños asmáticos, solamente recordamos dos casos con tendencia feminoide y uno de ellos tenía síntomas de hipogonadismo estando en tratamiento en el Departamento de Endocrinología. Si comparamos esta cifra con la bastante alta de los pacientes sobreprotegidos, el hecho resulta más sorprendente.

Colaboración alergólogo-psiquiatra:

Por todo lo expuesto se comprende que la estrecha colaboración entre alergólogos y psiquiatras ha de dar óptimos frutos en el tratamiento del paciente asmático y debe recurrir a ella el alergólogo en todo centro hospitalario bien organizado como plan plenamente definido desde el inicio del estudio del paciente. El psiquiatra ayudará al alergólogo tratando de dilucidar las alteraciones psíquicas que puedan desencadenar las crisis de alergia. Si seguimos esta regla con todos los pacientes que acudan a los centros de tratamiento, podremos en el futuro tener en nuestro poder un conjunto de observaciones que nos permitirá llegar a conclusiones de mucho valor para futuras normas.

Al hacer su tratamiento el alergólogo está en la obligación como cualquier buen médico de hacer la necesaria psicoterapia sobre su paciente, dándole confianza, no prometiéndole curaciones donde no crea que las va a obtener, dándole importancia a los síntomas de mejoría y restándosela a cualquier síntoma banal que pueda presentarse, aconsejando también a los familiares sobre la forma de tratar al paciente. No debemos olvidar que una afección crónica, como lo es el asma, terrible en sus crisis agudas, que invalida al individuo cuando los ataques son repetidos, que le impide su desarrollo físico e intelectual y que afecta enormemente su economía, tiene que repercutir sobre el psiquis. No podemos olvidar nada de eso ni las consideraciones sobre el joven asmático en especial, que cuando está en su crisis, puede dar origen a la formación de un reflejo condicionado al que recurra más tarde cuando la vida le reclame un esfuerzo y su psiquis entonces lo engañe ofreciéndole una crisis de asma como refugio. Es el caso del joven estudiante que, en días cercanos

a su examen, desarrolla una crisis asmática, o de la joven que tiene que posponer su boda por el asma que se le presenta de improviso. Son estos los casos que si el alergólogo no los estudia bien, lo pueden llevar a considerar que fracasó en su tratamiento, y es cuando él, con una buena preparación puede terminar con el engaño del psiquis y cortar para siempre una afección de asma que, de otro modo, se haría intratable.

En los casos rebeldes a tratamiento usual, es cuando la íntima colaboración entre alergólogo y psiquiatra adquiere su mayor valor. El niño en quien se desarrolla una crisis de asma cada vez que ingiere un alimento determinado, no llega a la consulta del alergólogo, porque él o sus familiares descubren las causas de las crisis y las suprimen. El paciente a quien se le encuentra alérgico al miraguano y se le ordena forrar sus almohadas cesando así sus manifestaciones alérgicas, no es problema de discusión. Pero si lo es el caso rebelde que ha recorrido consultas de médicos generales y especialistas y que cada día está peor. Entonces sí es probable que muchos de esos casos respondan mejor a una orientación terapéutica dirigida o en colaboración con el psiquiatra.

No es fácil remitir estos pacientes al psiquiatra, porque muchos de ellos creen que los consideramos afectados del sistema nervioso, como incurables por las prácticas usuales de la medicina, y es nuestro deber hacerles comprender que el psiquiatra forma parte del arsenal terapéutico y que hay muchos trastornos orgánicos que responden a alteraciones del psiquis, sin que por ello esos pacientes sean unos esquizofrénicos.

Estos casos son pocos, mucho menor su número del 20 por ciento que cita Edgell, por lo menos en lo que respecta

a un alergólogo de experiencia; pero de todos modos, al encontrarnos con ellos es cuando necesitamos hacer contacto con el psiquiatra para procurar, con su experimentada colaboración, la salud del paciente.

Considerando el asunto desde otro punto de vista, no concebimos que se instituya un tratamiento psiquiátrico a un asmático a quien no se le haya hecho un estudio clínico completo, lo cual incluye el examen alergológico. En la práctica así sucede y más en el presente en que ya el paciente alérgico acude a los Servicios de Alergología a las primeras manifestaciones de su afección.

CONCLUSIONES

No aceptamos la existencia de un "temperamento asmático", considerando como tal una disposición mental previa en la que el asma germine al igual que una semilla que caiga en terreno propicio. Sí aceptamos la existencia de un "temperamento del alérgico", si es que consideramos como tal una organización físico-química en el soma, que se traduce al exterior en todas sus manifestaciones psíquicas y físicas, pero siendo siempre estas manifestaciones psíquicas consecuencia y nunca causa del proceso alérgico en el que el asma o la reacción alérgica es solamente el fenómeno visible. El temperamento del alérgico se va modificando a medida que se va instaurando la salud que llega como un compromiso cuando se han eliminado todos los factores que la alteraban: eliminación del alérgeno, supresión de las espigas irritativas psíquicas o de cualquier naturaleza o, lo que es lo ideal, modificación del organismo para cambiar su polaridad, tal como sucede cuando hay un cambio en la pubertad. Para aclarar más este asunto: las manifestaciones de dependencia familiar, irritación, etc., cesan cuando los contactos

alérgeno-anticuerpo han dejado de producirse o cuando el organismo por alguna razón ha cambiado su polaridad y el alérgeno es incapaz de producir la irritación. Sólo puede persistir el asma como reflejo condicionado, y esto sí es muy importante tenerlo en cuenta, porque es el gran grupo que determina el fracaso de los regímenes impuestos por los alergólogos cuando se olvidan del psiquis.

Si hay el caso del niño que, estando previamente en buen estado de salud, desarrolla una crisis de asma al penetrar en una atmósfera de polvo o de hongos, o cuando ingiere un alérgeno sin que él conozca su naturaleza por administrárselo en cápsulas o en pastillas, también hay el caso del paciente que al ver a través del rayo solar flotando el polvo desarrolla crisis de asma.

Consideramos de importancia una serie de observaciones realizadas en nuestra experiencia de veinte años en el tratamiento del asma: el niño de carácter irregular, nervioso, excesivamente dependiente de la madre o de la abuela, que parece apocado, irritable, lenta y gradualmente va mejorando de carácter en cuanto se le instituye un tratamiento en que se elimina el alérgeno o cuando la hiposensibilización frente a los mismos fortalece su organismo y fija entonces su atención en los estudios, recupera el tiempo perdido y su felicidad, hasta que un día los familiares notan el cambio y nos dicen llenos de satisfacción que el niño se ha transformado, que dejó de ser díscolo, malhumorado y mortificación. A veces son quejas agradables las que el médico recibe, esto es: ya el niño no quiere permanecer en casa, se pasa el día jugando a la pelota o paseando, únicamente está en casa el tiempo necesario para comer y dormir. ¿Qué sucedió con todo aquel

cuadro o enmarcamiento de *temperamento somático*, de encefalogramas definidos, de *espacio-tiempo coartado*? ¿No es ahora el mismo paciente sin la acción de sus alergen^{os} dañinos? Todo aquel cuadro morbo^{so} se desvaneció en la aurora de su salud y con la confianza que el paciente fue adquiriendo en sí mismo.

Pero —y va la prueba contraria— si al ver que el niño no engorda, tal como ha sucedido en otro caso de nuestra atención, la madre insiste en administrarle la leche a la que el niño es alérgico, veremos cómo éste vuelve a su irritación, a su carácter irritable, a su dependencia extrema, a no querer salir a la calle, hasta que recae en sus síntomas alérgicos. Aquí el estado de irritación mental no traduce más que lo que está pasando en su organismo. Es una resultante y no una causa, y es en estos casos cuando el malestar general actúa sobre el psiquis al igual que le sucede a quien padece de una colitis crónica, de un tumor maligno o hasta de una sencilla infección catarral. Recordemos también que el sistema nervioso puede ser centro de crisis alérgicas, que en los casos más agudos se manifiestan como encefalitis.

Hay una serie de observaciones populares y científicas que no pueden pasar desapercibidas:

- 1—Un grupo de asmáticos, bastante numeroso, que padeció de asma hasta el inicio de su pubertad (factor endocrino).
- 2—Un grupo de asmáticos que padecieron de asma hasta que se mudaron de casa o de barrio (factor ambiental: alérgico).
- 3—Un grupo de asmáticos que cesan sus crisis cuando se les suprime el alimento que los perjudica (alergia alimentaria).

- 4—Un grupo grande de asmáticos que solamente experimenta sus crisis en los cambios de temperatura o de grado de humedad.

Considerar que sólo en estos pacientes interviene el factor psicosomático, es llegar a la conclusión de que el psicomatismo cesó con la pubertad, con la supresión de un insecticida, con el cambio de casa, con la ingestión de un alimento o con la aparición del verano.

Y por otra parte, que es muy importante para los alergólogos y el médico no especializado en psicología o psiquiatría, negar que hay factores psíquicos que pueden desencadenar crisis de asma es negar que pueda haber una taquicardia a punto de partida emocional, una alteración gástrica emotiva, o negar que un individuo se pueda desmayar por un susto.

Ante la evidencia de los casos aquí presentados, cuyo número no es más que una pequeña muestra, es necesario aceptar que las crisis de asma pueden desencadenarse por un mecanismo psíquico; con la aclaración de que las de asma alérgica se desarrollan en un terreno alérgico.

Aclaremos también que no solamente los procesos emocionales desarrollan las crisis de alergia en el soma visible, pues, al contrario de lo que muchos creen, el fenómeno va más allá, y en la intimidad de los tejidos se presentan alteraciones alérgicas correspondiendo anatómopatológicamente de la misma forma que en la clínica con aumento de eosinofilia tisular y fenómenos de alteraciones vasculares.²⁰

Nos proponemos continuar el estudio de estos 120 niños. De suma importancia será el conocer lo que ha ocurrido con ellos dentro de tres años, en lo relativo a la evolución de los mismos con

los cambios de edad, condiciones ambientales y otros datos. De modo que este trabajo resulta prácticamente una comunicación preliminar y una tarea señalada para el próximo Congreso Médico.

RESUMEN

Se consideran diferentes opiniones sobre la influencia del psiquis en la génesis de las crisis de asma. Estudio de 120 niños asmáticos independientemente con el alergólogo y el psiquiatra. En estudios encefalográficos solamente encontramos 7 niños con epilepsia clínica y 3 dudosos. Inteligencia con altos valores supernormales. Influencia favorable y desfavorable de la sobreprotección familiar. Influencia desfavorable de las desavenencias familiares. Síntomas neuropsiquiátricos más frecuentes. Un solo caso de tendencia homo-

sexual. Recomendaciones sobre la íntima relación alergólogo-psiquiatra en el tratamiento de estos pacientes.

SUMMARY

Review of opinions regarding the influence of psiquis on the genesis of asthma attacks. Study of 120 children simultaneously and independently by the allergist and the psychiatrist. Frequency of epilepsy below normal values in pediatric statistics. Study of intelligence show a high frequency of supernormal children. Favorable and unfavorable influence of relatives overprotection. Harmful effect of parents incompatibility. Very low frequency of homosexual tendency. Recommendation of a close association between the allergist and the psychiatrist for the study of the asthmatic children.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Berrueto, J. J.: La Existencia del Asmático. Rev. Conf. Méd. Panamericana. 1: 2. 68, Oct., 1954
- 2.—Brown, E. A., Goitein, P. L.: Psychiatric Studies in Clinical Allergy. Ann. Allergy. 2: 303, Jul.-Aug., 1944.
- 3.—Harris, N. C., Shure, N.: A Study of Behavior Patterns in Asthmatic Children. J. Allergy. 27: 4. 312. Jul.-Aug., 1956.
- 4.—Dekker, E., Groen, J.: Reproducible Psychogenic Attacks of Asthma: A Laboratory Study. J. Psychosomat. Res. 1: 58, 1956.
- 5.—Edgell, P. C.: Psychology of Asthma. Canada. M. A. J., 67: 121, 1952.
- 6.—Escardo, F. y col.: El Niño Asmático. Replanteo Fisiopatológico Clínico y Terapéutico. Ed. El Ateneo, B. Aires, 1952.
- 7.—French, T. M.: Psychogenic Factors in Bronchial Asthma. Capítulo 17 del libro: "Treatment of Bronchial Asthma", J. P. Lippincott Co., 1946.
- 8.—García del Real, J.: Las Psiconeurosis en los Alérgicos. Rev. M. Cubana, 63: 7, 320. Jul.-Aug., 1952.
- 9.—Holmes, T. H Goodell, H. Wolf, S., y Wolf, H. G.: Changes in the Nasal Function Associated with Variations in Emotional State and Life Situation. Trans. Am. Acad. of Ophth. & Otol. Pag. 449, May.-Jun., 1947.
- 10.—Unger, L.: Bronchial Asthma Charles Thomas, Publisher Springfield, Ill., 1946.
- 11.—Jacquelin, A., Turiaf, J., Blanchin, P. Roman, M.: Factores Emocionales en el Asma. Press. Medicale. Francia, 32: 569. Mayo 20. 1950.
- 12.—Knapp, P. H., Nemetz, S. J.: Personality Variations in Bronchial Asthma. Psychosom Med. 19: 443, Nov.-Dec., 1957.
- 13.—Leawitt, H. C.: Bronchial Asthma in the Functional Psychosis. Psychosom. Med. 5: 39, 1943.
- 14.—McLaughlin, J. T., Shoemaker, R. J., Guy, W. B.: Personality Factors in Adult Atopic Eczema. Arch. Dermat. & Syph. 68: 506, 1953
- 15.—Metzger, F. C.: Emotions in the Allergic Individuals. Am. J. Psychiat. 103: 697, 1947.
- 16.—Miller, H., Baruch, D. W.: Bronchial Asthma Unrelated to Positive Skin Reactions. J. Allergy, 26: 1, 54. En., 1955.
- 17.—Rubin, S., Moses, L.: Encephalographic Studies in Asthma with some Personality correlates. Psychosom. Med. 6: 31, 1944.
- 18.—Santos, J. de Los: Resultados Lejanos del Tratamiento de Niños Asmáticos. Med. Lat. Habana 13: 2, 153. Abril-Jun. 1954.

- 19.—*Dees, S. C. y Lowenbuch, H.*: The Electroencephalograms of Allergic Children. *Ann. Allergy*, 6: 99, 1948.
- 20.—*Wolf, S., Holmes, T. H., et al.*: An Experimental Approach to Psychosomatic Phenomena in Rhinitis and Asthma. *J. Allergy*. 21: 1, Jan, 1950.
- 21.—*Hoch, P. H., Zubin, J.*: *Psychopathology of Childhood*. Grunne & Stratton, New York, 1955. Pág. 5.
- 22.—*Long, R. T., et al.*: *A Psychosomatic Study of Allergy and Emotional Factors in Children*. W. B. Saunders Co., Phi., 1960.
- 23.—*Bakwin, H., Morris Bakwin, R.*: *Behavior Disorders in Children*. W. B. Saunders Co., Phi., 1960.
- 24.—*Blatman, S., Metcalf, D. R.*: Abnormal Electroencephalograms in Asthmatic Children. *A. M. A., J. Diz. Child.* 102: 531, 1961.
- 25.—*Santos, J. de Los*: Prodóxicos del Asma-Rinitis Alérgicas. *Med. Lat.* 10: 1, 21 Ene., 1951.
- 26.—*White, W. A.*: *The Principles of Mental Hygiene*. The McMillan Co., New York, 1926.
- 27.—*Salina, R.*: Factores psicossomáticos en los niños asmáticos. *Alergia. Rev. Iberoamericana de Alergia*, 9: 1, 20. Agos., 1961.
- 28.—*Abramson, H. A.*: La utilización del complejo de Cronos por el médico clínico en el tratamiento de los pacientes alérgicos. *Rev. Argentina Alergia II*: 11, 8. En.-Feb., 1955.