

Rehabilitación del niño asmático. II. Aspectos psicológicos

Por el Dr.:

ROBERTO RAZON BEHAR*

Razón Behar, R.: *Rehabilitación del niño asmático. II Aspectos psicológicos*. Rev Cub Ped 54: 4; 1982.

Se estudiaron desde el punto de vista psicológico, 21 niños asmáticos checos, que fueron sometidos a un tratamiento de rehabilitación durante 8 semanas, en el Centro Climático de Chocerady, Checoslovaquia. Después de finalizada la estancia, se observó que no hubo cambios significativos en los aspectos de la personalidad de los niños asmáticos, pero sí en las características sociales, como son el nivel de aspiración, el estado socio-métrico y la autoestimación.

INTRODUCCION

El asma bronquial se considera como una "enfermedad psicósomática", debido a sus múltiples factores psicológicos en adición a la presencia de una diátesis alérgica con hipersensibilidad a los agentes externos.¹

Es conocido que el mecanismo inmunológico tiene una función primaria en esta enfermedad, pero los factores emocionales en algunas instancias pueden asumir mayores proporciones, por lo que es esencial el manejo adecuado de la enfermedad.²

Es necesario acomodar el concepto inmunológico con los conceptos psicodinámicos, poniendo en perspectiva propia lo alérgico (reacción antígeno-anticuerpo) y los factores no específicos (infecciosos, ecológicos, emocionales, etc.), al mismo tiempo que la acción de estrés emocionales (ansiedad, depresión, etc.).³

En las relaciones entre los aspectos psíquicos y somáticos, parece que los eventos psíquicos pueden precipitar ataques asmáticos, y por un mecanismo de retroalimentación, las reacciones psíquicas pueden ser generadas por los síntomas de "falta de aire". Siempre hay un efecto directo de la psiquis en los eventos somáticos y la retroalimentación también es de gran importancia en la generación de la psicopatología.⁴

El mecanismo psicósomático, sumado al mecanismo inmunológico y otros que causan broncoconstricción, pudieran ser de poca significación si

* Especialista de I grado en pediatría, profesor Auxiliar del ISCM-H, Candidato a Doctor en Ciencias. Hospital pediátrico docente "William Soler", Ciudad de la Habana, Cuba.

los síntomas de dificultad respiratoria por ellos generados, no tienen importantes efectos de retroalimentación sobre el psiquis.⁴

El árbol bronquial se convierte en el "blanco" por ambos estímulos, el alérgico y el que procede del sistema emocional.⁵

Las alteraciones en el comportamiento ocurren más frecuentemente en aquellos niños con asma severa y continua.⁶

Se informa que los niños asmáticos muestran una variedad de características: ansiedad, inmadurez, depresión, falta de confianza en sí mismo, dependencia, agresividad latente y egocentrismo.⁹

En un grupo de sesiones de discusiones, las emociones predominantes fueron: cólera, envidia, miedo, tristeza y culpa.⁷

*Millman et al.*⁸ estudiaron 8 niños asmáticos; ellos tenían trastornos en el aprendizaje, se mostraban inestables, irritables, cansados y con dificultades en la coordinación.

El asma es causa frecuente de ausentismo escolar en los primeros años. En un estudio se encontró un efecto adverso en la educación en la mitad de niños con asma severa, pero sólo en una minoría con asma moderada o ligera.⁹

En las relaciones madre-hijo predomina lo concerniente a proteger la salud del niño en aquéllos que son asmáticos crónicos. Las familias de los niños afectados severamente, muestran evidencia de mayor estrés que otras familias.⁶

La hipótesis más comúnmente aceptada en la interacción madre-hijo, es que hay un conflicto de dependencia-independencia; el asma puede ser precipitada o agravada por el hecho de separación.⁶⁻¹⁰

Las actitudes de los padres pueden variar desde la sobreprotección al rechazo.¹¹

Queizan y colaboradores,¹² encontraron en un grupo de niños estudiados en un campamento de verano en Cuba, que las madres comprensivas eran más numerosas que las sobreprotectoras, y la dependencia hacia la madre era mayor que hacia el padre.

Observando las reacciones de los padres a las separaciones experimentales de sus hijos, *Purcell K.*¹³ concluyó que la separación produce reacciones emocionales intensas en muchas madres.

Los pacientes y familiares pueden perder la confianza en el médico, debido a un manejo prolongado e infructuoso. El médico debe realizar todo el esfuerzo para restaurar esta confianza, dado que sin ella ninguna medida contra el asma puede ser efectiva.¹¹ Una discusión franca entre todas las partes lleva a una mayor comprensión del problema y a la adopción de un plan positivo para todas las personas envueltas en el mismo.¹⁴

Los efectos emocionales de la enfermedad en los pacientes son de gran importancia y deben ser considerados con los familiares del paciente.¹⁵ El sistema familiar debe ser reestructurado.¹⁶

Si los pacientes y familiares cooperan, y el espíritu de confianza es introducido en las relaciones médico-paciente, el niño desarrolla la motivación necesaria, fortaleza e independencia para llevar a cabo los procedimientos que puedan asegurar la evolución hacia un mejor estado de salud.¹¹

Los factores ambientales también son poderosos determinantes en la respuesta psicomotora. Los factores adversos de estrés, pueden existir en la casa, en la escuela o en otros aspectos de la vida.⁴

Algunos tratamientos psicológicos han sido recomendados por numerosos autores,^{2-4,12,17,18} así como programas de rehabilitación en campamentos de verano y en centros climáticos.^{13-19,20}

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 21 niños asmáticos checos (7 hembras y 14 varones) de 7 a 11 años de edad, que participaron en un tratamiento de rehabilitación divididos en dos grupos con una duración de 8 semanas cada uno de ellos, en el Centro Climático de Chocerady, Checoslovaquia, ubicado en una zona boscosa a 30 km de Praga.

El diagnóstico de asma fue establecido por parámetros clínicos y pruebas cutáneas. Todos los niños correspondieron al grado II de intensidad (de 6 a 9 ataques por año).

Las actividades desarrolladas por los niños durante la rehabilitación, consistieron básicamente en actividades colectivas de terreno, a través de deportes y juegos y complementariamente la reeducación respiratoria; también participaron en actividades recreativas y excursiones u otras actividades con los padres, los domingos. Además, los niños recibieron cuatro horas diarias de educación escolar durante su estancia.

Los niños fueron sometidos a una investigación psicológica antes del tratamiento de rehabilitación. Al final del mismo fueron examinados nuevamente con la finalidad de detectar cambios característicos en la esfera psicológica en relación con la estancia en el Centro de Rehabilitación. También se efectuaron observaciones psicológicas durante la estancia.

Se determinaron los siguientes parámetros: cocientes de inteligencia (CI), niveles de ansiedad, neuroticismo, extraversión y aspiración, estado sociométrico y autoestimación.

Estos parámetros fueron comparados con los niveles estándares de la población, utilizando el método de X^2 para el análisis estadístico.

Métodos:

CI: Test de Raven²¹ y el Stanford-Binet Intelligence Test / L-M Form. de los autores *Terman, L. M. y Merrill, M. A.*²²

Nivel de ansiedad: Children's Manifest Anxiety Scale-OMAS de *Castaneda, A. y Mc Candless, R. B.*²³

Niveles de neuroticismo y extraversión: Junior Eysenck personality Inventory Test (JEPI). de Eysenck, S. B. G.²⁴

Nivel de aspiración: A-F Test de Matejcek, Z.²⁵

Estado sociométrico: se registró con las técnicas sociométricas de la elección directa por un grupo de las estrellas positivas y negativas, y los cambios observados en el comportamiento social durante la estancia en el Centro de Rehabilitación.

Nivel de autoestimación: los cambios fueron medidos por el Registro Preferencial de Autoenjuiciamiento de Dolezal, J.²⁶. Otras investigaciones psicológicas utilizadas fueron: el Test de oraciones incompletas de Srp, L.;²⁷ el dibujo de la familia y la figura humana; y un cuestionario de los antecedentes familiares y personales.

RESULTADOS

- a) En relación con el CI no se observaron cambios en comparación con el promedio de la población normal.
- b) Se observó un ligero aumento del nivel de ansiedad antes de la terapia de rehabilitación, y posteriormente una disminución no significativa al final de la estancia.
- c) Se encontró un ligero aumento del nivel de neuroticismo antes de la terapia de rehabilitación, y posteriormente una disminución no significativa al término de la estancia.
- d) El nivel de aspiración antes de la rehabilitación era inadecuado; se encontraba disminuido. Al final de la estancia se observó una elevación sustancial y estadísticamente significativa del mismo ($p < 0.01$).
- e) Antes del tratamiento, el estado sociométrico era inadecuado; al final de la estancia se obtuvo un cambio favorable y significativo en la evaluación del mismo.
- f) En el campo de la autoestimación la terapia de rehabilitación tuvo también una influencia significativamente positiva.
- g) En cuanto a la adaptación a las condiciones del centro de rehabilitación, se observó una mejoría al final de la estancia.

COMENTARIOS

Algunos autores⁹⁻²⁸ han encontrado altos promedios de CI en los asmáticos en relación con la población general. A pesar de ello, no consideramos que el asma propiamente puede influenciar directamente el CI.

Los niños asmáticos tuvieron generalmente una tendencia subaspirativa antes de la terapia de rehabilitación, probablemente en relación con sus experiencias sociales escolares.

Los cambios observados en el estado sociométrico significaron la posición de cada paciente en el grupo de niños igualmente afectados. Cada niño pudo apreciar más adecuadamente, su propia posición en el grupo, así como evaluar más adecuadamente la posición de los otros.

CUADRO

CARACTERISTICAS SOCIALES Y PSICOLOGICAS. Y CAMBIOS OBSERVADOS
EN NIÑOS ASMATICOS EN RELACION CON LA TERAPIA DE REHABILITACION
EN EL CENTRO CLIMATICO DE CHOCERADY, CHECOSLOVAQUIA

Característica	Antes del tratamiento	Después del tratamiento
C. I.	Promedio	Sin cambio
Ansiedad	Ligeramente sobre el pro- medio	Moderada disminución
Neuroticismo	Ligeramente sobre el promedio	Moderada disminución
Extraversión	Promedio	Moderado aumento
Aspiración	Inadecuado (disminuido)	Adecuado
Estado sociométrico	Inadecuado	Adecuado
Autoestimación	Inadecuado (disminuido o aumentado)	Adecuado
Adaptación a las condiciones del centro de rehabilitación	—————	Inclinación hacia una mejoría

La experiencia social y emocionalmente positiva, actúa adecuadamente en la autoestimación y en la evaluación mutua de los niños.

La autoestimación en un grupo de niños asmáticos se inclina hacia una subestimación. Ellos subestiman sus capacidades motoras y sus propias capacidades de razonamiento.

Se observó que la disminución o aumento de la autoestimación se corrigió cuando los niños tuvieron una participación colectiva en las actividades programadas, como fueron deportes, juegos, etc. Ello está en relación con las experiencias sociales insuficientes en muchas actividades.

La pregunta de una sobreestimación en relación con la realidad continúa sin respuesta. No se conoce si ello es un simple artificio para enmascarar una autoconciencia baja.

En el campo de las relaciones sociales, persiste un infantilismo manifiesto en la forma de dependencia en la protección social.

En el test de oraciones incompletas se observó una alta concentración y atención de los niños al hecho de su enfermedad y todo lo que dependa de ello (miedo a los procedimientos terapéuticos, miedo a la hospitalización, observación atenta a los signos de su enfermedad, experiencias desagradables durante las etapas de dificultad respiratoria, miedo a la asfixia, etc.).

En los tests de dibujo se manifestaron conflictos familiares.

La investigación sociométrica en los niños asmáticos no demostró una correlación entre la preferencia de los niños en su grupo y su estado de salud.

El asma no es un factor importante para conocer nuevos amigos. Las características similares individuales son las más importantes, como la edad, el sexo, el nivel intelectual y el desarrollo de las habilidades físicas. Quizás ésta última característica es la única que puede ser influenciada por la presencia de la enfermedad.

Las estrellas sociométricas positivas son los niños que tratan de participar por sí mismos en las diferentes actividades del Centro de Rehabilitación. Estos niños son ejemplo por sus actividades e iniciativas. Lo mismo ocurre en las actividades deportivas. Este comportamiento los acompaña durante toda su estancia y forma un patrón permanente de su personalidad. Estos niños están acostumbrados a esta actitud lejos de sus familias y en un medio social amplio.

Los niños rechazados o estrellas negativas, tienen propiedades negativas del carácter, y no comprenden su posición en el grupo. Parte del problema es la autoestimación. Estos niños tienen dificultades similares con sus familias y en la escuela.

La adaptación a las condiciones del centro de rehabilitación es mejor en los niños que repiten la estancia, que en aquéllos que acuden por primera vez.

Antes del comienzo de la estancia, los niños y padres manifiestan temores sobre la evolución del tratamiento en el sanatorio y acerca de la separación familiar. Si se permiten visitas como está establecido en Chocerady, estos temores son vencidos y la adaptación al régimen del sanatorio mejora y se crean condiciones para una nueva estancia, deseada en este caso por el niño, así como mantienen tanto él como los padres los hábitos preventivos adquiridos en el sanatorio.

Los padres de los niños que repiten estancias, tienen una tendencia mayor a insistir en la continuación del entrenamiento físico y ejercicios respiratorios, que aquéllos que concurren por primera vez.

*Iglesias, O.*²⁹ estudió 100 niños asmáticos en un campamento de verano en Cuba. Todos los niños tenían experiencias previas en este Centro; pero el 89% de ellos no practicaban ejercicios respiratorios o de acondicionamiento en la casa, y el 80% había olvidado cómo realizar ejercicios respiratorios. En relación con los padres de estos niños el 77% no conocían

nada acerca de los ejercicios respiratorios y el 91% no tenían ninguna preocupación por la práctica de los mismos por sus respectivos hijos.

No se encontró en la investigación ninguna relación con el sexo, edad y los aspectos sociales y culturales. El autor concluye que uno de los principales objetivos de los campamentos de verano, no se cumple cuando los niños regresan a sus hogares.

Sin embargo, la adaptación, iniciativa e independencia se alcanzaron durante la estancia. Quizás la causa de estos resultados estribe en la corta duración de la estancia en los campamentos de verano; donde los niños solamente aprenden a realizar ejercicios respiratorios y practican algunos deportes y juegos, pero no crean hábitos para continuar los mismos en la casa, siendo además pobre la participación y educación de los padres.

Estamos de acuerdo con numerosos autores,^{12,19,20} que los programas de rehabilitación en centros climáticos, son de gran importancia para el niño asmático, ya que ellos ofrecen terapia climática, rehabilitación física y psicológica, teniendo una influencia favorable en la mejoría general de los niños asmáticos.

Toda esta terapéutica puede beneficiar a los niños que no respondan al manejo clínico, aun en casos graves.³⁰

CONCLUSIONES

1. La terapia de rehabilitación en centros climáticos, es parte importante en el manejo complejo del niño asmático.
2. La educación de los niños y padres en relación con la rehabilitación y otros aspectos referentes a la enfermedad, se obtiene durante la estancia en estos centros, la cual debe ser inferior a 8 semanas.
3. Después del tratamiento de rehabilitación se observó en nuestros pacientes que no hubo cambios significativos en los aspectos de la personalidad de los niños, pero sí en las características sociales, como son el nivel de aspiración, el estado sociométrico y la autoestimación.
4. La estancia en el centro brindó a los niños la posibilidad de conocer sus capacidades reales en un grupo igualmente afectado, y por esta vía se contribuyó a una adaptación adecuada de los niños a su enfermedad, a su rehabilitación continuada (práctica de deportes y ejercicios respiratorios), y a las condiciones en el centro climático.

Agradecimiento

Queremos agradecer la colaboración del doctor Vyhnalek M., psicólogo del Hospital Motol, Praga, por la decisiva participación en la realización de esta investigación. También nuestro reconocimiento a la licenciada Olga Iglesias por sus precisas orientaciones.

SUMMARY

Razón Behar, R. *Rehabilitation of the asthmatic child. II. Psychological aspects.* Rev Cub Ped 54: 4, 1982.

Twenty one Czech asthmatic children being submitted to a rehabilitation treatment during 8 weeks at Chocerady Climatic Center, Czechoslovakia, were studied from psycholog-

view point. After stay was finished, it was observed that there was not significant changes within personality features of the asthmatic children, yet they were found within social characteristics as aspiration level, sociometric condition and self-estimation.

RÉSUMÉ

Razón Behar, R. *Réadaptation de l'enfant asthmatique. II. Aspects psychologiques.* Rev Cub Ped 54: 4, 1982.

Il est étudié, du point de vue psychologique, 21 enfants asthmatiques tchèques qui avaient été soumis à un traitement de réadaptation pendant une période de 8 semaines au Centre climatique de Chocerady, en Tchécoslovaquie. Après avoir fini leur séjour, il a été constaté qu'il n'y a pas eu de changements significatifs en ce qui concerne les aspects de la personnalité des enfants asthmatiques, mais il y en a eu sur le plan des caractéristiques sociales, dont le niveau d'aspiration, l'état sociométrique et l'opinion qu'ils ont d'eux-mêmes.

РЕЗЮМЕ

Разон Беар, Р. Реабилитация ребёнка, страдающего астмой. — II. Психологические аспекты. Rev Cub Ped 54: 4, 1982.

В настоящей работе рассматриваются с психологической точки зрения 21 ребёнок по национальности чехи, страдающие астмой, и которые были подвергнуты лечению реабилитацией в течение 8 недель в климатическом центре Чесеради, Чехословакия. По истечению периода госпитализации было обнаружено, что не было значительных изменений в аспектах личности астматический детей, однако же наблюдались изменения в социальных характеристиках, как например, уровень дыхания, социометрическое состояние и самоуважение.

BIBLIOGRAFIA

1. Johnson, F. K. et al.: A psyche and soma reunited: A discussion of the need for an organized team approach when dealing with a child having a long term life threatening illness. Clin Pediatr 10: 719, 1971.
2. Dortman, W. A.: A psychiatrist looks at allergy. Ann Allergy 28: 169, 1970.
3. Sanger, M.D.: An allergist looks at psychiatry. Ann Allergy 28: 169, 1970.
4. Jones, R. S.: Asthma in children. Great Britain. The Camelot Press Ltd. Southampton, 1976.
5. Azzario, P.: La sindrome asmatica a malattia psicosomatica. Minerva Med 64: 2231, 1973.
6. Mc Nicol, L. N. et al.: Spectrum of asthma in children. III. Psychological and social components. Br Med J 4:16, 1973.
7. Tinkelman, D. G. et al.: The impact of chronic asthma on the developing child: observations made in a group. Ann Allergy 37:174, 1976.
8. Millman, M. et al.: Allergy and learning disabilities in children. Ann Allergy 36: 149, 1976.
9. Mitchell, R. G.; B. Dawson.: Educational and social characteristics of children with asthma. Arch Dis Child 48: 467, 1973.
10. Williams, J. S.: Aspects of dependence-independence conflict in children with asthma. J Child Psychol 16: 199, 1975.
11. Taub, S. J.: The parent's role in childhood asthma. Eye-Ear-Nose-Throat-Mouth 52:451, 1973.

12. *Queizan, M. et al.*: Adaptación de un niño asmático a un campamento de verano. *Rev Cub Ped* 45: 93, 1973.
13. *Purcell, K.*: Distinction between subgroups of asthmatic children parenteral reactions to experimental separation. *J Abnorm Child Psy* 1:2, 1973.
14. *Hutchings, J.*: Anxiety in childhood asthma. *Aust Fam Phys* 3: 225, 1974.
15. *Talamo, R. C.*: Managing the adolescent asthmatic. *Med Clin North Am* 59: 1589, 1975.
16. *Combrick, G. L.*: Structure family therapy in psychosomatic illness. Treatment of anorexia nervosa and asthma. *Clin Pediatr* 13: 823, 1974.
17. *Aronoff, G. M. et al.*: Hypnotherapy in the treatment of bronchial asthma. *Ann Allergy* 34: 356, 1975.
18. *Vynaiek, M.; L. Rejskova.*: A combined technique of antigenic training followed by therapeutical physical training in asthmatic children. *Allergol Immunopath* 5: 524, 1977.
19. *Ricny, D. et al.*: Our experience from the summer camp for children with asthmatic bronchitis. *Cs Pediatr* 29: 106, 1974.
20. *Stankova, O.*: The position of child asthmatics in the group of children. *Cs Pediatr* 30: 198, 1975.
21. *Raven, J. C.*: Guide to using the coloured progressive matrices sets. A, AB, B, H, K. Lewis and Co., London 1971.
22. *Terman, L. M.; M. A. Merrill.*: Stanford-Binet inteligencni skala formy L-M. Psychodiagnostica. Bratislava 1972.
23. *Castaneda, A. et al.*: The children's form of the manifest anxiety scale. *Child Develop* 27: 3, 1956.
24. *Eysenck, S. B. G.*: Osobnostní dotazník pro děti (Junior Eysenck personality inventory-JEPI) Psychodiagnostica Bratislava, 1971.
25. *Matejcek, Z.*: Manuel K testu A-F, Praha 1967, nepublikováno.
26. *Dolezal, J.*: 12 položkovy sebezposuzovací preferencní zázman. Praha 1974, nepublikováno.
27. *Srp, L.*: Test nedokoncenyh vet II destká klinika. Praha 1970, vlastní tisk.
28. *Castellanos, L. I. et al.*: Aspectos biosicosociales del asma infantil en nuestro medio. Memoria de la Primera Jornada Nacional Psiquiátrica Tom II: 1397, 1975.
29. *Iglesias, O.*: Estudio de 100 niños asmáticos en un campamento de verano, Habana, 1973. (No publicado.)
30. *Alexander, F.; N. Demaegd.*: Managment of severe asthmatic Children at the Zee-preventorium (De Haan, Belgium). *Ac paediatr Bel Suppi* 7 28: 1974.

Recibido: 1 de noviembre de 1981.

Aprobado: 30 de noviembre de 1981.

Dr. Roberto Razón Behar

Hospital pediátrico docente "William Soler"

Ave. San Francisco 10112 Altahabana. Ciudad de La Habana.