

Factores psíquicos en el asma

Por el Dr. Héctor Wiltz Lancís(*)

Negar los factores psíquicos en el asma es lo opuesto a considerar que "todo en el asma es psíquico".

Ambas posiciones contrarias y exageradas son dualistas y no corresponden a los modernos conceptos de la medicina que considera al ser humano como un todo que debe ser estudiado y tratado íntegramente; y las enfermedades humanas producidas por varios factores: pluricausalidad. Los médicos que discriminan los factores psicodinámicos en sus pacientes, pueden tener éxito en aquellas enfermedades que son comunes a hombres y animales, que se estudian en veterinaria; no así en las múltiples afecciones propias del hombre.

La participación de la corteza cerebral en la respiración es un hecho indiscutible toda vez que esta función a diferencia de la circulatoria, digestiva u otras, puede modificarse a voluntad; luego sus modificaciones por los mecanismos reflejos condicionados corticales (Sistema Nervioso Superior) nos señalan las interrelaciones entre psiquismo y respiración.

Algunas experiencias, entre muchas que se han realizado, nos demuestran estas interacciones:

Mediante la orden verbal: "Prepárese para trabajar", aumenta la ventilación pulmonar; por un estímulo condici-

do del segundo sistema de señales (la palabra) ligado con el trabajo, se modifica la ventilación pulmonar.

G. Konradi, en 1935 publicó un trabajo en los Archivos de Ciencias Biológicas de la URSS: "Sobre la formación de reflejos condicionados para la excitación del centro respiratorio". Se utilizó como estímulo incondicionado una mezcla de aire y con 7 a 8% de CO². La acción del CO² sobre el centro respiratorio era precedida 5 ó 10 segundos por el ruido de un metrónomo; después de 10 coincidencias ya entonces el ruido del metrónomo sólo, aumentaba la ventilación pulmonar.

Del mismo trabajo citado de Konradi es la siguiente e interesante experiencia:

Un grupo de personas permanecieron 8 horas en un local herméticamente cerrado, donde la concentración de CO² aumentaba hasta llegar al 5%. La consecuencia de esta circunstancia, era el ostensible aumento de la ventilación pulmonar.

Después de varias permanencias en un local cerrado (ocho horas cada vez) de las mismas personas, éstas aumentaban la ventilación pulmonar a los 10 minutos de estar en el local donde habían experimentado la acción del exceso de CO², siendo en ese momento el aire todavía puro.

Con relación al asma un caso descrito por Paul Morawitz nos señala la enorme

vi ¹ Psiquiatra de la Quinta de Dependientes JMutuaHsta), sita en Calzada de 10 de Octubre 130, Habana, Cuba.

importancia del factor psíquico: Una señora presentaba siempre accesos de asma al percibir olor de rosas; en una ocasión se le presentó una rosa de papel con tanta rapidez, que no consiguió reconocerla y sufrió una crisis asmática como las habituales.

El factor psíquico más importante en el asmático es un conflicto relacionado con la dependencia materna; no obstante como dinamismos de defensa se desarrollan diversos tipos de personalidad casi todos con formaciones reactivas a esa dependencia: independencia extrema, agresivos, etc.; otras veces la transferencia hacia la esposa de la dependencia materna es evidente.

Es una observación frecuente en niños el debut del asma coincidiendo con el advenimiento de un hermanito que va a ocupar parte de los cuidados maternos. Se ha establecido cierta relación entre asma y llanto al observarse dificultad para el llanto en muchos asmáticos y ataques de asma que han terminado al producirse el llanto. Es, además, muy demostrativo la mejoría de estos enfermos con tratamientos psicoterápicos catárticos al hacer confesiones al psicoterapeuta que las recibe adecuadamente sin "castigar" al paciente, produciendo en éste una "experiencia emocional correctiva una "desensibilización psicológica" un "desacondicionamiento reflejo" facilitado por la dependencia transferida al psiquiatra; por la empatía psicoterápica.

Se ha dicho que el asma es un "pulmón que llora"; esta frase es bastante demostrativa de la constelación conflictiva de estos pacientes; por eso adelantamos como medida profiláctica en el niño, no impedirles el llanto; se parece mucho a un ataque de asma la disnea de los niños cuando desean llorar y padres agresivos se lo impiden; igualmente

en el adulto, el hacerlos hablar, descargarse emocionalmente, por la palabra, es beneficioso ya que ésta facilita la espiración y consigue lo mismo que el llanto en el niño.

Una vez más es conveniente que señalemos que estamos desarrollando factores emocionales que coinciden con otros en la producción del espasmo bronquial y que evidentemente actúan mediante condicionamientos por reflejos córticoviscerales equivalentes al alérgeno primitivo que sería el estímulo incondicionado. Por lo tanto, el ataque de asma puede ser desencadenado por un alérgeno específico o por un factor emocional como lo demuestran las frecuentes observaciones clínicas.

Hay que añadir que muchos casos, después de un tratamiento psicoterápico adecuado se vuelvan asintomáticos no obstante persistir su anormal sensibilidad alérgica; otros, con tratamientos antialérgicos se tornan asintomáticos sin modificar sus conflictos psíquicos; esto hace que a veces algunos alergistas y algunos psiquiatras reclamen para sí el tratamiento de los asmáticos cuando sin duda alguna, ya que dejamos constancia de los múltiples factores productores, el tratamiento debe ser en colaboración. El manejo de estos pacientes debe ser por varios médicos, uno de los cuales debe ser el psiquiatra.

No está aún aclarado si los factores alérgicos y emocionales son independientes, nuestra opinión es negativa a ese respecto ya que consideramos la neurosis como una "especie de alergia emocional". Es posible que la sensibilidad al trauma de la "separación materna" y a los alérgenos sean manifestaciones paralelas del mismo factor genético como señala Alexander.

TRATAMIENTO

El objetivo de nuestra mesa redonda es el manejo institucional, en el mutualismo, del asmático; es evidente que es inadecuado el tratamiento psicoterápico individual y prolongado del asmático; por la enorme cantidad de asmáticos mutualizados que requieren tratamiento y la escasez de psicoterapeutas para realizarlos. Es más útil señalar lo que pueden y deben hacer los médicos no psiquiatras con los asmáticos desde el punto de vista psicoterápico y lo que deben hacer los psiquiatras del mutualismo con los asmáticos.

Los médicos no psiquiatras que atienden a un asmático deben tener presente los recursos psicoterápicos que van a usar. Aparte de los recursos farmacológicos habituales frente a una crisis asmática, la psicoterapia sugestiva hipnótica ayuda mucho a abortar el ataque; el hecho de que el médico asuma una actitud de paz y seguridad frente al enfermo que sufre; que le hable despacio, amable y convincentemente, sugiriéndole al paciente que irá desapareciendo su dificultad para respirar que se sentirá mejor, que ya está respirando mejor... y así sucesivamente, practicándole "hipnosis sin hablar de hipnosis" al paciente se potencializarán extraordinariamente los medicamentos y más rápida será la salida de la terrible disnea.

Después, en los períodos intercrisis, el médico debe propiciar una relación psicoterápica con el paciente, una "adecuada y manejable dependencia del asmático facilitando que éste hable, que confiese todos los problemas que le preocupen sabiendo que hay que apoyarlo, mostrarse comprensivo, disminuyéndole sus sentimientos de culpabilidad, ayudándolo a madurar emocionalmente, a romper normalmente su "cordón umbilical" muy fuerte en estos casos. Comprendiendo

la situación psicológica de estos pacientes, el médico asumirá una actitud psicoterápica mejor, comportándose como un "padre adecuado" y no como uno inadecuado que produjo la anormal dependencia.

Para los casos remitidos a los psiquiatras éstos deben preferir la psicoterapia de grupo, única capaz de solventar la dificultad del exceso de casos y escasez de tiempo y de psicoterapeutas; por otra parte, es efectiva y ya en nuestro servicio se han constatado beneficios de la misma. Los asmáticos pueden incorporarse a "grupos de psicoterapia abierta" o bien formarse un grupo "cerrado" de asmáticos. En nuestra experiencia preferimos un grupo abierto de asmáticos y otras afecciones, pero escogemos los integrantes de acuerdo con su nivel intelectual. En el grupo propiciamos la catarsis de sus componentes y explicamos, de acuerdo con el nivel intelectual del grupo, problemas fisiológicos y psicológicos, así como orientamos a los componentes haciendo las veces de un padre bueno.

Tenemos la seguridad que al seguirse en el mutualismo las normas psicoterápicas aquí esbozadas en el manejo de los asmáticos; éstos mejorarán mucho más que con conductas terapéuticas que desconozcan el factor psíquico.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

El asma se produce por múltiples causas, una de las cuales es el factor psíquico.

La participación cortical es evidente, ya que esta función puede modificarse voluntariamente.

El factor psíquico más importante en el asmático es un conflicto relacionado con la dependencia materna.

El médico no psiquiatra puede y debe practicar psicoterapia a sus pacientes asmáticos.

El médico psiquiatra del mutualismo debe

preferir la psicoterapia de grupo para solventar la dificultad del número de casos y escasez de tiempo y de psicoterapeutas.

BIBLIOGRAFIA

1. —*Spurgeon English*: "Personality manifestations in Psychosomatic Illness", 1953.
2. —*K. Bykov*: "La corteza cerebral y los organismos internos", 1958.
3. *S. Rascoiiskv*: "Patología Psicosomática", 1950.
4. —*J. Roj Carballo*: "Patología Psicosomática", 1950.
5. *Flanders Dumbar*: "Diagnóstico Psicosomático", 1950.
6. —*Flanders Dumbar*: "Diagnóstico y Tratamiento Psicosomáticos", 1950.
7. —*Eranz Alexander*: "Medicina Psicosomática", 1954.
8. —*O. Schwarz*: "Psicogénesis y Psicoterapia de los Síntomas Corporales", 1932.
9. —*J. J. López Ibor*: "La Angustia Vital", 1950.
- 10.—*G. R. Heyer*: "Psicoterapia Práctica", 1934.
11. —*Fritz Kunkel*: "El Consejo Psicológico", 1950.
12. —*Ivanov-Smolensky*: "Esbozos Sobre la Patofisiología de la Actividad Nerviosa Superior", 1955.
13. *P. Schilder*: "Tratado de Psicoterapia", 1947.
14. *E. Kretschmer*: "Estudios Psicoterapéuticos", 1952.
15. *Cecil-Loeb*: "Tratado de Medicina Interna", 1961.

Rcv. Cub. Med. 5: 205-208, Mar.-Abr. 1966