

FACTORES PSIQUICOS EN LA ETIOPATOGENIA DEL ASMA

Dres. G. SASTRE LAFARGA y M. ROCA SEGURA

ACEPTANDO el concepto de que las crisis de asma son a veces desencadenadas por causas psicógenas y que en algunos asmáticos de etiología bien conocida se observa un revestimiento psíquico mayor o menor, no es de extrañar que algunos ataques puedan ser precipitados por situaciones que comportan disgustos, conflictos, contrariedades u otras respuestas emocionales.

Ya son clásicos los ejemplos de crisis asmáticas desencadenadas por estímulos psíquicos. Sólo recordaremos el caso citado por HEYER: se insinuaba la idea de una etiología climática en un enfermo expulsado de la Alta Silesia, el cual curó por completo en Offenbach del asma que había venido padeciendo desde largos años; un día, al recibir una carta que le invitaba a regresar a la Alta Silesia, padeció acto seguido un nuevo ataque de asma (estando aún en Offenbach).

En la respiración no hemos de ver solamente el cambio químico, sino que se trata de un proceso vital complejo, en que juega una influencia muy importante el estado anímico del hombre. Efectivamen-

te, está demostrado que la respiración varía según el estado de placer o desplacer. Bien conocidas son las experiencias que BECKMAN ha practicado sobre la respiración en aviadores: es suficiente la ansiedad de volar con poca visibilidad y mucho tráfico para que se observe una disminución de la tensión de anhídrido carbónico, consecutiva a una hiperventilación subconsciente.

En los últimos doce años, los factores psíquicos en el asma bronquial se han estudiado y se han discutido extensamente. Sin embargo, y a nuestro modo de ver, es necesaria una mayor colaboración entre alergólogo y psiquiatra, para intentar comprender estos complejos problemas. Cualquier actitud «monopolizadora» no es de desear, tanto más cuando ni con una ni con otra interpretación diametralmente opuesta podemos llegar a comprender a un gran número de asmáticos. Una aproximación entre unos y otros es lo que sería más adecuado, y de la colaboración de ambos es posible que algún día llegáramos a comprender a más «personas asmáticas» de las que hoy en día comprendemos.

Nosotros, como psiquiatras, re-

conocemos que una de las causas de la poca compenetración entre el especialista en alergia y el psiquiatra ha sido la excesiva corriente psicoanalítica americana, la cual con sus complejos y sus traumas, tan discordantes y teóricos, ha conseguido no ser comprendida por los internistas, e incluso muchas veces no les hemos comprendido del todo los mismos psiquiatras. Más aún, cuando vemos algunos de los complejos que tanta importancia le han dado en la patogénesis del asma bronquial desde el punto de vista psicoanalítico, como es el de la gran necesidad que tiene el asmático del cariño materno o de una «imagen sustitutiva de la madre», actualmente ya se preguntan los mismos americanos si esta necesidad del cariño materno es una de las causas de su condición asmática o bien su resultante.

Creemos se conseguiría una aproximación entre lo psíquico y lo somático si, por una parte, los psiquiatras marcaran unas normas más accesibles y comprensibles, para que si el mismo internista pudiera explorar la vertiente psíquica de sus enfermos, y por otra parte éstos recordaran que el individuo que sufre asma no sólo es un probable sensibilizado a uno o varios alérgenos, sino, como dice ROF CARBALLO, es también un «hombre asmático», con sus problemas, conflictos, emociones, traumas y con su personalidad. Con esta armonización entre unos y otros, el pro-

blema quedaría más equilibrado y los resultados serían más fructíferos. El enfermo asmático no tiene nunca que ser absorbido y tratado únicamente por el psiquiatra, como hacen algunas escuelas psicoanalíticas, sino que tiene que ser tratado siempre por su médico y sólo en algunos casos especiales en íntima colaboración con el psiquiatra; es natural que deba ser siempre visto por el internista, porque en el asmático nunca faltan las alteraciones orgánicas o mecanismos humorales, a pesar de que el factor psíquico tenga mucha importancia en el desencadenamiento de la crisis. Efectivamente, las alteraciones orgánicas a veces ya preceden a la crisis asmática (bronquitis crónica, por ejemplo), y estas alteraciones somáticas son las que crean el *locus minoris resistentiae et majoris sensibilitatis*, en el que podrá actuar el estímulo psíquico. En otros, el comienzo podrá ser puramente funcional (asma alérgico), pero sabemos que cuando en un territorio orgánico se originan alteraciones funcionales durante un tiempo más o menos prolongado, no tardarán en establecerse complicaciones o alteraciones hísticas, se crean nuevas vías, nuevas posibilidades reaccionales, es decir, mecanismos que ya no vuelven a desaparecer tan fácilmente, a pesar de que la situación psíquica desencadenante se modifique. De ambos casos se deduce que son enfermos tributa-

rios de ser tratados y dirigidos por el internista.

La técnica que proponemos y que seguimos para la exploración psíquica de nuestros enfermos es sencilla. Sólo recurrimos a la «conversión dirigida» para poder formarnos una idea de su personalidad y se estudian detalladamente sus vivencias, sus problemas, sus conflictos, su forma de reaccionar ante los problemas de la vida, su adaptabilidad al ambiente familiar, al ambiente de trabajo y al social, es decir, que se hace un análisis de la curva de vida del paciente desde la infancia hasta la actualidad y se precisan las circunstancias anímicas y ambientales que existían en «aquel momento de la vida del enfermo» en que precisamente comenzaron las crisis asmáticas. O sea, hacemos un estudio clínico-biográfico del enfermo para establecer una correlación entre su «vida» y su «enfermedad».

Queremos hacer constar que todos los enfermos asmáticos aceptan muy contentos la consulta del psiquiatra, y que al ser interrogados por sus vivencias y conflictos contestan explícitamente, y algunos de ellos, con sólo esta «descarga anímica de sus preocupaciones» y sentirse comprendidos y alentados, mejoran de sus molestias, lo cual abre una puerta de indudable valor psicoterapéutico. Hemos observado que el asmático siente «una necesidad de confesar», he-

cho que ya ha sido descrito por ALEXANDER y sus colaboradores.

Como pruebas especiales para la investigación de la personalidad, sólo hemos utilizado la prueba de la expresión desiderativa de Córdoba-Pigem, la cual, además de ser breve y sencilla, nos sirve como dato de comprobación sobre la personalidad del enfermo, y en ocasiones nos revela algo que estaba oculto y que no hubiéramos podido interpretar con la exploración por contacto directo.

Desde el año 1949, en el Servicio de Asma y Enfermedades Alérgicas del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, la exploración psíquica se realiza sistemáticamente en la forma indicada, pero sin monopolizaciones y en íntima colaboración con el resto de especialistas, como son el alergólogo, el cardiólogo, el otorrino, el radiólogo y el analista.

Presentamos en esta comunicación 61 enfermos con asma bronquial y del conjunto de facetas que del estudio podemos entresacar sólo revisamos en este trabajo los factores que parecen tener una importancia etiopatogénica.

Estos 61 enfermos los hemos dividido en tres grupos:

Primer grupo: Enfermos en que el factor psicogenético es evidente en la puesta en marcha de la enfermedad y en los que es posible establecer una comprensible correlación psicósomática entre trauma

psíquico y asma; 28 casos (45,9 por 100).

Del estudio de estos 28 casos vemos que en todos ellos precede siempre a las crisis asmáticas algún trauma psíquico que pone al enfermo en un estado anímico angustioso, que bien puede tener un cierto valor en la complicada etiopatogenia del asma bronquial. Queremos hacer resaltar que todos estos conflictos y preocupaciones son conscientes para el enfermo, no hay nada subconsciente que el paciente no sepa explicar, y es curioso señalar que el enfermo se expresa con agrado si se le interroga en este sentido, haciéndose, por tanto, muy fácil este tipo de exploración psíquica. Es muy frecuente que cuando el enfermo nos expone sus preocupaciones, sea él mismo quien relacione su asma con el trauma psíquico.

Segundo grupo: Enfermos en los que el trauma psíquico no es evidente en la puesta en marcha de la enfermedad, pero en los que se puede establecer una correlación psicósomática entre estímulos psíquicos y agudización de sus crisis asmáticas: 19 casos (31,1 por 100).

Del estudio de estas 19 historias vemos que todos son enfermos que tienen asma desde hace bastantes años y que en el momento de comenzar la enfermedad no se encuentran estímulos psíquicos, pero que todos ellos tienen una serie de problemas, conflictos o disgustos

que asocian conscientemente con su afección asmática.

Tercer grupo: Incluimos en este último grupo a los enfermos que, estudiados desde el punto de vista psíquico, no encontramos ninguna relación entre factores psíquicos conscientes y asma: 14 casos (22,7 por 100).

Hemos de hacer constar que en el presente trabajo no hacemos más que enumerar «lo hallado» y «lo vivido» en la conciencia de los enfermos estudiados, lo cual podrá tener más o menos valor, pero dada la frecuencia con que se encuentran factores psíquicos en los 61 casos que hemos presentado, creemos, si bien no con la exageración de NABER, el cual opina que la causa precipitante de los accesos de asma es siempre psíquica, que por lo menos la causa psíquica tiene su decisiva importancia en muchos casos, bien porque aumenta la excitabilidad neurovegetativa, y así hace que sean eficaces ciertos estímulos alérgicos, o, en último lugar, por un reflejo condicionado o por un hábito vegetativo.

Téngase en cuenta que reina una cierta concordancia de opiniones de que los asmáticos pertenecen a una constitución estrechamente similar a los sujetos con labilidad vegetativa, y que toda causa, como dice JIMÉNEZ DÍAZ, que tiende a acentuar esta distonía, acentúa a su vez las manifestaciones alérgicas, creando así un círculo vicioso.