

## PSICODINAMIA DEL ENFERMO DE ASMA BRONQUIAL

J. RALLO ROMERO.

Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas.  
Clínica de la Concepción.  
Director: Profesor JIMÉNEZ DÍAZ.

## I

Como he señalado en una reciente revisión de conjunto<sup>1</sup>, entre los estudios psicológicos efectuados en los enfermos de asma bronquial ocupan un lugar relevante las investigaciones psicoanalíticas.

Después del trabajo de los precursores, FEDERN y WEISS, han sido sobre todo los efectuados por el equipo del Instituto de Psicoanálisis de Chicago, publicados en una monografía, en 1941, por FRENCH y ALEXANDER<sup>2</sup>, los que más han profundizado en la psicodinamia del enfermo asmático.

El ataque de asma se produce con una gran frecuencia en situaciones en las que el enfermo se ve amenazado por la pérdida, real o imaginaria, de su madre. Esta situación de conflicto agudo no es sino la actualización, en una forma dramática, de otra crónica, cuyo origen está en la infancia. Existe en el asmático permanentemente un conflicto entre la fijación a la madre, forma de dependencia muy acentuada a ella, y las tendencias hacia una forma de vida más independiente y autónoma. Hay en él, en forma más o menos reprimida, un temor continuo de perder el amor de la madre, sea por su conducta, sea por sus deseos; éstos son generalmente impulsos sexuales o agresivos, que el enfermo no cree que sean aceptados por la madre. Para mantener la situación de equilibrio, el enfermo utiliza una serie de medios; entre ellos, uno de los mejor estudiados y conocidos es la confesión. Por medio de ella el enfermo obtiene, de una forma continuada, la aceptación de la madre; en aquellos momentos en que, o en la vida real o en la vida interior del enfermo, algo inconfesable aparece, no puede recurrir a aquélla y en su lugar una crisis de asma se puede producir. Así, podemos considerar la crisis de asma como un procedimiento regresivo para restablecer la continuidad en la relación con la madre: abandonada la vía de comunicación directa de un adulto para resolver el problema planteado, lo que representaría la pérdida de la madre, el enfermo recurre, en una forma infantil, a un medio indirecto, la crisis, para recuperar o no perder el objeto de su amor.

## II

A continuación voy a presentar unas cuantas historias, en forma fragmentaria, que ilustrarán y ampliarán las anteriores ideas.

La enferma L. V. C., de veinticinco años, ingresa en la Clínica de la Concepción, en el Servicio de Alergia del doctor LAHOZ NAVARRO, por una serie de crisis de asma que duran desde hace varios meses. Con anterioridad había tenido crisis de asma en tres ocasiones, a los tres, nueve y veinte años, con intervalos entre ellas completamente libre de síntomas. Cada vez habían durado de uno a dos meses, salvo esta última por la que ingresa en la Clínica.

En una serie de entrevistas se precisan ciertas circunstancias en las que han aparecido los ataques de asma. A los tres años, el asma le comenzó después de un traumatismo: se cayó de un árbol, fracturándose una clavícula y haciéndose una profunda herida en la lengua. A los nueve años, un día, al salir del colegio, se dirige a su casa, llega a un cruce de calles en el que su madre venía a buscarla todos los días; en este día no está allí; distraída cruza la calle, siendo atropellada por un automóvil, que le pasa por encima de las piernas. Llevada a su casa, al abrir la puerta, su madre tiene una fuerte impresión y exclama: "Mi hija, se me ha olvidado el ir a buscarla". La enferma cae al suelo sin conocimiento; al recobrarlo, se encuentra en la cama, comenzándole por segunda vez el asma. Cuando tenía veinte años, un día su novio la besa por primera vez en la boca. Aterrorizada, temblando, presa de una gran emoción, vuelve a su casa. Llena de temor, pensaba que había hecho algo horrible; creía que el beso era algo equivalente al matrimonio, era como si hubiese tenido relaciones sexuales, era algo muy malo, pensaba que quizás hubiese quedado embarazada. No se atrevió a confiarle a su madre. Aquella misma noche comienzan de nuevo las crisis. La última vez comenzaron un mes antes de su matrimonio, al anunciarle su madre que se marchaba y que no viviría con ellos. Y así fué; hasta la actualidad ha vivido separada de su madre y desde entonces tiene asma sin cesar.

Dada de alta la enferma, poco tiempo después la madre viene a vivir con ella y su marido. Desde entonces está muy mejorada, las crisis de asma han desaparecido y sólo en alguna ocasión ha tenido una ligera disnea. Hace ya más de un año que seguimos a la enferma desde el alta.

La forma clínica de asma en esta enferma, en sus crisis recortadas con intervalos libres, ha facilitado mucho el estudio de esta enferma. Es difícil saber la significación del accidente que precedió el comienzo de su enfermedad: no existen bastantes recuerdos. En las otras tres ocasiones son circunstancias psicológicas muy precisas las que desencadenan las crisis: en la primera, el abandono de la madre, junto con la violenta emoción de atropello. En la segunda, el realizar un acto sexual prohibido, vivido en una forma muy infantil, que le hace temer perder el cariño de su madre. Por fin, en la tercera, es la situación de independización de su madre por el matrimonio y el hecho de la separación física de ésta. La enfermedad persiste más que en las anteriores ocasiones: la causa también; al restablecerse la situación, la enfermedad remite.

En todas las ocasiones la separación de la madre, real o imaginaria, es la situación psicológica que desencadena las crisis. La enferma había vivido siempre en un estado de fijación a ella. Es la última de seis hermanos y había sido la niña mimada de la casa. Sus padres se separaron cuando ella tenía unos seis años. Desde entonces vivió siempre muy unida a su madre.

Había reprochado a sus hermanos el que se casasen, dejando a la madre, e incluso había rechazado varios novios pensando que no se quería separar de ella.

La enferma es de un infantilismo psicológico muy acusado. Su vida afectiva está totalmente regulada por el mundo exterior; es de una sensibilidad y susceptibilidad extremas, por cualquier cosa se pone triste y se siente incapaz e inferior. El sentimiento de su propio valor es muy inseguro y con gran facilidad tiene ideas de infravaloración. Gran temor a ser rechazada, hasta el punto de que, por ejemplo, cuando se siente mal no llama, "pues sería horrible el comprobar que nadie viene". Su personalidad presenta múltiples rasgos, de lo que en lenguaje psicoanalítico se llama una fijación oral.

Durante los períodos de enfermedad se manifiestan síntomas depresivos muy claros: se ve invadida por una gran tristeza, todo le es igual, no tiene ganas de nada, nada le hace ilusión, no piensa más que en morirse, llora con gran facilidad y pierde el apetito.

Podemos concluir, esquemáticamente, diciendo que se trata de una enferma con una fijación muy intensa a su madre, que en ocasiones en que su relación con ella se han visto amenazadas ha reaccionado con síntomas depresivos (secundarios a la pérdida) y con crisis de asma (intento de restablecimiento de la relación perdida, en otro nivel).

En ocasiones el conflicto se expresa de una forma muy clara en los sueños de los enfermos. El siguiente caso es muy interesante en este aspecto. No conozco otro en la literatura tan demostrativo:

V. M. G. perdió a su padre cuando tenía dos años; sus dos hermanas, mayores que él, dejaron la casa para ir a servir siendo él pequeño. Durmió en la cama con su madre hasta los diecisiete años. Primeras relaciones sexuales en el servicio militar. Al regreso del servicio militar, primeras crisis de asma de gran violencia. Desde entonces, crisis violentas siempre en la casa, mejorando o desapareciendo en los viajes. Casado con una prima segunda, diez años mayor que él, de carácter violento como el de su madre, y "que, como siempre pasa, es la que manda en la casa". Cada vez que vuelve al pueblo, que hubo de abandonar a causa del asma, va a dormir a casa de su madre; su mujer, a la de la suya; en cada ocasión tiene violentas crisis de asma. El enfermo nos relata el siguiente sueño de repetición, que incluso en el tiempo en que le observamos dentro de la Clínica se le ha renovado: Se encuentra en el patio de su casa materna, siente algo en el pecho, una gran opresión, una inquietud, como si fuera a morirse, empieza a gritar llamando a su madre, despertándose con una crisis de asma.

Pocos comentarios necesita la historia anterior; el enfermo parece haber soñado después de haber leído a ALEXANDER. La fijación a la madre ha sido en este caso facilitada enormemente por las circunstancias de su vida. Es muy clara en la elección de su mujer, los elementos maternales: parentesco, edad superior, semejanza en el carácter. Es interesante consignar

la aparición del asma después del servicio militar, durante el cual el enfermo comienza una vida sexual activa: al regreso a su domicilio probablemente se creó una situación de conflicto entre su forma de vida anterior y la nueva, en la que la sexualidad había sido estimulada.

Lo que más nos ha interesado en este caso ha sido el sueño que el enfermo ha tenido gran número de veces, y siempre seguido de crisis de asma, y que parece la transcripción literal de la idea de WEISS, para quien el ataque de asma es el equivalente de un grito del niño.

Los sueños en que una llamada angustiosa precede al ataque de asma se pueden presentar en forma de un material más neutro, despersonalizado, como por ejemplo:

El enfermo G. N. R., durante su estancia en la Clínica, tiene el siguiente sueño: "Estoy inquieto en la cama, medio caído; me encuentro muy mal; alargo la mano para tocar el timbre; no puedo llamar; la pera es como si fuera blanda, de goma. Tengo una sensación de angustia que se prolonga mucho, durante horas; la luz roja se enciende sin cesar; nadie viene..." Se despierta con una crisis de asma.

En este sueño no tenemos detalles sobre la persona hacia la que la llamada va dirigida; con frecuencia es así; depende de las defensas que se utilicen en el sueño contra representaciones desagradables. Con gran frecuencia también, sin embargo, el enfermo sueña directamente con los personajes representativos: la madre, con mucho, el más frecuente. El siguiente caso es muy interesante por este motivo y por otros varios:

El enfermo E. R. E. nos es enviado de la Policlínica, tiene el siguiente sueño: "Estoy inquieto en la cama, muy rebelde al tratamiento, que dura sin interrupción desde hace tres años. Ultimamente había mejorado con el tratamiento con esteroides corticales, pero el efecto del medicamento rápidamente desaparecía, necesitando el enfermo dosis cada vez mayores.

En unas cuantas entrevistas el enfermo nos proporciona una serie de datos de gran interés.

En primer lugar, el comienzo de su enfermedad ha coincidido con un cambio en su situación profesional. Anteriormente nunca había tenido ningún síntoma del aparato respiratorio salvo en dos ocasiones: una bronquitis muy grave que había tenido de niño, a la edad de siete u ocho años, y durante la guerra, en la única ocasión que tuvo de entrar en combate, sintió que no podía correr, que no podía respirar. Hace tres años se produjo el cambio en su empleo: de una plaza de subordinado, con un trabajo mecánico, sin responsabilidad, que desempeñaba desde hacia muchos años, fué cambiado a otra de jefe con gran responsabilidad, dependiendo de él un gran sector de un servicio público de la capital. Desde entonces vive en situación realmente angustiosa: vive en un piso encima del lugar de su trabajo; desde su casa, día y noche, durante sus horas libres, oye el ruido de las máquinas; está continuamente pendiente de ellas; cuando hay una avería lo sabe antes que el encargado que ha quedado vigilándolas. Este es incapaz de resolver las averías, siendo él personalmente quien tiene que hacerlo. Apenas sale de su casa. No ha tenido vacaciones en estos tres años. Es una plaza para dos personas que él desempeña solo. Tiene gran aprensión de que le pueda ocurrir algo, pues los dos jefes que le antecedieron enfermaron y murieron "de la cabeza".

(al parecer de accidentes vasculares cerebrales). Esta situación se mantiene aún agudizada, pues se ha planteado el problema de que tendría que cesar a causa de su enfermedad. No se atreve a plantear los problemas claramente por ello.

Desde que empezó su enfermedad se encuentra nervioso, irritable, triste y con pocas ganas de nada. Por las tardes, al caer la tarde y subir de su trabajo a la casa, se siente mal, triste, desazonado; ideas negras le acuden al espíritu; piensa en la muerte, en el suicidio. Generalmente es por las tardes cuando tiene las crisis de asma, que van precedidas del estado de ánimo que acabo de describir.

Interrogado por mí sobre existencia de trastornos del sueño y la presencia de sueños, dice que duerme muy mal, y que desde que está enfermo sueña continuamente con su madre; la ve como si estuviera viva: hace ya once años que murió. Posteriormente me dice que no sólo en sueños piensa en su madre, sino que despierto, cuando tiene los ataques, no hace más que acordarse de ella, como si estuviese viva, pensando que ella le podría ayudar y consolar; se siente triste y desgraciado y su madre podría aliviárselo.

Es muy interesante el ver en este enfermo cómo en una situación que exige un esfuerzo, una responsabilidad, que se presenta con una cierta brusquedad, se desencadenan crisis de asma. Pero más interesante aún es seguir analizando la reacción del enfermo; al tiempo que los síntomas físicos, aparecen una serie de síntomas psíquicos, el enfermo se encuentra triste, desamparado, perdido, no sabe cómo hacer frente a la situación de una manera adulta. En vez de ello, la imagen de una madre protectora se reactiva, y en ella—imaginariamente—busca el enfermo la solución a sus problemas. En pocos casos he encontrado en la literatura reflejada de una forma tan directa y tan clara el carácter infantil del estado de ánimo que acompaña a ciertas crisis de asma. FEDERN (citado FRENCH y ALEXANDER) decía que "el asma parecía estar asociado con un estado de ánimo particular en que el paciente se sentía como un niño infeliz y abandonado. FEDERN compara este humor con la actitud de un niño que es impelido a buscar ayuda chillando y lamentándose".

La evolución de este enfermo es también de gran interés. Desde que empecé a verlo y a tener unas largas entrevistas con él, los síntomas han desaparecido; no ha precisado tomar más esteroides corticales; sigue como tratamiento una vacuna que anteriormente había sido ineficaz. Lo veo desde hace varios meses (más de ocho); nunca había tenido una mejoría semejante en los tres años de enfermedad; para este resultado han bastado unas cuantas entrevistas seguidas y posteriormente una al mes, a lo sumo.

Un último dato muy importante que el enfermo me ha comunicado recientemente: desde que comencé a visitarle y mejoró no ha vuelto a soñar con su madre. Este hecho nos hace comprender la significación de la relación psicoterapéutica para el enfermo. Como psicoterapeuta, tengo yo para el enfermo el valor de una imagen maternal; el haber encontrado en la vida

real un sustituto materno, hace innecesaria la reactivación de la imagen maternal. Indicaré de paso que en el tratamiento de este enfermo no he tenido hasta el momento como objetivo que el de la discusión de su situación actual y sus dificultades; a pesar de ello se ha producido un movimiento dinámico más profundo. Insisto en este punto para mostrar cómo siempre en una psicoterapia existen dos planos: uno, intelectual, lo que se dice o discute, y otro, más profundo, lo que significa la relación psicoterapéutica para el enfermo.

La enferma I. R. O. tenía ligeros síntomas respiratorios desde hacia años cuando, hace siete años, falleció su madre. Los quince días siguientes tiene por primera vez violentas crisis de disnea. Desde entonces su enfermedad persiste con gran intensidad, siendo muy rebelde a todo tratamiento. También desde entonces, nos dice la enferma, ha perdido toda ilusión en la vida, está siempre triste, llora con frecuencia y su madre le falta continuamente; es como una gran herida que le ha quedado abierta: está continuamente en un estado de tristeza e inquietud. Después de la muerte de su madre soñaba mucho con ella, que la veía viva; hasta hoy sigue teniendo los mismos sueños.

En esta enferma vemos cómo la agravación de su asma, acompañada de una intensa reacción depresiva crónica, se produce después de la pérdida de su madre. Ocurre en sujetos de su tipo, que en sus vidas la existencia de la madre es una necesidad fundamental para el mantenimiento de su equilibrio psíquico. El proceso normal de asimilación de una pérdida básica, efectuándose poco a poco una derivación hacia nuevos intereses y nuevas personas, no se realiza o se hace con una gran lentitud. Se efectúa en ellas un reajuste en sus vidas, en el que la persona perdida es reconstruida en el interior del individuo, y conservándola así se preserva en cierto modo, en la vida interior, la relación perdida. Naturalmente que con estas ideas no expreso ningún juicio de valor; únicamente indico cómo en el proceso normal de la elaboración de la pérdida de un ser querido, por el hecho de la intensa fijación a él, se prolonga más que en la media de la población, significando un obstáculo, una detención, en la evolución de la vida psíquica.

La enferma siguiente presenta algunos rasgos comunes con la anterior:

M. M. O. presenta sus primeras crisis de asma, muy violentas, el mismo día de la muerte de su padre. Ello ocurre en la primavera; sigue teniendo crisis hasta el otoño; pasa bien el invierno y comienzo de la primavera. En ésta va a visitar el cementerio, la tumba de su padre; allí mismo le empiezan otra serie de crisis, que se prolongan de nuevo hasta el otoño. Después de la muerte de su padre sueña con gran frecuencia con él, como si lo viese vivo. Desde entonces, también se encuentra triste, inquieta, continuamente asaltada por ideas pesimistas; no sabe muy bien lo que le pasa, pero con gran frecuencia se pone triste, llora; su vida ha cambiado completamente.

Quiero señalar antes de todo que la enferma era una polinica, confirmada por las pruebas

cutáneas. Tiene gran interés el ver cómo el comienzo de la enfermedad, el poder patógeno del polen, se hace cuando una sobrecarga emocional se produce. ¿Por qué no había tenido síntomas las primaveras anteriores? Por otra parte, el curso de la enfermedad, estacional, se lleva a cabo como el de una polínica típica. Al disminuir el estímulo alérgico, el factor psíquico es de por sí incapaz de producir los síntomas. Me parece un caso muy típico de sumación de estímulos psíquicos y físico-alergénicos.

Desde el punto de vista psíquico, esta enferma es superponible a la anterior; la diferencia radica en ser el padre el que ocupa el lugar de la madre en este caso. Ello puede explicarse por el hecho de que la enferma perdió a su madre cuando tenía cuatro años, desempeñando desde entonces el padre el papel de ambos.

Es el momento oportuno para indicar que la "fijación a la madre" hay que entenderla en un sentido muy amplio: queremos decir con ello fijación a la madre, o aun sustituto de ella, alguien que tiene la significación de una madre, que psicológicamente desempeña las funciones de ella. En el caso de esta enferma es el padre, en otros es un familiar cercano; ocasionalmente puede ser el médico, o cualquier otra persona que rellene para el enfermo las funciones de una madre, como en el caso siguiente:

El enfermo G. N. no tiene síntomas desde su ingreso en la Clínica. (El papel protector del hospital es frecuentemente interpretado en el sentido indicado.) Una mañana lo encuentro en plena crisis de asma, que comenzó la noche anterior. Interrogado, no cree que nada haya desencadenado la crisis. Seguimos la conversación y unos minutos más tarde nos habla el enfermo de la operación a que inesperadamente ha sido sometida la tarde anterior la religiosa encargada de la Sala. Creyendo estar ante una pista, mantengo la conversación alrededor del tema. La gran significación afectiva de la monja para el enfermo se pone de manifiesto: los sentimientos de seguridad que su presencia le da, la inquietud de cada día en el momento en que ella abandona el Servicio. La interpretación se impone: amenaza de pérdida de un personaje con significación protectora, maternal. Elementos de confirmación nos son dados por un médico del Servicio, al que había llamado la atención el comportamiento del enfermo desde su ingreso, "continuamente pegado a las faldas de la monja como un corderillo".

Llama la atención en este caso la facilidad y rapidez con que el enfermo ha establecido una relación de tipo maternal con una persona con la que relativamente ha tenido poco contacto. En los casos tratados por el psicoanálisis, este mismo hecho se encuentra frecuentemente. Existe en estos enfermos una actitud permanente de búsqueda de una imagen protectora maternal. En muchos casos se puede comprobar que la raíz de esta actitud se encuentra en una relación primitiva no suficientemente satisfactoria. En nuestro enfermo su madre había estado en cama enferma desde su nacimiento, no teniendo con ella durante varios años apenas contacto. Posteriormente se ocupó muy poco de él. Aun hoy le hace él reproches de no haberlo hecho un hom-

bre, de no haberle dado la formación debida; es fácil descubrir detrás de estas reivindicaciones un anhelo afectivo insatisfecho. Esquemáticamente podríamos decir: nunca tuvo una verdadera madre, la necesidad de ella ha quedado para siempre fija en él, manifestándose en la forma de una búsqueda continua de una madre ideal. El que el enfermo tuviese una hermana a los tres años, empezándole entonces los primeros síntomas respiratorios, confirma esta interpretación.

Este caso nos ha introducido en un terreno fundamental: la génesis del conflicto del enfermo asmático.

Existen numerosos datos de observación sobre la influencia del ambiente sobre la psicología del niño asmático, fruto de una larga investigación que comenzó en ROGERSON, HARGASTLE y DUGIUD<sup>3</sup> y ha sido realizada en su forma más completa por MILLER y BARUCH<sup>4</sup>. Resumo brevemente las principales conclusiones a que se ha llegado: el conflicto del asmático tiene su origen en la infancia; en los factores ambientales, el hecho que con más frecuencia se encuentra es una insuficiencia en el cariño que el niño recibe en los primeros años. En ocasiones, circunstancias reales son las responsables (ausencia real de padres); en otras, existe en las madres una acentuada actitud ambivalente en la que los factores afectivos negativos son muy fuertes aun habiendo otros positivos. Existe, por parte de la madre, un rechazo del hijo, que en una estadística de MILLER y BARUCH alcanza el 90 por 100. Circunstancias de la vida hacen que en las madres existan una exagerada proporción de sentimientos hostiles hacia sus hijos.

Ya hemos visto las condiciones en que se desarrolla G. N. R. Dos enfermos atendidos por mí (J. G. F. y A. M. S.) son hijos de madres con psicosis esquizofrénicas que no se han ocupado nunca de ellos. En A. F. C. el asma aparece a los dos años de edad, cuando nace una hermana; la madre, con grandes sentimientos de culpabilidad, confiesa haber abandonado por completo en ese momento al enfermo, habiendo volcado su atención en la niña, primera después de haber tenido sólo varones. M. L. M. nace en circunstancias trágicas: su madre había tenido con anterioridad un aborto; al despertar de la anestesia oye al médico decir que "del próximo no saldrá"; aterrada comprueba meses después que ha quedado embarazada; oculta el embarazo hasta los cinco meses. Cuando llega el momento del parto se niega a ser conducida a una clínica: quiere morir en su casa. Desde el nacimiento de la niña se plantean dificultades alimenticias que no cesan hasta los nueve años. Hay que recurrir desde el comienzo a la lactancia artificial; la niña presenta alteraciones digestivas, estando a punto de perecer. En los primeros meses de su vida comienza el asma. El padre de la niña es anormal, un psicópata, sádico y violento. El mismo cuadro familiar se reproduce en L. E. X.: es un niño no querido; su padre es un cínico, amoral, perverso e invertido. La madre pensó en separarse del marido en cuanto se casaron; al quedarse embarazada, había tenido ideas de hacerse abortar. El niño comienza a tener asma a los tres años, al nacer una hermana.

En todos estos casos hay un rasgo común: el niño es mal recibido, por circunstancias muy di-

versas se crea en la madre una actitud profunda de rechazo del hijo. En muchos casos se ha señalado, como en algunos de mis ejemplos, cómo la enfermedad comienza coincidiendo con el nacimiento de un hermano, hecho que disminuye la cantidad de afecto que el niño recibe y crea por otra parte una situación de rivalidad y celos.

El esquema de la situación de conflicto se completa de la siguiente manera. Por parte de la madre, es muy frecuente que los sentimientos de hostilidad sean vividos con grandes sentimientos de culpa, los que secundariamente crean en ella una actitud de sobresolicitud hacia el hijo, de sobreprotección. A su vez, esta actitud hace que el niño siga en una situación de gran dependencia, con lo que se cierra un círculo vicioso. Por parte del niño, se crea una situación de agresividad secundaria a la falta de afecto; pero la agresividad no se puede manifestar abiertamente; ella significaría para el niño un refuerzo de su temor fundamental: la pérdida de la madre. Esto explica la gran agresividad latente en los niños asmáticos, lo que es un hallazgo muy corriente en ellos.

Así se crea el núcleo fundamental del conflicto del enfermo asmático: una situación de fijación, anormal, muy intensa a la madre con la gran carga de agresividad subyacente.

Se ha pretendido que este esquema psicodinámico no sería primitivo, sino secundario a la invalidez física<sup>5</sup>. Por una serie de argumentos podemos rechazar esta objeción.

En muchos casos se puede demostrar que la situación psicológica no ha sido creada por la enfermedad, sino que ya existía previamente. Desde los primeros trabajos de ROGERSON y otros, este hecho es evidente. No sólo este hecho es comprobable en los niños, sino que también en los adultos, con un comienzo tardío de la enfermedad, se puede poner con frecuencia de manifiesto la existencia del problema con anterioridad a la enfermedad. Además, en muchos casos (ver el de L. V. C.) en que no ha existido una invalidez física se puede también comprobar la misma psicodinamia.

Indudablemente que en los casos crónicos con gran reducción de las actividades se crea una situación que refuerza el conflicto de base. En estos casos es muy difícil dilucidar lo que es conflicto primario y lo que es beneficio secundario de la enfermedad. Con una extraordinaria frecuencia he encontrado el hecho de que en las mujeres asmáticas la madre de las enfermas va a vivir con ellas si no ha vivido siempre en la misma casa: se vuelve a crear una situación muy semejante a la de la infancia.

Ya lo hemos visto en L. V. C. Después de estar la madre en la casa, me dice la enferma un día que ya no le importaría que se muriese, que ya está tranquila, pensando que hace lo que puede por ella. Es muy interesante el ver cómo la agresividad y culpabilidad se reacti-

van y coinciden con la enfermedad, compensándose al restablecerse la situación primitiva.

M. P. H. tiene asma ligero desde los cinco años. Después de su matrimonio se ha agravado mucho, volviendo a tener crisis de gran violencia, como no había tenido desde la infancia. Ha vivido siempre con su madre, incluso después de casada, a pesar de que son siete hermanos. De su madre dice lo siguiente: "Es una mujer que se cela con los hijos, sobre todo se ha celado conmigo. Nos quiere demasiado, no quiere compartir nuestro cariño con nadie. Desde pequeña siempre estuvo muy preocupada por mí; ahora que estoy casada es como si no lo estuviese; a mí marido le tiene ojeriza y me da miedo salir con él, pues ella me pone mala cara; me dice: 'Así es cómo me pagas todos los desvelos que por ti he tenido'. No me atrevo a hacer nada y siempre estoy sufriendo por ella; cuando la veo con la cara enfadada se me cae el cielo; me pregunta entonces: '¿Es que inconscientemente le habré hecho algo?' Tengo un sufrimiento continuo, un terrible problema, y he de contentar a mi madre y a mi marido; pero cuando le contento a él, a mi madre le sienta mal: entre los dos, me quedo con ella. Mi madre es de esas personas maniáticas que hacen sufrir a los que más quieren." En esta enferma se han producido temporadas de mejoría coincidiendo con el alejamiento de la madre.

L. S. R. tiene asma desde hace cuatro años. Ha vivido y sigue viviendo con su madre siempre. De su madre dice: "Siempre me ha cuidado mucho de pequeña; he sido hija única y muy consentida; mi madre siempre se preocupaba mucho de mí. Ahora, desde que estoy enferma, se preocupa de la enfermedad más que yo misma: se pasa el día preguntándome que cómo estoy, si he tomado las medicinas; cuando mi marido está de servicio se viene a dormir conmigo, porque si no, no está tranquila. Es como yo con mi hijo: siempre estoy preocupada si le puede pasar algo, no vivo cuando no lo veo." La enferma lleva cuatro años, desde que comenzó la enfermedad, en que no realiza ninguna actividad en absoluto ni en la casa; la madre hace todo; si la enferma quiere hacer algo la madre no le deja, diciéndole que está enferma y no puede hacer nada; no puede ni planchar ni levantar la cama; a todo le dice la madre que no debe, que está enferma. Las ocasiones en que ha salido del pueblo dejando a su madre ha mejorado.

En estos tres casos, sin lugar a dudas, la situación de conflicto es anterior a la enfermedad; sin embargo, con la enfermedad, en las dos últimas se agudiza el conflicto y se cierra un círculo vicioso. En L. V. C. y en M. P. H. son muy claros los intensos sentimientos agresivos de las enfermas hacia sus madres. La actitud de éstas, sobre todo en M. P. H. y en L. S. R., es lo más propicia al mantenimiento de las enfermas en una situación de dependencia infantil en la que la enfermedad puede ser considerada como un elemento más.

Contrasta el hecho de que en L. V. C. se produzca la mejoría con la presencia de la madre, mientras que en las otras dos las mejorías se producen con el alejamiento de ellas. Se puede pensar que en L. V. C. se aplaca el conflicto cuando está con la madre, mientras que en L. S. R. y M. P. H. la presencia de la madre le mantiene en actividad y su alejamiento le deja en estado latente. Esta interpretación coincide con el estudio de JESSNER y otros sobre la influencia de la presencia y el alejamiento de la madre en la sintomatología de los niños asmáticos<sup>6</sup>.

## III

He elegido unos cuantos casos de asma bronquial para ilustrar el esquema psicodinámico descrito por ALEXANDER; al mismo tiempo he pretendido con ellos demostrar la realidad de éste; la experiencia que actualmente poseo del problema me permite afirmarla.

Por el momento me es muy difícil el poder precisar la proporción en que dicho esquema se encuentra en los asmáticos. En pocos trabajos se ha intentado el determinarla. Existen muchas dificultades en la valoración de los hallazgos negativos; no sabemos si, profundizando en el estudio del enfermo, se puede hallar lo que, en una exploración más breve, puede no ser evidente. En el trabajo de FRENCH y ALEXANDER se halló el mismo conflicto en los 27 enfermos; sin embargo, existió una cierta selección, puesto que todos los enfermos fueron escogidos porque al mismo tiempo que el asma presentaban trastornos emocionales que les impulsó a aceptar un tratamiento psicoanalítico. Sin lugar a dudas, es el conflicto que más frecuentemente se encuentra en el enfermo asmático, sin que sea posible excluir la existencia de otros tipos de conflicto. Tampoco estamos actualmente en condiciones de poder negar la existencia de formas de asma "puros orgánicos", en los que los factores psíquicos no tengan fuerza patógena y sean únicamente secundarios a la enfermedad.

El que el mismo conflicto sea encontrado en personas con otras enfermedades funcionales, en enfermos neuróticos y en personas normales, plantea aún tres problemas más que escapan a la investigación psicológica aislada: el poder patógeno de un conflicto, la elección de un modo de expresión orgánica por un conflicto (¿por qué asma y no neurosis?) y la especificidad dentro de la forma de expresión orgánica (¿por qué asma y no colitis mucosa?) Para poder responderlos es preciso la colaboración con la investigación biológica (factores etiopatogénicos orgánicos y "disposición", ¿por qué unas personas pueden tener asma y otras no?)

## RESUMEN.

1. El autor ilustra con una serie de casos el esquema psicodinámico descrito por ALEXANDER en el enfermo asmático.
2. Brevemente se discute el valor de dicho esquema: el más frecuente, pero no universal ni específico.

3. Se indican las limitaciones de la investigación psicológica aislada.

## BIBLIOGRAFIA

1. RALLO ROMERO, JOSÉ.—Rev. Clin. Esp., 68, 349, 1958.
2. FRENCH, T. M. y ALEXANDER, F.—Psychogenic factors in bronchial asthma. Traducción en "El Ateneo". Buenos Aires, 1943.
3. ROGERSON, C. H., HARDCASTLE, D. H. y DUGIUD, K.—Cit. FRENCH y ALEXANDER.
4. MILLER, H. y BARUCH, D. W.—The practice of psychosomatic medicine. McGraw-Hill Book Company, Inc. New York, 1956.
5. COLEMAN, H. y SHURE, N.—Practical Allergy. Butterworth, Co. Ltd. London, 1957.
6. JESSNER, L., LAMONT, J., LONG, R., ROLLINS, N., WHIPPLE, B. y PRENTICE, N.—Emotional impact of nearness and separation for the asthmatic child and his mother. In The Psychoanalytic Study of the Child. Imago Publishing Co., Ltd. London, 1955.

## SUMMARY

1. The psychodynamic diagram described by Alexander in the asthmatic patient is illustrated by the writer with a series of cases.
2. The value of that diagram is briefly discussed: it is the most frequent, but it is neither universal nor specific.
3. The limitations of isolated psychological investigation are pointed out.

## ZUSAMMENFASSUNG

1. An Hand einer Reihe von Fällen veran-  
chaulicht der Autor das von Alexander besch-  
riebene psychodynamische Schema im asth-  
matischen Patienten.
2. Es wird kurz der Wert des besagten  
Schemas besprochen: der häufigste, aber doch  
weder universelle noch spezifische.
3. Es wird auf die Beschränkung des verein-  
zelten psychologischen Studiums hingewiesen.

## RÉSUMÉ

1. L'auteur illustre avec une série de cas le schéma psychodynamique décrit par Alexander chez le malade asthmatique.
2. On discute rapidement la valeur de ce schéma: le plus fréquent mais non universel ni spécifique.
3. On indique les limitations de l'investiga-  
tion psychologique isolée.