

REVISIONES

La familia del niño asmático: ¿Una oportunidad para la terapia familiar?

M. C. BENEDITO MONLEÓN * y J. A. LÓPEZ ANDREU **

RESUMEN: El presente trabajo pretende analizar la influencia que ejerce el entorno familiar en el niño asmático y, en consecuencia, la efectividad que pueden tener las terapias familiares en estos pacientes. Se describen y analizan las terapias familiares, se realiza una revisión cronológica de sus aplicaciones en pacientes asmáticos y se discuten los resultados que se desprenden de dichos estudios. PALABRAS CLAVE: ASMA BRONQUIAL, TERAPIA FAMILIAR, EFECTIVIDAD TERAPÉUTICA.

THE FAMILY OF THE ASTHMATIC CHILD ¿A CHANCE TO THERAPY? (SUMMARY): We analyze the influence of family environment on the asthmatic child and, consequently, the role that family therapy might have in these patients. We describe different family therapies, and review chronologically their use in asthmatic patients. Finally, we discuss the results of these studies. KEY WORDS: BRONCHIAL ASTHMA, FAMILY THERAPY, THERAPEUTIC EFFECTIVENESS.

INTRODUCCIÓN. FUNDAMENTO Y DESCRIPCIÓN DE LAS TERAPIAS FAMILIARES

Dentro de las terapias familiares, una de las más relevantes, es la Terapia Familiar Sistémica, en ella se considera al grupo familiar como un sistema interactivo, que se organiza en función de normas o reglas, que catalizan las relaciones entre sus miembros. La conducta patológica es sintomática de la disfunción de las relaciones familiares, y la conducta patológica de un miembro de la familia, actúa sobre el grupo familiar, distorsionando su fun-

cionamiento. De esta hipótesis de casualidad funcional, se deduce que la intervención terapéutica ha de dirigirse a todo el grupo familiar donde aparece la conducta alterada.

La terapia familiar, como se podrá apreciar en los trabajos que posteriormente citamos, ha sido ampliamente utilizada en trastornos como el asma bronquial.

Es una psicoterapia verbal, pero también se utilizan técnicas cognitivas y conductuales, participando en las sesiones, todos los miembros de la familia.

* Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

** Hospital Infantil La Fe de Valencia.

BECAS CONCEDIDAS

1. Beca de formación de Personal Investigador (F.P.I.) del Ministerio de Educación y Ciencia.
2. Beca del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (FISSS).
3. Beca de la Caja de Ahorros de Valencia para el Tercer Ciclo de Estudios Universitarios.

Según Tejedor Azpeita y Castellón Zazurca (1), las características disfuncionales de la familia se atribuyen a:

- 1) Aglutinamiento de los miembros, confundiendo los roles y funciones de cada uno.
- 2) Sobreprotección, sobre todo, cuando se adopta el papel de enfermo.
- 3) Rigidez y resistencia frente al cambio de las relaciones interpersonales.
- 4) Evitación del conflicto. Las tensiones que son ocultas, no se verbalizan y se manifiestan a través de síntomas somáticos.
- 5) Inhibición de las expresiones emocionales y afectivas en el contexto familiar.

La acción terapéutica se dirige a modificar esta homeostasis familiar disfuncional. Para ello, el terapeuta facilita y provoca la expresión de conflictos entre los miembros, reformula roles y propone modelos de interacción, que individualicen a cada sujeto respecto al resto de la familia. A través del refuerzo, el terapeuta suscita el cambio y la flexibilidad de las redes de la interacción familiar.

Habría que destacar que, cualquier acercamiento psicológico, se incardine o no en las terapias familiares, reconoce la influencia que la propia familia del enfermo puede tener, a veces, al desarrollar actitudes desfavorables. El descubrimiento de las limitaciones en las posibilidades del enfermo, las obligaciones que impone su tratamiento, etc., suscitan inquietudes familiares.

Desde la perspectiva sistémica, la mayor parte de ocasiones, los mecanismos de defensa desarrollados por la familia, reestablecen un entorno en el que el individuo puede encontrar apoyo y comprensión. No obstante, en ciertas ocasiones, afloran reacciones más patológicas como rigidez del entorno, actitudes de limita-

ción, de culpabilización, de superprotección, de abandono etc. (2).

La enfermedad pues, produce una alteración en la calidad de vida, y también una transformación en las relaciones entre sujeto y entorno.

Las respuestas de los miembros de la familia, serán, por tanto, un aspecto relevante en la evaluación. Las respuestas de ansiedad de los familiares, pueden constituir factores perturbadores en el tratamiento del paciente asmático.

Del mismo modo, otras respuestas indeseables, como las mencionadas anteriormente, de rechazo, sobreprotección, refuerzo de conductas inadecuadas o la no recompensa de las conductas adecuadas, han de ser contempladas en la evaluación y tratamiento de los pacientes asmáticos.

Ya se ha señalado anteriormente, que cualquiera que sea el contexto en el que se analice el rol de los factores psicológicos del asma, siempre se ha dado importancia al papel desempeñado por la familia. En ocasiones, se ha enfatizado la dependencia del niño hacia la madre, y las crisis asmáticas se han interpretado como sustituto del llanto por la pérdida de la madre; siendo ésta la posición defendida en el contexto psicoanalítico. También dentro de esta perspectiva, se ha defendido la existencia de rasgos de personalidad específicos y actitudes particulares de los padres (3).

APLICACIONES DE LA TERAPIA FAMILIAR EN PACIENTES ASMÁTICOS: UNA REVISIÓN POLÉMICA Y CRÍTICA

La mayoría de los estudios sobre este tema, a pesar de los cuestionamientos metodológicos que se les pueden formular, ofrecen una base para pensar que la conducta de la familia, de alguna manera,

determina el curso que siga la enfermedad del niño; aunque una perspectiva más prometedora para evaluar estos factores, procede de otra metodología, de preferencia experimental, en la que se analice el tipo de influencia y el modo cómo se da esa influencia de la familia sobre el niño; y que analice también, el patrón de interacciones niño-medio que puede estar reforzando y fortaleciendo los síntomas de la enfermedad.

Un ejemplo de este análisis experimental lo ofrece el trabajo de Neisworth y Moore, (4), que utilizando un procedimiento combinado de extinción y reforzamiento negativo, demostró el papel que los padres de un niño asmático, desempeñaban al reforzar los ataques, y consiguieron una mejoría en el niño, que había sido tratado farmacológicamente sin éxito alguno.

Liebman, Minuchin y Baker, (5) desarrollaron un acercamiento de terapia familiar para asmáticos, que intentaban reducir la dependencia crónica del niño, la sobreprotección, el estrés marital, las reacciones de los hermanos, las manipulaciones del paciente y la tendencia del niño a asumir el rol de enfermo. Los objetivos que se propusieron fueron: la reducción de los síntomas mediante un apropiado manejo médico, la identificación y cambio de patrones familiares que exacerbaban y perpetuaban los síntomas. Las medidas utilizadas incluían: número de crisis, solicitudes de hospitalización, uso de corticosteroides, asistencia escolar y grado de mejoría en las relaciones con los hermanos. Los resultados de media hora de tratamiento semanal durante un año, fueron espectaculares. Los pacientes interrumpieron toda la medicación, terapia de desensibilización, visitas hospitalarias y rivalidad fraternal. Sin embargo, en ausencia de grupo control, los resultados habría que considerarlos con cierta cautela.

En otros estudios, se ha relacionado también, el patrón de interacción madres-abuelos maternos y madre-niño asmático, sugiriéndose que las madres de niños asmáticos, a su vez, fueron más dependientes de sus propias madres, y tendieron a percibir a sus padres como personas que las rechazaban, insinuándose que ese patrón de relaciones anteriores, es una base generadora de tensiones emocionales asmatógenicas, en niños con predisposición alérgica (6).

Otro ejemplo, lo ofrecen Mac Donald y Oden (7) quienes presentan dos casos de manejo del asma en adultos y jóvenes, cuya enfermedad fue relacionada con el hecho de tener un rol de dependencia familiar. En este caso, el tratamiento efectivo incluyó, manejo conductual a través del uso de sanciones y clarificación de roles.

Una línea de evaluación experimental, es propuesta por Wikram, Faleide y Blakar (8), quienes predenten centrarse en el análisis de la comunicación familiar del niño asmático, del cual, postulan la hipótesis de que es poco claro, ambivalente y caracterizado por evitar una discusión clara y abierta de los conflictos.

Kagan, (9) propone, que los padres de los niños cuyos ataques son primordialmente desarrollados por factores emocionales, muestran más características negativas como aprensividad o irritabilidad, más actitudes indeseables hacia la crianza, puesto que hacen uso del autoritarismo y castigo, y más métodos patológicos de interactuar con su hijo utilizando el rechazo y la privación, que los padres de asmáticos cuyos ataques se desencadenan por factores extrínsecos. Por otra parte, las madres de los primeros son menos sensibles a las emociones de sus hijos y motivan que éstos apelen al asma para obtener la atención deseada.

Valdez, (10) publicó un trabajo en el que, siguiendo una metodología similar, encontró diferencias estadísticamente significativas de actitudes hacia la crianza entre padres y madres de niños asmáticos de ambos grupos. Sin embargo, no encontró rasgos específicos de personalidad que caracterizaran al segundo grupo de padres.

Un estudio controlado, (11) utilizó una asignación randomizada de niños a dos grupos: manejo médico sólomente y manejo médico más terapia familiar. La función pulmonar fue medida antes y después de la terapia y la respiración sibilante era registrada diariamente; observándose al final de la terapia un incremento en las dos medidas para el grupo que recibió terapia familiar. Aunque los cambios fueron modestos, hay que tener presente que los asmáticos eran relativamente severos y que el tratamiento duró sólo cuatro meses. Por otra parte, la atención extra recibida por el grupo de la terapia familiar, no fue controlada, por lo que la especificidad de los efectos de la atención placebo, no puede ser determinada.

La sobreprotección materna, ha sido objeto de muchos estudios, a menudo basados en la hipótesis de que una ansiedad obsesiva, sobre sus niños, conduce a las madres a estas actitudes negativas, que pueden además ser factores precipitantes para el desarrollo del asma (12). Parker y Lipscombe, (13) interesándose en esta línea, pretendieron determinar si la sobreprotección era un antecedente o un consecuente del trastorno. Encontraron que los sujetos asmáticos informaron que sus padres y madres, les protegían a ellos pero no a sus hermanos. Los resultados apoyaron la hipótesis de que la sobreprotección era consecuencia de esta enfermedad crónica que elicitaba altos niveles de ansiedad en los padres, y no un factor precipitante de la enfermedad.

Más recientemente, Abramson y Peshkin, (14) han proporcionado un detallado informe verbal de cinco años de interacciones de grupo, con padres de niños asmáticos, ofreciendo una débil información sobre los efectos de la enfermedad en la familia, así como sobre los eventos emocionales precipitantes de los ataques asmáticos. Aunque clínicamente interesantes, estos informes, no hacen ningún intento para llevar a cabo una evaluación objetiva de los efectos de este tratamiento. La creencia tradicional sobre la familia psicosomatogénica, no ha recibido apoyo en esta investigación.

CONCLUSIÓN

Resumiendo el contenido de todos estos estudios, parece existir un acuerdo general de que la familia forma parte del contexto que influye para desencadenar o evitar los ataques del niño asmático. Es poco probable que haya patrones de interacción familiar característicos en la familia del asmático o rasgos de personalidad y actitudes características en sus padres, siendo la tarea precisamente, identificar los patrones de interacción indeseables en cada caso, para realizar la respectiva modificación sobre los mismos. Desde esta perspectiva, se ha demostrado la utilidad de este acercamiento en el tratamiento de los problemas psicológicos derivados de la cronicidad de las enfermedades.

Una importante limitación de la investigación sobre terapia familiar, es la falta de especificidad de objetivos y medidas de resultados. Los estudios son numerosos pero, como en el caso de otras terapias de orientación dinámica, ha habido un insuficiente control de la atención placebo, que permitiría confirmar la eficacia, o posibilitaría demostrar que las maniobras específicas empleadas son mejores que el apoyo, menos costoso, realizado por los no profesionales (15).

BIBLIOGRAFIA

1. TEJEDOR AZPEITA, M. C. y CASTILLÓN ZAZURCA, J. J.: *Generalidades terapéuticas en psicopatología: Otras técnicas psicológicas*. En: I. Anguera de Sojo Peira (Ed.) *Medicina Psicopatológica*. Barcelona: Doyma, 1988.
2. CORNUDELLA MIR, R.: *Aspectos psicopatológicos y psicosociales de la obstrucción crónica del flujo aéreo*. En I. Anguera de Sojo Peira (Ed.), *Medicina Psicopatológica*, Barcelona: Doyma, 1988.
3. FLÓREZ ALARCÓN, L. E.: *El asma infantil como trastorno psicopatológico y su tratamiento mediante técnicas terapéuticas conductuales*. Revista Mexicana de Análisis de conducta, 1980; 6: 73-87.
4. NEISWORTH, J. T. y MOORE, F.: *Operant treatment of asthmatic responding with the parent as therapist*. Behav Ther, 1972; 3: 95-99.
5. LIEBMAN, D.; MINUSCHIN, S. y BAKER, L.: *The use of structural family therapy in the treatment of intractable asthma*, Am. J. Psychiatry, 1974; 131: 535-539.
6. MUJER, A.: *Generation chain relationships in families of asthmatic children*. Psychosomatics, 1976; 17: 213-217.
7. MCDONALD, W. S. y ODEN, C. H.: *Role classification and sanction in two cases of bronchial asthma*. J. Public. Health, 1977; 75: 1219-20.
8. WIKRAN, E.; FALEIDE, A. y BLAKAR, R. M.: *Communication in the family of the asthmatic child*. Acta Psychiatr Scand., 1978; 57: 11-26.
9. KAGAN, S. G.: *Emotional communication patterns in asthmatic children and their mothers*. Dissertation Abstracts International, 1978; 38: 5574-B.
10. VALDEZ, M. D.: *Affective behavior of subgrouped asthmatic boys and the relationship to parental personality and child rearing attitudes*. Dissertation Abstracts International, 1978; 38: 5884-A.
11. LASK, B. y MATHEW, D.: *Childhood asthma: A controlled trial of family psychotherapy*. Arch. Dis. Child., 1979; 54: 116-119.
12. GLUSS, P. A. y FIREMAN, P.: *Recent trends in asthma research*. An Behav Med., 1985; 7: 11-16.
13. PARKER, J. y LIMPSCOMBE, P.: *Parental overprotection and asthma*. J. Psychosom Res, 1979; 23: 295-299.
14. ABRAMSON, H. A. y PESHKIN, M. M.: *Psychosomatic group therapy with intractable asthma*. XII. The Goldey Family. Part. III. J. Asthma Res., 1980; 17: 123-147.
15. CONNERS, C. K.: *Psychological management of the asthmatic child*. Clin. Rev. Allergy, 1983; 1: 163-77.

Petición de Separatas:

M.^a CARMEN BENEDITO MONLEÓN
 Pasaje Ventura Feliú, 21, 4.^a
 46007 VALENCIA