
LOS ASPECTOS PSIQUICOS DE LA ENFERMEDAD DEL NIÑO, VISTOS POR UN PEDIATRA-ALERGÓLOGO. DIA 18 DE JUNIO DE 1983

Dr. Luis Caballero Gómez

— Médico alergólogo.

— Pediatra.

— Jefe de Sección de Alergología Infantil de la Clínica Infantil de la C. S. La Fe.

Antes de comenzar mi intervención en esta Mesa debo advertirles que el título no corresponde al contenido, ya que no les voy a hablar de niños enfermos, sino de niños alérgicos, queda, por tanto, dicho que alergia y enfermedad no son sinónimos.

Sin embargo, a pesar de ser niños sin enfermedad, frecuentemente visitan el hospital, como consecuencia de su alergia. Además su número es muy importante, nada menos que del 12 al 15% de la población infantil presenta un problema de alergia, lo cual ya supone un buen argumento para ocuparse de ellos, aunque se trate de niños sanos.

Les voy a exponer mi visión personal acerca de estos niños, repito, sanos; y es que el punto de partida correcto es éste, para enfocar con objetividad la problemática del niño alérgico, el que la alergia no es una enfermedad. Es posible que la terminología que voy a utilizar no esté a la altura de un público de Psicólogos, pero pienso que puede ser útil expresar llanamente la visión de un clínico, sobre un problema que con-

sidera exclusivamente clínico (fisiopatológico) y no psíquico. Y me voy a referir al más del 95% de niños alérgicos, cuya evolución, correctamente tratados, es buena y no deja secuelas psíquicas; y dejaré de lado ese otro menos del 5% de niños alérgicos, con patología grave, consecutiva a su alergia, y que puede amenazar seriamente su vida. Quizás se digan ustedes que dejamos de lado lo más importante e interesante, pero consideramos que este, afortunadamente bajo porcentaje de niños con enfermedad grave, no es el niño alérgico que encontramos a diario, y podrían ser considerados junto con otros niños con enfermedad grave, alérgicos o no.

Etimológicamente la palabra «alergia» significa «reacción rara», y la verdad es que tanto médicos, como público en general, parecemos empeñados en que siga siendo eso, algo raro —cuanto más mejor—, a lo que cada uno da su propia explicación y aplica «su propio» remedio, y sobre lo que se construye toda clase de fantasías, elaborando principios inamovibles —casi siempre ab-

surdos y equivocados—, la mayoría de ellos con un fondo pesimista, en cuanto al pronóstico, ya que a la alergia se la tiene etiquetada como algo incurable, y este sentimiento de «incurable» ya es un hándicap para el manejo de estos niños, ya que, en el fondo, se parte con el convencimiento, a la hora de tratarlos, de que nos vamos a empeñar en una lucha, de antemano, perdida.

Desmitificar todo, o casi todo, lo que hasta ahora se ha dicho de la alergia y del asma es una de nuestras mayores preocupaciones cuando queremos explicar a los padres el alcance del problema de su hijo alérgico.

Desde hace varios años, dos veces al mes, nos reunimos con los padres, cuando vienen a recoger el tratamiento de su hijo, y tenemos una larga charla, de más de dos horas de duración, durante las que se les explica en qué consiste y cuál es el mecanismo fisiopatológico de la alergia, no como enfermedad, que no lo es, sino como reacción de defensa del organismo; y es esa excesiva defensa lo que va a ocasionar problemas. Por lo general ellos vienen con el convencimiento de que su hijo es débil, y que su problema es precisamente una «falta de defensas». La actitud de los padres cambia cuando conocen la realidad, que es muy otra de la que ellos creían; entonces sienten que sí vale la pena colaborar con nosotros, pues ven un futuro esperanzador. Además, les hacemos ver cómo la condición alérgica del niño no tiene porqué influir, ni condicionar de forma importante, la

vida de su hijo o del resto de la familia.

A veces, aunque sea de forma inconsciente, alguien puede estar interesado en magnificar el problema del niño en su propio interés para conseguir sus propósitos, y por lo general no suele ser el mismo niño el más interesado en ello. Esto puede ocasionar, y de hecho ocurre, una actitud de animadversión de los que se sienten perjudicados, hacia el causante del perjuicio, la alergia del niño, es decir, el niño alérgico al que se ha utilizado como excusa para que la madre no vaya a la playa, que a ella no le gusta, alegando, por ejemplo, que ese clima es perjudicial para el niño, o se valdrá de la alergia del hijo para evitar que el padre fume en casa. Esta situación, repetida, puede crear un sentimiento de enfermedad en el niño.

Por lo general, el niño alérgico no va a necesitar más mimos que los otros hermanos, aunque sí necesitará algunos, si bien pocos, cuidados extras por parte de los padres, sobre todo de la madre, y deberían dispensarseles de tal forma que pasara desapercibido al resto de la familia. Necesitará tener su dormitorio de una determinada forma, tal vez, o guardar un determinado régimen, para evitar aquellos alérgenos que, por un mecanismo inmunológico, pueden desencadenar una crisis de asma. Si los padres actúan inteligentemente, harán estas cosas, que son realmente sencillas, con disimulo, de tal forma que pasen desapercibidas a todos, incluso al niño alérgico.

De la actitud positiva o contraria

de los padres, depende en mucho la evolución del problema del niño. Esta actitud se refleja de forma evidente en lo referente al cumplimiento de la medicación. En un trabajo llevado a cabo por Eney y Goldstein, se ponía de manifiesto que sólo el 11% de los niños asmáticos recibían adecuadamente el tratamiento que se les había prescrito.

Responsabilidad del médico es facilitar, en lo posible, el esquema de tratamiento de forma que sea lo más cómodo, pero antes que nada deberá explicar a los padres el porqué de ese tratamiento, como actúa, la necesidad (si es el caso) de un horario rígido, y debe estar presto a todo tipo de explicaciones que se le pida, advirtiendo a los padres, antes de que se presenten, acerca de las posibles intolerancias que ese medicamento pudiera ocasionar. Una de las causas más frecuentes de incumplimiento de los tratamientos es que los padres observen en el médico, titubeos o indecisiones, especialmente cuando se trata de solucionar problemas planteados por efectos secundarios o colaterales de los medicamentos que él ha prescrito.

A nivel popular «alergia» y «vacunas» van íntimamente relacionados; da la impresión de que lo único que vienen los padres a buscar de nosotros es una vacuna, mientras que el resto de tratamiento, lo consideran como secundario, cuando la verdad es muy otra. Es como si quisieran satisfacer su sentimiento de responsabilidad hacia el problema del niño, con aquello que a ellos se antoja como fundamental.

Hasta ahora hemos considerado

sólo actitudes de los padres en relación con el problema del niño y con el médico. Y es que, desafortunadamente, hasta hace bien poco nuestra actuación en el Hospital con el niño, concluía cuando éste tenía siete años, por lo que casi no teníamos oportunidad de tratar con los niños más que a través de sus padres. Desde hace unos meses ya nos compete hasta que el chico cumple 14 años.

Uno de los mitos más extendidos sobre el asma del niño es que éstos problemas desaparecen con algo que llaman el cambio; ciertamente ocurre que el pediatra dejaba de ver niños asmáticos, ya que los perdía a los siete años. Por eso se ha dicho que no es el asma del niño el que cambia, sino el niño el que cambia de médico.

En estas edades es cuando se ven en toda su magnitud las repercusiones que los problemas alérgicos pueden tener sobre el niño, afectándole psicológicamente. En el trato con los chicos, lo que más llama la atención, además de la sobreprotección a la que muchas veces están sometidos, son sus preocupaciones por:

1. Repercusión escolar (faltas de asistencia).
2. Repercusión en los deportes (E.I.A.).
3. Resistencia a administrarse la medicación en el colegio, delante de los compañeros.

Pero realmente, lo que más molesta al niño es sentirse manejado. Por ello, cuando tiene ocho o diez años es con él con quien hay que tratar y

responsabilizarle a él de su medicación, así como de llevar control de los percances que haya sufrido debido a su alergia; aunque los padres le acompañen a la consulta es a él a quien hay que entrevistar, aunque, naturalmente, los padres colaboren en la entrevista.

El médico debe valorar la situación familiar, atendiendo a los siguientes puntos:

¿Existen problemas con los hermanos?

¿Se siente el niño rechazado?

¿Tienen los familiares o el paciente la sensación de que se está gastando excesivo o poco tiempo con el niño?

¿Hay otras fuentes de apoyo emocional además de la familia inmediata?

¿Tienen los esposos suficiente tiempo para ellos mismos y para los demás?

En algunos países existen lo que se llama clubs de padres de niños asmáticos, así como colonias de verano para estos niños. Dichas colonias estarían justificadas para ese escaso número con problemas realmente graves, que decíamos al principio. Pero los clubs de padres pensamos que puede tener un efecto pernicioso, creando un ambiente de tensión y miedo al ver otros problemas en otros niños.

Consideramos que el tratamiento ideal consiste en una gran relación de los padres y el niño con el médico, no sintiéndose aquellos nunca desasistidos.

Creemos que en un futuro no lejano podremos atender mejor a nues-

tros pequeños pacientes, y podremos ayudar más directamente a sus padres, cuando dispongamos de una Trabajadora Social y una Enfermera Visitadora a domicilio, quienes pueden supervisar directamente en la casa del niño cómo se realiza el tratamiento.

Por último debo referirme a la importante labor de los maestros en la escuela, en donde el niño tantas horas pasa, y en donde va a tener el desafío de otros niños sin su problema, antes los que, de ninguna forma, puede quedar en situación de inferioridad. El profesor deberá tener el suficiente tacto y delicadeza como para, en aquellas ocasiones en que el niño se encuentre sintomático, minimizar el problema y no obligar a realizar algún ejercicio que pudiera empeorar la situación del chico.

Literatura consultada

1. Furkawa C. T., Roesler T. A.: *Psychologic Aspects of Allergic Diseases in Allergic Diseases of Infancy, Childhood and Adolescence*. Bierman and Pearlman. W. B. Saunders Company, 1980.
2. F. Escardo y otros: *El Niño Asmático*. Edit. «El Ateneo». Buenos Aires, 1952.
3. Creer T. L. *Asthma: Psychologic Aspects and Management*. En «*Allergy Principles and Practice*» Middleton E., Reed Ch. E., Ellis E. F. C. V. Mosby Company. Vol. 2, pág. 796, 1978.

-
4. Eney, R. D., and Goldstein, E. O.: Compliance of Chronic asthmaticus with oral administration of theophylline as measured by serum and salivary levels. *Pediatrics* 57: 513, 1976.
 5. Mattsson, A.: Psychologic aspects of childhood asthma. *Clin. Ped. Nort. Am.* Feb. 1975, pág. 79.
 6. Estudio y tratamiento psicosomático de niños asmáticos. *Clin. Ped. Nort. Am.* Falliers C. J. Feb. 1969, pág. 271.
 7. Tuft, L., Mueller, H. L.: *Alergia en el niño*. Editorial Pediátrica. Barcelona, 1971.