

**Alonso León, L\*; Pérez Laureano, A\*; Ojeda Escuín, A\*;  
González Soria, C\*\*; Al Chaal Marcos, Laila\*\***

*\*Residente de Psicología clínica; \*\* MIR Psiquiatría del C.A.U.S.A (Salamanca)*

## Objetivo

Se describe la valoración e intervención breve psicoterapéutica llevada a cabo desde el Servicio de Urgencias, con un infante de 7 años y su madre.

El menor consulta por síntomas de disnea “Mi hijo no puede respirar”



## Formulación clínica

P. es un niño de 7 años que acude al Servicio de Urgencias Pediátricas de Salamanca acompañado de su madre. Acude derivada del Pediatra de Atención Primaria donde ha acudido de forma reiterada por dificultades para respirar. Refiere una dificultad para respirar, con una sensación de falta de aire... sobre todo cuando se encuentra en el domicilio familiar... sin que en el colegio se observe ni refieran ninguna dificultad en ese sentido. El síntoma aparece hace justo 1 mes, cuando el padre del niño fallece repentinamente en un accidente de tráfico. El niño no sabe que su padre ha fallecido.

En la exploración se evidencia un desarrollo evolutivo normal, sin incidencias. La madre en un primer momento se muestra resistente a admitir la posibilidad que el síntoma de su hijo sea de origen psicógeno.

Durante la entrevista, observamos una dinámica relacional entre la madre basada en la indiferencia afectiva. El niño buscaba el contacto afectivo con su madre, no obteniendo de ésta ninguna respuesta más que “llanto y respiración contenida”.

## Intervención

En la entrevista, la madre refiere que su marido y el padre de P. falleció repentinamente en un accidente de tráfico hace aproximadamente 1 mes, momento a partir del cual comienzan las consultas frecuentes en Pediatría ya que su hijo tiene dificultades para respirar. La madre reconoce que P. no conoce que su padre ha fallecido y refiere que le han dicho que “está de viaje” ya que era camionero. Desde el fallecimiento de su marido refiere que ha intentado aparentar “normalidad” en casa y que para ello está realizando “un gran sobre-esfuerzo” con un empeoramiento anímico en la última semana...

En función de los resultados de la evaluación se formula la hipótesis de que las dificultades para respirar de P. están relacionadas con la dificultad de verbalización de los afectos de la madre, siendo ésta incapaz de sintonizar con la emoción y conducta de P, ya que no se encuentra disponible físicamente; así como la manera que tiene P. para afrontar situaciones conflictivas o emocionalmente intensas es a través de mecanismos de represión o negación de la agresividad (Kreiser, 1985).

Se plantean dos intervenciones. Por un lado con la madre de P. de ventilación emocional, normalización de emociones y apoyo en el proceso de separación del foco de conflicto. Tras esta breve intervención con la madre de P., P. enseguida mostró una mejoría sintomática refiriéndose “sentirse mucho mejor”.

## Conclusiones

Desde el paradigma psicoanalítico, Alexander (1952) consideró al asma una enfermedad psicósomática en la que se observa escasa capacidad de simbolización y mayor tendencia a la descarga fisiológica. La alexitimia, perturbación cognitivo-afectiva que significa ausencia de verbalización de afectos, es también una característica de ésta.

Atendiendo ahora a ciertas particularidades del niño asmático, Kreiser (1985) alude a sus limitaciones para afrontar situaciones conflictivas, utilizando mecanismos como represión o negación de la agresividad, procurando ser conciliador para no diferenciarse de los demás, aún a costa del «verdadero» Self. Al respecto, vemos que ya Marty (1992) había señalado que, a mayor pobreza de representaciones del preconscious, mayor probabilidad de que la patología se ubique en el plano somático.

### BIBLIOGRAFÍA:

Benítez Maestre, A; Molina Ruíz, V. (2005): Aspectos psicológicos del asma infantil. Revista Pediatría Atención Primaria nº 7

Baruch Goldstein, M. (2016): Reflexiones acerca de la contribución del psicoanálisis a la comprensión del asma infantil. Revista Transciones, nº 20.