

Psicoanálisis y comunidad

Influencia de la depresión materna sobre el asma infantil

Transmisión de una experiencia de trabajo interdisciplinario en el Hospital Pereira Rossell

Dra. Marta Cárdenas, Psic. Elena González¹

Resumen

Se expone la experiencia de trabajo de un grupo de psicoterapeutas y una psicoanalista insertos en un Equipo Interdisciplinario de atención a niños asmáticos a nivel hospitalario.

Se parte del concepto de Asma como Enfermedad, y se expresan en forma sintética, los postulados teóricos de diferentes autores, en quienes nos basamos: P. Marty, D. Winnicott, M. Mahler, Palacio Espasa, R. Gaddini e I. Berenstein.

Mostramos el camino recorrido por el grupo, en sus intereses de Estudio, Asistencia e Investigación.

Se plantea una hipótesis exploratoria acerca de la etiopatogenia a través de una Investigación clínica y empírica: la influencia de Depresión y duelos no elaborados de la madre sobre la severidad del Asma del Niño.

Se expone el Encuadre de trabajo utilizado y se aclara que ésta es una Investigación en curso, con cuyos resultados aún no contamos.

¹. Este trabajo es fruto de la reflexión común del Equipo de Estudio, Asistencia e Investigación del Asma Infantil del cual forman parte, además de las redactoras, la Psic. Beatriz Angulo, Deborah Buka y Soledad Próspero.

Summary

This article is concerned with the experience of a team of psychoanalysts and psychotherapists. The team have done possible the relationship among different academical disciplines, in order to attend asthmatics children into the environment of a Hospital.

The first issue is the concept of the Asthm as a sickness and is executed a synthesis of the theoretical ideas of some authors: P. Marty, D. Winnicott, M. Mahler, F. Palacio Espasa, R. Gaddini and I. Berestein. Is displayed how the team have deal with their interests about Study, Attendance and Investigation. In addition is executed an exploratory hypothesis about their origin, through-out a clinical and empirical investigation: the influence of the depression in the case of a mother who cannot elaborate her own affliction, having as a result a more severe Asthm in the children; moreover is aforesaid how the form of our work was done.

Finally, is necessary to mention that this investigation is still being researched, so the team have not got all the final results.

**Descriptores: ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA / ASMA / NIÑO /
RELACIÓN MADRE-HIJO / INVESTIGACIÓN /
SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN**

Introducción

A lo largo de la historia de la psiquiatría y la psicología de niños en el Uruguay, y ya desde sus primeros pasos (Hospital Pedro Visca), la inserción en ámbitos comunitarios estuvo presente. El contexto sociopolítico generando un especial atravesamiento, en todo nuestro quehacer, encontró en el trabajo a nivel comunitario una zona especialmente sensible a sus vaivenes. Así como también los cambios de los diferentes marcos teóricos en los cuales sustentamos nuestra práctica han determinado dichos vaivenes.

El psicoanálisis, como cuerpo teórico, ha estado presente a través de psicoanalistas y psicoterapeutas que hemos optado por estas salidas de nuestros consultorios privados a

otras áreas de inserción. Eso implica encontrarse –una vez más– con dificultades que ameritan propuestas creativas.

Nuestro propósito es exponer nuestra experiencia de trabajo conformando el equipo psicológico² de la Unidad de Alergia y Asma Infantil (Cátedra Pediátrica “A”) del Hospital Pereira Rossell, dirigida por el Pediatra Alergista Juan Carlos Baluga.³

Muchas han sido las dudas y cuestionamientos que hemos encontrado desde el inicio de nuestro equipo hasta ahora las cuales hemos tratado de sortearlas a través de un fecundo intercambio.

Marco teórico

El asma es una enfermedad respiratoria crónica que se caracteriza por la obstrucción de las vías aéreas (reversible espontáneamente o bajo tratamiento), inflamación e hiperreactividad bronquial frente a diversos estímulos.

Es multifactorial, en ella se intrincan factores genéticos, inmunológicos, infecciosos y psicológicos.

Es la causa principal de enfermedad respiratoria crónica en la infancia. En nuestro país hay una prevalencia cercana al 19%, siendo la enfermedad que provoca mayor número de internaciones.

Desde el punto de vista epidemiológico, el Asma Infantil presenta una muy alta frecuencia, al punto que se estima que uno de cada cuatro niños lo padece. En el 50% de los casos debuta antes de los dos años y de ellos el 40% se detecta antes del año de vida. En muchos casos desaparece a medida que el niño va creciendo.⁽¹⁾

Como toda enfermedad psicósomática, creemos que el tratamiento debe ser encarado en la integración de un equipo interdisciplinario médico-psicológico.

Respecto a los factores etiopatogénicos emocionales, la mayoría de los autores sostienen que el conflicto básico se da en torno a las dificultades de separación e individuación del niño con respecto a su madre. Esta mantiene una actitud ambivalente hacia su hijo con conductas sobreprotectoras invasoras, que tienden a compensar la falta de sostén. En general concuerdan en que el niño crece en un clima de inestabilidad afectiva que lo lleva a la dependencia para ser aceptado por su madre, contrariando su

². Marta Cárdenas (Coordinadora), Beatriz Ángulo, Deborah Buka, Elena González y Soledad Próspero.

³. Dras. Marta Ceni y Adriana Sueta.

tendencia natural a la autoafirmación y progresiva independencia, que es vivida como un riesgo de rechazo maternal.

Otro rasgo emocional señalado por muchos autores es la presencia de Depresión. Conceptualizamos la depresión como: sintomatología caracterizada por estado de tristeza, indiferencia, sentimiento de minusvalía e ideas de desaparición física.

Esta asociación, asma infantil-depresión, se ha planteado ya sea como condición presente en el niño con asma (Ajuriaguerra en 1973, Gauthier en 1976) o como depresión presente en la madre que de alguna manera influye sobre el asma del niño.

Creemos de interés hacer un breve y sintético recorrido de las teorías de los principales autores que han influido sobre nuestro modo de escucha y acercamiento a la clínica.

De nuestro marco teórico citaremos la línea francesa de Fierre Marty en sus conceptos sobre la Enfermedad Psicosomática, los postulados de Winnicott sobre la organización psiquesoma, la teoría de la individuación-separación del niño de Mahler, los estudios clínicos de Palacio Espasa acerca de la influencia de la depresión y duelos de la madre sobre el niño, los estudios de Renata Gaddini sobre los trastornos funcionales precoces y la conceptualización de Isidoro Berenstein sobre vínculos y Estructura Familiar Inconsciente.

La línea francesa de **Pierre Marty**⁽⁸⁾ considera que frente a la sobrecarga de excitación las posibilidades del individuo son las de:

1. Evolucionar hacia la mentalización.
2. Descarga activa de la conducta.
3. Somatización, cuando las dos vías anteriores están bloqueadas. En E» este caso encontramos un tipo de funcionamiento mental caracterizado por la pobreza imaginativa, sin ligazón con contenidos fantasmáticos, con escasa capacidad de soñar. Las fallas se encuentran a nivel del preconscious; la ausencia de comunicación con el inconsciente constituye una verdadera ruptura con la propia historia del sujeto.

Con sus conceptos de organizaciones, fijaciones, regresiones reorganizadoras y movimientos de desorganización, nos introduce en su concepto de Enfermedad Psicosomática.

Las fallas fundamentales del preconscious obedecen a deficiencias sensoriales congénitas del niño o de su madre o a los excesos o carencias de los acompañamientos afectivos de la madre. Es en el nivel del preconscious donde se comprueban las fallas, la ausencia de comunicación con el inconsciente.

Para **Winnicott**,⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾ Psicósomática expresa una división entre la psiquis y el soma, división que se encuentra en el paciente como escisión del yo. Es la persistencia de ésta lo que constituye la verdadera enfermedad.

La enfermedad psicósomática es el negativo de un positivo, donde lo positivo es la tendencia a la integración y personalización. Lo positivo es la tendencia heredada de cada individuo de lograr una unidad de la psique y del soma.

Esta etapa de integración es lo que llama “yo soy”. Es el significado del “yo” y del “yo soy” el que se altera con la disociación psicósomática.

La escisión de la psique del soma es un fenómeno retrogresivo que emplea residuos arcaicos en el establecimiento de la organización de las defensas. Contrariamente, la tendencia hacia la integración psicósomática, es una parte del movimiento hacia delante en el proceso del desarrollo.

Winnicott hace especial hincapié en los cuidados necesarios primeramente físicos pero pronto también imaginativos de la madre a su niño, adaptándose a las necesidades de éste. Una madre suficientemente buena tratará de no introducir complicaciones que superen la capacidad de comprensión del pequeño.

El trastorno psicósomático se relaciona con un yo débil, en gran parte dependiente de un cuidado y mimo materno no suficientemente bueno, que deja al infante sin lo esencial para el proceso de maduración. La verdadera enfermedad psicósomática es la escisión de la personalidad del paciente, que se *organiza a* partir de una debilidad del yo, y se mantiene como una defensa contra la amenaza de aniquilación en el momento de la integración.

Dentro de los aportes que realiza **M. Mahler**⁽⁷⁾ en torno a la relación madre-hijo, conceptualiza lo que denomina el proceso de separación-individuación.

Durante este período son imprescindibles dos tareas paralelas y distintas del desarrollo: una es la individuación, que es la evolución hacia la autonomía, percepción, memoria, cognición y sentido de realidad; la otra es el desarrollo de la separación interpsíquica que incluye ya la diferenciación, distanciamiento, formación de límites y desprendimiento de la madre.

Esta autora señala que es fundamental en este proceso la presencia de una “disponibilidad emocional” de la madre así como un movimiento concomitante de separación respecto del niño.

Esto supone intentos de la madre por adaptarse a la maduración de su hijo así como la evolución del significado inconsciente que el hijo tiene para ella.

Renata Gaddini⁽⁵⁾ ubica el asma como un síntoma psicossomático complejo que aparecería en torno al período de desarrollo normal del objeto transicional (Winnicott). En estos casos aparentemente la madre se retira demasiado abruptamente sin graduar la adaptación a las necesidades cambiantes y en expansión del niño, cuyos procesos de crecimiento lo empujan hacia la independencia.

Cuando la madre falla en la adaptación a su niño, en momentos en que la necesidad del niño no ha creado el objeto transicional, éste puede sentir la amenaza de aniquilación y volverse a manifestaciones somáticas tales como el asma.

Destacamos los aportes de **Palacio Espasa**⁽⁹⁾ en torno al lugar que ocupa el niño y fundamentalmente sus manifestaciones sintomáticas en la economía psíquica de la madre, permitiéndole reencontrar y recuperar un objeto perdido en el que el duelo es todavía conflicto. El resultado es que el objeto proyectado sobre el hijo está sometido al conflicto de ambivalencia propio de todo duelo patológico. Las manifestaciones patológicas del niño representan los aspectos dañinos o persecutorios del objeto, pero permiten al mismo tiempo, la recuperación del vínculo libidinal con él.

Isidoro Berenstein⁽⁴⁾ nos introduce en la noción de Estructura Familiar Inconsciente, con sus cuatro tipos de vínculos que la constituyen: el vínculo de alianza de pareja, con sus lugares de esposo y esposa, el vínculo de filiación en relación a los hijos, con sus lugares de padre y madre e hijo, el vínculo de consanguineidad, que es el de los hermanos entre sí, y finalmente el vínculo avuncular que es la relación con la familia materna, inconsciente y reprimida a nivel social.

La Estructura Familiar Inconsciente es la matriz simbólica que da significado a las relaciones familiares. Adquieren sentido las producciones inconscientes, como son los nombres propios, las creencias familiares, los mitos familiares, el espacio y el tiempo familiar. Son la exteriorización del funcionamiento inconsciente de la interfantasmática familiar. El sentido circula, a través del discurso individual, sin que los distintos yoos sean conscientes de él, y pudiendo éstos desplazarse de un lugar a otro de la Estructura Familiar Inconsciente.

Nos introduce en los conceptos de subjetividad, intersubjetividad y transubjetividad, con su trama de deseos y prohibiciones, frente a los cuales se establecen acuerdos y pactos inconscientes.

Antecedentes

Recorriendo un camino

En el año 1978, la Psiquiatra Marta Cárdenas realizó su monografía de Postgrado de Psiquiatría Infantil, basándose en el estudio de 100 niños asmáticos, 50 de ellos provenientes de la consulta hospitalaria (Hospital Pereyra Rosell) y 50 de la consulta privada, formando parte de un Equipo Multidisciplinario en el que trabajó durante 7 años.

De esta monografía, salvadas las distancias de experiencia y formación, se pueden destacar de ese momento, el hallazgo de determinadas características del niño y de su ambiente familiar, descritas en la bibliografía consultada en ese momento y comprobadas en la amplia mayoría de los casos estudiados.

De esas características se destacan:

- la alta frecuencia de familias distorsionadas, con predominancia de madres dominantes, controladoras, con rasgos de carácter posesivo;
- alta incidencia de padres ausentes o poco presentes en el vínculo con sus hijos;
- niños que resaltan por una pobre comunicación, introvertidos, pasivos, con inhibición de su agresividad y síntomas de depresión marcados;
- en el 60% se trata de hijos únicos o primeros;
- un alto porcentaje fueron hijos no deseados, con problemas en el nacimiento, sufriendo dificultades respiratorias iniciales un 64% de ellos;
- la alta incidencia de angustias severas y duelos en la madre durante el período de embarazo, apareciendo este dato en el 62% de los casos;
- la coincidencia de la aparición de crisis asmáticas con situaciones de pérdidas o separaciones.

En el año 95 retomamos el contacto con el Equipo y con el tema, estudiando con la Psic. Eulalia Brovetto, siete pacientes adolescentes (de 13 a 25 años) asmáticos graves, que formaban parte de un grupo de investigación farmacológica en Asma Grave.

Se estudiaron a los pacientes con entrevistas psicodinámicas, y tests proyectivos: Machover y Roscharch, resultando un trabajo presentado en el VII Congreso de Alergia e Inmunología (Dic. 1996) incluido en la presentación el Dr. Juan C. Baluga y col. sobre “Evolución de pacientes asmáticos Adolescentes Graves”.

En todos los casos encontramos el conflicto básico en torno al proceso de individuación y separación del grupo familiar, con sometimiento a los mandatos maternos sobreprotectores.

Las ansiedades depresivas aparecen como las predominantes, en dos casos con intentos de autoeliminación.

En los tests proyectivos se detecta la pobreza imaginativa propia de las enfermedades psicósomáticas, baja autoestima e intensa fragilidad psíquica, compensada con defensas rígidas y rasgos de carácter dominante y controlador.

A partir del año 96 el grupo quedó constituido en forma estable por 5 técnicos, reuniéndose en el Hospital semanalmente con el propósito de poner en marcha nuestro proyecto, planteándonos distintas líneas de trabajo, de estudio teórico, de asistencia y de investigación.

En sucesivas reuniones se fue elaborando un protocolo o ficha auxiliar, que ayudara a sistematizar nuestro trabajo y encontrar una línea de posible investigación y de intervenciones terapéuticas, aplicables a todos los pacientes.

Los pacientes fueron estudiados a punto de partida de determinadas hipótesis teóricas, aplicando determinados materiales y métodos basados en Observación, Historia Clínica Psicodinámica y Estudios proyectivos o Entrevista de juego, según la edad.

La hipótesis teórica se nos fue perfilando en base a la lectura y estudios teóricos de la bibliografía consultada y a punto de partida de la propia clínica, en la cual resaltaron dos aspectos fundamentales: las dificultades de separación y la presencia de duelos no elaborados en la familia, elementos que consideramos como “factores de riesgo” psicológicos,⁽²⁾ que inciden sobre la Enfermedad Asma en el niño.

Posteriormente solicitamos un encuentro con el Prof. L. E. Prego Silva con quien nos reunimos para mostrarle nuestro modo de trabajo e inquietudes sobre el mismo, recibiendo sus orientaciones.

En esta etapa se presentó en el XI Encuentro Brasileiro-Uruguayo del Instituto Kanner (Nov. 96), el trabajo “Creando Espacios”, basado en uno de los casos estudiados.

Durante los años 97 y 98 los integrantes del equipo realizaron diversas actividades personales de estudio y formación, que fueron consecuencia del interés suscitado por nuestro modo de trabajo en equipo, que resultó ser fuente generadora de estímulos enriquecedores dando cuenta de cómo, el formar parte de un grupo de trabajo abierto a la Comunidad, saliendo del encierro de nuestros consultorios, fomenta las inquietudes que llevan a un progresivo crecimiento personal y grupal.

El 17 de abril de 1998 participamos en la “Reunión Interhospitalaria de Alergia”, en Montevideo, junto a colegas del Hospital William Soler de Cuba y colegas del Hospital La Plata de la Ciudad “La Plata”, Argentina.

En agosto 98, fuimos invitados a las XXII Jornadas Anuales de la Asoc. Argentina de Alergia, Asma e Inmunología en Buenos Aires, lo cual nos puso en contacto con colegas de la República Argentina, que trabajan, desde diferentes enfoques, el tema de Asma Infantil.

En setiembre se hizo la Presentación de un caso clínico en el Ateneo de Pediatría de la Cátedra pediátrica “A”.

En octubre de 1998 presentamos “Trabajo Interdisciplinario en Asma” en el Panel Enfermedad Crónica en Niños en el 1er. Congreso Uruguayo de Psicología Médica.

El 24 de octubre de 1998 participamos en el 7º Encuentro Latinoamericano sobre la obra de D.W. Winnicott, encarando el tema desde una perspectiva winnicotteana.

Y nuestro próximo paso fue la organización del “1er. encuentro Regional sobre Intervenciones Psicológicas en Asma Infantil” en el marco del II Congreso Latinoamericano de Alergia, Asma e Inmunología en Pediatría, en mayo de 1999.

Creemos que esta integración a distintas actividades del medio que se ocupan del tema es de fundamental importancia para un intercambio científico y es fuente de permanentes re-planteamientos del tema a estudiar.

Nuestras lecturas, experiencia clínica y fecundas discusiones nos fueron llevando a focalizar nuestro estudio, así como también nuestro abordaje técnico, en las ¿posibles? fallas de la madre en el vínculo con su hijo.

Pensamos que el factor emocional básico presente en el niño con asma es un conflicto entre el deseo de mantenerse dependiente y así aceptado por su madre, y un deseo de afirmación y progresiva independencia que llevaría al riesgo de rechazo maternal.

Toda amenaza de separación real o simbólica puede provocar la crisis asmática, la madre permanecería así, ocupando un lugar que invade el espacio del niño, impidiendo su individuación.

Esto a su vez estaría relacionado con una estructura psíquica particular de la madre que no puede ver al niño separado de ella, a consecuencia de duelos y pérdidas no elaborados en ella misma.

Aparecen conductas intrusivas de la madre, que vive al niño como una parte de ella, oscilando con conductas abandonicas en las cuales se pasa a la desprotección, cuando la madre se conecta inconscientemente con su mundo interno poblado de duelos.

Esta madre que no ha elaborado sus duelos, permanece en una ambivalencia afectiva por la cual “se pega” a su hijo con un amor absorbente, o se separa de él dejando de brindarle su soporte indispensable para la evolución favorable de su personalidad.

Sabemos que este tipo de conflicto no es exclusivo del asma infantil, pero nosotros restringimos nuestro estudio únicamente a esta enfermedad.

Investigar ¿un desafío posible?

Desde el comienzo de nuestro grupo hemos jerarquizado la investigación clínica y consideramos ésta nuestra principal herramienta para acercarnos a la conflictiva y sufrimiento de estos pacientes y el peculiar vínculo materno-filial.

Fue surgiendo en algunos integrantes de nuestro equipo y también en el equipo médico, el interés de comenzar a investigar acerca de algunos de los aspectos mencionados que veíamos se repetían en el material clínico, como ser la depresión en las madres y la aparición desde las primeras entrevistas de duelos no elaborados. ¿Por qué no intentar acercarnos a la investigación empírica? ¿Por qué hacerlo y para qué hacerlo?

Frente a estas interrogantes acerca de la posibilidad de incluir en nuestro abordaje clínico instrumentos que posibilitaran este tipo de investigación (empírica) fue

surgiendo en el equipo un particular sentimiento de incomodidad: algo del peculiar encuentro con el niño y sus padres creíamos podía verse amenazado.

“En ciencia natural la predicción es una virtud, en psicoanálisis es mortífera. Lo inacabable del texto y de sus variantes son la brújula y la meta y no la estandarización explicativa que puede ser un ideal en ciencia” dice Viñar,⁴ dando cuenta en parte de algo de lo que nuestro equipo iba experimentando.

Si bien no nacemos Psicoanálisis, nuestra actitud de escucha es esencialmente analítica, ¿cómo entonces no teñir demasiado nuestra mirada con aquellos supuestos de los que partimos y con los que también fuimos encontrando?

Desde nuestro quehacer hemos ido acortando, focalizando algunos aspectos del gran abanico que se abre –como en todo encuentro humano– pero fundamentalmente cuando uno de los integrantes del mismo se ofrece en una actitud de receptividad, escucha e intento de comprensión y ayuda. Hemos ido privilegiando así aspectos vinculados a la promoción y prevención de salud dentro de esta enfermedad: el asma. Promover entonces posibles cambios que permitan un mejor manejo de la misma, intentando prevenir que algunos aspectos con ella relacionados presentes en el vínculo padres-hijo, y fundamentalmente madre-hijo no se agudicen.

Fue frente a estas inquietudes que surgió la duda y la “necesidad” de acercarnos más a lo que había ido surgiendo como una hipótesis: la depresión de las madres influye en el asma infantil.

Con marchas y contramarchas, fuimos pensando como algo viable introducir algún instrumento que nos aportara nuevas miradas al material clínico, del cual su análisis cualitativo seguiría siendo insustituible.

“Si bien en esencia la investigación clínica y la investigación empírica sistemática son complementarias, por el momento requieren de una muy distinta disposición de espíritu que no siempre es fácil de yuxtaponer”.⁵

La pertinencia de que ambas sean complementarias, todavía sigue siendo para nosotras un desafío, y en parte una incertidumbre. Que implica una disposición de espíritu difícil de yuxtaponer, no nos quedan dudas.

⁴. Viñar, M. “De la Torre de Babel a los senderos fundadores” en R.U.P. N° 72/73 pág. 48, 1991.

⁵. Bernardi, R. “Investigación clínica e Investigación empírica sistemática en Psicoanálisis”. En R.U.P. N° 84/85 pág. 66, 1997.

Encuadre de trabajo

Los pacientes que consultan por primera vez en la Unidad de Alergia y Asma Infantil son derivados al equipo psicológico. La consulta pediátrica con el alergista evalúa según los parámetros convencionales el grado de severidad del asma del niño, catalogándolo como asma leve, moderado o grave y les proponen que asistan a la consulta psicológica el niño, su madre y si lo desean *el* padre.

El encuadre de trabajo consiste en dos entrevistas semidirigidas, una entrevista de devolución y un seguimiento bimensual durante un año.

Hacia el final de la segunda entrevista se le propone a la madre que complete el cuestionario de Beck, el cual evalúa los aspectos cognitivos de la depresión materna y determina su grado en términos de leve, moderada o grave. Simultáneamente al niño se le invita a que dibuje libremente lo que se le ocurra acerca de su enfermedad.

Utilizamos además, una ficha auxiliar (elaborada por nuestro equipo) cuyos datos son recogidos del material de las entrevistas.

Esta ficha intenta contemplar, además de datos anamnésticos del paciente y de la historia de su madre y su familia, algunos de los aspectos dinámicos de la depresión materna, entre otros: la presencia de duelos no elaborados, las dificultades de separación, los trastornos funcionales del niño relacionados con esta patología.

El enfoque psicoterapéutico, con un encare de psicoterapia breve, tiende a focalizar los aspectos psicodinámicos haciendo énfasis en los duelos y pérdidas no elaboradas de la madre. En las primeras entrevistas, así como en las de seguimiento, ponemos especial atención al tipo de vínculo existente entre el niño y su madre, priorizando la observación y la libre asociación.

Frente a la detección de duelos no elaborados en relación a pérdidas (de sus seres queridos, separaciones traumáticas, mudanzas, pérdida de ideales, etc.), se trabaja apuntando al origen de la depresión intentando un espacio de reflexión y elaboración de dichos duelos. Apuntamos a una modificación del vínculo madre-hijo que posibilite un mejor logro del proceso de separación-individuación entre ambos.

Al año de transcurrido este tratamiento se hará una nueva evaluación diagnóstica de la depresión y la evolución de los duelos maternos y una nueva valoración por el pediatra alergista sobre el grado de severidad del asma del niño.

Sabemos que nuestra intervención va en el mismo sentido que el tratamiento realizado por el pediatra alergista, por lo tanto sólo estamos midiendo el factor “Delta”, es decir un plus de mejoría posible sobreagregado al tratamiento pediátrico.

Pensamos que esta investigación arrojará luz sobre la correlación existente entre la depresión materna y la evolución del asma de estos pacientes.

Bibliografía

- 1) BALUGA, JC. Asma y enfermedades alérgicas en la infancia y adolescencia. Ed. Vesalivs, 1995.
- 2) BERNARDI, R. Factores psicosociales de riesgo en la salud mental materno-infantil. Conferencia pronunciada en las Primeras Jornadas Regionales de la Infancia y la Adolescencia. Asunción, 1988.
- 3) BEKEI, M. Trastornos psicósomáticos en la niñez y la adolescencia. Ed. Nueva Visión, 1986.
- 4) BERENSTEIN, J. Psicoanalizar una familia. Ed. Paidós, 1990.
- 5) GADDINI, R. Los orígenes del objeto transicional y el síntoma psicósomático. En Lecturas de lo Psicósomático. Lugar Ed., 1991.
- 6) KREISLER, L. La desorganización psicósomática en el niño. Ed. Herder. Barcelona, 1985.
- 7) MAHLER, M. On human symbiosis and the vicissitudes of individuation. Vol. 4. Infantile Psychosis. New York, University Press, 1968.
- 8) MARTY, P. La psicósomática del adulto. Ed. Amorrortu, 1992.
- 9) PALACIO ESPASA, F; MANZANO, J y col. Las terapias en Psiquiatría Infantil y en Psicopedagogía. Ed. Paidós, 1993.
- 10) WINNICOTT, DW. La mente y su relación con el psique-soma. En Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Ed. Laia, 1949.
- 11) WINNICOTT, DW. Aspectos positivos y negativos centrales de la enfermedad psicósomática. En Exploraciones psicoanalíticas I. Ed. Paidós, 1964.