

11226  
2ej  
3/3



# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios Superiores

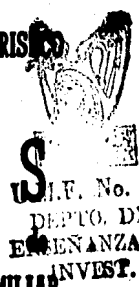
Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad de Medicina Familiar No. 20

LA PSICOTERAPIA SUPERFICIAL COMO MANEJO DE LOS  
PACIENTES ASMATICOS DE TIPO INTRINSICO

## T E S I S

Que para obtener el Título de  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR



P r e s e n t a

DR. JESUS VAZQUEZ GONZALEZ

Generación 1983 - 1985

México, D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1985





Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

<b>OBJETIVOS</b> .....	1
<b>MARCO TEORICO</b>	
<b>BOSQUEJO HISTORICO</b> .....	2
<b>DEFINICION DEL ASMA</b> .....	3
<b>ETIOLOGIA</b>	
a) Factores alérgicos .....	3
b) Sistema nervioso central .....	3
c) Factores psicologicos .....	4
<b>EPIDEMIOLOGIA</b> .....	5
<b>CLASIFICACION</b> .....	6
<b>PSICOTERAPIA</b> .....	8
a) Mecanismos de acción .....	9
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	11
<b>HIPOTESIS</b> .....	12
<b>MATERIAL Y METODO</b> .....	13
<b>RESULTADOS</b> .....	16
<b>ANALISIS E INTERPRETACION</b> .....	24
a) Analisis estadístico .....	25
<b>CONCLUSIONES</b> .....	27
<b>COMENTARIO</b> .....	28
<b>RESUMEN</b> .....	29
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	30

## OBJETIVOS

- 1.- Aplicar la psicoterapia superficial a cada paciente con asma bronquial de tipo intrínseco en estudio.
- 2.- Comparar el número de crisis asmáticas padecidas -- por los pacientes en estudio, antes y después de la psicoterapia superficial.
- 3.- Evaluar los resultados del empleo de la psicoterapia superficial en los pacientes asmáticos.

MARCO TEORICO  
 BCSQUEJO HISTORICO

La palabra ASMA se encuentra en la literatura médica desde hace veinticinco siglos. Hipócrates en sus aforismos dice; el asma es más frecuente en el otoño y que los jóvenes y los ancianos son quienes más la sufren. Sin embargo no tenemos pruebas de que el termino haya sido empleado con la significación que actualmente tiene.

Ya en el primer siglo de nuestra era, A. Cornelio Celso, el famoso enciclopedista romano, en su libro "De Re Medica" habla también de disnea y de asma, como idénticas alteraciones de la respiración, aunque aplica el último vocablo a los casos más severos y agudos.

En un compendio de medicina escrito por Laurencio Heister, médico de Francfort (1758), señala el carácter paroxístico del asma, se le distingue de la tos y de la disnea. En el siglo pasado numerosos descubrimientos y descripciones clínicas contribuirán para el mejor conocimiento del asma. Por ejemplo Reissnesen en 1822, describió por primera vez los musculos bronquiales hecho que dió apoyo a la teoría fisiopatológica del asma.

Lo que Laennec y Lefevre hicieron en el campo de la exploración torácica, Trousseau lo completó señalando ciertas características del asmático. En sus lecciones clínicas del Hotel Dieu en 1873 habla de la herencia del asma, de la influencia del medio ambiente, las estaciones del año y los factores emocionales, relata casos en los cuales las molestias respiratorias alternan con eczemas y describe magistralmente el acceso asmático. Para terminar este breve bosquejo histórico es necesario recordar los nombres de Leyden y Charcot, quienes descubrieron en el esputo de los asmáticos los cristales que llevan sus nombres, y a Meltzer (1910), quien comparó el asma con las manifestaciones clínicas del choque anafiláctico del cobayo. (15).

## DEFINICION

El asma bronquial se puede definir como una reacción de la mucosa bronquial ante una serie de procesos bioquímicos desencadenados por mecanismos inmunológicos, neurológicos y emocionales, que culminan en la OBSTRUCCION BRONQUIAL, resultado de una combinación de procesos de la mucosa bronquial; broncoespasmo, edema de la mucosa y secreción de moco. La obstrucción produce -- los signos y síntomas, tales como; disnea, sibilancias y cambios hemodinámicos. (17, 6, 1, 8)

## ETIOLOGIA

La investigación del asma bronquial se ha centrado en el estudio del papel que desempeñan los factores alérgicos, psicológicos, neurológicos, emocionales, etc.

a) ALÉRGICOS.- El mecanismo más ampliamente estudiado es la reacción antígeno-anticuerpo, con la consiguiente liberación de histamina y posiblemente otras sustancias aún desconocidas. El asma alérgica ha sido demostrada en animal como en el ser humano pero en la actualidad parece que existen una gran variedad de -- factores implicados en el desarrollo y precipitación de crisis asmáticas. El prototipo de esta reacción es la tipo I de la clasificación de Gell y Coombs. (17)

b) SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.- Existen numerosos estudios -- que sugieren que el sistema nervioso central puede modificar los mecanismos de hipersensibilidad y sobre todo la anafilaxia. Hess y cols. han demostrado que el hipotálamo está íntimamente implicado en la actividad nerviosa autónoma. Distintas pruebas indican que el tono del músculo bronquial es resultado de un equilibrio entre los impulsos simpáticos y parasimpáticos. Ssentivanyi y Filipp, demostrarán que la anafilaxia letal en el cobayo y conejo pueden prevenirse lesionado la región tuberal hipotalámica,

y tambien parece provocar un descenso del nivel de anticuerpos -  
circulantes en el cobayo. Macris y cols, comunicaron que las le-  
siones del hipotálamo medio o posterior no alteran dichas respu-  
estas inasunológicas. ( 7)

El grado de protección proporcionado por las lesiones del -  
hipotálamo anterior no pueden ser explicados solo por la dismi-  
nución de anticuerpos. Hay diversos mecanismos implicados en las  
lesiones anteriores del hipotálamo que pueden alterar el conte-  
nido y liberación hística de histamina y otras sustancias media-  
doras o pueden disminuir la capacidad de respuesta de los bron-  
quios a los agentes liberados.

c) PSICOLÓGICOS.- En los últimos años se han establecido --  
teorías relativas a los factores psicológicos en el asma. Eduar-  
do Weiss, describió que la crisis asmática constituye un llanto -  
del niño por su madre. French y Alexander describieron, el pro-  
blema central es un miedo a la separación de la madre y han lle-  
gado a la conclusión de una exagerada necesidad de vinculación -  
con la madre. La crisis asmática por sí misma puede desencadenar  
una aguda necesidad unión con la figura materna, reforzando la -  
dependencia vista en estos pacientes. (18, 7,13)

1.- ANGUSTIA.- Hay que tener en cuenta que un ataque de as-  
ma es , desde el punto de vista psicológico, un acontecimiento -  
traumático. La dificultad respiratoria supone una amenaza a la -  
vida, donde se explica la angustia de estos pacientes y que las -  
personas que lo rodean, no hacen más que transmitirla por verlos  
en el estado que se encuentra.

Faulkner investigó, usando el broncoscopio, el estado bron-  
quiolar en distintas situaciones emocionales. Este autor reportó  
haber observado que en estados de inseguridad y frustración se --  
produce espasmo y estrechamiento bronquial, en tanto que en es--

tados de placer, inducidos por sugestión, se produce dilatación -

Nadie duda que existen cambios de la profundidad de la ventilación en estados emotivos. (7)

2.- PROCESOS APRENDIDOS.- Los reflejos condicionados también han sido propuestos como uno de los mecanismos implicados en el asma. Herzheimer observó en sus estudios sobre alergia en los seres humanos, que cuando pacientes asmáticos eran colocados en una situación en la que habían estado repetidamente expuestos a alérgenos, muchos desarrollaban crisis asmática, aunque no estuviesen presentes los alérgenos.

3.- SUGESTION.- Luparello y cols en 1968 y McFadden y cols en 1969, emplearon técnicas basadas en la sugestión. A todos los sujetos se les hizo creer que estaban inhalando irritantes o alérgenos que iban a causar constricción bronquial, aunque de hecho estaban inhalando solución salina fisiológica. De los 40 pacientes, 12 desarrollaron crisis asmática y el resto reaccionaron con un aumento de la resistencia del aire. Los ataques fueron suprimidos con un placebo también salino. Posteriormente se demostró que la inyección intravenosa de atropina (de 1 a 2 mg) podía impedir el broncoespasmo provocado por la sugestión en los individuos reactivos. Esto indica que el fenómeno está mediado por la vía eferente colinérgica. (7,4)

## EPIDEMIOLOGIA

Es una afección frecuente, que afecta alrededor del 5% de los niños y tiene una incidencia en la población total del 2.3%. La mayor parte de los pacientes (65%) sufren la enfermedad antes de los 5 años de edad y alrededor de un 30% de los pacientes asmáticos infantiles continúan con la enfermedad durante toda la vida, y existe un ligero predominio en el sexo femenino con respecto al masculino. (1,16)



## CLASIFICACION

Desde el punto de vista clínico, este grupo de pacientes se puede clasificar en dos grupos; Extrínsecos e intrínsecos, según se pueda demostrar o no un mecanismo inmunológico en su patogenia. (17,12)

**ASMA EXTRINSECA .-** La crisis esta causada por una reacción-antígeno-anticuerpo y el antígeno es usualmente inhalado. La mayor parte de estos pacientes inician su sintomatología en la niñez. En muchos casos se asocian con rinitis paroxística estacional, eczema infantil y antecedentes de padecimientos familiares-similares. A esta asociación se le llama ATOPIA, que expresa una forma de reactividad inmunológica del individuo, en que los anticuerpos son de IgE específicos (reaginas), y la reacción es inmediata (reacción tipo I de Gell y Coombs, hipersensibilidad inmediata o reacción anafiláctica). Otro tipo de reacción es la de los anticuerpos IgG con ausencia de IgE, este tipo se ha descrito como asma extrínseca inmediata no atópica. Y existen otros tipos que por el momento no se tocarán.

**ASMA INTRINSECA .-** La crisis asmática no puede ser atribuida a factores externos, ni puede detectarse reacciones inmunológicas definidas.

Este grupo de pacientes se definen por criterios clínicos - como son; a) ausencia de atopia o hipersensibilidad a alérgenos ambientales. b) posibilidad de comensó a cualquier edad, sin antecedentes respiratorios, c) tendencia a la persistencia de las manifestaciones, con variaciones en la intensidad sin alcanzar una verdadera remisión. d) eosinofilia elevada en sangre y esputo. y e) respuesta poco satisfactoria a los broncodilatadores, - con respuesta rápida a los esteroides. (1,16)

En algunos casos se asocia con sensibilidad a la aspirina, - que puede ser un factor precipitante de las crisis. Algunos de -

estos pacientes padecen además sinusitis poliposa, constituyendo la ASA triada ( asma intrínseca- sensibilidad a la aspirina + sinusitis poliposa), enfermedad de carácter autosómico recesivo. (16)

La severidad de los síntomas aumenta o disminuye, pero los períodos ausentes de síntomas no son frecuentes. La producción de esputo puede ser un síntoma prominente y su cantidad puede -- llegar a 60-120 ml por día o más, lo que se iguala con otras enfermedades de las vías aéreas como la bronquitis crónica y las -- bronquiectasias. ( 8 )

## PSICOTERAPIA

El termino psicoterapia se refiere a los intentos de restablecer la salud mediante recursos psicológicos. Consiste en ejercer en el enfermo una influencia directa o indirecta, capaz de estimular en él las reacciones necesarias para su salud.

Los métodos y técnicas psicoterapéuticas pueden ser clasificadas dentro de dos grandes categorías; la psicoterapia superficial, que se encuentra al alcance de los conocimientos y habilidades del médico general. Y la psicoterapia profunda, para la cual se necesitan conocimientos especializados (4).

### PSICOTERAPIA SUPERFICIAL

La esencia consiste en el cambio estructural del yo, donde el paciente tiende a reconocer que la "maldad o bondad" de cualquier experiencia u objeto NO es inherente a dicho objeto o situación, sino que es un valor colocado por él mismo. Y estos cambios en la percepción del "nuevo yo" se traducen en cambios de conducta, se ve así como una persona más adecuada, con más valor y más posibilidades para hacer frente a la vida, su respeto aumenta y ya no vuelve a sentirse nulo. (2)

Hay médicos que sin grandes conocimientos de psicoterapia - pero poseedores de cierto talento natural, comprensión, calor humano, sentido común, la practican adecuadamente. De cualquier modo la psicoterapia se convierte en un instrumento, cuando se le conocen alcances y limitaciones. (2)

Para hacer más efectiva la practica de la psicoterapia por el médico debe ajustarse a algunos principios. a) El médico debe de disponer de tiempo necesario para dejar que el paciente se explye y además debe estimularlo a seguir adelante mediante preguntas y aclaraciones discretas y oportunas. b) Debe establecer-

con el paciente una relación en la que sin perder su posición de autoridad muestre hacia el paciente una actitud permisiva y tolerante, que aliente a hablar de sus problemas. c) El médico debe evitar todo gesto o comentario crítico o condenatorio, de manera que el paciente sienta que se encuentra con una persona con la que puede hablar libremente de sus preocupaciones. d) Nunca debe olvidar el médico que su responsabilidad de ser discreto crece proporcionalmente con el grado, en que el paciente revele sus intimidades. e) Es frecuente que durante la entrevista entren en juego problemas morales. A este respecto el médico no debe olvidar que existen metas y valores distintos a los propios, que dependen a diferencias culturales y sociales, las cuales deben ser respetadas. f) Una vez que el enfermo ha considerado los diferentes problemas, es preferible que el sea quien extraiga las conclusiones. Cuando se trate de pacientes exageradamente indecisos e inseguros, es preferible darles ordenes terminantes.(2)

#### MECANISMOS DE ACCION

**LA CATARSIS .-** Es el mecanismo psicoterapéutico más importante, se presenta cuando escuchamos pacientemente a un enfermo. Este mecanismo es el que opera cuando nos libramos de una carga al compartir nuestras dudas, inquietudes o anhelos con una amigo en el cual confiamos, es decir la libre expresión de efectos retenidos. No hay que olvidar que para muchas personas, la comunicación con el médico es la única oportunidad de compartir con otra persona responsabilidad y en ocasiones culpabilidad.(4)

**LA SUGESTION .-** Consiste en la aceptación de ideas o la incorporación de actitudes de otra persona. Una sustancia inerte (placebo) puede mostrar eficacia para eliminar los síntomas del paciente. La sugestión representa el mecanismo de alivio más rápido, hace desaparecer transitoriamente un síntoma, pero dado que los factores subyacen, su valor terapéutico es limitado y --

los síntomas pueden reaparecer o ser sustituidos por otros al poco tiempo. (7)

Una vez que el médico ha acumulado suficiente información sobre la situación actual del paciente, esta en posición de trabajar con él más seriamente, utilizando otros dos mecanismos; la persuasión y la reeducación. (18)

**LA PERSUACION.**- Consiste en convencer de algo a alguien mediante argumentos lógicos e intelectuales atractivos. En la persuasión el elemento utilizado es la razón. Se explica al paciente lo impropio de sus reacciones y se le sugiere exhortándolo a ello. (4)

**LA REEDUCACION.**- Consiste en la sustitución de pautas de conducta indeseables, por otras más saludables y en la reestructuración de estas metas y valores. Esto quiere decir que el paciente sea capaz de renunciar a ciertas satisfacciones y que pueda prescindir de actitudes defensivas. Concretamente lo que se pretende es que el paciente logre nuevos ajustes en su personalidad con el propósito de que elimine síntomas y mejore las capacidades. (4)

Cabe señalar que a menudo ocurre también que la nueva percepción es desagradable al paciente, quien la rechaza en un principio, porque no se amolda a su nueva concepción del YO. Pero poco a poco va cambiando esta percepción y a la postre, el paciente se encuentra cambiado y mira su sistema de valores como nacida de su nueva experiencia y no como algo impuesto.

En otras ocasiones, la mejoría del paciente es por complacer al médico. Cuando esta es la única motivación para el cambio no es extraño que el paciente recaiga en cuanto se interrumpa la relación con él. Esta es la razón por la que algunas curas espectaculares se derrumban estrepitosamente. En cualquier forma existe el riesgo de que se presente en el paciente una dependencia -

tal que no surta efecto la terapéutica. Por tal motivo, el médico debe tener advertencia clara de estas situaciones, para el buen desarrollo y terminación oportuna. (4)

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente la información del asma bronquial se orienta -- casi en su totalidad en el area biologicista, olvidandose en gran parte de las otras dos esferas (dentro del concepto de salud-enfermedad de la OMS). El motivo de la siguiente tarea es la de hacer que se tome la debida importancia del area psicologica en el desarrollo y precipitacion de las crisis asmaticas en estos pacientes.

Recordando que el 2% aproximadamente de la poblacion total llega a padecer la enfermedad en cualquiera de sus formas clinicas, y mas si el 65% de estos pacientes la inician durante los primeros años de vida

Por otro lado, es tambien importante en el manejo que se les puede ofrecer a este tipo de pacientes.

- ¿ Seria util la psicoterapia superficial como manejo de pacientes asmaticos de tipo intrinseco?
- ¿ Disminuirán el número de crisis asmaticas despues de la -- psicoterapia?

**HIPOTESIS**

**Hi .-** La psicoterapia superficial tiene buenos resultados -  
en el manejo de los pacientes asmáticos de tipo intrín-  
seco.

**Ho .-** La psicoterapia superficial NO tiene buenos resulta--  
dos en el manejo de los pacientes asmáticos de tipo -  
intrínseco.

## MATERIAL Y METODO

El presente estudio es de tipo comparativo, en el cual se comparó a los pacientes asmáticos en estudio antes y después de la psicoterapia superficial. Transversal ya que se efectuó durante el intervalo de tiempo de junio a octubre de 1984, Experimental, pues no se había realizado anteriormente y se desconocen los resultados finales. Y de tipo prospectivo ya que desde el mes de junio se llevo el seguimiento de estos pacientes hasta el mes de octubre, en las instalaciones del Hospital General de Zona No. 24 perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación 3 del Valle de México.

Inicialmente la recolección de la muestra se había planeado para obtenerse en las clínicas de Medicina Familiar No 20 y 41 del mismo instituto y delegación antes citadas. Pero al observarse que los expedientes clínicos carecían de datos necesarios para la obtención de la muestra (factores de inclusión y exclusión) se llevo a la alternativa de acudir al ya citado hospital, lugar donde se encuentra el servicio de Neumología y lugar donde finalmente los pacientes llegan en caso de presentar las crisis asmáticas. Durante el año de 1984 se atendieron en la consulta externa de dicho hospital 1128 pacientes, de los cuales 545 son hombres y 583 mujeres (48 y 52% respectivamente), y necesitaron hospitalización 108 pacientes de los cuales 71 hombres y 37 mujeres (66 y 34 % respectivamente), con un promedio de estancia hospitalaria de 3.55 días.

La muestra fue seleccionada, obteniendose 21 pacientes asmáticos que cumplieron con los requisitos; prueba alergológica negativa, antecedentes de atopia negativa y ser mayores de 6 años.. De los cuales 11 se escogieron por metodo de loteria para llevar a cabo el manejo psicoterapéutico, durante los meses de ju--



nio a octubre de 1984, en sesiones de aproximadamente una hora y en número de 5 a 6 sesiones por paciente. Las cuales se realizarán en uno de los consultorios de la consulta externa del ya citado hospital, y cuantificando el número de crisis padecidas entre junio y octubre, para compararse con el número de crisis padecidas durante los 6 meses previos al inicio de la psicoterapia.

La técnica de la psicoterapia se trató de que fuera uniforme para todos los pacientes, para tal motivo se les dio información del estudio antes del inicio y también se les leyó lo siguiente: " Todos sabemos que es difícil confiar en la gente, sobre todo si apenas se conoce, y más si se habla de problemas personales. Usted se dará cuenta de lo que aquí se diga es confidencial y que el único interés que se tiene es su salud".

Durante las entrevistas se anotarán nombres y fechas para repetirselas posteriormente a los pacientes, tal hecho les produce buen impacto, pues se dan cuenta, que lo que han mencionado se ha tomado en cuenta, y en otras ocasiones, cuando se presentarán silencios prolongados, se les cuestiona con preguntas que no cambian el curso de la plática, como ¿Puede decirme más?, ¿Que paso después?. En algunas otras ocasiones fue necesario darles ejemplos, para que ellos pudiesen sacar conclusiones, como por ejemplo: Existe un juego en el cual dos personas tienen que vestir un pantalón de 3 piernas y ambas personas tienen que caminar hacia la meta. Pero para llegar se tiene que cooperar y "casinar" - con cuidado. ¿ Podría usted hacer esto?, otro ejemplo fue; Los atletas fortalecen los músculos ejercitándolos, bueno pues usted haga algo que le haga sentirse bien y orgulloso de sí mismo, y se estará fortaleciendo.

También se les cuestiona; ¿ Me imagino que eso lo hizo sentirse bien ? ¿ Cree usted que sea bueno hacerlo, sirve de algo?,

¿Cree usted que la gente honesta lo haga?

Y finalmnete desde dos sesiones antes de terminar el manejo psicoterapéutico se les informó de la terminación de las sesiones para prevenir alguna dependencia que se pudiera presentar.

Se realizó una clasificación en base a los datos aportados - por los pacientes durante la entrevistas para determinar la causa que dió origen o precipito la crisis asmática.

**ANGUSTIA.-** Estado de inquietud o temor, tenga o no advertencia el paciente de ello, y que se presenta un cuadro clínico caracterizado por; palpitaciones, sensación de opresión precordial, dificultad respiratoria, sudoración, temblor y transtornos gastp intestinales.

**DEPRESION.-** Cambios en el estado de humor, el paciente tiende hacerse apático y triste, carece de energía para llevar a cabo sus labores cotidianas, les es difícil concentrarse en su trabajo y en la solución de pequeños problemas, la depresión gene--ralmente se acompaña de insomnio, anorexia y constipación.

**ACTIVIDAD FISICA.-** Se considero como la actividad física ma-yor a las actividades cotidianas, como juegos ejercicios, etc.

**INFECCIONES.-** Se consideró como factor desencadenante de la crisis asmática cuando se presentó antes o con la crisis asmáti-ca. Y que generalmente fue una faringoamigdalitis.

**SIN CAUSA APARENTE.-** Cuando no existio ningún factor al cu-al se pudiese culpar de la precipitación de la crisis asmática.

### RESULTADOS

Los resultados obtenidos durante el estudio comparativo que se llevo a cabo durante los meses de Junio a Octubre de 1984 en el Hospital General de Zona No. 24 perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación No. 3 del Valle de México son los siguientes.

La muestra de pacientes con los que se trabajó fueron en número de 11 pacientes, de los cuales resultaron 7 hombres y 4 mujeres, como lo podemos observar en grupos de edades ( cuadro No. 1) donde podemos observar que el grupo de hombres es mayor y que el grueso del grupo se concentra entre el intervalo de 25 y 45 años.

CUADRO No. 1

#### PACIENTES ANEMICOS DE TIPO INTRINSECO POR GRUPOS DE EDADES DEL H.G.Z. No. 24 , 1984.

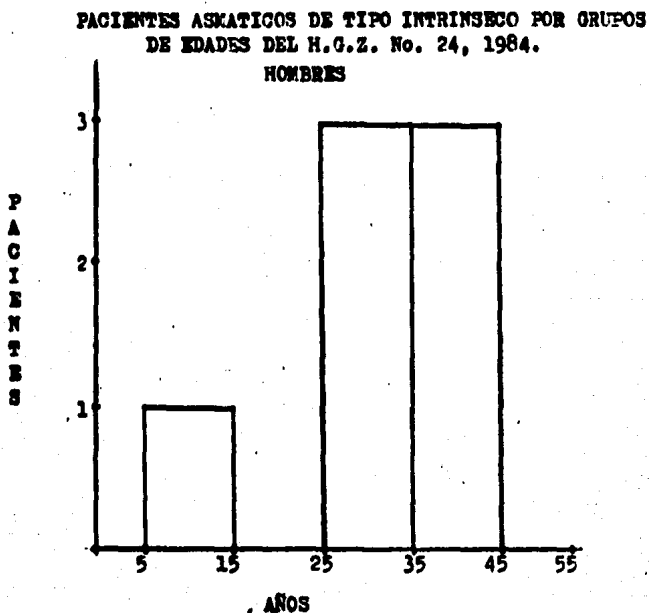
EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
5 - 14	1	0	1
15 - 24	0	0	0
25 - 34	3	2	5
35 - 44	3	1	4
45 - 54	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>11</b>

FUENTE: Expedientes clínicos H.G.Z. No. 24

Los promedios de edad para hombres fue de 29 años y 6 meses y para las mujeres fue de 36 años y 9 meses.

La grafica por grupos de edades se observa (Vid. infra. grafica No. 1), que entre los 25 y 45 años es mayor el número de pacientes asmáticos de tipo intrínseco, edad en la que se tiene aso-

GRAFICA No. 1



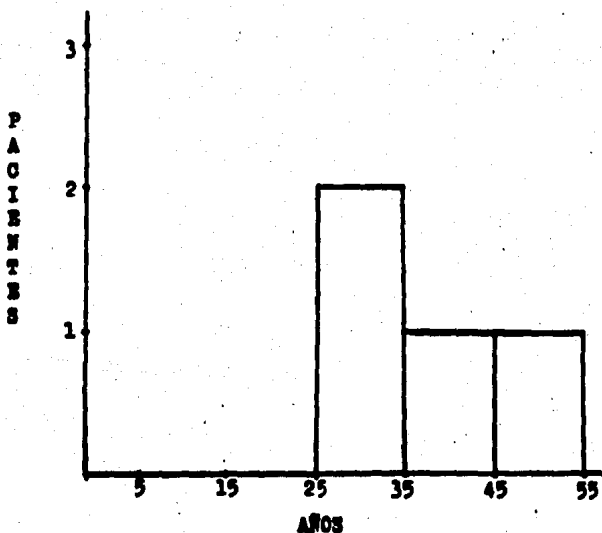
**FUENTE:** Expedientes clínicos H.G.Z. No. 24

tividad laboral y ser más estudiados desde este punto de vista.

Y la grafica de mujeres por grupos de edades se observa en-  
(Vid. infra. grafica No. 2), que casi se guarda la misma propor-  
ción con respecto a los hombres ( intervalo de 25 a 55 años se en-  
cuentran todas las mujeres).

GRAFICA No. 2

PACIENTES ASMATICOS DE TIPO INTRINSECO POR GRUPOS  
DE EDADES DEL H.G.Z. No. 24, 1984.  
MUJERES



FUENTE: Expedientes clínicos H.G.Z. No. 24

Las crisis asmáticas presentadas por los pacientes en estudio durante los 6 meses previos al inicio del estudio (junio, de 1984) y las crisis presentadas durante los meses de junio a octubre del mismo año se muestran como sigue. (vid. infra. cuadro No 2).

CUADRO No. 2

**CUADRO COMPARATIVO DE CRISIS ASMATICAS PRESENTADAS  
POR EL GRUPO EN ESTUDIO ANTES Y DESPUES DEL  
ESTUDIO, H.G.S. No. 24, 1984**

PACIENTES No.	CRISIS ASMATICAS		TOTAL
	ANTES	DESPUES	
1	5	4	9
2	3	3	6
3	3	4	7
4	4	2	6
5	4	5	9
6	4	2	6
7	2	3	5
8	2	3	5
9	4	2	6
10	2	0	2
11	2	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>29</b>	<b>64</b>

HOMBRES 1 al 7  
MUJERES 8 al 11

Durante las entrevistas con los pacientes se encontró que las crisis asmáticas eran precipitadas por los diferentes estados o situaciones en las que se encontraban inmersos los pacientes. Observese (vid. infra. cuadro No. 3) como en este grupo de pacientes no es posible determinar la causa que precipita la crisis asmática en la mayoría de las veces y que por depresión no se presentaron las crisis.

**CUADRO No. 3**

**CAUSAS QUE PRECIPITARON LAS CRISIS ASMATICAS EN EL GRUPO DE ESTUDIO, H.G.Z. No. 24, 1984, HOMBRES.**

<b>PACIENTES</b>	<b>ACTIV. FIS.</b>	<b>ANGUSTIA</b>	<b>DEPRESION.</b>	<b>INFECCION</b>	<b>SIN CAUSA APARENTE</b>	<b>TOTAL</b>
1	2	1	0	1	0	4
2	0	1	0	0	2	3
3	2	0	0	0	2	4
4	0	1	0	1	0	2
5	0	3	0	0	2	5
6	1	0	0	0	1	2
7	0	0	0	1	2	3
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>23</b>

En el cuadro no 4 (vid. infra cuadro No. 4) podemos observar la distribución de las causas que precipitaron las crisis asmáticas en el grupo de mujeres, notando que la depresión es la causa más frecuente en la precipitación de las crisis y que las actividades físicas y las infecciones no se presentaron en asociación con las crisis asmáticas en el grupo de mujeres.

CUADRO No. 4

CAUSA QUE PRECIPITARON LAS CRISIS ASMATICAS EN EL GRUPO DE MUJERES EN ESTUDIO, H.G.Z. No 24, 1984 .

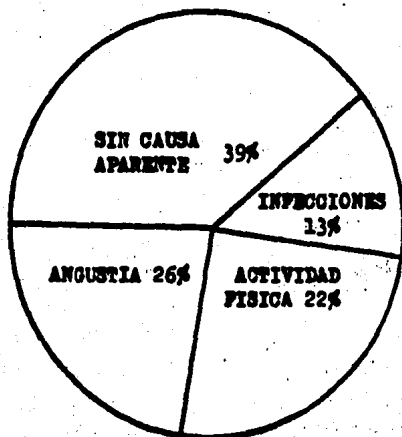
PACIENTES	ACTI. FIS.	ANGUSTIA	DEPRESION	SIN CAUSA APARENTE	INFECCION	TOTAL
8	0	0	2	1	0	3
9	0	1	1	0	0	2
10	0	0	0	0	0	0
11	0	0	1	0	0	1
<b>TOTAL</b>	0	1	4	1	0	6



En el grupo de hombres se observo el siguiente porcentaje - para cada una de las causas que precipitaron las crisis asmáticas, los observamos en el grafico No. 3 ( vid. infra. grafico No 3), en orden decreciente; Sin causa aparente el 39%, La angustia con el 26 %, La actividad fisica en el 22 %, Las infecciones con el 13 % y la depresión con 0 %.

GRAFICA No. 3

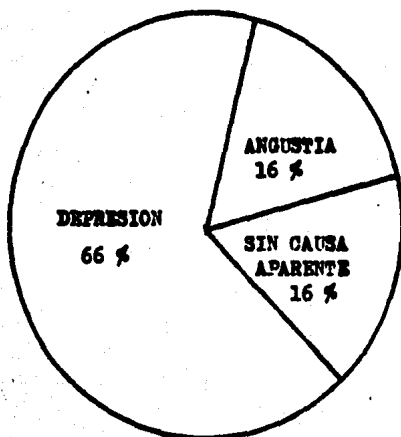
PORCENTAJE DE LAS CAUSA PRECIPITANTES DE LAS CRISIS  
ASMATICAS, GRUPO HOMBRES, H.G.Z. No. 24, 1984.



Y en el grupo de mujeres encontramos los siguientes porcentajes, en orden decreciente; Depresión la encontramos con el 66% la angustia en el 16% al igual que sin causa aparente, y tanto la actividad física como las infecciones se encontrarán con el 0 por ciento.(vid. infra. grafica No. 4).

**GRAFICA No. 4**

**PORCENTAJE DE CAUSAS PRECIPITANTES DE LAS CRISIS  
ASMATICAS, GRUPO MUJERES, H.G.Z. No. 24, 1984**



## ANALISIS E INTERPRETACION

Con respecto al sexo de los pacientes, tenemos que predomina el sexo masculino (64%), comparado con las mujeres (36%) de nuestra muestra, que no podemos tomar como reflejo de la frecuencia del asma bronquial entre hombres y mujeres, porque desde el punto de vista laboral se estudian más a fondo a los hombres que a las mujeres, por tal motivo el porcentaje es mayor. Otra característica que se deriva de esto mismo, es que se realiza en personas económicamente activas, por tal motivo observamos que se concentran entre los 25 y 45 años de edad el 82% de la muestra de pacientes asmáticos en estudio.

Dentro de las causas que desencadenarán las crisis asmáticas tenemos que en el grupo de hombres la causa desencadenante no pudo ser identificada, que pudiese corresponder a mecanismos psicológicos profundos o inexperiencia del aplicador al no identificar la causa que se presente en un 39%, siendo el mayor porcentaje. Le continuo en orden decreciente la angustia como desencadenante, recordemos que la sola crisis produce un trauma y que el paciente puede estar angustiado de saber que una crisis se puede manifestar en cualquier momento, también puede ser una manifestación de necesidad de vinculación o separación de alguna persona amada. La actividad física se manifestó solo en el grupo de hombres en un 22%, y las infecciones se presentan en un 13% en especial las faringoamigdalitis.

Es de llamar la atención que en cambio el grupo de mujeres la depresión se presente en un 66%, como causa desencadenante de las crisis asmáticas, que pueda corresponder a que son amas de casa dedicadas únicamente a labores monótonas, sentir que no tienen un desarrollo pleno como personas, que la situación económica es mala, y que la depresión es un mecanismo de pasividad de fácil asimilación.

## ANALISIS ESTADISTICO

El único parámetro cuantificable en el presente estudio fueron las crisis asmáticas padecidas por los pacientes en estudio, por tanto antes y después de la psicoterapia aplicada. Para la realización del análisis estadístico, se llevó a cabo con la técnica de "Diferencia entre dos medias" dentro de la distribución - T, (T de student). Y la formula es la siguiente; (19).

$$T = \frac{\bar{X} - U}{s/\sqrt{n}} \quad T = \frac{3.18 - 2.2281}{1.02/\sqrt{11}} = 0.6864$$

$$\bar{X} = 3.18$$

$$U = 2.2281 \text{ (media poblacional, tabla distribución T con 95\% de certeza, intersección con grado libertad 10)}$$

$$s = 1.02$$

$$n-1.$$

$$n = 11$$

Si recordamos la hipótesis propuesta es en cuanto a si la -- psicoterapia superficial tiene buenos resultados en el manejo de los pacientes asmáticos, para el análisis estadístico se puede -- transcribir numericamente la hipótesis así;

$$H_1 = \bar{X} \geq 3.8664$$

$$\bar{X} \leq 2.4936$$

$$H_0 = \bar{X} \leq 3.8664$$

$$\bar{X} \geq 2.4936$$

Por tanto si la  $\bar{X}$  de las crisis asmáticas padecidas después de la psicoterapia es de 2.63 , observamos que se encuentra dentro del intervalo que tiene el resultado de T obtenido con un -- 95% de certeza, con lo cual concluimos que la hipótesis propuesta si tiene validez.

### CONCLUSIONES

- 1.- La gran mayoría de los pacientes asmáticos no son estudiados adecuadamente, son clasificados bajo asma bronquial, No 493 - de la clasificación internacional de enfermedades. Sería de gran ayuda tener un protocolo de estudio de estos pacientes - y lograr determinar los factores desencadenantes.
- 2.- La comunicación entre el primer y segundo nivel de atención - médica deja mucho que desear, pues no existe registro tanto de las crisis presentadas como los estudios realizados, en - uno u otro nivel de atención. Lo cual dificulta seguimientos como estudios subsiguientes.
- 3.- Observamos que el número de hombres fue mayor, pero se debió a que por aspectos de tipo laboral, sí han sido estudiados - mayor número de hombres.
- 4.- El tiempo de evolución del asma bronquial en los pacientes - pudo haber sido un factor que no se tomó en cuenta, ya que - los pacientes pueden tener tan arraigados sus trastornos - psicológicos que no es fácil erradicarlos con la psicoterapia superficial.
- 5.- La periodicidad de las sesiones puede ser importante, y es - otro factor que no se logró llevar adecuadamente, pues la - responsabilidad del paciente es muy baja.
- 6.- La experiencia del entrevistador es de mucha importancia, pues, se pueden presentar ocasiones donde se pierde el control de la entrevista y los pacientes pierden estos momentos. Causando el mismo descontrol en ellos.

## COMENTARIO

Ya han sido mencionadas algunos de los factores que son importantes para la obtención de resultados más satisfactorios como es el caso del tiempo de evolución de la enfermedad en los pacientes, pues a mayor tiempo de padecer la enfermedad se desarrollan nuevos mecanismos o tal vez sean más profundos y por consiguiente la dificultad para combatirlos sea mayor. Considerando este factor se pueden construir algunas nuevas hipótesis y continuar el tema. Desde el punto de vista laboral, quizá sea otro factor que pueda intervenir en el resultado final, aunque es conveniente explicitar que el presente estudio no intervino o no se manifestó en ningún momento.

Es importante señalar que aunque se tuvieron resultados positivos, no es conveniente en estos momentos generalizarlos a toda la población, ya que se puede presentar nuevamente la misma frecuencia de crisis asmáticas. Y sobre todo es importante la experiencia que se tenga en aplicar la psicoterapia a los pacientes para mejorar los resultados actuales.

## RESUMEN

El presente estudio es de tipo experimental, prospectivo -- comparativo y transversal, y cuyos objetivos fueron localizar pacientes asmáticos de tipo intrínseco y aplicarles psicoterapia -- y por último comparar el número de crisis asmáticas antes y después del manejo psicológico.

El material y método utilizado fue la selección de los pacientes asmáticos que cumplieran los requisitos de prueba alérgica negativa, antecedentes de atopia negativa y ser mayores de 6 años, la psicoterapia aplicada fue por medio de la catarsis sugestión etc, en sesiones de 60 min aproximadamente en número de 6 sesiones para cada paciente, la muestra seleccionada fue de 11 pacientes de los cuales son 7 hombres y 4 mujeres, de los cuales se encuentran 9 pacientes en el intervalo de 25 a 45 años. Para el grupo de hombres la causa más frecuente en la precipitación de las crisis fue sin causa aparente, en cambio el grupo de mujeres la depresión se presentó asociada a las crisis asmáticas en un 66%. Los resultados del análisis estadísticos son satisfactorios, más sin embargo no es conveniente generalizar los resultados a toda la población ya que la muestra es pequeña y no cumple los requisitos de la escogencia estadística, por lo que es conveniente realizar más estudios mejorando la muestra y la técnica psicológica.

Se concluye que no existe un protocolo de estudio del paciente asmático, no hay adecuada comunicación entre el primer y segundo nivel de atención médica, es importante la experiencia que se tenga en la aplicación de la psicoterapia.



## BIBLIOGRAFIA

- 1.- BENLLOCH G. et-al  
"Asma bronquial"  
TRATADO DE MEDICINA PRACTICA  
México, D.F. ED. Publicaciones americanas S.A.  
Noviembre de 1982
- 2.- CARROLL H.  
HIGIENE MENTAL  
México D.F. ED. Continental S.A.  
Trad. Dr. Fco Javier Campos ll Reimpresión, 1982
- 3.- COHEL P.  
"Curso de estadística", que se dicta en la escuela de Salud  
Pública de Venezuela.
- 4.- DE LA FUENTE R.  
PSICOLOGIA MEDICA  
México D.F. Fondo de Cultura Economica, 15 Reimpresion, 1975
- 5.- DETER G. et-al  
"Group therapy for asthma patient: Aconcept for psychosoma-  
tic treatment of patient in a medical clinic A controlled -  
study".  
PSYCHOTHERAPY, PSYCHOSOMATIC 40: 95-105, 1983
- 6.- DOMINGUEZ J. et-al  
"El asma atópica de todos los tiempos  
ATENCION MEDICA  
México, D.F. ED. Intersistemas S.A.  
Enero de 1981.
- 7.- FREEDMAN A. et-al  
TRATADO DE PSIQUIATRIA  
Madrid, España ED. Salvat, tomo 1, 11 , 1982

- 8.- HURST J.W.  
**MEDICINA INTERNA, Tratado para la practica médica.**  
 Buence Aires, Argentina. ED. Panamericana, 1984
- 9.- JHONSON G. et-al  
 "Asma bronquial. Experiencia clínica en el hospital del -  
 niño del sureste"  
 BOLETIN MEDICO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO  
 México, D.F. ED. Hospital Infantil de México  
 Vol. 40, No. 1 Enero de 1983.
- 10.- KESSELMAN E.  
**PSICOTERAPIA BREVE**  
 Madrid, España ED. Fundamentos, 2- Ed. 1979.
- 11.- KINSMAN R. et-al  
 "Anxiety reduction in asthma; Four catches to general --  
 application".  
 PSYCHOSOMATIC MEDICINE, Vol. 42, No. 4, 397-405, July 1980
- 12.- LAWRENCE G.  
**MANUAL CLINICO DE NEUMOLOGIA**  
 México D.F. ED. Mc Graw-Hill. 1983
- 13.- MATTISCHON A.  
 "Aspectos psicologicos del asma infantil"  
 CLINICAS PEDIATRICAS DE NORTEAMERICA, Feb, 1975, 79-89
- 14.- ROJAS S.  
**GUIA PARA REALIZAR INVESTIGACIONES SOCIALES**  
 México D.F. ED. Textos universitarios UNAM 7- Ed. 1982
- 15.- SALAZAR W.D.  
**LA ALERGIJA, en la práctica y en la teoría**  
 México, D.F. ED. Francisco Mendez Cto., 1958.

- 16.- SARAQUEDA P.  
"Alérgia en la infancia (2- parte)  
MUNDO MEDICO  
México, D.F. Ed. Patricio Mujica  
Vol. III, No. 83, Nov 1980
- 17.- SODEMAN A.W.  
FISIOPATOLOGIA CLINICA  
México, D.F. ED. Nueva Editorial interamericana S.A.  
Sexta ed. 1983
- 18.- SOLOMON P.  
MANUAL DE PSIQUIATRIA  
México, D.F. ED. Manual Moderno  
2- ed. 1976.
- 19.- WAYNE W.D.  
BIOESTADISTICA base para el análisis de las ciencias de la  
salud.  
México, D.F. ED. Limusa, 1984.