



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**ASMA BRONQUIAL: UNA REVISION Y PROPUESTA DE  
PROGRAMAS DE AUTOMANEJO**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE**

**DOCTORA EN PSICOLOGIA CLINICA**

**P R E S E N T A**

**MARIA DEL CARMEN / BLANCO GIL**

**MEXICO, D.F.**

**1989**



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 esta 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.

*Seremos más sabios y más humildes,  
en la medida en que podamos reconocer  
en todo proceso vital,  
el trasfondo de unidad trascendente  
de eso que llamamos..... HOMBRE*

**Ma. del Carmen Blanco Gil**

**A mi gente querida  
presente y ausente....**

## **RESUMEN**

El asma bronquial representa un serio problema de salud por su alta incidencia, prevalencia, peligro de muerte y costo económico y emocional.

En este trabajo se realiza una revisión que abarca aspectos teóricos sobre etiología, patogenia y abordaje terapéutico desde el punto de vista médico y psicológico, con énfasis especial en programas de automanejo.

Como segundo punto se presentan resultados de estudios descriptivos sobre autoimagen y percepción de la enfermedad en dos muestras:

a) 30 adolescentes asmáticos pacientes del Hospital General de la Secretaría de Salud.

b) 106 niños asistentes al Curso Especial para el Niño Asmático, organizado por la Asociación Mexicana de Asmáticos (ASMA).

Finalmente se hace una propuesta de lineamientos para la organización de programas de automanejo para pacientes asmáticos.

## INDICE

PROLOGO . . . . .	1
INTRODUCCION . . . . .	3

## REVISION BIBLIOGRAFICA

CAPITULO I . . . . .	6
1. Definición de asma bronquial	
2. Incidencia, prevalencia y causa de muerte	
CAPITULO II . . . . .	15
1. Antecedentes	
2. El Asma. Enfermedad psicósomática	
CAPITULO III . . . . .	38
1. Fisiopatología	
2. Clasificación	
3. Etiología y Diagnóstico	
CAPITULO IV . . . . .	43
1. Abordaje terapéutico desde el punto de vista médico	
2. Abordaje psicoterapéutico	
CAPITULO V . . . . .	51
1. Definición del concepto de automanejo	
2. Descripción de los programas más importantes	
3. La situación en México	

## FASE EMPIRICA

CAPITULO VI . . . . .	66
A. Estudio Descriptivo de una muestra de 30 adolescentes asmáticos pacientes del Hospital General de la Secretaría de Salud (México).	
1. Características de la Muestra.	
2. Escenario e Instrumentos.	
3. Procedimiento y Análisis Estadístico.	
B. Estudio descriptivo de una muestra de 106 niños asistentes a los Cursos Especiales para Niños Asmáticos.	
1. Características de la Muestra.	
2. Escenario e Instrumentos.	
3. Procedimiento y Análisis Estadístico.	
RESULTADOS . . . . .	69
ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS. . . . .	99
CONCLUSIONES . . . . .	103
NOTAS . . . . .	105
BIBLIOGRAFIA . . . . .	113
APENDICES	

## PROLOGO

Mi interés por el estudio de las enfermedades psicosomáticas y en especial por el asma bronquial, data ya de más de 15 años.

El primer contacto formal con el problema, ocurre a través de la participación en una investigación interdisciplinaria, realizada en el Hospital General de la Secretaría de Salud, (México), como parte de las actividades del Seminario de Medicina del Hombre.

A partir de entonces, trabajé en la atención de pacientes asmáticos, especialmente niños y sus padres, colaborando con su médico tratante, utilizando diversas técnicas psicoterapéuticas. Algunos años después, me integré a un grupo interdisciplinario organizado con el fin de impartir Cursos de Orientación para padres del Paciente Asmático, que se llevaron a cabo inicialmente en el Instituto Nacional de Pediatría y posteriormente en diversas instituciones del país. En esta ocasión, mi participación concreta fué la organización y coordinación de un Curso especial para el Niño Asmático, experiencia que me permitió adentrarme aún más en el padecimiento a través del contacto con los grupos y la información obtenida por medio de algunas investigaciones, una de las cuales forma parte de este estudio.

En 1988 fui invitada por el Dr. Issac Kociak, al Centro de Entrenamiento en Autoayuda para el Paciente Asmático (CEAPEA) de la ciudad de Buenos Aires, con el fin de intercambiar experiencias y conocer el programa que allí se maneja.

El presente estudio representa la consolidación del trabajo realizado y pretende dar una visión amplia sobre el problema del asma bronquial mediante una revisión bibliográfica exhaustiva, los resultados de dos investigaciones y la experiencia vivida durante todos estos años a través de los diversos caminos, y en base a esto, proponer lineamientos para la elaboración de Programas de Automanejo, alternativa que considero de gran valor para el tratamiento de este padecimiento y que probablemente pueda hacerse extensiva a otros problemas de salud.

Deseo hacer patente mi gratitud a un grupo de personas que contribuyeron a la realización de este trabajo, en especial a mi hermano, el Dr. José Blanco Gil por su ayuda permanente y acertados consejos; al Ing. José Cortés por su asesoría en el manejo estadístico de los datos, a los Dres. Isaac Kociak y Marta Capúa por su hospitalidad y orientación sobre el programa del CEAPEA; al Dr. Ramón Bayés por sus oportunos y valiosos comentarios y al Dr. Juan José Sánchez Sosa, director de esta tesis por su apoyo.

De igual manera, gracias al grupo de jóvenes psicólogos que colaboraron conmigo en la aplicación de los instrumentos de los estudios presentados. Ellos son: Rocio Oliveros,

Aurora Elizondo, Leticia Echeverría y Benilde García, en la investigación del grupo de adolescentes y Armando Reyes, Noemi Orejel y Sara Salazar en el grupo de niños, así como a Gustavo Sandoval por la organización de la bibliografía y las gráficas, y al físico José López Arellano por su apoyo en el trabajo de edición e impresión.

Y desde luego, en forma muy especial a los niños y jóvenes que participaron en los estudios, así como a sus padres, cuya motivación y paciencia hicieron posible obtener los datos que aparecen en este trabajo.

A todos mi más profundo y sincero agradecimiento.

La autora.

## INTRODUCCION

El presente trabajo está orientado al estudio del asma bronquial, padecimiento que ha acompañado al hombre desde el principio de su historia, representando un reto para la Medicina de todos los tiempos.

El panorama es amplio y complejo, generando controversias en cuanto a etiología y tratamiento. Sin embargo, existe un punto de acuerdo entre todos los especialistas y es considerar el asma como un severo problema de salud pública debido a su incidencia y prevalencia crecientes, sobre todo en medios urbanos, con cifras que van del 5% al 12% de la población de diversos países. La tasa de letalidad ha ido en aumento, alcanzando niveles que resultan en ocasiones alarmantes, como es el caso de Cuba, donde se registra como la 10a. causa de muerte (1987).

En México, los datos son difíciles de precisar debido a que se trata de un padecimiento complejo y, además, de que su registro se hace en forma conjunta con bronquitis crónica y enfisema; sin embargo, existen algunas estimaciones de que su prevalencia varía entre el 1% al 2% de la población total, cifra que aumenta al 5% si se consideran solamente los sujetos menores de 14 años. Por otra parte, existe el reconocimiento de un notable incremento en los últimos años que seguramente eleva las cifras mencionadas.

Otro de los aspectos relevantes es el relacionado con el alto costo de tratamiento. Se reconoce que ocupa un renglón prioritario entre las consultas de control, internamiento en los servicios de emergencia y ocupación de instalaciones de rehabilitación - sobre todo en hospitales infantiles- que representa fuertes erogaciones para las instituciones de salud y tiene un impacto sobre la economía familiar por el alto costo de los medicamentos y otros cargos adicionales como son: transporte, dietas especiales y modificaciones en el domicilio de la familia.

Un costo social adicional se encuentra representado por problemas como ausentismo escolar y laboral y condiciones incapacitantes.

Deben considerarse también los efectos iatrogénicos de los medicamentos empleados para su control, entre los que se encuentran: palpitations, taquicardia, alteraciones óseas graves, (Incluso fracturas), problemas de crecimiento, trastornos cognoscitivos y de conducta en los niños. Así mismo, se describen problemas de anafilaxia que pueden llegar a ser graves, incluso mortales, en el uso de pruebas cutáneas.

Un elemento central para la comprensión del problema y consecuentemente de su tratamiento, es la participación de la angustia como mecanismo productor de las crisis y de serios trastornos en la dinámica familiar, que genera conductas negativas en relación al

tratamiento llegando -a través de la automedicación en un gran número de pacientes, según algunos autores- a convertirse en un verdadero problema de farmacodependencia. A pesar de la evidente participación de factores emocionales su importancia es permanentemente negada, o aceptada de manera irrelevante, por un gran número de especialistas.

En los años recientes han surgido diversas propuestas en salud mental, que mediante un apoyo colateral al tratamiento médico han tratado de explicar e intervenir para la solución del problema. La literatura al respecto es numerosa y los enfoques terapéuticos tan diversos como las teorías en que se apoyan, la mayoría de las cuales son expuestas en este trabajo. Algunas conclusiones que se derivan de esta revisión permiten afirmar que sólo en contadas ocasiones se logra un trabajo interdisciplinario abordando el problema de manera integral.

Las consideraciones anteriores permiten afirmar que estamos frente a un problema relevante que requiere ser estudiado en toda su amplitud, a fin de derivar propuestas de programas de tratamiento que representen una buena opción para el paciente y un campo valioso de trabajo del psicólogo interesado en el área de la salud. Este trabajo pretende aportar algunas de esas opciones.

## **REVISION BIBLIOGRAFICA**

## CAPITULO I

### 1. DEFINICION.

El problema inicial con que nos enfrentamos al estudiar el asma, es el de su definición, motivo de discusión y controversia no resueltas en congresos y reuniones sobre el tema. Esta dificultad ha sido referida tiempo atrás por los más diversos autores, desde los considerados clásicos como el Dr. Giménez Díaz quien inicia su libro "El Asma y Afecciones Afines" diciendo: "resulta muy difícil definir el asma como punto de partida" y agrega: "podemos decir que es una disnea paroxística de causa respiratoria que parece ser en gran parte funcional por presentar intervalos asintomáticos, en los que el examen físico y radiológico no denotan ningún trastorno orgánico"<sup>(2)</sup>.

Charpin (1970), dice en el prólogo de su libro "El Asma Bronquial": "la mejor idea acerca del asma, es aquella según la cual se la considera como un síndrome de compleja patogenia, cuyas crisis se deben a múltiples causas, algunas conocidas, otras no, que para desencadenar la disnea paroxística requieren la existencia de cierta predisposición individual y el rebasamiento de un umbral por parte de la última en aparecer, sin lo cual los precedentes no habrían actuado en forma ostensible"<sup>(3)</sup>.

Y agrega más adelante: "observamos que el asma no es sino un síndrome clínico. Si bien la alergia desempeña un importantísimo papel en su etiología, las causas son demasiado diversas como para que pueda hablarse de una enfermedad asmática"<sup>(4)</sup>.

Igualmente difícil ha resultado tratar de llegar a un consenso en las reuniones especializadas sobre el tema. A este respecto, en 1970 la American Thoracic Society (ATS) propone la siguiente definición: obstrucción intermitente y reversible de las vías aéreas"<sup>(5)</sup>.

En 1975, la misma Asociación hace una nueva proposición: "el asma es una enfermedad caracterizada por la hiper-reactividad del árbol bronquial que se manifiesta por una obstrucción diseminada de las vías aéreas y cuya gravedad varía en forma espontánea, o a consecuencia de la terapéutica"<sup>(6)</sup>.

Danilele, al referirse a la propuesta de la ATS, argumenta que no corresponde propiamente a una definición, sino a la descripción de una alteración funcional evidente del músculo traqueobronquial, pero no a una enfermedad, pues no menciona etiología clínica o anatomopatológica, ni permite una distinción entre ciertos pacientes con asma primaria y los pacientes con bronquitis crónica"<sup>(7)</sup>.

En 1982, Mc Fadden y Austen la definen como: "Enfermedad de las vías respiratorias que se caracteriza por un incremento de la capacidad de respuesta del árbol respiratorio ante un gran número de estímulos. Se manifiesta fisiológicamente por el estrechamiento generalizado de las vías respiratorias, el cual puede curar en forma espontánea o con tratamiento específico. Clínicamente se caracteriza por períodos paroxísticos de disnea, tos y broncoespasmo con sibilancias. Es una enfermedad que se presenta por episodios, alternándose períodos de exacerbación agudos con períodos asintomáticos. Típicamente la mayoría de los ataques son de corta duración y van desde unos minutos hasta unas horas, después de los cuales el paciente parece recuperarse completamente desde el punto de vista clínico. Sin embargo, puede haber una fase en la cual el paciente experimente cierto grado de obstrucción de las vías respiratorias todos los días. Esta fase puede ser benigna con o sin episodios alternantes, o mucho más grave, con obstrucción importante que persiste por días o semanas, enfermedad conocida como **status asthmaticus**"<sup>(8)</sup>.

En 1983 el Boletín de la Unión Internacional contra la Tuberculosis, hace referencia al asma como: "una condición fácil de reconocer pero difícil de definir. Es una de esas patologías que cada cierto tiempo experimentan una completa revisión. No hay duda de que en los últimos veinte años se ha estudiado y avanzado más en nuestra comprensión de esta enfermedad que en todos los años anteriores. Sin embargo, no somos capaces de entender lo que es el asma y mucho menos de definirla"<sup>(9)</sup>.

Farrerons (1987) define al asma como "un conglomerado de distintas enfermedades disneizantes"<sup>(10)</sup>.

Lo expuesto anteriormente permite darse cuenta de la gran confusión con respecto a la definición del asma bronquial, misma que se repite al considerar aspectos como etiopatogenia y tratamiento, como se verá posteriormente.

A la luz de un enfoque integrador proporcionado por la Medicina Conductual, que considera un mayor número de elementos involucrados en los problemas de salud, en este caso del asma bronquial, Kociak, propone un modelo diferente para la comprensión de la enfermedad.

Inicialmente, para evitar las confusiones tan comunes al llamar ASMA, tanto la crisis, como la enfermedad, sugiere la conveniencia de usar una serie de términos para distinguir los diferentes elementos involucrados en el problema.

En primer lugar, propone para designar el padecimiento el nombre de: SITUACION ASMATICA.

Enseguida identifica las diferentes etapas de la enfermedad con los siguiente términos:

1. SIBILPOOL. Corresponde a la serie de padecimientos en los cuales aparece dentro de la sintomatología posible, generalmente como complicación, la crisis o broncoespasmo,

entre ellos, podemos mencionar: rinitis, bronquitis, aspiración de cuerpo extraño y muchas más.

2. CRIDAS. (Contracción de crisis de disnea sibilante). Se trata de un segundo paso en el proceso, en el cual se encuentra ya instaurado el síntoma, dependiendo de otros factores o estímulos que por asociación han adquirido la característica de **estímulos condicionados** (el frío, la cama, la noche, el ejercicio, etc.) independizándose relativamente del padecimiento original (sibilpool).

3. FEEDBACK. Un tercer nivel en el cual queda establecido el problema de manera más compleja, representando ya la presencia de una verdadera enfermedad psicósomática, entendida como aquella que posee mecanismos de retroalimentación propios (algoritmos del 3er. nivel. (Napalkov, citado por Kociak<sup>(85)</sup>).

Es importante señalar que, a pesar de que el síntoma (CRIDAS) es el mismo en los tres casos, los mecanismos de producción y mantenimiento van cambiando y obedecen a leyes propias, diferentes en cada uno, por lo que la conducta terapéutica debe ser también distinta.

Así, en el primer nivel, estaría muy ligada al tratamiento médico tradicional para solucionar por ejemplo un estado infeccioso (antibióticos), pero en el segundo donde las crisis se empiezan a condicionar a otros factores como: la noche, el frío, el ejercicio, etc., la conducta terapéutica iría encaminada a descondicionar al sujeto a estos estímulos provocadores. En el tercer nivel, donde se encuentran factores cognoscitivos que generan angustia como el hecho de darse cuenta de que no trae el broncodilatador en la bolsa, el recordar que en ese mismo sitio sufrió una crisis en el pasado, etc., la conducta terapéutica debe contemplar además de lo anterior, la solución de la angustia a través de técnicas de "relajación" y "reestructuración cognoscitiva", que permitan al paciente controlar su angustia a partir de desechar prejuicios, temores e ideas irracionales que se han venido acumulando a través de su propia experiencia y del reforzamiento del medio ambiente (familia, equipo médico, grupo social en general, por medio de la ideología sobre la enfermedad).

Un elemento importante en el diagnóstico diferencial de las tres etapas es el hecho de que en la primera, el CRIDAS se produce en un sujeto "enfermo" (de bronquitis, de rinitis, etc.) mientras que en las dos siguientes, el sujeto está clínicamente "sano", presentándose el CRIDAS de manera sorpresiva, sin previo aviso: en una fiesta, en la calle, etc.

Se incluyen, además en el modelo, los factores de riesgo que permiten que la situación patológica se complique, haciendo más difícil el diagnóstico y consecuentemente el tratamiento. (Ver Figura 1) .

En este trabajo vamos a adoptar el modelo de Kociak como punto de partida para nuestras proposiciones posteriores, por considerar que es el que ofrece una explicación más completa del padecimiento, al considerar mayor número de variables, mismas que permiten aclarar los puntos confusos y a nivel de tratamiento, trabajar con un modelo integral que permite la inclusión de los diferentes profesionales de la salud: médicos, psicólogos, terapeutas físicos, constituyendo un verdadero equipo interdisciplinario.

---

\* La propuesta es producto de un Seminario sobre Revisión Epistemológica del Modelo de Medicina Conductual, dirigido por el Dr. Isaac Kociak, con la asesoría del Dr. Gregorio Klimovsky y asistencia de la autora<sup>(1)</sup>.

FIGURA 1  
SITUACION ASMATICA \*

VARIABLES DE ENTRADA	MECANISMOS		RESPUESTAS - SINTOMAS		CONSECUENCIAS FEED-BACK AL NIVEL SIGUIENTE	CONDUCTA TERAPEUTICA
	FACTORES DE RIESGO	PROGRAMAS	CRUDAS	SINTOMAS COMOCOMENTARIOS		
<p>SIBILOPOOL</p> <p>Lista de cuadros clínicos cuyo etiólogo provienen de la Medicina Interna.</p> <p>(Enfermedades que tienen entre sus manifestaciones crisis de broncoespasmo).</p>	<p>-IGE</p> <p>-Inmunodeficiencia</p> <p>-Infecciones</p> <p>-Trauma perinatal</p> <p>-Clima</p> <p>-Estrés</p> <p>-Infecciones</p> <p>-Deseo de tabaco, etc.</p>	<p>Primer Nivel:</p> <p>Forma A.</p> <p>Cadenas Orgánicas:</p> <p>Estímulos locales (bronquiol) Respuestas locales (bronquiol)</p> <p>Segundo Nivel:</p> <p>Forma B.</p> <p>Cadenas Condicionadas (Pavlov)</p>	<p>Espasmodico obstructivo.</p> <p>CRUDAS: (crisis de asma broncoespasmo).</p> <p>INDICACIONES: (período intercrítico).</p>	<p>Tos-espasmodica.</p> <p>Síntomas generadores de enfermedades.</p> <p>Los broncoedematosos y corticoides no son suficientes.</p>	<p>Efecto Rosenzthal (Temor a sufrir la enfermedad; Profecía).</p> <p>Actitud paranoide.</p> <p>Confusión.</p> <p>Desinformación.</p>	<p>Magistrico diferencial.</p> <p>Tratamiento etiológico.</p> <p>Información coherente</p>
<p>Se independiza relativamente del Sibillopool;</p> <p>-Estímulos estereotipos.</p> <p>-Estímulos intencionales.</p>	<p>-Predominio del 1er sistema de señales.</p> <p>-Pensamiento operativo.</p> <p>-Modelo vivo (condicionamiento vicario).</p> <p>-Ideológico; Ocasión.</p> <p>Condicionamiento. Motivación.</p>	<p>Segundo Nivel:</p> <p>Forma B.</p> <p>Cadenas Condicionadas (Pavlov)</p>	<p>Espasmodico Mucosidadura lisa.</p> <p>CRUDAS de Instalar rápida.</p> <p>INDICACIONES corto (responde a los broncoedematosos).</p>	<p>Sensación general de salud.</p> <p>Alerta externo.</p> <p>Conductas de evitación pasivas.</p>	<p>Sobreprotección.</p> <p>Reformamiento diferencial.</p> <p>Modelamiento.</p> <p>Modelamiento.</p> <p>Aprendizaje fisiológico.</p> <p>Automatización.</p>	<p>Desafío.</p> <p>Extinción.</p> <p>Descondicionalización.</p> <p>Reestructuración cognoscitiva.</p> <p>Prueba de realidad.</p>
<p>Se independiza totalmente del Sibillopool.</p> <p>Ansiedad.</p>	<p>-Auto-observación.</p> <p>-Deficiencia del 2o sistema de señales.</p>	<p>Tercer Nivel:</p> <p>Cadenas de la ansiedad.</p> <p>(Sistemas auto-organizadores - Pavlov).</p> <p>Estímulos Centrales.</p> <p>Respuestas Centrales.</p> <p>(Algoritmo).</p>	<p>Por desincronización respiratoria. (Pulscultura estriada).</p> <p>CRUDAS prolongado.</p> <p>INDICACIONES prolongado y sistémico.</p> <p>No responde bien a los broncoedematosos sino a los corticoides.</p>	<p>Neurosis de espera.</p> <p>Suspensación, infansión.</p> <p>Estados de amenaza.</p> <p>Sobreadaptación Alexitímia.</p> <p>Neuración, ocultamiento.</p>	<p>Mucho en drogas.</p> <p>Neuración.</p> <p>Ocultamiento.</p> <p>Retotalización.</p> <p>Indefensión.</p>	<p>Contra-condicionamiento.</p> <p>Desensibilización sistemática.</p> <p>Relajación.</p> <p>Contención.</p> <p>Autosugestión.</p>

\* Cuadro explicativo de la "situación asmática" Dr. Isaac Kozick. Comunicación personal durante el Seminario sobre revisión del modelo teórico-terapéutico del asma bronquial con la asesoría epidemiológica del Dr. Gregorio Klimovsky, Buenos Aires, 1988.

## 2. INCIDENCIA, PREVALENCIA Y CAUSA DE MUERTE.

Peshkin, precursor de los programas de automanejo, reporta que durante los años de 1966 y 1968, en los E.U.A. existían 3 millones de niños con asma, de los cuales, entre 240 y 300 mil padecían de cuadros de asma severa o "intratable", es decir, aquella situación en la que el paciente no responde a los tratamientos habituales y requiere hospitalizaciones frecuentes y sólo se controla con tratamiento permanente de esteroides<sup>(12)</sup>.

En 1983, Ellis menciona el hecho de un incremento considerable de enfermos, sobre todo en poblaciones urbanas superpobladas<sup>(13)</sup>. Para el mismo año, Goldstein estima en 15 millones el número de enfermos en ese país, calculando que entre el 5% y el 10% de los niños en edad escolar, padecen asma en alguna de sus modalidades. Al realizar una comparación entre los ciclos escolares 56-57 y 74-75, demuestra un incremento que va de 1.8% para el primer ciclo, a 6.3% en el ciclo posterior<sup>(14)</sup>.

El mismo Ellis, compara la información generada en diversos países, que consignan promedios que van entre 1.37% a 11.4% de asmáticos en la población infantil, correspondiendo a Suecia la proporción más baja (1.37%) y a Australia la proporción más elevada (11.4%), aseverando que probablemente existen en el mundo, alrededor de 100 millones de personas con problemas alérgicos<sup>(15)</sup>.

En un estudio realizado en Londres en 1984, se considera que el 10% de la población padece asma<sup>(16)</sup>.

The National Institute of Health (EUA) publica el dato de que el 5% de los niños menores de 15 años, padecen o han padecido asma<sup>(17)</sup>.

Kohen afirma que el 2.7% de la población infantil de EUA es asmática y representa el 33% de las enfermedades que producen complicaciones médicas y problemas en la dinámica familiar<sup>(18)</sup>.

En Cuba se considera que el 8.2% de la población padece asma<sup>(19)</sup>.

Ramírez, refiere el hecho de que el asma puede presentarse a cualquier edad, desde lactantes hasta la edad adulta, con predominio de la edad pediátrica, siendo más frecuente en preescolares y escolares y en esta etapa es más común en niños que en niñas, situación que se invierte en la edad adulta<sup>(20)</sup>.

La diferencial entre los sexos, es confirmada en otros estudios consignando relaciones del 1.3 a 1 y de 3.3 a 1, siempre a favor de los varones<sup>(21)</sup>.

Tomando en cuenta el factor de hospitalización, se considera como una de las primeras causas de internamiento en hospitales de EUA, concretamente en el Hospital John Hopkins (Baltimore) se registraron en el año de 1976 2418 admisiones de emergencia por asma, que representaron el 4 % de los pacientes internados. En cuanto a visitas médicas se realizaron en el año 1983 (en EUA), un total de 27 millones<sup>(22)</sup>.

En el Hospital Infantil de Buffalo en 1983 se consideró como uno de los padecimientos que requirieron hospitalización con más frecuencia<sup>(23)</sup>.

En cuanto a México, los datos son escasos e imprecisos. En 1974, Cueva hace una recopilación de algunos estudios con casuística muy limitada que no resultan representativos de la magnitud real del problema<sup>(24)</sup>.

En 1980 y 1985, se realizaron en México, especialmente en la capital, estimaciones del 1% de la población, mismo que se eleva al 5% si se consideran solamente los menores de 14 años. (Dr. Luis Strilk, comunicación personal durante el Simposium: "Trilogía patológica del asma: su manejo integral", organizado por los laboratorios Glaxo en México, D.F. 1988).

Aunque se trata de estudios poco precisos, existe el reconocimiento de los especialistas del hecho de que los problemas de asma bronquial han sufrido un notable incremento en la incidencia (Ramírez, N. Presidente de la Sociedad Mexicana de Alergia e Inmunología, comunicación personal, 1987) pero no se encuentran datos fieles y resulta difícil obtenerlos, ya que el asma bronquial se registra conjuntamente con dos enfermedades respiratorias que son el enfisema y la bronquitis crónica, dentro del rubro: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Afecciones Afines (490-496) de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OPS-OMS. 9a. Revisión.<sup>(25)</sup>

Respecto a la tasa de letalidad, Peshkin, en 1968 registra el 0.9% de muerte en niños con asma severa. En estudios realizados en 1984 en Inglaterra, se hace referencia a que las muertes por asma son comunes en todas las edades y con frecuencia se deben a fallas de tratamiento. En ocasiones se encuentran ocultas tras un falso diagnóstico, pero la autopsia confirma lo contrario<sup>(26)</sup>.

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) registrada en Inglaterra y Gales, en 1965, el asma ocupaba la 6a. causa de muerte entre los niños de 10 a 14 años<sup>(27)</sup>.

En México, se reporta para 1981, dentro del agrupamiento de asma, enfisema y bronquitis crónica, una tasa de mortalidad de 9.43 por 100 mil habitantes colocándose en el 5o. lugar como causa de muerte en el grupo de edad preescolar (1 a 4 años)<sup>(28)</sup>.

El fallecimiento durante el estado de mal asmático cobra una gran importancia. Existen reportes que varían según los autores consultados y el criterio de éstos para seleccionar a los pacientes. Por ejemplo, en la República Argentina, se reporta en el período 1958-1969, un 36%, cifra muy elevada que se redujo posteriormente al 13%<sup>(29)</sup>.

La mortalidad en casos semejantes alcanza al 15% en Francia, y al 21% en Inglaterra<sup>(30)</sup>.

En Cuba se consideraba en 1987, la 10a. causa de muerte<sup>(31)</sup>.

En cuanto al pronóstico, en relación a la situación general del asma, se ha observado con suficiente frecuencia la muerte por asma después de una enfermedad prolongada, o en estado asmático, pero también la muerte súbita en una enfermedad aparentemente discreta<sup>(32)</sup>.

Se reconoce, por otra parte, un impacto económico relevante. Así Peshkin refiere que el asma bronquial es una de las 8 enfermedades que absorbieron el 50% de los fondos de rehabilitación en el año de 1968 en los EUA<sup>(33)</sup>. The National Institute of Allergy, del mismo país, reporta que en 1983 la atención de enfermos asmáticos tuvo un costo superior a los 800 millones de dólares<sup>(34)</sup>. Goldstein (1983) hace una estimación aproximada de 100 dólares mensuales como gasto familiar de tratamiento de un paciente asmático, sin tomar en cuenta la eventualidad de su hospitalización<sup>(35)</sup>. Se han hecho estimaciones acerca del impacto sobre el gasto familiar encontrando que representa del 2 al 30 por ciento y, en el 20 % de las familias, el deterioro económico es serio. Marion y colaboradores, calculan que el 35% de las familias de pacientes asmáticos presenta un deterioro presupuestal severo a causa de la enfermedad, pues además del tratamiento médico, es necesario incluir gastos como transporte, por visitas al consultorio o al hospital, dietas especiales, además de los derivados de la hospitalización<sup>(36)</sup>.

En México, es difícil hacer una estimación, pero debido a la circunstancia común de mantener un tratamiento permanente durante largos períodos y el constante incremento en el costo de los medicamentos, hace suponer que el presupuesto familiar e institucional se ven seriamente afectados. En cuanto a hospitalización, el gasto debe representar un alto porcentaje del presupuesto pues, además de las consultas de control, el costo se eleva por el uso de sales de terapia intensiva, el mantenimiento de unidades de rehabilitación (inhaloterapia, terapia física, etc.) y el tratamiento de las secuelas deformantes de la caja torácica y otras.

Otro de los aspectos de gran relevancia en el problema del asma, se refiere a los efectos iatrogénicos por medicación prolongada y el mal manejo terapéutico por parte de los profesionales, así como, la frecuente automedicación en que incurren los pacientes. Kociak(85-87) considera esta última conducta como un verdadero problema de farmacodependencia<sup>(37)</sup>.

Se reconoce que entre los principales medicamentos que frecuentemente se asocian a la iatrogenia, se encuentran los antihistamínicos, los broncodilatadores y diversos tipos de esteroides. Concretamente, se han descrito temblor, palpitaciones y taquicardia por el empleo de agonistas, especialmente por vía oral<sup>(38)</sup>. Así como aumento del gasto cardíaco por la acción de drogas simpatomiméticas y la teofilina<sup>(39)</sup>. Alteraciones óseas severas incluso fracturas<sup>(40)</sup>. Se habla además, de deficiencias cognitivas<sup>(41)</sup> y problemas de conducta rebeldía y control emocional pobre como efecto de los medica-

mentos utilizados<sup>(42)</sup>. Lugar principal en este problema lo representa el empleo de antígenos para pruebas cutáneas que llegan a ocasionar reacciones graves, incluso mortales, de anafilaxia<sup>(43)</sup>.

La identificación de numerosas y severas alteraciones emocionales tanto en el paciente como en la familia, ha llevado a la realización de numerosos trabajos de investigación que serán revisados más adelante, ya que forman parte central de los propósitos de este estudio.

Resulta muy clara la dificultad que existe en realizar un registro de incidencia, prevalencia y letalidad al estudiar el asma, puesto que como hemos visto, se trata de un padecimiento multifactorial que hace variar las circunstancias de su presentación, dificultando con frecuencia su diagnóstico, sin embargo, los datos expuestos ponen en evidencia su severidad.

## CAPITULO II

### 1. ANTECEDENTES.

La palabra asma viene del griego AZO que significa soplar<sup>(44)</sup>. Históricamente, aparece en los anales de la Medicina desde hace 25 siglos, con la descripción de algunos síntomas<sup>(45)</sup>.

Hipócrates (460-370 A.C.) menciona el hecho de que es más frecuente en otoño y los niños y los ancianos son los que más la sufren y reconoce la influencia de la emoción refiriendo que "el asmático se protege de su enojo"<sup>(46)</sup>.

Areteus, en el siglo II de nuestra era, hace una descripción de los síntomas que podrían equipararse a las actuales, mencionando el decaimiento, expresión de ansiedad, respiración frecuente y ruidos, el miedo al ahogo y la expectoración escasa y espumosa, atribuyendo los síntomas al humedecimiento del pulmón por el humor viscoso y la respiración violenta a una involucración simpática<sup>(47)</sup>.

Galeno (131-201 D.C.) atribuye el asma a la acumulación de una secreción espesa que drenaba del cerebro a las vías respiratorias, a través de pequeños canales que obstruidos no dejaban pasar el aire a los pulmones, de esto derivó su idea terapéutica de limpiar la nariz<sup>(48)</sup>.

Maimónides, uno de los grandes médicos del Islam, asistente de Saladín, que padecía asma, refiere que la emoción puede participar en el padecimiento y escribe un tratado de la enfermedad que revela conocimientos y conceptos de Medicina preventiva.<sup>(49)</sup>

En el México prehispánico existen datos sobre el tratamiento del asma bronquial consignados en una obra de Francisco Hernández, nombrado por Felipe II Protomédico de las Indias, titulada: Rerum Medicorum Novae Hispanie. El nombre náhuatl del asma era: neholtzaquilltztli y se utilizaban para su tratamiento infusiones de lagartijas recién muertas y diversas yerbas medicinales tales como mexilquilli y opazotl, así como el humo producido por la hierba plcletl (tabaco) "porque sus hojas puestas a secar, envueltas en forma de tubo e introducidas en canales de papel encendido por un lado y por el otro aspirados por la boca para que el humo penetre en el pecho, alivian el asma como por milagro, la respiración difícil y las molestias consiguientes, se embota el sentido de las penas y halagos e invade por completo el ánimo con reposo de todas las potencias".<sup>(50)</sup>

En 1569 en el hospital que se fundara en el jardín de Oaxtepec, se hospeda Francisco Hernández, empleando la terapéutica española entre la que se incluían las sangrías.<sup>(51)</sup>

Las referencias al peligro de muerte por asma, se encuentran desde 1592, cuando Farbán menciona que "para el tratamiento del asma, es necesario que el enfermo traiga el alma limpia de pecado porque no se sabe como ni cuando se ahogará" y recomienda para su curación: infusiones de yerbas como eneldo, ruda, manzanilla e hinojo, además de malva y salvado "hervir hasta cuatro hervores y después hasta consumirse".<sup>(52)</sup>

Tezozomoc (1596) menciona que para el asma usaban también el xochihuilulacastle y Alonso López de Hinojosa en su libro: Summa y Recopilación de Chirurgia (1578), se refiere a la cura del asma.<sup>(53)</sup>

El concepto fundamental de alergia y su desarrollo en relación a la etiología y patogenia, así como los fundamentos inmunológicos asociados con el asma, se inician en el presente siglo, sirviendo de base a la terapéutica utilizada hasta la fecha por la mayoría de los especialistas.

En México en el año de 1937 el Dr. Ignacio Chávez, entonces director del Hospital General, destina la sala de Medicina Experimental para el Departamento de Alergia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En febrero de 1938 se inaugura el Pabellón 21 para la atención de problemas alérgicos, bajo la dirección del Dr. Mario Salazar Mallén, quien formó a los primeros alergólogos del país y promovió numerosos trabajos de investigación sobre diversos tópicos, además de introducir en 1958 el uso de corticoides como parte del tratamiento del asma.<sup>(54)</sup>

A partir de entonces en nuestro país, como en la mayor parte del mundo, el asma se enmarca dentro de los padecimientos de origen alérgico y consecuentemente el tratamiento se enfoca en este sentido mediante desensibilización por medio de vacunas preparadas con los alérgenos supuestamente responsables y medicación de control y de emergencia a base de antihistamínicos, broncodilatadores y esteroides. (Ver capítulo de Abordaje Terapéutico).

## 2. EL ASMA, ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA

La consideración de factores emocionales como participantes del problema del asma, la encontramos hacia el año de 1835 en que Lefevre lo menciona en su artículo "Investigaciones sobre el Asma".<sup>(58)</sup>

Posteriormente Trousseau en 1873 reconfirma la observación considerando como causas: la herencia, la influencia del medio, las estaciones y los factores emocionales.<sup>(59)</sup>

En 1910 William Osler en su libro "Principios y práctica de la Medicina" describe el asma como una "neurosis refleja".<sup>(60)</sup>

A partir de entonces las referencias a factores emocionales a nivel de observación clínica son numerosas derivando diversas explicaciones acerca de los mecanismos de producción.

Podemos decir que desde el punto de vista psicodinámico, la respiración representa una especie de testigo fisiológico de autonomía, ya que la primera necesidad que acarrea la separación del niño del organismo materno, es la respiración y por tanto, el aumento masivo de la descarga fisiológica a través de esta función prefiguraría el estado de angustia, o por lo menos su raíz fisiológica. A este respecto Freud incluye el asma dentro del grupo de las organoneurosis y el síntoma como equivalente de "llanto no expresado" con una conexión entre angustia y el problema respiratorio, explicando la angustia básica como un mecanismo de defensa del organismo ante situaciones percibidas como peligrosas.<sup>(61)</sup>

Otto Rank dentro de su teoría del Trauma del Nacimiento, incluye al asma como un equivalente de angustia y ésta como resultante de la separación del niño del organismo materno.<sup>(62)</sup>

French piensa en el asma como sustituto del llanto y en estudios compartidos con Alexander plantean los siguientes puntos:

- 1o. El ataque asmático es la reacción de peligro del niño al ser separado de la madre.
- 2o. El ataque es una especie de equivalente de un grito inhibido de ansiedad o rabia.
- 3o. Las fuentes de peligro de perder a la madre, derivan de ciertas tentaciones a las que está expuesto el paciente. La tarea de "dominar el temor de ser dejado solo" invade al sujeto y ocasiona el síntoma.<sup>(63)</sup>

Fenichel describe el asma dentro del grupo de las neurosis de conversión pregenital, un conflicto entre el self y los pulmones (entre él y los otros) como un problema de conversión clásica. El ataque asmático sería un equivalente de angustia, un grito en procura de ayuda dirigido a la madre, a quien el paciente trata de introyectar con el fin de estar permanentemente protegido.<sup>(64)</sup>

A partir de los años 30, además de las descripciones clínicas se realizan un gran número de investigaciones partiendo del enfoque psicodinámico. En 1932, Franz Alexander pionero del enfoque psicósomático de la enfermedad expone la "teoría de la especificidad" en la que plantea que existen conflictos específicos como base de la alteración de sistemas orgánicos específicos, a través de tres factores:

- 1) Constitucional, que se refiere a determinada vulnerabilidad de ciertos órganos o "predisposición orgánica"

2) Un patrón de conflicto emocional característico.

3) Un elemento precipitante o condición externa.

En el caso del asmático, Alexander define el sistema respiratorio como el órgano vulnerable, predispuesto, casi siempre por factores alérgicos que reacciona sistemáticamente por un conflicto emocional relacionado generalmente con miedo a la separación y pérdida de afecto, especialmente en relación con la madre.<sup>(65)</sup>

A la luz de esta teoría surgen una gran cantidad de estudios con medidas fisiológicas del stress en siete padecimientos psicossomáticos, entre ellos el asma bronquial.<sup>(66)</sup>

A partir de la observación de conductas características presentadas por los pacientes psicossomáticos que acudían a psicoterapia, se inicia en 1963, una importante línea de investigación con la publicación de un trabajo de P. Marty y M. M'Uzan<sup>(67)</sup> psicoanalistas franceses, quienes introducen el concepto de "pensamiento operatorio" propio de este tipo de pacientes y que son descritos como: a) "pacientes **desafectivizados**, personas con una normalidad aparente, con excelente adaptación social y sin más sintomatología que sus molestias corporales: jaquecas, asma, úlcera gastroduodenal, arritmias, etc. Pero la fantasía de ellos parece: b) estar poco desarrollada y no ser suficientemente libre. Por esta razón, la energía psíquica en lugar de explayarse en construcciones "fantasmáticas", esto es, en deseos, en sueños, etc. se recoge sobre sí misma, y se emplea o consume en síntomas corporales. c) Hay corroborando con esto una pobreza de la ensoñación, asociada a una "sequedad y esclerosis de la expresión verbal". El sujeto parece separado de su subconciente. Todo esto se manifiesta en una pobreza de diálogo que tiene que ser constantemente reanimado, reactivado, alimentado para que no se suspenda. El paciente muestra durante toda la entrevista una "inercia" que pone en peligro la continuación de la investigación, da respuestas mecánicas y parece estar absorto en un "objeto interior somático". d) Las interpretaciones que el médico aventura encuentran una resistencia, principalmente, porque no se deja encauzar por una actividad mental, cualquiera que ésta sea: imaginativa, discursiva o "fantasmática". y continúan diciendo:

"Estos resultados son interpretados como una "pobreza en las relaciones", tanto con los objetos internos como con los objetos externos: las personas, los demás constituyentes del grupo familiar o social. Esta energía no invertida en los objetos interiores o exteriores, según las concepciones psicoanalíticas, se derivaría a la inervación visceral, en lugar de ser gastada en construcciones reflexivas o intelectuales, en las fantasías vigiles o en el sueño".<sup>(68)</sup>

Derivado de este tipo de funcionamiento, existe lo que se ha descrito como "sobreadaptación" en el paciente psicossomático, refiriéndose a una actitud de sobreexigencia que lo lleva a realizar actividades fuera de la resistencia normal, ya que no son percibidas las verdaderas necesidades de su cuerpo, que es concebido "como un objeto molesto que pone en peligro la sobreadaptación", pasa a ser sólo efecto utilitario quedando anulado como fuente vital de información, dejando huecos en el crecimiento mental que afectan de modo directo a la construcción simbólica y la realidad psíquica.<sup>(69)</sup>

La contribución de autores dedicados al estudio de los llamados casos "borderline" describen una serie de rasgos que se originan en las primeras etapas de la vida del niño en las cuales no ha sido posible desarrollar la "autonomía del impulso amoroso" por lo que hay un trastorno de la capacidad de simbolización como recurso de canalización de la angustia, recurriendo a la somatización.<sup>(70)</sup>

Rof Carballo afirma que estos estudios han constituido la clave central para la explicación de muchos fenómenos psicossomáticos y describe lo que llama de Síndrome Límínar cuyas características son: "escasa autoestima, sensibilidad a la crítica y al rechazo, medrosidad, temor a la agresión y al amor de los otros, a tener que cambiar de vida. Malas relaciones interpersonales, mala orientación en la realidad. Anhelos profundos por la aprobación de los demás y miedo al contacto íntimo con el prójimo. Todo lo cual lleva a intensos sentimientos de soledad, abandono y vacío hasta llegar a considerar sus vidas sin sentido, vacías de todo contenido y por consiguiente llenas de desesperación".<sup>(71)</sup>

Los conceptos transmitidos en estos trabajos son retomados años más tarde por investigadores americanos: Nemiah, psiquiatra de Harvard y Sifneos, del Hospital Beth Israel de Boston, quienes reafirman los hallazgos de los psicoanalistas franceses con la observación de diversos grupos de pacientes haciendo la siguiente descripción: "carecen de vocabulario para describir sentimientos, no experimentan afectos, no fantasean, no hay sueños diurnos ni anhelos, su pensamiento es siempre superficial, sin colorido, le falta riqueza y nunca se encuentra en sus relatos, la menor referencia a la intimidad".<sup>(72)</sup>

El cuadro clínico fué designado por estos autores con el nombre de alexitimia (del griego: a = sin, lexis = palabra y thymos = emoción, aunque parece que el término más adecuado según propuso posteriormente un investigador de origen griego, debería ser: athymo alexia de athymic = sin motivación afectiva y alexia = palabra)<sup>(73)</sup>

Posteriormente, por parte de algunos neurofisiólogos, fueron sugeridos los siguientes términos para designar el fenómeno: timopraxia, agnosia interoceptiva y dis-simbolia.<sup>(74)</sup>

Respecto al origen del pensamiento operatorio, o alexitimia, existen varias explicaciones. A este respecto Nemiah,<sup>(75)</sup> realiza una revisión, considerando básicamente tres tipos de modelos: psicodinámicos, de desarrollo y estructurales.

## MODELOS PSICODINAMICOS.

a) De conversión. En este modelo el problema es visto de manera semejante a una conversión histérica: el síntoma se considera como una representación simbólica de fantasías reprimidas alrededor de impulsos no aceptados, es un mecanismo pregenital (Deutsch, 1959; Freud, 1936, 1948; Fenichel, 1964).

b) De especificidad. Alexander lo refiere a un conflicto dinámico específico. (Ver Notas 62 y 63).

c) De déficit. Marty y M'Uzan lo consideran como ausencia de la capacidad de elaboración de fantasía y de experimentar sentimientos. (Ver nota 64)

Mc Doughall, (1974) lo relaciona básicamente con la incapacidad de simbolizar las demandas instintivas, debido al tipo de interacción en las primeras etapas de la vida, caracterizada por pocas relaciones de contacto de ejercitación y juego sensorial proximal (tacto, olfato, gusto) y muy estimulados visual y auditivamente. Esta restricción de funciones sienta las bases de serias patologías en el proceso de simbolización. Las madres de estos pacientes son descritas como con dificultad para ser receptivas con el hijo y contener las descargas de ansiedad y hostilidad.

En este sistema familiar, se descalifica de entrada el "yo deseo", "yo necesito" y "yo no puedo".<sup>(76)</sup>

A partir de lo anterior, son descritas, características de diferentes tipos de ambientes familiares que facilitan esta situación, entre estas se habla de la "familias restringentes" aquellas que disponen de una serie de normas, reglas y transacciones que de manera absolutamente inconciente, limitan el despliegue de la personalidad de sus miembros mas jóvenes. Tan pronto uno de ellos intenta transgredir estas reglas es acogido con una táctica desaprobación que habitualmente se traduce en una "pérdida del cariño" o en la amenaza de perder el soporte de los demás. Los miembros de estas familias están en un juego de restricciones, se anulan y someten mutuamente. La tonalidad emocional del grupo es apagado y sordo, inexpresivo. Los argumentos, las expresiones emocionales, la rabia y las reacciones afectivas son cuidadosamente evitadas. Hay una percepción inconciente del dolor de la ausencia de armonía, de la infelicidad de sus miembros, pero existe como un tácito acuerdo entre ellos de no mencionarlo nunca cuando se encuentran en grupo. Se observa ausencia de interacción cordial, tierna y cariñosa de los progenitores.

Los miembros de estas familias emplean técnicas o conductas restrictivas sobre los demás a la vez que restringen la propia, una de las consecuencias es también la poca movilidad, pocas relaciones sociales, limitadas generalmente a contactos familiares.

La restricción en este caso se diferencia de las familias de esquizofrénicos en que la actitud reprobatoria es el medio de cultivo en el que se desarrolla la restricción, mientras que la esquizofrénica se sirve del lenguaje con sus connotaciones afectivas. Esto es lo que Marty llama en su último libro, no "pensamiento operatorio" sino "vida operatoria".<sup>(77)</sup>

## MODELOS DE DESARROLLO.

a) Modelo Psicoanalítico. Deutsch (1959) argumenta que las enfermedades de la infancia temprana afectan un órgano o sistema y posteriormente por estimulación externa el sistema asociado se ve alterado, produciéndose el desorden psicosomático. Mc Dougall, (1974), habla de la patogenia en la relación madre-hijo anteriormente descrita.

## MODELOS ESTRUCTURALES.

a) Modelo Neurológico. Plantea la ausencia o déficit en centros neuronales por problemas de alteración de las conexiones entre el sistema límbico y los centros corticales. O bien defecto posnatal del desarrollo de estructuras neuronales resultado de un ambiente de estimulación pobre o inadecuada del medio ambiente.

A este respecto existen interesantes observaciones de la aparición de "pensamiento operatorio" en pacientes que han sido operados de uno de los hemisferios cerebrales o con alteraciones en el cuerpo calloso lo cual apoya la posibilidad de un problema de conexión interhemisférica en los pacientes psicosomáticos.<sup>(78)</sup>

El autor de este análisis enfatiza al final la necesidad de no acudir solamente a un modelo explicativo sino considerar la posibilidad de interacción de los diferentes elementos neurológicos, psicológicos y sociales en los mecanismos de producción y mantenimiento de los síntomas.<sup>(79)</sup>

Dentro del marco de las teorías de la personalidad, surge un campo de investigación que está ligado también a la teoría de la especificidad, enfocado a la búsqueda de rasgos característicos en pacientes con diversos padecimientos. En relación al enfermo asmático, se realizan multitud de estudios con ese fin, utilizando además de algunos instrumentos tradicionales (Roschach, TAT, Catell, Eysenck, Beck y, otros) otros diseñados ex profeso, tales como: listas checables y escalas, entre la que destaca la Escala de Miedo-Pánico (panic-fear) elaborada a partir de la selección de 15 ítems del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI): 22, 37, 79, 128, 129, 172, 179, 187, 217, 362, 367, 371, 462, 487 y 555 y validada en 1977 por Dirks<sup>(80)</sup> contra el ASC (Asthma Symptoms Check List) y que ha sido utilizada en numerosos estudios como instrumento central.<sup>(81)</sup>

También con base al MMPI y en relación al concepto de "alexitimia", Kleiger y Kinsman (1980) desarrollan una escala para medir la alteración descrita como característica de psicosomáticos, que denominan: MMPI Alexithymia Scale y está constituida por los siguien-

tes items: 38F, 39F, 72V, 87F, 131V, 149F, 181F, 198V, 204F, 221F, 238F, 239F, 248F, 262V, 283F, 308F, 322F, 340F, 400F, 430F, 438F, 474F.<sup>(82)</sup>

Esta escala fué derivada del Beth Israel Psychosomatic Questionnaire (BIQ), desarrollado por Sifneos y colaboradores con el mismo objetivo: la medición de "alexitimia".<sup>(83)</sup>

La MMPI Alexithymia Scale ha sido utilizada en diversos estudios, en algunos casos comparando los resultados con los de la MMPI PanicFear, con fines de validación.<sup>(84)</sup>

El concepto de alexitimia ha generado controversias e incluso la afirmación de algunos autores respecto a que no existe la certeza de la participación de elementos psicológicos, producto de la interacción temprana del niño con su medio, en relación al origen de esta característica, sin embargo también se reconoce como un tema de investigación sobre el cual no se ha dicho aún la última palabra.<sup>(85)</sup>

En otro tipo de estudios a base de cuestionarios se reportan como rasgos atribuidos al asmático los siguientes: hipersensible, con represión de la hostilidad, conflicto de dependencia sobre todo hacia la madre, depresivo,<sup>(86)</sup> con fijación oral-anal.<sup>(87)</sup>

Algunas investigaciones con un enfoque psicosocial, lo definen como: inteligente pero inhibido, con agresividad encubierta, constricción neurótica, miedos irracionales, inseguridad, necesidades de dependencia especialmente de la madre además de: pobre adaptación social, neurosis obsesiva, personalidad inmadura, problemas de alcoholismo.<sup>(88)</sup>

En contraposición a estos hallazgos, algunos investigadores niegan la existencia de características de "personalidad" y aducen que ciertos rasgos no son causa sino efecto de las situaciones traumáticas a las que se enfrenta el paciente debido a sus crisis y al reforzamiento recibido a través de la familia y del medio social con importante participación del aparato médico.<sup>(89)</sup>

En base a la consideración de modelos más integrados aún dentro del concepto de especificidad, considerando los factores fisiológicos como sustrato sobre el cual se asientan los aspectos psicológicos y sociales, se propone el uso de instrumentos que abarquen estos aspectos, concretamente las pruebas neuropsicológicas que se encuentran en una etapa de desarrollo pero que pueden representar una opción interesante para la evaluación y construcción de modelos o patrones de respuesta característico de los diversos tipos de padecimiento.<sup>(90)</sup>

A este respecto Kociak, se introduce al estudio de la "personalidad del asmático" a través de tres vías: a) el sustrato neurofisiológico; b) los mecanismos psicofisiológicos desencadenantes y facilitadores; c) modalidad expresiva y conductual, exponiendo lo siguiente:

La conformación de la personalidad asmática tiene dos fuentes de origen: por una parte su estructura genética neurofisiológica incondicionada, con predominio del primer sis-

tema de señales movilidad intensa de los procesos neurofisiológicos dominando la excitación a la inhibición.

Sin embargo la fuerza de excitación o energía para desarrollar actividades, el paciente no la encauza ligándola a símbolos, palabras, sentimientos, planes de acción concretos, pensamientos racionales, etc. sino que queda libre para producir ansiedad sin objeto que la corporice.

Aunado a esto, nuestra cultura lleva al asmático a buscar objetos persecutorios en el medio externo y como la identificación de éstos es ambigua en insegura termina por buscar en su propio cuerpo los efectos de dichos objetos persecutorios. A esto le llama "neurosis de espera" o fenómenos de espera que ocasionan que el paciente perciba como señales de amenaza sus propias sensaciones internas cenestésicas y viscerales.

Se unen así las condiciones óptimas para condicionarse:

- 1) Activación del SRAA (sistema reticular ascendente)
- 2) Activación de las áreas corticales receptoras sensoriales
- 3) Activación de los mecanismos de respuesta respiratoria desincronizada.

En otras palabras, el asmático es constitucionalmente receptivo y vulnerable para desarrollar ansiedad y construir respuestas condicionadas de ansiedad pero estas respuestas no agotan su fuerza de activación por lo que no llegará a pasar mucho tiempo para que aprenda dos nuevos tipos de conducta:

- a) Conductas de evitación pasivas
- b) Conductas de evitación activas, que tomarán las características de ser compulsivas integrando posteriormente un fenómeno adictivo.

La energía, sin embargo, no se agota y lleva al paciente a no entregarse ni renunciar a la vida, así que incorpora como hábito la sobreexigencia que requiere de la automedicación para cumplir con sus obligaciones. Aprende también a no manifestar espontáneamente sus sentimientos y emociones auténticos utilizando la crisis como sustituto.

La sobreexigencia los lleva a olvidarse de su cuerpo, de sus demandas afectivas, viviendo una falsa imagen de omnipotencia. Se expresa con su cuerpo como emisor de mensajes en lugar de utilizar las palabras.

Usa la crisis para sustituir conductas conflictivas y aversivas, descargando tensiones a través de su asma. Esto explica la pobreza y monotonía con que describen sentimientos y sensaciones a través de pocas palabras. "Estoy bien" "estoy mal" son casi las únicas formas verbales que utilizan para describir sus sensaciones, sentimientos y estados físicos.<sup>(91)</sup>

Podemos resumir el planteamiento de Kociak por medio de los siguientes listados que incluyen la caracterización del paciente asmático desde cuatro áreas: Neuropsicológica, Cognoscitiva, Emocional y Conductual, además de algunas de las características de la familia, considerando que una visión panorámica puede estimular a la realización de diversas actividades dentro de programas de tratamiento o servir de estímulo para investigación. (Los listados fueron elaborados por la autora como recopilación de diversos datos obtenidos a través de comunicación personal y son producto de observación clínica y algunas investigaciones realizadas mediante la aplicación de instrumentos como es el caso de un estudio realizado por el Dr. Kociak en colaboración con el Dr. Daniel Certcov publicado por éste último en el libro: "Neurosis y Personalidades Psicopáticas" Editorial Paidós, Buenos Aires, 1983. En este caso se utilizó un test reflexológico para explorar los procesos excitatorios e inhibitorios del sistema nervioso así como algunos otros estudios por publicarse, en relación al predominio del primer sistema de señales de este tipo de pacientes, Por lo tanto estos datos deben tomarse básicamente como producto de la observación clínica a través del tratamiento de cerca de 6000 pacientes y como uno de los puntos que se encuentran en investigación a la fecha).

## CARACTERISTICAS DEL PACIENTE ASMATICO

### 1. NEUROPSICOLOGICAS

- Problema de conexión Interhemisférica.

Alexitimia, agnosia interoceptiva, disimbolla.

Dificultad para percibir e integrar sensaciones corporales como: frío, calor, dolor.

Sensaciones corporales disociadas (cuerpo y bronquios).

- Predominio de procesos excitatorios sobre inhibitorios.
- Predominio del 1er. sistema de señales.

Actuaciones compulsivas (farmacodependencia).

Conductas de evitación activa (suprimir la ansiedad de espera).

- Desincronización de la respuesta respiratoria.

Bloqueo de automatismos por auto-observación, esfuerzo convertido e ideoplasia.

- Tensión muscular (stress).

Rigidez muscular, especialmente del tórax.

Dificultad de desplazamiento de diafragma.

Uso de músculos accesorios para respirar.

Tendencia a reaccionar con tensión muscular ante estímulos externos e internos (sensaciones corporales, temores, ideas irracionales).

- Facilidad para el condicionamiento de cadenas de respuestas (aumentada por la ideología).

## 2. COGNOSCITIVAS

### - Pensamiento operatorio:

Dificultad para expresar verbalmente sensaciones y sentimientos.

Dificultad en el proceso de simbolización.

Pobreza verbal.

Uso de conceptos extremos: sí, no, bueno, malo.

Manejo incorrecto del campo de probabilidades: uso de dos variables a la vez, conexión entre dos conceptos por medio de conjunciones relacionales: *si pero, luego entonces*, etc.

### - Problemas de atención.

### - Distorsión en el sentido del tiempo.

### - Desatención a señales de esfuerzo que emite su cuerpo por las exigencias a las que se somete.

### - Ideología:

Pensamiento idiosincrático sobre la enfermedad, dice y siente: "soy asmático" en vez de: "padezco asma" (compartido por todos los asmáticos, independientemente de su origen, condición social, etc.). Por esto pueden presentar durante el tratamiento sensaciones de "despersonalización": *si no soy asmático ¿que soy?*. Su forma de entender el asma, está relacionada con su forma de entender el mundo.

### - Ideas irracionales de: incurabilidad, herencia, contagio, etc.

### - Fenómenos de "espera": busca señales fuera que le anticipen el ataque. Las palabras sirven como indicio: "te va a hacer mal" etc.

### - No expresa dudas porque no se da cuenta que las tiene.

### - Sobreatención a sensaciones corporales, en especial cualquier cambio en la respiración, por lo que se vuelven motivo de angustia, mas que fuente de información útil o placer.

- Autoexigencia alejada del sentido común (sobreadaptación).
- Postergación de los deseos propios para adaptarse al medio.
- Pensamientos de indefensión y desesperanza, sobrecompensados con ideas de omnipotencia: "a pesar de todo yo puedo".
- Percibe al asma como enemigo en vez de como problema.
- Disociación entre los bronquios y él por lo que lucha contra ellos en vez de cuidarlos.
- Pensamientos sobre dificultad para enfrentarse a la vida, solo pagando el precio del ataque o la automedicación.

### 3. AFECTIVAS

- Poseen un buen nivel de adaptación a base de postergar sus propias necesidades, por lo que han sido llamados: "enfermos de cordura".
- Baja autoestima.
- Dependencia extrema de la situación externa: viven pendientes de las expectativas de los demás.
- Dificultad para establecer relaciones afectivas profundas.
- Dificultad para expresar afectos, en especial aquellos considerados como negativos; tristeza, enojo.
- Incapacidad para el disfrute de situaciones positivas, ponderación de lo negativo.
- Desconexión afectiva: las situaciones traumáticas no dejan huella.
- Negación de conflictos psíquicos, solamente admite problemas orgánicos.
- Ignorando su enfermedad muestran un "buen ajuste" a la realidad.
- Niegan ideas de gravedad o peligro de muerte.
- Sentimientos de vergüenza y enojo ante la enfermedad.
- Expectativas negativas y autodevaluación.
- Distorsión de las necesidades de seguridad.
- Ambivalencia ante situaciones externas potencialmente peligrosas: frío, alérgenos, etc.
- Incapacidad de vivir el cuerpo como fuente de placer, por el contrario, es vivido como fuente de conflicto frente a la "sobreadaptación".

#### 4. CONDUCTUALES

- Asume responsabilidades que no le corresponden. Es incapaz de decir: "no puedo", "no quiero", antepone el "que quieren los demás", por lo que vive sobresaturado (sobreadaptación).
- Establece relaciones ambivalentes de dependencia y "temor a ser absorbido" por lo que suelen ser poco profundas.
- Muestra escasas expresiones afectivas.
- Refiere con indiferencia experiencias extremas sin conmoverse (crisis grave, internación, etc.)
- Pondera lo negativo.
- Actúa con indiferencia ante el asma de los demás, (esto dificulta el aprendizaje en el grupo).
- Muestra actitud de omnipotencia.
- Presenta niveles de autoexigencia alejada del sentido común: no se cuida, no descansa. Generalmente estas conductas son reforzadas socialmente, por lo que es "admirado", sintiéndose "héroe". También reforzado por el hecho común de crítica hacia el cuidado del cuerpo que es calificado como "vagancia" o "vanidad".
- Conductas de evitación, ocultamiento y negación:
  - Niega tener síntomas psíquicos solo admite los físicos. Se comporta en forma "bien adaptada" ("enfermos de cordura").
  - Niega la idea de peligro de muerte.
- Conductas fóbicas ante estímulos externos
- Usa las crisis para canalizar angustia y obtener privilegios

## 5. CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA

- Sentimientos de desesperanza e indefensión.
- Sentimientos de rabia e impotencia ante la enfermedad.
- Sentimientos de rabia y resentimiento hacia las restricciones impuestas por la enfermedad.
- Dificultad para establecer relación cercana con el paciente.
- Atención selectiva hacia el paciente cuando tiene las crisis.
- Conductas de rechazo y sobreprotección alternadas.
- Sentimientos de culpa por antecedentes hereditarios directos o de algún familiar cercano.
- Resentimiento al cónyuge por posibles antecedentes hereditarios de su parte.
- Inseguridad en el manejo de las crisis por temor a que se trate de una manipulación del paciente.

A partir de un enfoque diferente y basándose en trabajos de investigación psicofisiológica surgen otro tipo de planteamientos, como considerar la crisis asmática un producto de la retroalimentación de respuestas (biofeedback) entre el sistema nervioso autónomo y el aparato respiratorio derivando de este enfoque diversas técnicas con medidas fisiológicas auxiliares que permiten al sujeto percibir cambios mínimos en el aparato respiratorio y en base a esto aprender a ejercer el control de las crisis. Entre las medidas utilizadas están el registro electromiográfico (EMG) de los músculos frontales<sup>(92)</sup> medida del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF 1)<sup>(93)</sup> la medida de la amplitud de oscilación de la respuesta respiratoria<sup>(94)</sup> y otras.

A partir de un famoso estudio realizado por Mackenzie en 1886 en el que describe un caso de asma condicionada cuando a un paciente alérgico al olor a rosas, logró inducirle un ataque con un ramo de rosas artificiales colocadas en su consultorio, cesando la crisis al informar al paciente sobre el truco<sup>(95)</sup> surgen numerosas evidencias experimentales que llevan a considerar el asma como producto de la adquisición de un patrón de respuestas condicionadas, ya sea explicados como un condicionamiento clásico pavloviano<sup>(96)</sup> o como una respuesta compleja, por lo que su aprendizaje es complicado pues la experiencia demuestra que está reforzado por la experiencia diaria.<sup>(97)</sup>

Siguiendo con la línea de un enfoque integrador, aparecen los conceptos de la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual, definida según Matarazzo (1982) y Schwartz y Weiss (1978) como:

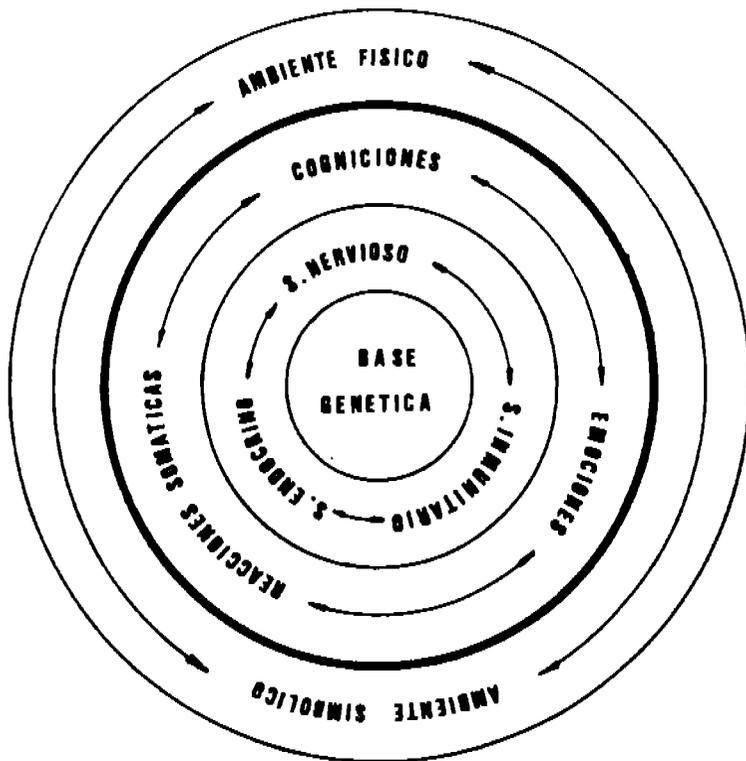
**"La Psicología de la Salud** es el conjunto de las contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina psicológica, a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción correspondiente, y al análisis y mejora del sistema sanitario y elaboración de una política de salud"

**"La Medicina conductual"** es el campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento científico y de las técnicas, procedentes tanto del ámbito conductual como el biomédico, relacionados con la salud y la enfermedad, y de la aplicación de este conocimiento y de estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación".<sup>(98)</sup>

Bayés (1987) propone un nuevo modelo para la comprensión de padecimientos complejos en el que se incluyen diversos factores como participantes en la producción y/o mantenimiento de los síntomas. Entre estos elementos se consideran el sistema nervioso, sistema endócrino y sistema inmunitario por un lado y por otro, factores de medio ambiente que incluyen reacciones observables y procesos cognitivos, todo esto enmarcado en un contexto socio-cultural (Figura 2).

F I G U R A 2

MODELO NO DUALISTA QUE MUESTRA LOS PRINCIPALES NIVELES INTERACTUANTES EN LA SALUD ENFERMEDAD



Tomado de: Bayés, R. "Factores de aprendizaje en la salud y la enfermedad". Presentado en el Centro de Psicología e Higiene Mental Luria. Madrid, junio de 1987.

En el caso del asma bronquial, como ya se ha visto, se trata de un padecimiento multifactorial complejo, que encaja perfectamente en el modelo de "enfermedades aprendidas" (Figura 3).

Al respecto Koclak<sup>(99)</sup> propone una explicación del asma en relación a los siguientes conceptos:

1. En un primer momento las crisis asmáticas son producidas por factores externos como infecciones respiratorias, problemas alérgicos que al repetirse provocan una mayor responsividad de los bronquios ante diversos estímulos en forma de bronco espasmo. A esta etapa le llama ASMA A.

2. Debido a la participación de elementos del medio ambiente social, sobre todo la familia y el aparato médico que actúan a través de información parcial o confusa, prejuicios sobre la enfermedad, falsas generalizaciones, etc. se va aumentando el espectro de elementos capaces de desencadenar la crisis asmática.

3. Un tercer factor lo constituyen estímulos internos, provenientes del mismo sujeto a nivel cognitivo (temores, prejuicios, confusión respecto a la información, etc) capaces mediante condicionamiento previo, de provocar también la crisis. A las Fases 2 y 3, les denomina ASMA B.

Las afirmaciones anteriores están cimentadas en una serie de conceptos basados en la observación sistemática a través de la práctica clínica de muchos años. Exponemos a continuación los principales:

## I. RECICLAJE PREMATURO E INSUFLACION (DISTENSION PULMONAR).

"El acto de respirar se compone de tres tiempos: inspiración, contención y espiración, este ciclo se repite en forma continua durante toda la vida.

Ahora bien, si el individuo no espera que la espiración (salida del aire) se complete iniciando un nuevo ciclo con la anticipación de una nueva inspiración (entrada del aire), se produce un reciclaje prematuro.

El reciclaje prematuro puede presentarse por dos mecanismos: la forma A debida a problemas obstructivos de las vías aéreas y la forma B debida a la desincronización del acto respiratorio llamada también "insuflación" que es por lo tanto un fenómeno secundario al reciclaje prematuro.

Una vez iniciado, cada reciclaje prematuro aumenta la cantidad de aire residual en las vías aéreas y con ello la presión existente en el árbol bronquial. Cada nuevo ciclo anticipado determina que el espacio disponible para el intercambio respiratorio sea menor y por

lo tanto el aire introducido no sólo requiere un mayor esfuerzo, sino que no resulta suficiente, agravándose la necesidad de aire y siendo cada vez mas intenso el reciclaje prematuro.

El asmático siente que solo puede sobrevivir reciclando lo más prematuramente posible. Para ello desarrolla enormes presiones inspiratorias y el esfuerzo muscular para lograrlo es tan intenso que luego después de "desinsufflarse", notará un agotamiento y un dolor torácico, resultado del elevado esfuerzo de los músculos respiratorios".<sup>(100)</sup>

"La importancia de la clasificación sobre el origen del reciclaje en dos formas, estriba en que la forma A el reciclaje obedece a razones orgánicas, anatómicas y somáticas, es decir, que sin curar la enfermedad que está alterando el calibre del tubo bronquial será imposible resolver la necesidad del asmático de reciclar prematuramente su respiración.

En cambio en la forma B el asmático hace el reciclaje por razones de su estado de ansiedad o por la alteración de sus hábitos respiratorios lo que hace necesaria la rehabilitación psicofísica del paciente por dos razones fundamentales, a saber:

- a) "Para disminuir y encauzar su sensibilidad que lo conduce a diversas formas de ansiedad.
- b) Para adquirir hábitos respiratorios, de conducta y emotivos que lo lleven a tener un buen ritmo respiratorio".<sup>(101)</sup>

## 2. IDEOPLASIA.

Se define como "la realización en el cuerpo de un temor a sufrir una enfermedad".<sup>(102)</sup> Hay ideoplasia cuando se está convencido de que algo provocara la crisis (comida, esfuerzos, lugares). En estos casos se concentra la atención en el aparato respiratorio bajando así los umbrales de sensibilidad y dando oportunidad para que los estímulos mínimos tengan efectos máximos. En última instancia, la ideoplasia es un aspecto de la sugestión.

## 3. EL ESFUERZO CONVERTIDO.

Aplicando la ley de Yerkes y Dodson,<sup>(103)</sup> Kociak afirma que todo acto automático al que se intenta poner bajo control de la voluntad, tiene como resultado el bloqueo de los automatismos que lo dirigen. Bloqueados estos automatismos, el resultado inmediato es la desincronización de los movimientos respiratorios y, con ésta, la aparición de broncoespasmo en forma súbita.<sup>(104)</sup>

#### 4. REFORZAMIENTO SOCIAL.

El medio ambiente familiar, médico y social influye a través de una constelación de prejuicios e información contradictoria, dando por resultado un incremento de la angustia en el paciente. Este realiza una serie de conductas de escape. Kociak, se refiere a esto diciendo que "el asmático se encierra en una 'burbuja'" limitando su vida y permitiéndose salir bajo la protección de medicamentos utilizados, frecuentemente, en forma indiscriminada hasta constituir una verdadera farmacodependencia.<sup>(106)</sup>

#### 5. LA FALSA NEUROSIS DEL ASMATICO O NEUROSIS EXPERIMENTAL.

"El primer hecho a considerar, es la semejanza entre las conductas y sentimientos de los asmáticos de todo el mundo, sea cual fuere su nivel social o intelectual: Miedo, vergüenza, farmacodependencia, autoimagen desvalorizada; y para los padres o familiares: sobreprotección, culpa, impotencia y angustia.

Esta semejanzas en las conductas, sentimientos y conciencia de realidad, sugieren algo muy distinto a la neurosis.

La semejanza se debe a que comparten un mismo problema físico y biológico y también un mismo ambiente social y médico impregnado de prejuicios, irracionalidad e ignorancia".<sup>(106)</sup>

"La alienación, el miedo, el desamparo, la inseguridad, la dependencia son las condiciones con que la cultura impone al paciente sus prejuicios con respecto al asma".<sup>(107)</sup>

"En otras palabras, el asmático no es un neurótico, sino un neurotizado, por eso decimos que padecen de una falsa neurosis o neurosis experimental".<sup>(108)</sup>

En resumen, a partir de un primer momento en que la explicación del síntoma se hace a través de mecanismos fisiológicos resulta más o menos clara, posteriormente, la intervención de factores psicosociales complica en forma importante su comprensión y consecuentemente su tratamiento.<sup>(109)</sup> (Figura 3)



Con base a la revisión contenida en las páginas anteriores, se confirma la presencia de contradicciones que parten desde la definición misma del padecimiento y avaladas por hallazgos que generan afirmaciones como la de la Dra. Turner-Warwick, del Instituto Cardio Torácico de Londres que dice:

"La evidencia confirma que la mayoría de las crisis asmáticas son desencadenadas por diversos factores en diferentes ocasiones. Los alérgenos podrían inducir un ataque en una ocasión pero los factores no alérgicos tales como ejercicio, infecciones, cambios de temperatura, stress emocional podrían producir ataques igualmente serios en otras ocasiones. Por consiguiente, el método tradicional de dividir a los paciente en asma alérgica, infecciosa o psicológica, no está de acuerdo en la mayoría de los pacientes crónicos. Si los desencadenantes multifactoriales son la regla, más que la excepción en paciente agudos, todavía es más difícil establecer esto en los crónicos.<sup>(110)</sup>

Algunos estudios inclusive registran datos como el de que no puede confirmarse la existencia de una reacción alérgica como causante del asma en un 70% de los casos y que son estos los que tradicionalmente se consideran dentro de la clasificación de asma intrínseca<sup>(111)</sup> Kociak reconfirma esta afirmación respecto al bajo porcentaje de alergia comprobada en los asmáticos.<sup>(112)</sup>

La revisión anterior nos lleva a considerar que la aproximación a través de los modelos integradores que incluyen factores biológicos, psicológicos y sociales, pueden permitir una mejor comprensión del problema del asma, puesto que abarca un número mayor de elementos del "caleidoscopio".

## CAPITULO III

### 1. FISIOPATOLOGIA

En la fisiopatología del asma bronquial intervienen en forma variable según el caso, los siguientes elementos:

1. Espasmo de los músculos de los bronquios y los bronquiolos.
2. Edema de la pared de las mismas estructuras.
3. Modificaciones en la cantidad y composición de la secreción bronquial.<sup>(113)</sup>

Fisiopatológicamente puede tener similitudes con diversos estados clínicos y puede haber incluso diferentes mecanismos fisiopatológicos que intervienen en un mismo estado clínico.<sup>(114)</sup>

Es una enfermedad episódica, con exacerbaciones agudas que alternan con períodos libres de síntomas. La mayoría de los ataques son de corta duración y después de ellos la recuperación clínica suele ser completa. El paciente puede estar asintomático por años, o presentar periodos en los cuales experimenta diariamente algún grado de disnea; otros, en los cuales la disnea es permanente, no incapacitante. A veces es más intensa, incapacita al enfermo o progresa una marcada dificultad respiratoria: la crisis asmática.

En ocasiones la crisis también puede presentarse como una exacerbación aguda, de modo súbito en un paciente que cursaba un periodo asintomático. La progresión de la crisis a un estado de más gravedad, con importantes alteraciones hemodinámicas, de los gases respiratorios, severa obstrucción al flujo y otras manifestaciones.

La crisis asmática puede tener serias complicaciones entre estas la más importante es el llamado ESTADO DE MAL ASMÁTICO (STATUS ASTHMATICUS), ataque severo refractario a la medicación broncodilatadora, que constituye una amenaza para la vida que va acompañado de gran ansiedad, síntomas neurológicos, disnea severa, fatiga física, deshidratación, hipoxemia y fundamentalmente la retención de anhídrido carbónico en hipoxemia severa.

El paciente presenta taquicardia e hipotensión a consecuencia de la hipoxemia cardíaca, sumadas a la disminución del retorno venoso por el aumento de la presión intratorácica. La deshidratación debida a la pérdida de líquido por hiperventilación y la ingesta

inadecuada, contribuye a la insuficiencia circulatoria y es factor fundamental en la obstrucción bronquial extensa por los tapones mucosos. Se observan todos los signos de atrapamiento del aire, pero cuando la obstrucción es severa y el broncoespasmo marcado, pueden disminuir o desaparecer las sibilancias por disminución notable del flujo, hecho que sumado al pulso paradójico, uso de los músculos esternocleidomastoideos, señala un mal pronóstico. Se llega al **status asthmaticus** por múltiples causas, entre ellas el uso inadecuado de drogas, principalmente de los aerosoles simpatomiméticos, aplicación de sedantes, presencia de infecciones, trastornos electrolíticos y del equilibrio ácido básico. Constituye una emergencia médica y no puede ser tratado sino en medio hospitalario. <sup>(115)</sup>

## 2. CLASIFICACION

Las referencias a la dificultad en la clasificación del asma bronquial se encuentran comúnmente en los textos sobre el tema como advertencia inicial. En una revisión reciente se anota: "Antes de clasificarla es útil puntualizar que la práctica clínica demuestra que muchos enfermos no pueden ser encasillados en ninguna de las divisiones; que los asmáticos constituyen un grupo heterogéneo; que una vez que se establece la hiper-reactividad bronquial, cualquiera que sea su mecanismo inductor, una gran variedad de estímulos puede producir el mismo cuadro (pulmón irritable)". Con las anteriores reservas, de acuerdo con Rackemann (1928) se describen dos amplias categorías: EXTRINSECA O ALERGICA e INTRINSECA O INFECCIOSA.

El asma **extrínseca** o **alérgica** es aquella desencadenada por sustancias del ambiente.

El asma **intrínseca** no tiene que ver con la exposición a alérgenos y no se demuestra acción inmunológica.

El asma **mixta** es una combinación de las variedades intrínseca y extrínseca, donde la alergia es significativa pero el factor precipitante de la crisis puede ser una infección respiratoria. Esta forma tiende a comportarse como intrínseca. <sup>(116)</sup>

La anterior clasificación es reconocida por la OPS-OMS y se registra con la clave No. 493 dentro del capítulo de ENFERMEDAD PULMONAR, grupo de: ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRONICA Y AFECCIONES AFINES (490-496): ENFISEMA, ASMA Y BRONQUITIS CRONICA. (Clasificación Internacional de enfermedades. OPS-OMS. 9a. revisión). Y se desglosa como sigue:

493. ASMA.

493.0 Asma Extrínseca.

Asma (del):

Alérgica, de causa especificada Atópica  
Heno  
Infantil  
Platino

Excluye:

Asma (debida a:) (de los:)

Alérgica SAI  
Detergente  
Madera  
Mineros

#### 493.1 Asma Intrínseca

Asma:

De aparición tardía  
Debida a proceso interno de sensibilización

#### 493.9 Asma no especificada

Asma (bronquial) (alérgica SAI)

Estado asmático  
Bronquitis alérgica asmática

Farrerons (1987) propone "si la clasificación la hacemos no pensando en las causas sino en los mecanismos fisiopatológicos, vemos que existen unos asma con mecanismo fisiopatológico e inmunitario y otros sin él" y en base a esto, las clasifica en: asma alérgica y paraalérgica.<sup>(117)</sup>

En 1978, Reed y Towley proponen una clasificación a partir de 3 criterios:

1. Estímulos que provocan la obstrucción de las vías aéreas.
2. Variables que conectan estímulo-respuesta.
3. Respuestas fisiológicas y patológicas que intervienen en la obstrucción.

Según los autores, esta división permite:

- Focalizar la atención en factores que pueden observarse directamente.
- El concepto engloba a profesionales médicos y a científicos de la conducta.

- Provee elementos para ser usados en programas de automanejo. <sup>(118)</sup>

Otra proposición surgida tomando como punto de partida criterios de severidad es la de Renne (1982) quien sugiere una división más que del padecimiento, de los pacientes, después de ser clasificados mediante el uso de una matriz con dos parámetros: los índices del Volumen Espiratorio Forzado en el primer segundo (VEF 1) y por el otro los medicamentos que requiere el paciente para controlar la crisis, y en base a los resultados, se dividen los sujetos en dos grupos:

1. Aquellos cuyo tratamiento puede ser controlado por un médico alergólogo.
2. Los que requieren la intervención de un grupo interdisciplinario compuesto por: alergólogo, psicólogo, psiquiatra, terapeuta físico, etc. <sup>(119)</sup>

Por último consideraremos la proposición de Kociak de dividir el asma en dos tipos a los que denomina: ASMA A Y ASMA B. En este caso más que dos grupos diferentes, representan distintos momentos del padecimiento, correspondiendo el A al inicio de la enfermedad, donde se comprueba una evidencia de trastorno orgánico y la forma B más adelante, cuando se complica con la intervención de factores psicológicos y sociales o sea la inclusión de aprendizaje en la respuesta asmática. (El proceso se explica en los Capítulos de Abordaje Psicoterapéutico y Programas de Automanejo). <sup>(120)</sup>

### 3. DIAGNOSTICO Y ETIOLOGIA

En relación al DIAGNOSTICO, algunos autores escriben: "El problema no es diagnosticar el asma, es poner un rótulo etiológico y recordar el aforismo de Jackson: "no todo lo que silba es asma". Lo primero es descartar cualquier causa de obstrucción bronquial endógena o exógena, desde la laringe hasta los bronquiolos, una enfermedad parenquimatosa pulmonar y otras condiciones que pueden simularla. Una vez descartada, asignarle una causa específica al asma: es alérgica, infecciosa o mixta y cuales son los desencadenantes. Además de la historia clínica caracterizada por ataques recurrentes de asma, el examen físico que demuestra roncus y sibilancias y algunos exámenes de laboratorio, la radiografía de tórax es de máxima ayuda, pues el hallazgo de una enfermedad definida orientaría a un diagnóstico diferente, ya que por definición, en el asma, la radiografía de tórax es normal". <sup>(121)</sup>

En cuanto a la ETIOLOGIA se manejan básicamente dos modelos: el primero derivado de la teoría inmunológica que plantea la acción de mediadores químicos que hacen que al entrar un antígeno en forma inhalada a un paciente sensibilizado, aumenta la permeabilidad de la capa epitelial y llega hasta los mastocitos submucosos, provocando que su acción se intensifique liberándose histamina.

La histamina actúa directamente sobre el músculo liso causando bronco-constricción y estimulando los receptores vagales sub epiteliales que inician el reflejo colinérgico broncoconstrictor.<sup>(122)</sup>

El segundo parte de la Teoría Neurogénica, concretamente del mecanismo del Beta Bloqueo, planteada por Szentivanyi en 1968.<sup>(123)</sup>

Se sabe que la acción de los receptores beta es broncodilatadora y los receptores alfa adrenérgicos del músculo liso bronquial, provocan bronco-constricción.

En condiciones normales, el estímulo beta y alfa ocurren simultáneamente, ya que la epinefrina y la norepinefrina poseen simultánea e intrínsecamente actividad alfa y beta.

En condiciones patológicas, se produce un desajuste debido a la disminución de los receptores beta en el músculo liso y los mastocitos, lo cual resulta en un desbalance autónomo con predominio de acciones colinérgicas y por tanto la hiper- reactividad bronquial con bronco-espasmo como respuesta.<sup>(124)</sup>

En una revisión sobre el tema realizada en fecha reciente se concluye: "La relación exacta y la importancia relativa de la respuesta inmune, de las respuestas colinérgicas, del posible bloqueo beta, de las acciones del sistema purinérgico sobre la liberación de mediadores químicos y su influencia directa o indirecta para controlar el calibre del músculo bronquial, están aún bajo investigación y a no dudarlo, en lo escrito, hay parte de especulación".<sup>(125)</sup>

Respecto al punto de vista etiológico, Kociak argumenta que resulta un método poco útil para el enfoque del problema puesto que como ya se ha visto anteriormente, no puede comprobarse la evidencia de determinados factores alérgicos más que en un número reducido de casos. Sin embargo se transmite al paciente la idea de numerosos alérgenos que no son localizables o que estando presentes no siempre provocan la crisis aumentando el nivel de angustia y con esto la gama de situaciones ante las cuales se puede producir el bronco espasmo.<sup>(126)</sup>

## CAPITULO IV

### 1. ABORDAJE TERAPEUTICO DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO.

Podemos considerar que de manera general existe el reconocimiento de la mayoría de los especialistas de que cada enfermo requiere de un enfoque y un tratamiento especial.<sup>(127)</sup> Sin embargo, la terapéutica se enfoca en los siguientes aspectos:

#### 1. INMUNOTERAPIA. (Tratamiento de la Alergia)

Se realiza con el objeto de producir un anticuerpo de bloqueo para impedir que los agentes externos a los cuales se supone que el paciente es particularmente sensible, provoquen la reacción debido a la liberación excesiva de histamina.

El tratamiento se realiza mediante una evaluación previa por medio de pruebas cutáneas que consisten en inyectar al paciente dosis muy pequeñas, de una serie de alérgenos detectados como aquellos que producen más comúnmente problemas alérgicos, esto con el fin de tratar de localizar los que sean significativos para ese sujeto en particular debido a que en las pruebas muestran una reacción mayor en comparación con el resto. Posteriormente son elaboradas vacunas con esos antígenos en especial y también en pequeñas dosis que van aumentando paulatinamente, se inyectan por espacio de un tiempo prolongado, en ocasiones años, con el fin de lograr la insensibilización del paciente a estas sustancias.

Los alérgenos más comúnmente identificados como desencadenantes del asma extrínseca incluyen: polvo, caspa, plumas de animales, polvo casero, hongos y pólenes, además de algunos alimentos como el chocolate, la leche, las fresas, etc.

Existen ciertas indicaciones respecto a este tipo de tratamiento, como de que el médico debe ser muy objetivo y preciso para determinar cual enfermo requiere inmunoterapia, en primer lugar considerar si se trata de un asma extrínseca y causal ya que los alérgenos constituyen solo un grupo de los muchos posibles irritantes causantes de la respuesta bronquial. La historia clínica para esto es crucial.<sup>(128)</sup>

Entre los inconvenientes se maneja el tiempo que como mencionamos pueden llegar a ser años, es costoso y no está exento de peligros entre los cuales el más grave sería un choque anafiláctico que en situaciones extremas, puede ser letal.

Ante la sospecha de un problema alérgico se suele recurrir también a una serie de recomendaciones respecto a ciertos hábitos que disminuyan la posibilidad de contacto con alérgenos como es el aseo minucioso en la casa, en especial en la habitación del paciente, evitar ambientes donde haya polvo y contaminantes, evitar alimentos mediante dieta especial, algunos clásicamente alérgicos así como colorantes artificiales, edulcorantes, etc. También se recomienda evitar el contacto con flores y animales de pelo y pluma en ciertos casos.

Otro tipo de recomendaciones van en el sentido del control de la temperatura evitando en lo posible enfriamientos, así como respecto al ejercicio, puesto que existen pacientes que tienen crisis relacionadas específicamente con actividad física intensa, aquí, generalmente la recomendación de los médicos va en el sentido de tomar un medicamento broncodilatador generalmente en forma de aerosol "como precaución", al iniciar la actividad.<sup>(129)</sup>

## 2. FARMACOS.\*

Los medicamentos más utilizados son los siguientes:

### Broncodilatadores:

Broncodilatadores simpatomiméticos.- Su efecto es mediado por el estímulo a la adenilciclase que produce aumento del AMPc intracelular. Dilatan al músculo bronquial estimulando los receptores B<sub>2</sub>, inhiben la liberación de histamina por los mastocitos y aumentan la motilidad ciliar.

Epinefrina.-Se usa en la atención del ataque agudo. Su uso debe suspenderse al pasar la emergencia, por el peligro de arritmias severas.

Efedrina.- Su acción es indirecta. Induce la liberación de la norepinefrina por las terminaciones nerviosas. Su administración prolongada produce resistencia. Se usa poco en la actualidad.

Isotetarina.- Tiene mayor selectividad B<sub>2</sub> que el Isoproterenol. Se usa por aerosol.

Agonistas B<sub>2</sub>.-Facilitan el transporte mucociliar, estimulan la activación de la bomba de cloruro aumentando el movimiento de los iones y de agua hacia la luz bronquial.

Efectos adversos.- Los simpatomiméticos, al igual que la teofilina pueden agravar la hipoxemia de la crisis asmática al aumentar la ventilación de zonas previamente bien ventiladas, aumentando así la desigualdad V/Q por lo tanto cuando se utilizan en la crisis asmática debe aplicarse oxígeno. Además tienen acción vasodilatadora que, aunque mínima, agrava también el desequilibrio V/Q y aumenta el gasto cardíaco.

\* Tomado de la revisión hecha por: Ortega, J., Restrepo, J., Reyes, P. y Sánchez, D.<sup>(130)</sup>

Los agonistas especialmente cuando se dan por vía oral pueden producir temblor, especialmente al inicio del tratamiento y por sus acciones B<sub>1</sub>, taquicardia y palpitaciones.

**Xantinas.**- De este grupo de alcaloides, la Teofilina (metilxantina) es la única usada por su efecto broncodilatador (Inhibe la acción de la fofodiesterasa, impidiendo así la hidrólisis del AMPc y en cierto grado del GMPc. Favorece la relajación del músculo liso bronquial e impide la liberación de mediadores químicos). Se postula también que tiene una acción broncodilatadora menor que los beta 2 agonistas y que una acción muy importante es aumentar la contractilidad del diafragma, acción que es más pronunciada en presencia de un diafragma fatigado. Se utiliza tanto para control de asma crónica como para situaciones severas.

**Esteroides.**- Con estos fármacos, además de los peligros inherentes a su uso, existen otros dos: usarlos innecesariamente o no usarlos cuando se precisa. Son los agentes anti-asmáticos que pueden contrarrestar la obstrucción bronquial en un momento dado cuando otros fallan. Si no tuviesen tantos efectos colaterales adversos, serían la primera droga en el tratamiento del asma.

Sus acciones para disminuir la obstrucción bronquial posiblemente son múltiples y comprenden:

a) acción antiinflamatoria, b) estímulo directo de la adenilciclasa; c) inhibición de la AT-Pasa; d) potencializar la respuesta a los agonistas adrenérgicos; e) inhibición de la formación de anticuerpos y de la liberación de histamina; f) estabilización de los lisosomas; g) disminución del edema de la mucosa bronquial.

Se utilizan en la crisis asmática grave, en el estado asmático y en el asma crónica intratable.

Como efectos negativos en los niños se describe el retardo en el crecimiento.

**Cromoglicato.**- Su acción es inhibir la degranulación de los mastocitos y por ende, impedir la liberación de mediadores químicos. Tiene una indicación como medicamento de control y debe suspenderse en cuadros severos.

**Antimuscarínicos.**- Teniendo en cuenta la abundante inervación vagal de las vías aéreas y la importancia de los reflejos colinérgicos para la producción del broncoespasmo, cabe esperar que drogas que antagonicen las acciones muscarínicas de la acetilcolina sean efectivas en el manejo del asma. Entre los mecanismos de acción se incluyen: a) relajación del músculo liso bronquial; b) disminución de la liberación de mediadores químicos por los mastocitos. Hay evidencia de que los mastocitos tienen receptores colinérgicos en su superficie; c) bloqueo del asa eferente del reflejo vagal irritativo.

**Bloqueadores Alfa-adrenérgicos.**- Uno de los mecanismos de bronco- constricción está mediado por la acción de agonistas alfa adrenérgicos. Se admite que este evento puede

presentarse, solo en casos excepcionales en la clínica. El medicamento se usa para bloquear el sistema.

**Ketotifeno.**- Droga sintetizada en Europa con propiedades antianafilácticas y antihistamínicas. Se usa básicamente como preventivo.

**Anticalcicos.**- El mecanismo por el cual la pérdida de calor induce broncoespasmo se desconoce con certeza pero se sabe que no es inhibido por la atropina sino por el cromoglicato en asmáticos y en normales. Estos medicamentos inhiben el broncoespasmo inducido por ejercicio al impedir el flujo transmembrana del calcio, la contracción del músculo bronquial y quizá la liberación de mediadores.

Derivados de las teorías explicativas del asma, expuestas en este capítulo, mismas que apoyan los modelos médicos respecto a la respuesta asmática como producto de un problema alérgico o con intervención del sistema nervioso autónomo, el tratamiento propuesto va en ese tenor: proporcionar al paciente elementos de control mediante el uso de medicamentos preventivos y de acción rápida en caso de crisis graves.

Sin embargo, es reconocida en la mayor parte de la literatura, la participación de diferencias individuales entre los pacientes que crean la necesidad de ser tratados en forma personal, así como considerar en algunos casos el manejo de ciertos elementos psicológicos, a través de la relación médico paciente.<sup>(131)</sup>

Es importante reforzar una vez más en este capítulo los importantes efectos negativos de los fármacos utilizados para el control del asmático, mismos que han sido expuestos en la introducción y reconfirmados en esta revisión, por lo que nuevamente se confirma la necesidad de buscar nuevos caminos para el tratamiento que impliquen menor riesgo y mayor efectividad.

## **2. ABORDAJE PSICOTERAPEUTICO.**

A partir de los diferentes planteamientos teóricos revisados en el Capítulo II, surgen una serie de técnicas psicoterapéuticas para apoyar el tratamiento del paciente asmático.

Tomando como base el enfoque psicodinámico de la enfermedad que considera el síntoma como manifestación o producto de conflictos subyacentes, la terapia está encaminada a proveer al paciente con conocimientos sobre el significado de su síntoma y la redirección de los impulsos para volver a éste innecesario.

La atención por lo tanto, se realiza por medio de las técnicas del psicoanálisis clásico (asociación libre, interpretación de sueños y del material surgido en la interrelación con el terapeuta) ya sea dentro de un encuadre de terapia individual con el paciente asmático o con la familia. A este respecto, Abramson plantea que el 5% de los enfermos alérgicos

cos son susceptibles de ser tratados mediante la reconstrucción por medio del "insight", aunque considera también que existen serias dificultades de tiempo y costo por lo que esa posibilidad se ve limitada a un sector menor.<sup>(132)</sup>

Este mismo autor, en su trabajo psicoanalítico con asmáticos, se apoya frecuentemente en un marco teórico desarrollado por él al que denominó "Complejo de Cronos", que tiene su origen en un personaje de la Mitología Griega, el dios Cronos, hijo menor de Titán y de Gea, la tierra, quien lo encierra dentro de su cuerpo para protegerlo, y castra a Urano, después de lo cual, Cronos gobierna el Universo. Cronos fué advertido de que uno de sus hijos lo suplantaría, por lo que él los iba devorando poco después de nacidos, con excepción de Zeus quien fué salvado al ser sustituido por una piedra, evitando así ser devorado por Cronos.<sup>(133)</sup>

Haciendo un símil, Abramson considera que los padres del paciente asmático tienen una conducta absorbente que hace sentirse al hijo, "devorado" por ellos. El padre absorbente muestra estas conductas, al percibir que el hijo está en peligro y satisface sus necesidades narcisistas, privando al hijo de libertad.

Dentro del tratamiento, las interpretaciones dinámicas manejadas bajo este concepto ofrecen elementos metodológicos que permiten transformar las conductas negativistas de los padres, confrontándolos con su sobreprotección y sobresolicitud, así como con conductas de comunicación confusa y contradictoria (doble vínculo). En resumen, podemos decir que trabaja específicamente para lograr la independencia del paciente.<sup>(134)</sup>

El trabajo desarrollado en el Centro de Denver, que inicialmente partió del manejo psicoterapéutico del niño mientras estaba hospitalizado, hubo de extenderse a la familia ante la observación de que el niño perdía muchas de las conductas de automanejo adquiridas en la institución al reincorporarse a su hogar, por lo que la mayoría de los objetivos de los colaboradores del Dr. Peshkin, como el anteriormente citado Abramson, son enfocados al trabajo con el grupo familiar.<sup>(135)</sup> El tratamiento dirigido a la familia también es adoptado por otros enfoques de Terapia Familiar, tanto desde la perspectiva estructural como sistémica. A este respecto, Minuchin se ocupa del tratamiento de pacientes con trastornos físicos, referidos en una obra sobre el tema: "La familia Psicósomática" con el estudio de características específicas del tipo de constelación familiar que se organiza alrededor del paciente, describiendo a la familia del asmático como "evitadores de conflicto" y al paciente como centro de atención que permite interrumpir, mediante la crisis, cualquier situación conflictiva entre los padres. El tratamiento en este caso es lograr el ajuste del "sistema" de tal manera que los conflictos sean manejados sin temor y el paciente se vea liberado del papel de "intermediario" o "bloqueador" del conflicto.<sup>(136)</sup>

A partir de los conceptos de "pensamiento operatorio", "síndromes liminares" y "alexitimia", existen diversas derivaciones de tratamiento, que van desde el extremo de considerar los trastornos psicósomáticos como un problema neurológico irreversible hasta la crítica respecto a que no existe la evidencia de que se trate de una característica específica del paciente psicósomático y por tanto la necesidad de ser más cuidadosos, inclusive se sugieren diversos tipos de alexitimia: una primaria (inicial) y otra secundaria (reactiva

como mecanismo de defensa de enfermos que tienen un padecimiento severo). Así mismo se ha tratado de manejar como un probable problema social, al respecto R. Carballo aduce que la cultura actual es productora de "pensamiento operatorio", debido a una pobre estimulación de procesos que favorecen el manejo de símbolos, con la observación como consecuencia del aumento de enfermedades psicósomáticas.

En cuanto a la proposición psicoterapéutica en vista de que parece evidente una dificultad de simbolización en la gran mayoría de los pacientes, se argumenta que las técnicas psicodinámicas no resultan apropiadas, incluso son consideradas por algunos autores como contraindicadas, sugiriéndose más la terapia de grupo participativo, combinada con técnicas audiovisuales y relajación.<sup>(137)</sup>

A través de una serie de aportes de la Psicofisiología y de la Teoría del Aprendizaje, se conforman una serie de técnicas que individualmente o combinadas se aplican a la solución de diversos problemas de salud, sobre todo de los llamados padecimientos psicósomáticos debidos a la dificultad que presenta el paciente para manejar su angustia (stress) y entre las cuales el asma ocupa un lugar importante.

A este respecto como punto de partida se encuentra la consideración de la crisis asmática como una respuesta refleja a través de condicionamiento, concebido inicialmente con un criterio clásico pavloviano<sup>(138)</sup> y más adelante, como una respuesta compleja con la participación importante del reforzamiento del medio ambiente.<sup>(139)</sup>

Los trabajos de Shultz<sup>(140)</sup> y Jacobson<sup>(141)</sup> les llevan a la conclusión de que existe una incompatibilidad entre ansiedad y relajación muscular, y a partir de esto desarrollan una serie de técnicas de relajación que permiten al paciente controlar la ansiedad y consecuentemente resolver situaciones patológicas provenientes de ésta.<sup>(142)</sup>

Utilizando la relajación como primer paso, Wolpe<sup>(143)</sup> propone las técnicas de Desensibilización Sistemática, que consisten en enfrentar al paciente, previamente relajado, ante las situaciones que le generan ansiedad de manera paulatina, iniciando el proceso casi siempre con situaciones imaginarias y acercándolo posteriormente a las reales mediante pequeños pasos, permitiendo así el control posterior de la angustia.

El empleo de instrumentos para el registro de funciones internas que resultan difícilmente perceptibles para el sujeto, hacen posible el desarrollo de técnicas de retroalimentación biológica (bio-feed-back) por medio de las cuales el sujeto puede "darse cuenta" de procesos internos importantes para su padecimiento.

Estas técnicas son utilizadas como auxiliares en el tratamiento de varios trastornos y en la de rehabilitación de funciones. Pueden ser usadas en forma específica, como instrumento principal de apoyo en el tratamiento<sup>(144)</sup> o combinadas con otras como es el caso de la relajación.<sup>(145)</sup>

A este respecto y referidos concretamente al tratamiento del asma bronquial, nos encontramos con numerosos trabajos en los que se emplean medidas tales como: electro-

miografía (EMG) generalmente de los músculos frontales;<sup>(146)</sup> registro del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF 1) por medio de una espirometría<sup>(147)</sup> y la medida de la amplitud de oscilación de la respuesta respiratoria en otros casos,<sup>(148)</sup> todas ellas generalmente como parte de un estudio donde se incluyen otras técnicas: relajación,<sup>(149)</sup> desensibilización sistemática etc.<sup>(150)</sup>

Una opción diferente a las planteadas anteriormente es la formación de grupos de apoyo, manejados también en otro tipo de padecimientos (diabetes, cáncer, etc.) cuyo objetivo es establecer un vínculo entre los pacientes para que a través del fenómeno del "espejo" ("tenemos un problema común") se logre la canalización de la ansiedad, por medio de la comunicación directa y de la promoción de actividades en grupo. Ejemplo de estos son algunos grupos en EUA (Whezzers Anonimus, Fundación Asma y Alergia de América y otros),<sup>(151)</sup> así como los organizados en México por la Asociación Mexicana de Asmáticos A.C. que combinan sus programas de orientación a padres y a niños, con la organización de eventos deportivos (carreras de pista, natación y ejercicios aeróbicos).<sup>(152)</sup> Así como programas de campamentos como el Camp Wheeze de Stanford<sup>(153)</sup> y los campamentos para la rehabilitación de Cuba.<sup>(154)</sup>

En cuanto al modelo de Medicina Conductual propuesto por Kociak, el programa plantea la participación de un equipo de salud que trabaja con el paciente bajo objetivos precisos y sistemas de evaluación permanente abarcando los siguientes puntos:

1. Informar al paciente en forma clara y amplia sobre los mecanismos que producen las crisis en sus dos momentos: ASMA A y ASMA B.
2. Explicar la necesidad de su amplia participación a través del compromiso inicial de aceptar el reto o "desafío" de enfrentar las crisis por medio del aprendizaje de una serie de conductas.
3. Realizar el entrenamiento de contra-condicionamiento para obtener la ruptura de las cadenas condicionadas. (Básicamente a base de nebulizaciones y reestructuración cognoscitiva).
4. Llevar a cabo el reaprendizaje de la respiración para evitar el "reciclaje prematuro" y consecuentemente la desincronización respiratoria, a base de:
  - a) Ejercicios respiratorios
  - b) Relajación
  - c) Desensibilización sistemática
5. Promover la adquisición de "conductas sanas" por medio de la reestructuración cognoscitiva respecto a prejuicios e información contradictoria procedente de la familia, el ambiente médico y el ambiente social, mediante:

- a) Entrenamiento en asertividad
- b) Asesoría Individual
- c) Asesoría grupal
- d) Uso de instrumentos de apoyo como libreta de notas personales, registros, etc.
- e) Apoyo familiar (cuando esto es posible).<sup>(157)</sup>

En las propuestas revisadas observamos que existe un común denominador en cuanto a considerar la ansiedad como elemento importante en la producción de la enfermedad.

El abordaje difiere en relación a que en la mayoría de los enfoques el control del síntoma se realiza de manera indirecta como ocurre con las terapias psicodinámicas que plantean que al conocer el sentido del síntoma, el sujeto lo abandona por no considerarlo necesario.

En el programa de la Medicina Conductual, el tratamiento de la ansiedad se realiza de forma más directa mediante técnicas concretas y con la participación activa del paciente en diversas actividades de entrenamiento y automonitoreo que permite objetivar los cambios, actuando como un mecanismo de retroalimentación, además del apoyo psicoterapéutico para lograr una reestructuración cognoscitiva respecto a la enfermedad, con el apoyo de la familia que participa activamente en el programa, logrando una situación de verdadero autocontrol.

## CAPITULO V

### 1. DEFINICION DE AUTOMANEJO.

El concepto de **automanejo** es relativamente reciente dentro del campo de la Medicina y surge de la observación del incremento en la efectividad y la notable disminución de los costos de los programas de salud cuando el paciente toma parte activa en su tratamiento.<sup>(158)</sup>

A este respecto, Brandt (1983) señala que en "las estrategias de atención y prevención de las enfermedades es muy importante la habilidad desarrollada por los países para trasladar los resultados de la investigación a la práctica diaria tanto en el cuidado que el profesional debe al paciente como en la atención que el paciente se de a sí mismo".<sup>(159)</sup>

Este planteamiento resulta particularmente interesante en el caso de ciertos padecimientos que por sus características de cronicidad y complicación de manejo, requieren una especial colaboración de parte del paciente y su familia, como sucede en el caso del asma bronquial, campo propicio para el establecimiento de programas de automanejo.

En una revisión sobre el tema, se observa que la mayoría de los programas realizados hasta la fecha han enfocado su atención en el asma infantil.<sup>(160)</sup>

Existen varias definiciones de automanejo. Goldstein (1983) lo define como: "aquellos métodos organizados para desarrollar la capacidad del niño y sus padres para prevenir los ataques asmáticos y manejarlos una vez que ocurran y desarrollar en el niño el impulso necesario para tener una vida lo mas sana posible".<sup>(161)</sup>

Kociak lo considera como un recurso fundamental en el desarrollo del tratamiento del asma. Su objetivo es lograr el mayor aprendizaje posible por parte del paciente acerca de su enfermedad para así poder ayudar en forma lógica y racional a su propia curación y una vez lograda esta, a conservar y acrecentar su salud".<sup>(162)</sup>

Barlett (1983) lo define como un proceso por medio del cual una persona funciona como su propio agente en la prevención y promoción de su salud, así como en la detección y tratamiento de sus padecimientos y plantea cuatro puntos en los que debe concentrarse la elaboración de un programa:

Información, autoeficiencia, involucración del paciente, satisfacción del paciente.

Estos puntos sustentados en 5 principios básicos:

- 1) Transmitir responsabilidad al paciente
- 2) Proporcionar información amplia sobre la enfermedad
- 3) Entrenar al paciente en la toma de decisiones
- 4) Utilizar grupos de apoyo
- 5) Entrenar a profesionales a promover conductas de automanejo en sus pacientes. <sup>(163)</sup>

## 2. DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS MÁS IMPORTANTES.

Green (1981) se refiere al programa desarrollado por el National Asthma Center (NAC) como el "abuelo" de los programas de automanejo para niños asmáticos en EUA. <sup>(164)</sup>

Peshkin, desarrolló este programa a partir de la atención de niños asmáticos con diagnóstico de asma severa o "intratable" término utilizado para definir a aquellos pacientes que no responden a tratamientos habituales y requieren hospitalizaciones frecuentes y solo se controlan con tratamiento permanente de esteroides. <sup>(165)</sup>

La proposición central de Peshkin, fue la separación de los niños de sus padres (padre-mother) durante un lapso que oscilaba entre uno y dos años en el cual recibía tratamiento integral de atención médica y entrenamiento en conductas de automanejo que constituyeran una parte muy importante del tratamiento. <sup>(166)</sup>

Inicialmente los programas estaban dirigidos exclusivamente al niño y ante la observación de que el pequeño perdía una buena parte de las conductas adquiridas durante su hospitalización al integrarse nuevamente a su hogar, la atención de la familia, sobre todo de los padres, fue considerada en los programas. El tratamiento que se les proporcionaba era psicoterapia con un enfoque psicoanalítico, cuya duración oscilaba entre algunos meses, hasta varios años. <sup>(167)</sup>

En este trabajo resulta importante la colaboración de un grupo de investigadores, especialmente Abramson, quien en forma individual o en colaboración con Peshkin, publica importantes trabajos, algunos de los cuales se refieren al seguimiento preciso de casos de familias "tipo". <sup>(168)</sup>

Los programas desarrollados en Denver por Peshkin y su grupo generan un gran interés en el desarrollo de programas con nuevos y diferentes enfoques, surgiendo en la década de los 70s varias proposiciones interesantes.

En la Universidad de Texas, Parcel y sus colaboradores<sup>(169)</sup> crean un programa para ser aplicado en las escuelas, utilizando un paquete de material de apoyo ("Aprendiendo por mi mismo acerca de mi asma") que proporciona amplia información partiendo de la idea de que el estar bien informado permite al paciente cambiar su percepción sobre la enfermedad y consecuentemente disminuye su ansiedad.

Con el apoyo de asociaciones científicas, instituciones, compañías farmacéuticas y en algunos casos especialistas de varias universidades del país, se organizan diversos programas que generan posteriormente varias reuniones de expertos para su análisis.

La primera tiene lugar en 1981 en la ciudad de Los Angeles, auspiciada por el Centro de Investigación Multidisciplinaria de Enfermedades Inmunológicas de la Universidad de California, el Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas y la Fundación Asma y Alergia de América.<sup>(170)</sup>

En esta reunión se presentaron los 11 programas considerados mas importantes y representativos, mismos que continúan vigentes (Creer y Winder, revisión de 1986) y son los siguientes:

1. ACT for Kids, de la UCLA (Universidad de California, Los Angeles).
  2. Open airways/Respiro abierto) Astma Self Management Project de la Universidad de Columbia.
  3. Living with Asthma (NAC) del National Asthma Center de Denver
  4. Air Kaiser de Palo Alto California.
  5. Family Asthma Program de Buffalo.
  6. Camp Wheeze de Stanford.
  7. Sun Air Home del Children's Hospital de Los Angeles.
  8. Superstuff de la American Lung Association.
  9. Programa de Blythedale Children Hospital.
  10. Program in Physician's office de Pittsburg.
- II. Winning over Wheezing de Honolulu.

En 1983 se realiza una segunda reunión con el fin de hacer un análisis de los programas mencionados participando un grupo de expertos en temas como: descripción del asma y su tratamiento (Ellis), el punto de vista conductual del automanejo y su enfoque sobre la enseñanza en el control del padecimiento (Barlett); problemas metodológicos y

de evaluación de los programas (Popham y Yalow), el modelo de aprendizaje social en el manejo del asma en la infancia (Thoresen y Kirmil-Gray) y la discusión sobre métodos de implementar la educación en automanejo en el medio médico (Mullen & Mullen) Todos estos trabajos fueron enriquecidos con los comentarios de otro grupo de especialistas.<sup>(171)</sup>

Punto importante de la reunión fue una descripción y análisis de los programas en base a: nombre del programa; enfoque conceptual o educacional de las técnicas; duración y tipo de intervención; metas; sujetos; diseño de evaluación; fuentes de evaluación de los datos y resultado.<sup>(172)</sup>

Asimismo, Thoresen y Kirmil-Gray, expusieron los resultados de un análisis de los 11 programas, realizado en base a los siguientes preguntas: 1) existe un modelo conceptual; 2) cual es su enfoque teórico central: cognitivo, conductual, medioambiental o fisiológico; 3) existen técnicas definidas para la enseñanza de habilidades; 4) ayuda a crear la autoeficiencia del niño; 5) enseña conductas que favorecen la adherencia terapéutica; 6) enseña métodos efectivos de cambios de conducta; 7) contempla la adquisición de habilidades para ser usadas fuera del programa en forma independiente; 8) promueve el mantenimiento y la generalización de habilidades y, 9) promueve la responsabilidad la capacidad de conservar su salud.<sup>(173)</sup>

De acuerdo a esta evaluación se consideran los programas más completos, por haber llenado mayor número de requisitos: el ACT for Kids de UCLA, el NAC del National Asthma Center y el Superstuff de la American Lung Association, todos ellos con 7 puntos cubiertos, seguidos del Open Air Ways de la Universidad de Columbia con 6 puntos. Esto en lo que se refiere al análisis global, pero además fueron calificados cada uno de los ítems resultando algunos de ellos óptimos en uno o varios renglones en particular.<sup>(174)</sup>

En la misma reunión, Goldstein hace un análisis de los programas y encuentra semejanzas importantes en los primeros cinco respecto a:

- 1) Uso de materiales para apoyar la enseñanza (folletos, material audiovisual, etc)
- 2) Utilizan sesiones conjuntas de padres y niños además de las sesiones individuales con los niños.
- 3) Ninguno de ellos está restringido a ser aplicado en hospitales, sino que abarca otros escenarios como escuelas, etc.
- 4) Están dirigidos a población urbana y suburbana especialmente.<sup>(175)</sup>

Respecto a los programas restantes encontramos algunos para ser aplicados en campamentos (Camp Wheeze) otros para ser usados especialmente en consultorios privados (Pittsburg) y otros más, comprenden paquetes de autoinstrucción para ser utilizado en cualquier escenario (Super stuff).

En cuanto a la población, todos están dirigidos a niños, la mayoría de ellos en edad escolar entre 5 y 13 años, excepto el de Denver que abarca de los 5 a los 17 años.

En el caso del programa de la Universidad de Columbia (Open Airways/Respiro Abierto), está dirigido a niños entre los 4 y los 18 años, con énfasis especial en poblaciones negras y latinas, por lo que su material está traducido también al español.

Respecto a la duración, varía en un rango de 5 a 8 sesiones, la mayor parte con intervalo de una semana.

Con relación a las técnicas, se utilizan pláticas individuales y de grupo con objetivo de información o entrenamiento de habilidades, en algunas ocasiones se inician con pláticas conjuntas de padres e hijos y después continúan trabajando solo con el niño (Buffalo).

El programa ACT utiliza una técnica mediante simulación de un conductor de un vehículo ("You are in the driver seat") para enseñar al niño el concepto de autocontrol.<sup>(176)</sup>

El programa de Palo Alto, emplea registros conductuales, diarios y tareas en casa.<sup>(177)</sup>

En el mismo año de 1983, se realiza una nueva reunión en la ciudad de Cleveland con el nombre de As Manage y el objetivo de analizar cuatro programas:

SUPERSTUFF, de la American Lung Association, AIRWISE de American Institutes of Research, OPEN AIRWAYS/RESPIRO ABIERTO, de la Universidad de Columbia y LIVING WITH ASTHMA del Nacional Asthma Center.<sup>(178)</sup>

Como se mencionó anteriormente, la mayoría de los programas están dirigidos a la población infantil sin embargo, algunos autores se han interesado en la atención del paciente adulto. entre estos se encuentra Maiman<sup>(179)</sup> quien elabora un programa con estrategias basadas en los principios del cambio conductual y reforzamiento para el aprendizaje de conductas de automanejo en adultos de 18 a 63 años, pacientes externos de un hospital, controlado por enfermeras mediante entrevistas y monitoreo telefónico, los resultados fueron medidos en base a la disminución del número de visitas de emergencia y de la medicación.

Así mismo, Parcel, el autor del programa para ser manejado en las escuelas, ("Aprendiendo sobre el Asma") tiene una forma para adultos además de la versión infantil.<sup>(180)</sup>

Crear y sus colaboradores trabajan actualmente en un programa para adultos.<sup>(181)</sup>

## CRITERIOS UTILIZADOS EN LA ELABORACION DE PROGRAMAS

Existen una serie de consideraciones en relación a la estructuración de un programa de automanejo. Uno de los aspectos que recibe especial atención de los especialistas es el criterio de severidad del cuadro que frecuentemente se deriva del criterio del médico y las apreciaciones subjetivas del paciente que resultan muy difíciles de cuantificar. Por esta razón se han recurrido a otro tipo de medidas que pueden ser de dos tipos: internas y externas.

Entre las primeras se considera como una de las más importantes la medida de la capacidad pulmonar, y dentro de ésta, la medida del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF 1) resulta la más indicativa de daño pulmonar.

Como una medida de mayor nivel de precisión, Renne sugiere una matriz con dos entradas: el VEF 1 y la cantidad de medicamentos utilizados y según el resultado, divide a los sujetos en dos grupos: los que requieren solamente la atención de un médico alergólogo especialista y el segundo, aquellos cuya severidad es mayor que deben ser tratados por un grupo Interdisciplinario compuesto por psicólogos, alergólogos, enfermeras, técnicos en Medicina Física y otros.<sup>(182)</sup>

Ellis propone tres niveles de severidad que responden a los criterios que se especifican en el cuadro de la siguiente página.

## CRITERIOS DE SEVERIDAD.

### ASMA LIGERA

Ataques no más frecuentes de una vez por semana.

Responde con broncodilatadores en 24 - 48 horas

Ningún signo clínico entre las crisis

Buena tolerancia al ejercicio.

No se interrumpe el sueño por el asma

No hay hiperventilación

Buena asistencia al colegio

Rx de tórax, normal

No existe, o es mínima la evidencia de obstrucción de las vías aéreas en el VEF1

No existe o es mínimo el incremento del volumen pulmonar

### ASMA MODERADA

Exacerbación de tos y jadeo más de una vez por semana

Tos y jadeo moderado entre episodios agudos

Disminución de la tolerancia al ejercicio

Hiperventilación evidente clínicamente o por Rx.

Signos de obstrucción evidentes en el VEF 1

Incremento del volumen pulmonar

### ASMA SEVERA

Ahogo o jadeo diario frecuentemente

Exacerbaciones frecuentes, habitualmente severas

Hospitalizaciones frecuentes con fallo respiratorio

Tendencia a obstrucción repentina con cianosis

Estado de inconciencia y convulsiones por hipoxia

Muchas interrupciones en el sueño

Baja asistencia escolar

Deformaciones del pecho por hiperventilación crónica

Evidencia radiológica de hiperventilación

Importante grado de obstrucción de las vías respiratorias en el VEF 1

Reversibilidad incompleta al uso de broncodilatadores administrados por aerosol.

Incremento del volumen pulmonar y marcada dificultad para ventilar.

Tomado de Ellis.<sup>(183)</sup>

También en relación a criterios de severidad, esta vez como parámetros para considerar su ingreso en el programa de autoayuda del CEAPEA (Centro de Entrenamiento en Autoayuda para Pacientes Asmáticos), Kociak\* considera 4 niveles:

- A.- Bajo      Sujetos que tienen poco tiempo con el padecimiento, generalmente niños (aunque existen excepciones de niños que no se consideran en este nivel.
- B.- Medio     Adultos con asma intermitente. Usan broncodilatadores pero no en forma permanente.
- C.- Severo    Presentan una o varias de las siguientes características:  
Ser consumidores esporádicos de corticoides.  
Grandes consumidores de broncodilatadores.  
Uso diario de medicación presurizada.  
Llevar un largo período de automedicación.  
Es traído al tratamiento por la familia.  
Acude de mala gana.
- D.- Grave     Presentan una o varias de las siguientes características:  
Internaciones por varios días o semanas.  
Corticoides-dependientes permanentes.  
Cuadros psiquiátricos concomitantes.  
Médicos o hijos de médicos (debido al importante contacto ideológico de la enfermedad).  
Capacidad pulmonar menor de 100.  
Se encuentren abrumados por pérdidas muy importantes.  
Problema con muchos años de evolución, sin gran espectacularidad en ataques pero con asma permanente y deteriorante  
Presentan cuadros combinados, ejemplo: asma y rinitis

Otro de los parámetros considerados se refiere a las medidas externas entre las cuales se consideran las siguientes: autoreporte, métodos de fisiología pulmonar, índices de hospitalización, cantidad y tipos de medicación, información sobre actividades, ausentismo escolar, exámenes clínicos e instrumentos de lápiz y papel.<sup>(184)</sup>

La clasificación del asma puede ser también motivo de consideración, tomando generalmente la división tradicional de: asma intrínseca y extrínseca, siendo en el primer caso difícil de establecer una causa de las crisis por no localizarse claramente el factor alérgico a diferencia de la extrínseca en la que sí lo es, en función de esto, algunos programas hacen una consideración especial en cuanto a objetivos y materiales.<sup>(185)</sup>

\* Kociak, I. Comunicación personal.

Respecto a los parámetros utilizados para la evaluación de los programas, existe un acuerdo importante entre los investigadores<sup>(186)</sup> incluyendo varios de los siguientes criterios:

- Disminución de requerimiento de atención médica tales como consultas de control, hospitalización por emergencia, asistencia a programas de rehabilitación.
- Disminución de la frecuencia y duración de las crisis.
- Disminución de problemas incapacitantes tales como:
  - Ausentismo escolar, restricción de actividades diarias, intolerancia al ejercicio, trastornos del sueño.
- Disminución de problemas emocionales y de trastornos de la dinámica familiar.
- Aumento de la autoestima.

La mayoría de los programas incluyen los siguientes contenidos:

1. Información acerca de que es el asma, mecanismos fisiológicos involucrados en la crisis y causas que la producen.
2. Información y/o entrenamiento sobre el manejo de las crisis mediante el uso de medicamentos o técnicas de relajación, ejercicios respiratorios y otras. Riesgos derivados del abuso o empleo inadecuado de medicamentos.
3. Detección y manejo de situaciones de emergencia. Entrenamiento en toma de decisiones.
4. Manejo preventivo de las crisis mediante el aprendizaje de conductas "sanas" tales como empleo de medicamentos de control, actividades de recreación, manejo del stress, manejo de situaciones de conflicto en la familia y otras.<sup>(187)</sup>

A manera de conclusiones generales después de la revisión de los programas se llega a interrogantes que requieren ser replanteadas y que derivan de los problemas encontrados en la aplicación se pueden resumir en las siguientes:

- 1a. Necesidad de realizar un estudio exhaustivo de las variables involucradas en el problema.
- 2a. Estudiar las técnicas mas adecuadas para lograr involucrar al paciente en su tratamiento mediante su inclusión en el programa mas adecuado y motivarlo para lograr que se mantenga constante hasta el fin.
- 3a. Hacer un estudios sobre la elaboración y distribución de los materiales.

4a. Practicar técnicas de mantenimiento y generalización de las habilidades adquiridas durante el entrenamiento.

5a. Buscar técnicas de evaluación más precisas. <sup>(188)</sup>

En Cuba, se desarrollan algunos programas mediante actividades en campamentos especiales situados tanto en la capital como en lugares de la provincia, generalmente a la orilla del mar. El contenido del programa es semejante a los expuestos, centrado en información sobre fisiología de la enfermedad y manejo de las crisis con especial énfasis en actividades recreativas muy adecuadas al escenario de los programas. <sup>(189)</sup>

En la ciudad de Córdoba, Argentina, existe un programa organizado por un grupo interdisciplinario que consiste básicamente en reuniones con los padres de los pacientes con el fin de orientarlos sobre el manejo del problema. El contenido contempla los mismos puntos de los programas analizados reforzados además en forma escrita por medio de un manual: " El Niño Asmático. Libro para Padres". <sup>(190)</sup>

Especial interés tiene para los objetivos de este trabajo la referencia a un programa desarrollado por el Dr. Isaac Kociak en el Centro de Entrenamiento en Autoayuda para Pacientes Asmáticos (CEAPEA) que funciona en la Ciudad de Buenos Aires, República Argentina, ya que se trata del producto del trabajo clínico de 30 años, acompañado de investigación constante sobre el tema hecho que ha permitido desarrollar un concepto integral del asma, no solamente desde el punto de vista teórico sino llevado a la práctica, mediante la participación de un trabajo de equipo en el que el enfoque central es el desarrollar en el paciente conductas de automanejo que le permitan resolver totalmente el problema y no solamente atenuarlo.

Existen a la fecha cerca de 6,000 pacientes tratados con este programa con resultados muy positivos, así como la presentación del modelo de intervención a través de tres publicaciones de la institución <sup>(191)</sup> y un cuarto volumen en preparación en una editorial mexicana. <sup>(192)</sup>

Algunas de las características de este programa, que nos parecen importantes para los fines de esta tesis son:

- Está contemplado para aplicarse a pacientes asmáticos de cualquier edad, considerando la participación de la familia: los padres en el caso de los niños y el cónyuge en el de pacientes adultos.
- Se plantea bajo un criterio de logro de objetivos, que son definidos por el propio paciente al inicio del tratamiento.
- Posee elementos que garantizan el control y evaluación por medio de técnicas manejadas por el equipo y por el paciente (automonitoreo), lo que permite evaluar los logros objetivamente así como detectar obstáculos en cualquier etapa del tratamiento.

- La responsabilidad del manejo integral del paciente recae en el equipo que trabaja en forma coordinada, abarcando la totalidad del problema mediante recursos médicos para su curación y psicológicos para la rehabilitación, extinción y reeducación.

A lo largo de este trabajo hemos mencionado en varias ocasiones algunas de los fundamentos teóricos que subyacen a este programa por lo que ahora solamente enumeraremos los pasos necesarios para iniciar el tratamiento:

1. Entrevista inicial, que comprende los siguientes puntos:

1.1. Historia clínica y conductual.

1.2. Examen funcional respiratorio.

1.3. Selección de objetivos terapéuticos.

1.4. Presentación y enumeración de los recursos terapéuticos para alcanzar los objetivos propuestos:

1.4.1. Nebulizaciones.

1.4.2. Ejercicios respiratorios y de esfuerzo.

1.4.3. Entrenamiento en relajación muscular y desensibilización sistemática.

1.4.4. Asesoramiento grupal.

1.4.5. Asesoramiento individual.

1.4.6. Asesoramiento escrito en forma de cuadernillos.

1.4.7. Libreta de notas personales para registrar especiales e indicaciones pertinentes.

1.4.8. Aparatos que se entregan al paciente para evaluar evolución terapéutica.

1.5. Pronóstico con evaluación estimativa del tiempo aproximado para alcanzar los objetivos.

1.6. Contrato terapéutico.

1.7. Recorrido por las instalaciones de la clínica con el fin de que el paciente se familiarice con el ambiente y conozca a los miembros del equipo terapéutico y el papel que jugará cada uno de ellos en el programa. <sup>(159)</sup>

A partir de estos puntos se inicia el tratamiento con la participación del equipo y la involucración total del paciente cumpliendo así con una de las condiciones necesarias para un programa anotadas al principio de este capítulo, junto con la de Información, autoeficiencia y satisfacción para el paciente (Barlett, 1983). Así mismo, pensamos que cumple con los 5 puntos básicos que son:

Transmitir responsabilidad al paciente, proporcionar información amplia sobre la enfermedad, entrenarlo en la toma de decisiones, hacer uso de grupos de apoyo y entrenar a

profesionales y familiares a promover conductas de automanejo en su paciente o familiar (Barlett, 1983).

Se considera, por lo tanto, que este programa reúne características excepcionales comparado con los programas revisados, ya que contempla una concepción de tratamiento integral.

### 3. LA SITUACION EN MEXICO.

En nuestro país, existen antecedentes del primer programa que se realiza en el Hospital Infantil de México, con el nombre de "Escuela para Padres de Enfermos Asmáticos" organizado por el Dr. Gómez Orozco en el año de 1957.<sup>(194)</sup>

En el Centro Médico de la ciudad de México, funcionó durante varios años un Programa de Orientación para Padres de niños asmáticos bajo la dirección del Dr. Gardida (comunicación personal).

En 1976 en el Hospital del Niño DIF (Desarrollo Integral de la Familia), actualmente Instituto Mexicano de Pediatría, se inicia un programa de orientación para padres de pacientes asmáticos, asistentes a la consulta de control, mediante pláticas de semanales por iniciativa de la Dra. Nelly Ramírez, médico alergólogo del Servicio de Alergia, con la colaboración del Dr. José Valle Burián, psiquiatra del Servicio de Higiene Mental de la misma institución así como de especialistas de otros servicios como el de terapia física y otros.

Las pláticas estaban emcaminadas a orientar a los padres sobre el manejo físico y emocional del niño mediante la información sobre características de la enfermedad, control de medicamentos, manejo de la emergencia y consideraciones respecto a actitudes de la familia en relación al paciente. Los grupos eran abiertos y la interacción mediante preguntas y dudas era una de las condiciones imperantes.<sup>(195)</sup>

En el año de 1984 se amplía el campo de acción del programa, con la organización de un Curso para Padres del Niño Asmático, dirigido y coordinado por los mismos especialistas y la integración de un grupo multidisciplinario compuesto por alergólogos, neumólogos, otorrinaringólogos, pediatras, psicólogos y terapeutas físicos.

El contenido del curso se amplió en temas y profundidad utilizando pláticas ilustradas con material audiovisual (diapositivas) además de una sesión de preguntas y aclaración de dudas al final de las exposiciones. La duración era de 6 horas y se impartía en una mañana de sábado.

Ante la aceptación del curso en la Ciudad de México, se extendió a la mayor parte de las capitales de los estados de la República e incluso del extranjero (Bogotá, Colombia) adonde se trasladaba el grupo original o una parte de él para dar oportunidad de parti-

cipar a especialistas del lugar. En esta forma se han realizado hasta la fecha numerosos cursos.

En 1985, se decidió la organización de un Curso Especial para Niños, que se realizó también en el Hospital del DIF con muy buena asistencia, por lo que se programaron nuevos cursos, tanto en el D. F. como en diversas ciudades de provincia. Estos cursos fueron coordinados por la autora de este trabajo, y su contenido era semejante al curso de padres, con técnicas y materiales adaptados para niños, como es el uso de "role-playing" para ilustrar situaciones de dinámica familiar, técnicas de dramatización y demostraciones de relajación y ejercicios respiratorios con el grupo. La duración de estos cursos era también de 6 horas y eran impartidos en forma simultánea al Curso para Padres, en un auditorio contiguo al que ocupaban éstos.

Además de cumplir con los objetivos de orientación y sensibilización, los cursos para niños generaron varias investigaciones. Una de ellas forma parte de este trabajo (Estudio Descriptivo No. 2 de una muestra de 106 niños asistentes a los cursos del D.F., Puebla y Chihuahua).

Colateralmente y de manera complementaria, se organizaron algunos eventos deportivos con la participación de niños asistentes a los cursos: carreras de pista en la Ciudad de Puebla y el D.F. y una competencia de natación en el D.F. Los niños fueron entrenados previamente durante varias semanas anteriores al evento y en el momento eran vigilados por los especialistas para controlar cualquier situación de emergencia.<sup>(198)</sup>

Otra de las actividades realizadas fué un Programa de Ejercicios Aeróbicos diseñado con enfoque especial a ejercicios respiratorios, en el que participó un grupo de niños, durante los meses de vacaciones escolares, 3 sesiones semanales durante dos meses.<sup>(197)</sup>

El interés mostrado por los padres en los cursos, dió lugar a la fundación de una asociación civil con el nombre de Asociación Mexicana de Asmáticos, (ASMA) encabezada por los iniciadores de los cursos y algunos alergólogos que se incorporaron posteriormente al grupo. Dentro de las actividades contempladas por la Asociación está la publicación de materiales para orientación sobre el tema y de aquí nació el Manual: Asma Infantil. Guía para el paciente asmático.<sup>(198)</sup> En 1987 se inicia la publicación de una revista con el nombre de ASMA, que a la fecha ha publicado varios números, donde se incluyen artículos de orientación sobre manejo y algunas técnicas de control auxiliar como es el caso de técnicas de relajación.<sup>(199)</sup>

Las actividades descritas anteriormente tienen un mérito pionero al abrir un campo no explorado que despertó el interés de otros especialistas y del paciente y su familia, cumpliendo objetivos básicos de información y estimulación de actividades por medio de la organización de eventos deportivos.

Sin embargo los efectos reales en cuanto a la adquisición de conductas de automanejo son difíciles de evaluar, ya que hasta la fecha no se han realizado actividades encaminadas a tal fin.

Es importante señalar que a la fecha no existe en el país, un programa de automanejo que cumpla con los requisitos de verdadero entrenamiento de habilidades que permitan al paciente enfrentar y resolver el problema y que contemple como elemento relevante, la investigación de factores involucrados y la evaluación permanente de los efectos de las técnicas empleadas, situación que como ya se ha expuesto anteriormente resulta difícil pero indispensable para la efectividad de cualquier programa de estas características.

Es en este sentido que se plantea este trabajo: lograr integrar mediante la revisión y las investigaciones de campo los elementos necesarios para hacer una propuesta final en forma de lineamientos básicos para la organización de programas encaminados no solo a atenuar el problema sino a intentar una verdadera solución.

## **FASE EMPIRICA**

## CAPITULO VI

La fase empírica comprende dos estudios de campo:

### A.-ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA MUESTRA DE 30 JOVENES ASMATICOS PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE LA SECRETARIA DE SALUD (MEXICO).

**Población:** Una muestra con arranque aleatorio, sistemática de archivo autorelacionada de jóvenes asmáticos, pacientes del Servicio de Alergia del Hospital General de la Secretaría de Salud. (México).

**Escenario:** El instrumento se aplicó en cubículos del Pabellón 404 B, habilitados especialmente para la entrevista del paciente.

**Instrumento:** Se elaboró un cuestionario con 6 preguntas de carácter demográfico y 10 específicas sobre su percepción acerca del asma. (Ver Apéndice A).

El instrumento fué probado con 10 sujetos asmáticos no incluidos en la muestra para verificar la validez de las preguntas.

**Procedimiento:** 1. Selección de la muestra. Fué realizada mediante los siguientes pasos:

a) La revisión de los expedientes de los pacientes atendidos en el Pabellón 21 de Alergia del Hospital General, durante los últimos dos años, seleccionando aquellos que cumplieran con los dos requisitos siguientes: estar dentro de un periodo de edad comprendido entre los 16 y los 20 años y tener el diagnóstico de asma bronquial.

b) De la selección se obtuvo una población de 114 casos, de éstos se eligió una muestra con arranque aleatorio (1 de cada 3) obteniendo un total de 38 casos.

c) Se citó a estos pacientes mediante el envío de un telegrama para que acudieran al Pabellón 404 B donde se iba a efectuar el estudio.

d) Se realizó una entrevista inicial para explicarles las condiciones de la investigación y solicitar su cooperación.

e) Se practicaron: examen médico y exámenes de laboratorio para confirmar el diagnóstico.

La muestra definitiva quedó reducida a 30 sujetos, debido a que 8 de ellos no se presentaron.

2. Aplicación.- El instrumento fué aplicado en forma individual, por el grupo de psicólogos que colaboraron en el estudio.

3. Análisis estadístico.-Una vez obtenidos los datos se codificaron a partir de las respuestas abiertas.

Se describen los resultados mediante el análisis simple de frecuencias de las respuestas codificadas.

## B.-ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA MUESTRA DE 106 NIÑOS ASISTENTES A LOS CURSOS ESPECIALES PARA EL NIÑO ASMÁTICO.

Población:

Una muestra proporcional estratificada de sujetos que asistieron a los Cursos Especiales para el Niño Asmático organizados por la Asociación Mexicana de Asmáticos (ASMA) en tres ciudades de la República Mexicana (D.F., Puebla y Chihuahua). Dichos cursos estaban dirigidos a población infantil abierta en edades comprendidas entre 5 y 18 años.

Las variables de estratificación fueron: sexo, edad y lugar de residencia. Los datos se ilustran en la tabla I.

TABLA I

EDAD	D.F.		Puebla		Chihuahua	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
5	0	1	1	0	1	0
6	4	1	0	2	1	0
7	3	1	1	1	1	1
8	3	4	5	1	0	1
9	8	3	2	1	1	1
10	7	2	0	1	1	2
11	6	2	4	1	2	1
12	4	1	2	0	1	0
13	2	1	2	1	1	1
14	0	0	0	0	1	0
15	1	1	0	0	1	0
16	0	1	0	0	1	1
Subtotales:	38	18	17	8	12	8

Total: 101 sujetos más 5 sin respuesta = 106

**Escenario:** En el D.F. el escenario fué el auditorio contiguo Auditorio Dr. Abraham Ayala González del Hospital General de la S.S.A. En Puebla, en un Salón para Conferencias de conocido Hotel, habilitado con mesas y sillas para los niños. En la ciudad de Chihuahua en un salón contiguo a un Auditorio. En todos los casos los niños eran acompañados por los padres hasta el lugar del curso para integrarse enseguida al auditorio asignado para participar en el Curso para Padres, que se desarrollaba de manera simultánea y reunirse nuevamente al finalizar sus respectivas actividades. La duración fué de 6 horas, un sábado en la mañana.

**Instrumento:** Se elaboró un cuestionario constituido por 30 preguntas abiertas, además de las de edad y sexo, con el fin de investigar percepción y actitudes frente a la enfermedad (Apéndice A).

**Procedimiento:** El cuestionario fué aplicado como sigue:

1. Después de la presentación de la Coordinadora y los colaboradores del curso y como primera actividad, se repartió una copia del cuestionario a cada uno de los niños asistentes.

2. Se procedió enseguida a leer cada una de las preguntas y esperar a que todos los niños contestaran antes de pasar a la siguiente.

3. En todos los casos los psicólogos que colaboraron en el curso supervisaban a cada uno de los niños para cerciorarse que la pregunta había sido debidamente contestada, así como para resolver cualquier duda que surgiera. En el caso de los niños menores, que no manejaban la escritura, el psicólogo se encargaba de transcribir personalmente las respuestas. De esta manera quedaron cubiertas las posibles dificultades de aplicación.

**Análisis Estadístico:** Una vez obtenidos los datos y habiendo realizado la estratificación de la muestra, los resultados se codificaron a partir de las respuestas abiertas.

Se describe la población mediante el análisis de frecuencias de las respuestas codificadas.

## RESULTADOS\*

A fin de facilitar la interpretación de los datos obtenidos, la presentación se ha dividido en tres partes:

- 1a. Los datos referentes a las características demográficas de los dos grupos (A y B).
- 2a. El grupo de ítems aplicados a ambos grupos en forma de comparación gráfica (A y B).
- 3a. El grupo de ítems aplicados solamente al grupo de niños (B).

### CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS.

Se consideraron: Sexo, Edad y Escolaridad.

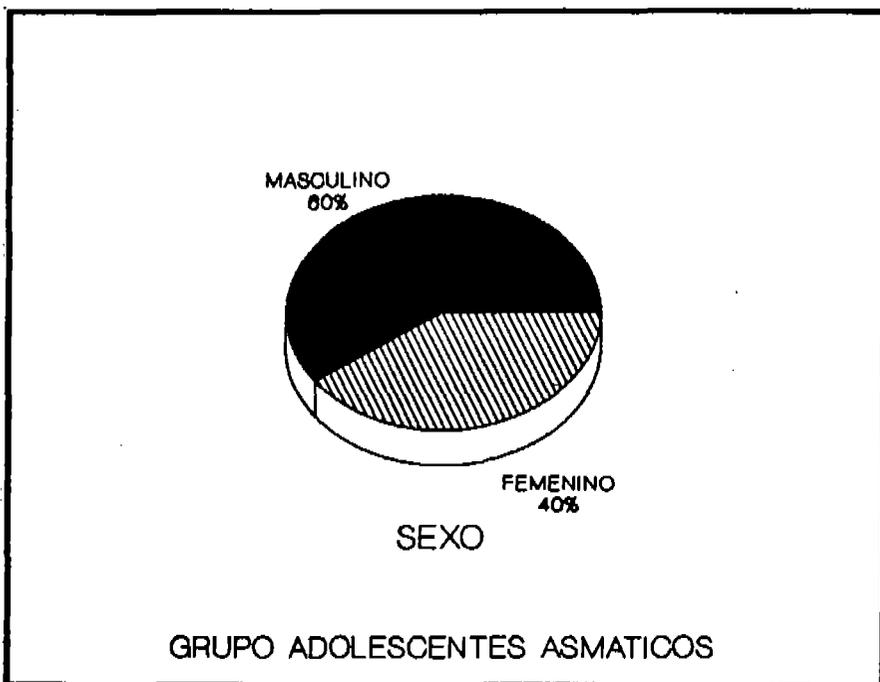
Respecto al Sexo, encontramos en ambos grupos un porcentaje mayor de sujetos del sexo masculino en relación con el femenino, en una proporción de: 60-40 y 64-36, situación que confirma la observación muy generalizada sobre todo en grupos de pacientes infantiles y adolescentes. (Gráficas 1 y 2).

---

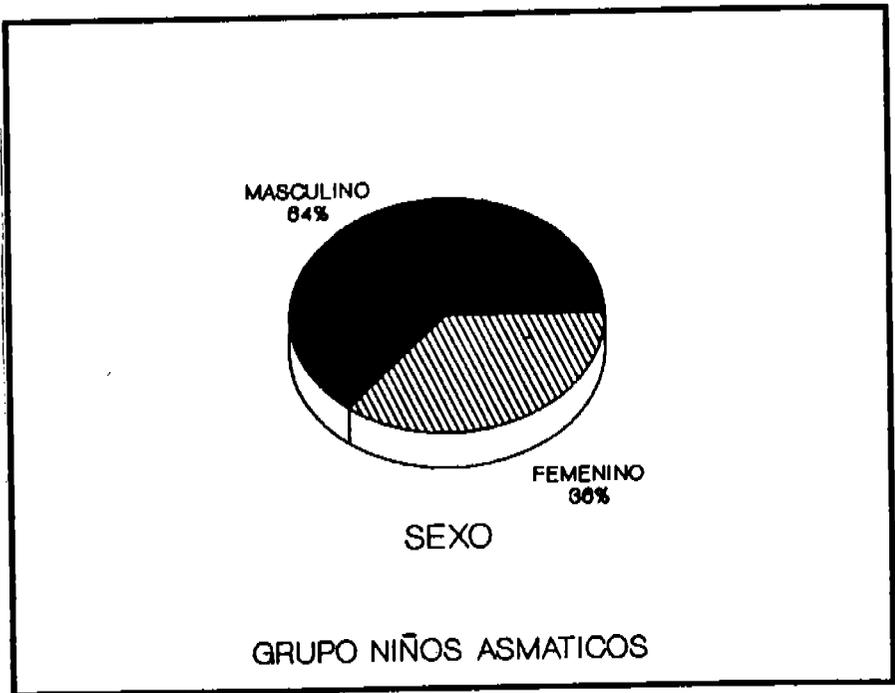
#### \* Notas Aclaratorias:

1. Al referirnos a los datos, hemos suprimido las fracciones por considerarlo irrelevante.
2. La referencia a cifras que incluyen a los dos grupos estudiados, siempre se hará en primer lugar el grupo A: Adolescentes y en segundo el B: Niños.

**GRAFICA 1**

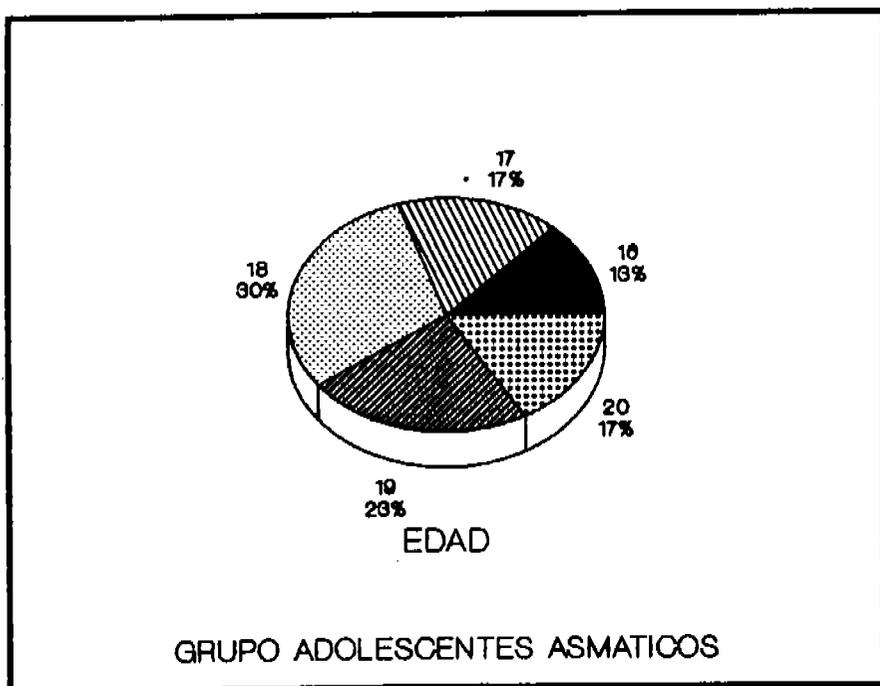


GRAFICA 2



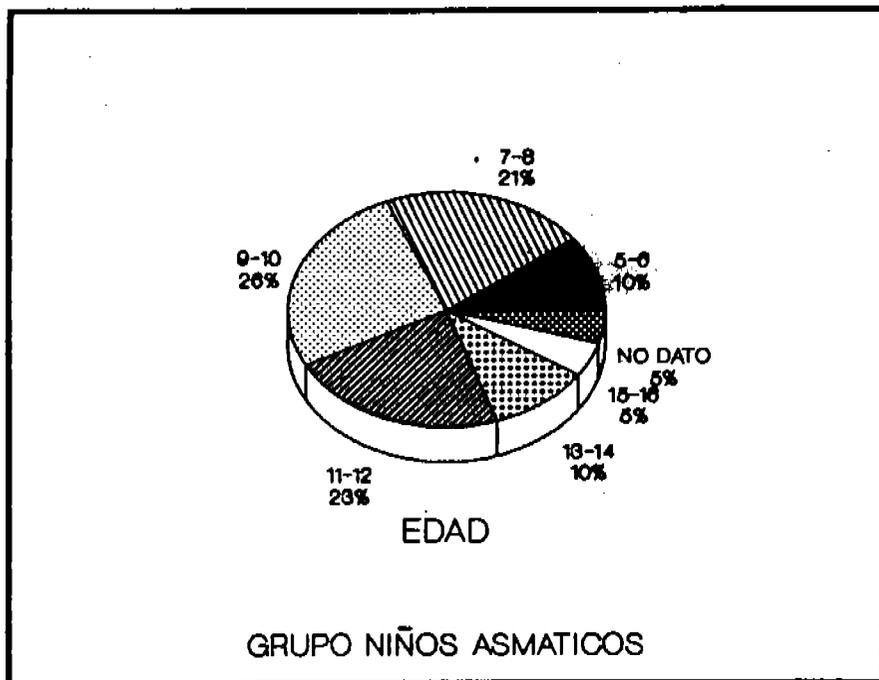
Respecto a la edad, en el grupo de adolescentes predomina la de 18 años (30%), seguida de 19 años (23%), correspondiendo la minoría a los extremos del rango elegido o sea 16 y 20 años. (Gráfica 3).

GRAFICA 3



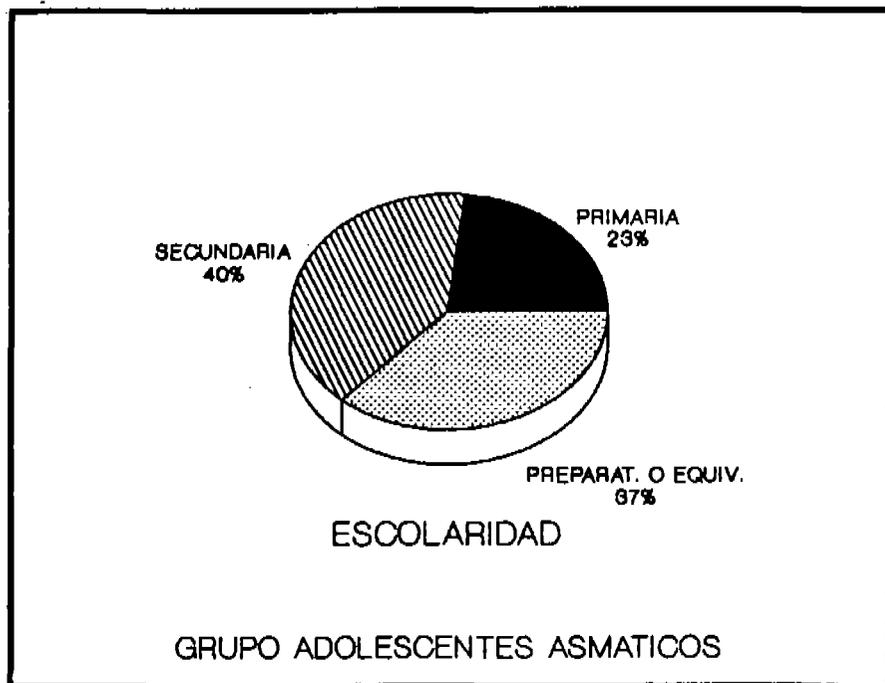
En el grupo infantil el mayor porcentaje estuvo repartido entre los rangos de 9-10 y 11-12 años, situación esperada, ya que la convocatoria de los Cursos, comprendía niños entre 7 y 15 años. (Gráfica 4)

GRAFICA 4



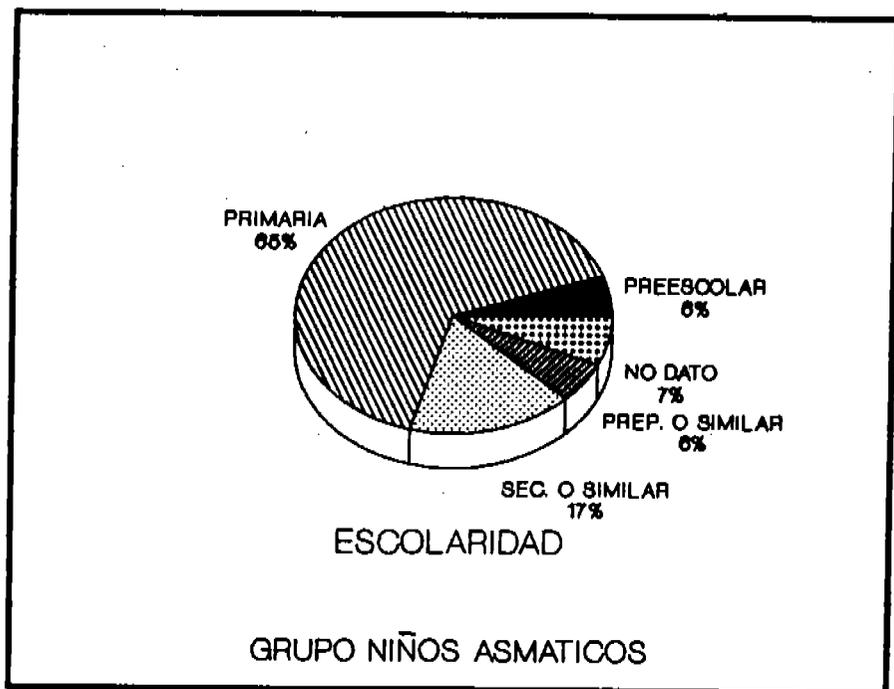
La escolaridad en el grupo de adolescentes correspondió la secundaria (40%) seguida de Preparatoria (37%), situación esperada dada la edad, sin embargo resulta interesante el resultado de un 23% de primaria, ya que se trata de sujetos cuyas edades están comprendidas entre los 16 y 20 años, que tal vez quedaría explicada con la circunstancia de que pertenecen en su mayoría a grupos de nivel socioeconómico bajo, como corresponde a la población que asiste al Hospital General, lo cual suele retrasar el nivel académico, aunque por otro lado también plantearía una posibilidad en relación a la enfermedad, si consideramos los altos índices de ausentismo escolar que se reportan en numerosos estudios, como consecuencia de la enfermedad. (Gráfica 5).

GRAFICA 5



En cuanto a los niños, un 65% corresponde a nivel de primaria, seguidos por 17% en secundaria y por último pequeños grupos en los extremos de preprimaria y preparatoria, todo esto correspondiendo con la edad cronológica del grupo. (Gráfica 6)..

GRAFICA 6

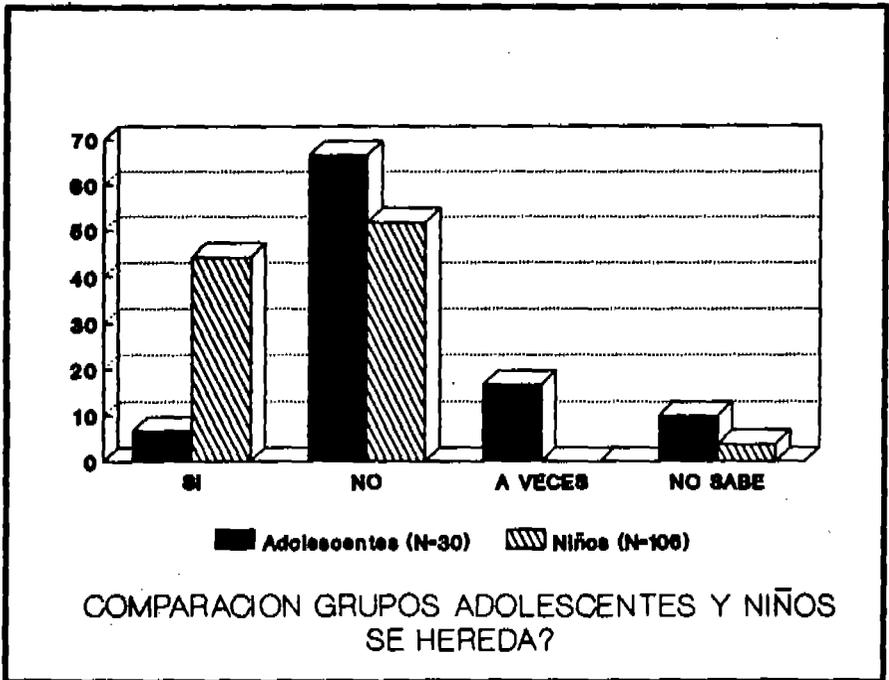


## 2a.COMPARACION ENTRE AMBOS GRUPOS.

Se consideraron aquí 4 ítems en relación con el origen de la enfermedad: ¿se hereda?, ¿se cura?, ¿causas del ataque?, ¿cómo lo evitas? y 3 relacionados con: emociones asociadas a la crisis, impedimentos por la enfermedad y visión del futuro.

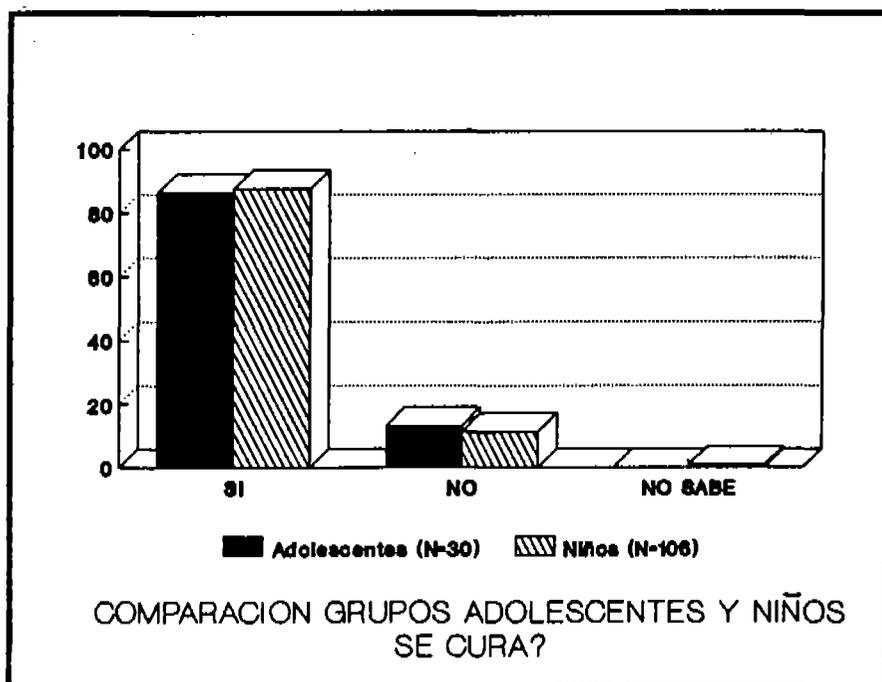
Respecto a la herencia, la mayoría de los sujetos de ambos grupos contesta negativamente (67% y 52%), seguida por respuesta afirmativa mayor en el grupo infantil (44%) en contraste con los adolescentes que responden más a respuestas que implican duda: no sé, a veces. (27%), lo cual confirma la confusión que rige en estos pacientes respecto a características de la enfermedad, referida ampliamente en la bibliografía. (Gráfica 7).

GRAFICA 7



En relación a la curación, ambos grupos contestan de manera muy semejante dando prioridad a la afirmación (87% y 88%), situación que contrasta con la respuesta a otras preguntas en las cuales se percibe una actitud de indefensión y desesperanza. (Gráfica 8)

GRAFICA 8



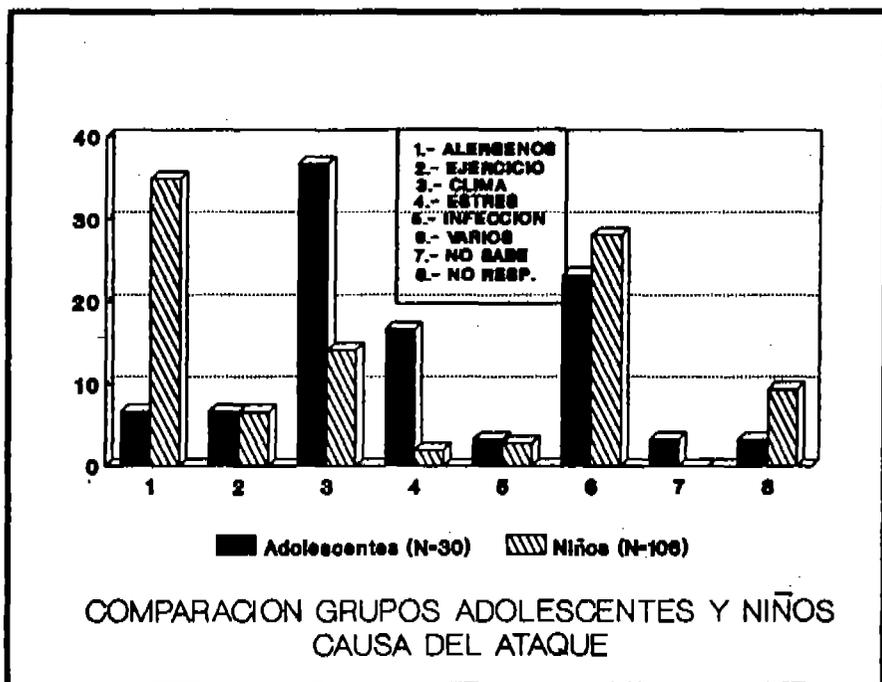
Al grupo de adolescentes se agregó una pregunta respecto a si el asma es contagiosa, con una respuesta negativa en el 97% de los sujetos.

En cuanto a las causas del ataque existe una diferencia en ambos grupos respecto a que los niños adjudican mayor responsabilidad a los alérgenos (37%) y los adolescentes al enfriamiento (37%) en segundo lugar ambos grupos consideran la combinación de varios factores como causante (23% y 28%), siendo las principales: alérgenos, cambio de temperatura y emoción; ejercicio, cambios de temperatura, emoción, risa o llanto y cambios de temperatura con emoción.

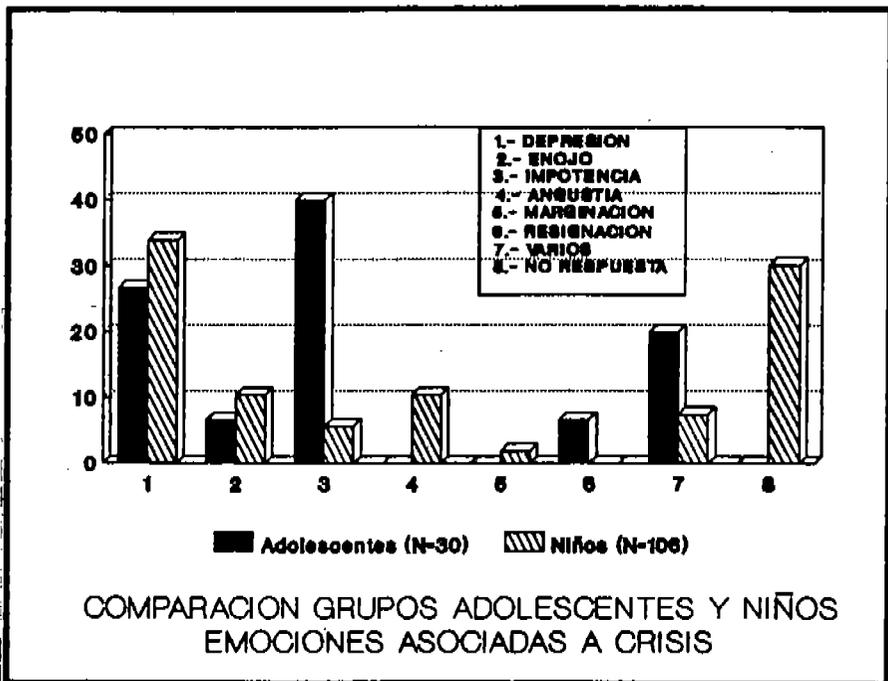
El stress como desencadenante principal es reconocido por un mayor porcentaje por los adolescentes (17 %), los niños solo lo toman como parte de las combinaciones que se anotaron anteriormente. (Gráfica 9).

Con respecto a las emociones asociadas a las crisis existe una similitud en los dos grupos en cuanto a la depresión, (27% y 30%) seguidas de angustia y enojo (11% en ambos), sin embargo hay una importante carga hacia el grupo adolescente respecto a sentimientos de impotencia y desamparo (40% contra 8%), lo cual corrobora varios hallazgos mencionados en la revisión, respecto al tipo de sentimientos encontrados en este tipo de pacientes, cuya historia de enfermedad produce a través del tiempo sentimientos de indefensión y desesperanza que algunos autores como Kociak consideran aprendidos. (Gráfica 10).

GRAFICA 9

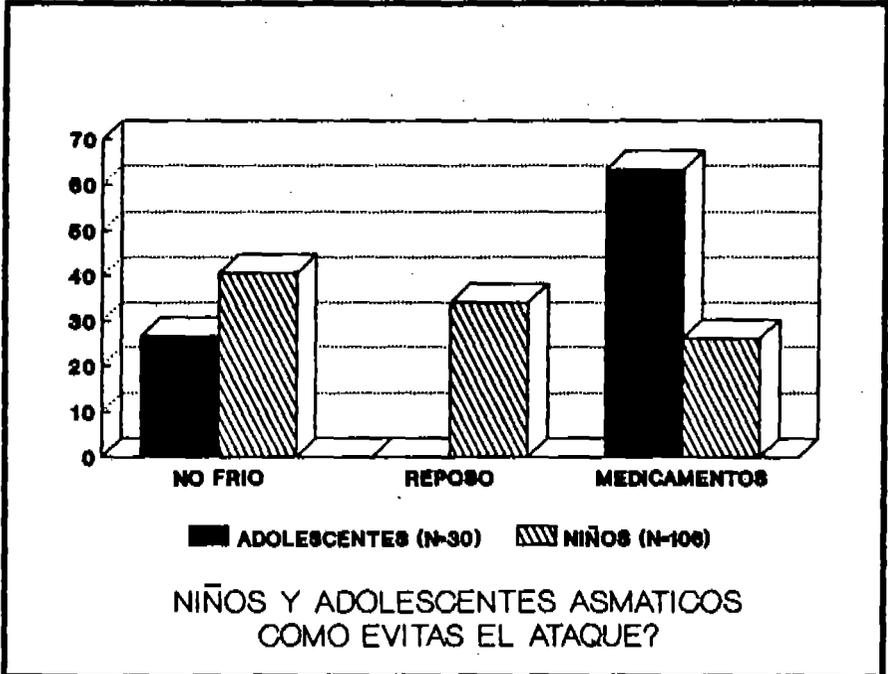


GRAFICA 10



Con referencia a la manera como se evita el ataque, las respuestas son diferentes en ambos grupos, ya que mientras los adolescentes dan preponderancia a los medicamentos (63%), seguidos de los cuidados respecto al clima (27%), los niños consideran primero en importancia evitar enfriamientos, en segundo lugar el reposo y en tercero los medicamentos, lo cual resulta significativo y coincide con lo dicho respecto a la dependencia de los medicamentos que va en aumento a medida que transcurre el tiempo, los niños en cambio refieren conductas de evitación (enfriamiento) y pasividad (reposo). (Gráfica 11).

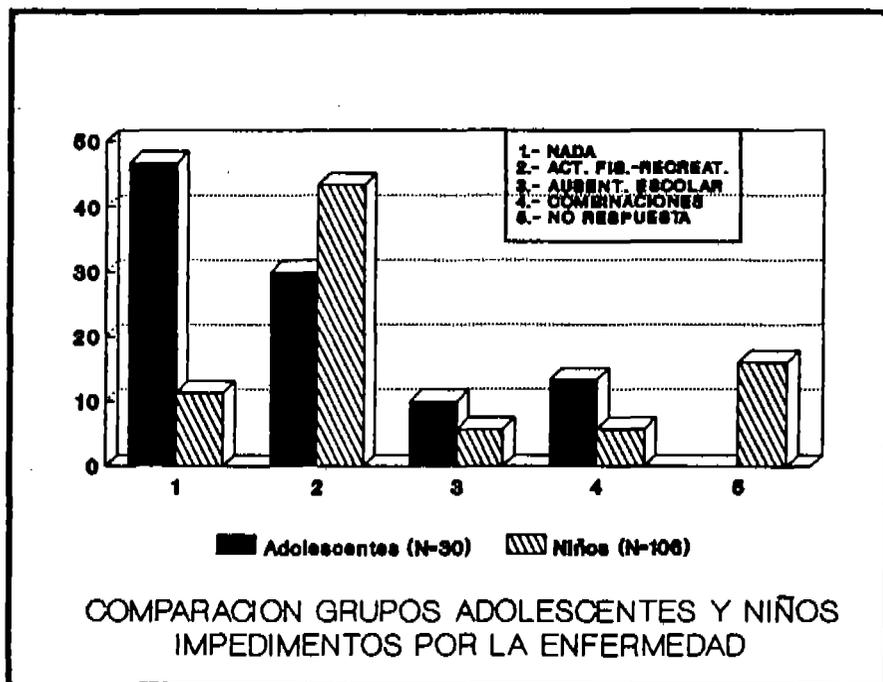
GRAFICA 11



En cuanto a impedimentos que produce la enfermedad difiere en los dos grupos, siendo negada por los adolescentes en mayor porcentaje, seguida de impedimentos de tipo físico, situación que se invierte en los niños, en los que las restricciones físicas son prioritarias.

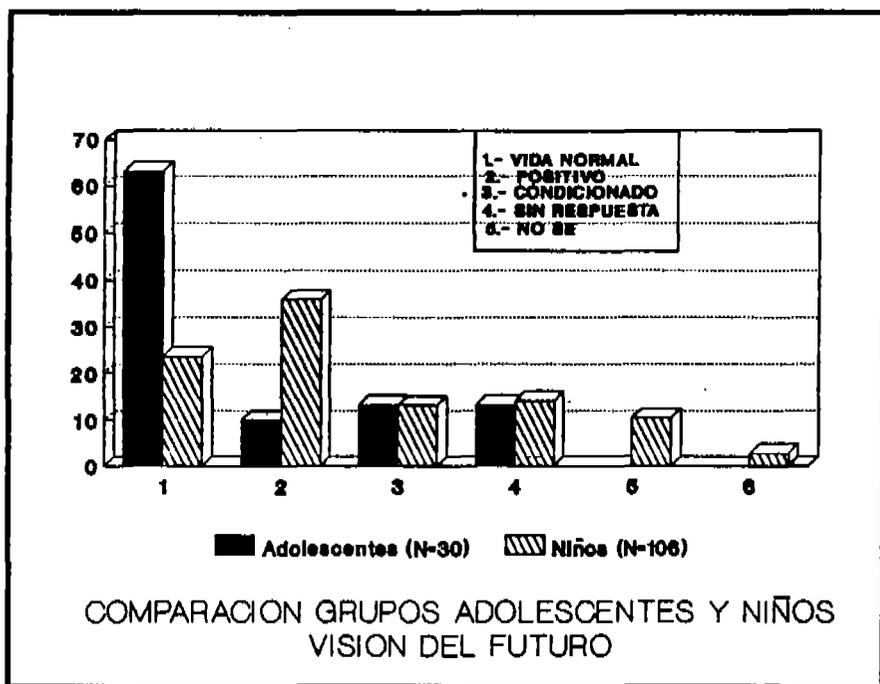
Lo anterior nos habla del incremento de la negación con el tiempo y coincide con el concepto de "sobreadaptación" tan característico del asmático. (Gráfica 12).

GRAFICA 12



La pregunta en relación a su visión del futuro como enfermo asmático, los resultados correlacionan con la pregunta anterior, siendo percibida por los niños como un futuro optimista, positivo, en mayor porcentaje que para los adolescentes que la perciben como "vida normal" en su mayoría, el porcentaje de respuestas negativas es semejante en ambos grupos. (Gráfica 13).

GRAFICA 13



### 3a.GRUPO DE ITEMS APLICADOS AL GRUPO B. NIÑOS.

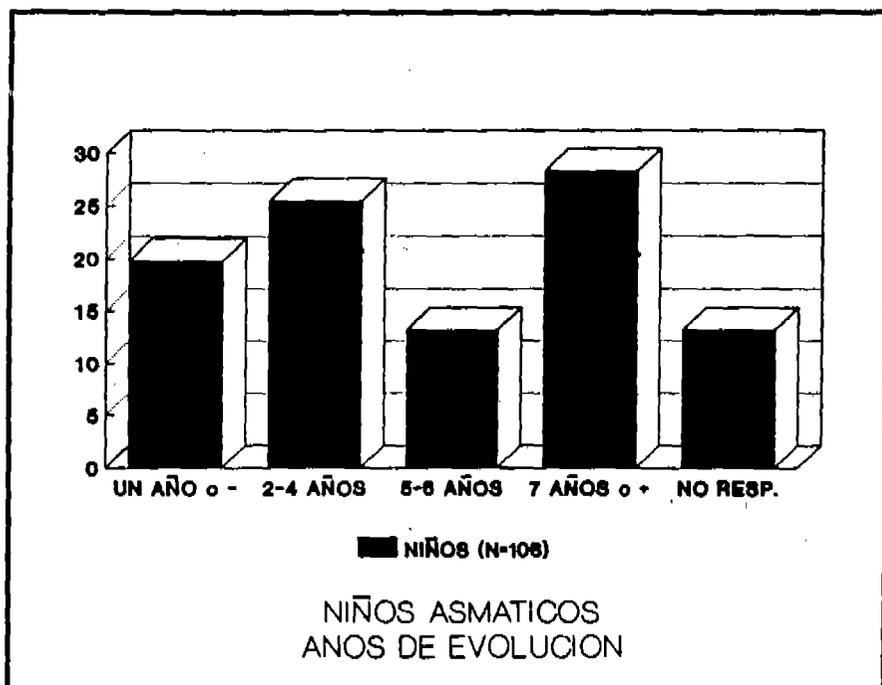
Se exploraron 4 áreas:

- a) Características de la enfermedad.
- b) Características de las crisis.
- c) Conductas terapéuticas.
- d) Autoimagen.

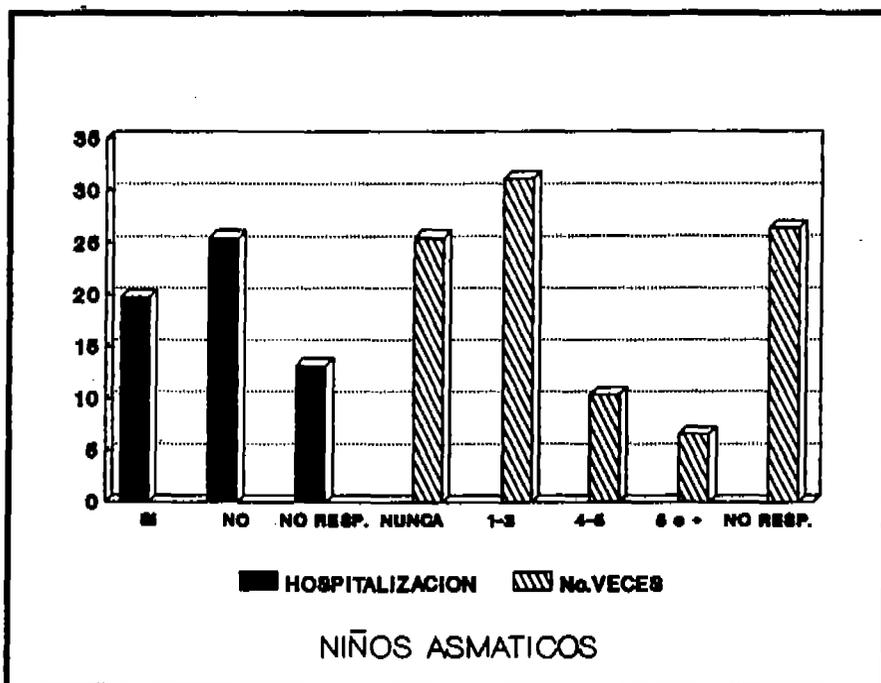
Respecto a las características de la enfermedad se consideraron: tiempo de evolución y hospitalización, encontrando en la primera el porcentaje más alto de más de 7 años de evolución y el segundo entre 2 y 4 años, lo cual representa cifras muy significativas, dada la corta edad de los niños, ya que como mencionamos la mayoría del grupo se encontraba entre los 7 y los 12 años, o sea que se presenta lo que se describe como común que es la aparición del padecimiento en la infancia temprana y desarrollo importante en la edad escolar. (Gráfica 14).

Respecto a la hospitalización, se encontró que el 20% de los casos contestan afirmativamente, con cifras que van de 1 a 3 ocasiones y en el 10% de los casos, los chicos reportan de 4 a 5 y el 8%, más de 5, lo cual nos habla de la severidad en un número importante de casos. (Gráfica 15).

GRAFICA 14

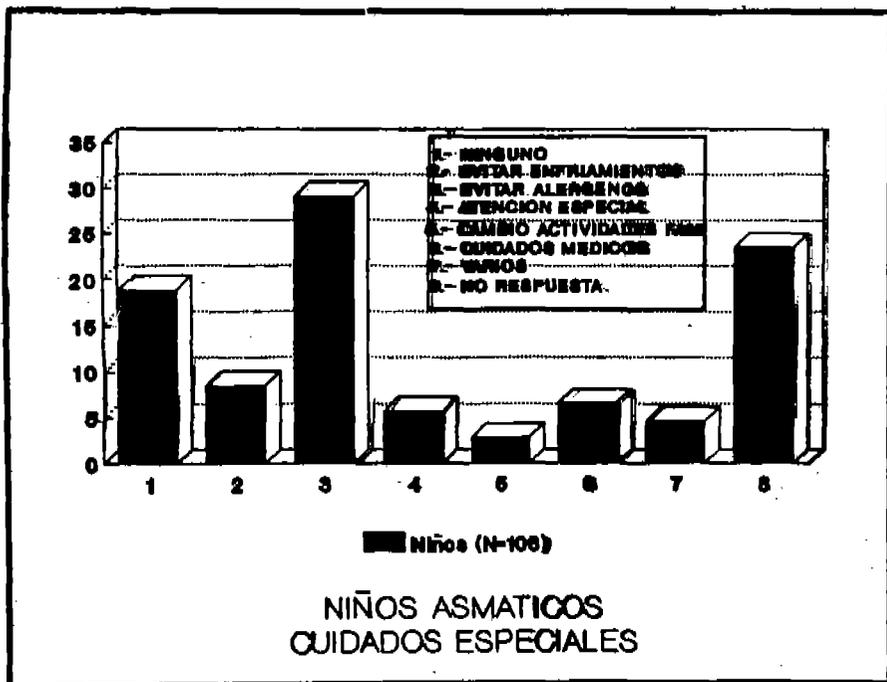


GRAFICA 15



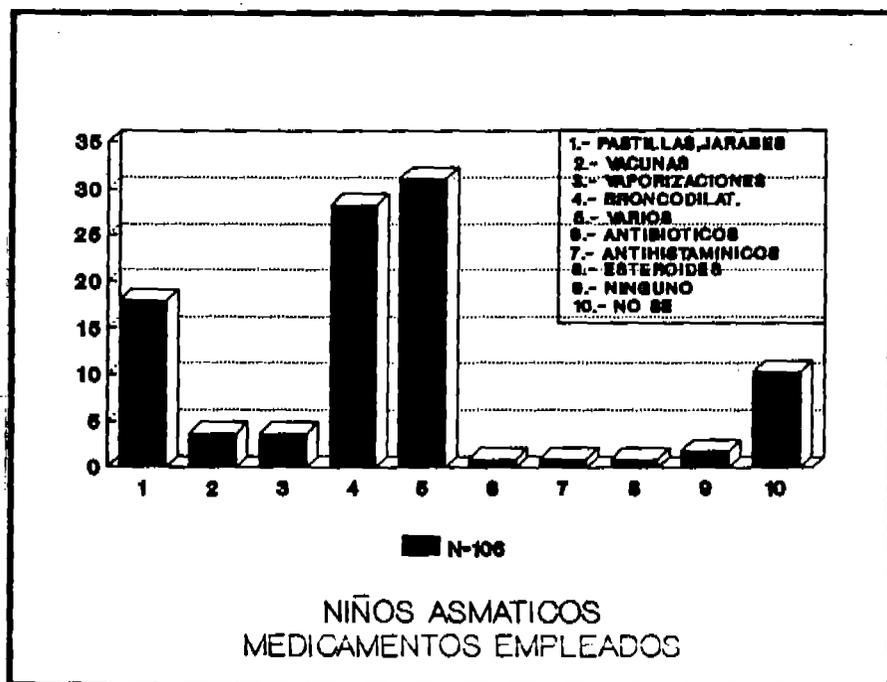
Respecto al tratamiento y cuidados especiales, la mayoría no reporta ninguno, el 30% habla de evitar alérgenos y un 8% refiere tratamiento médico. (Gráfica 16).

GRAFICA 16

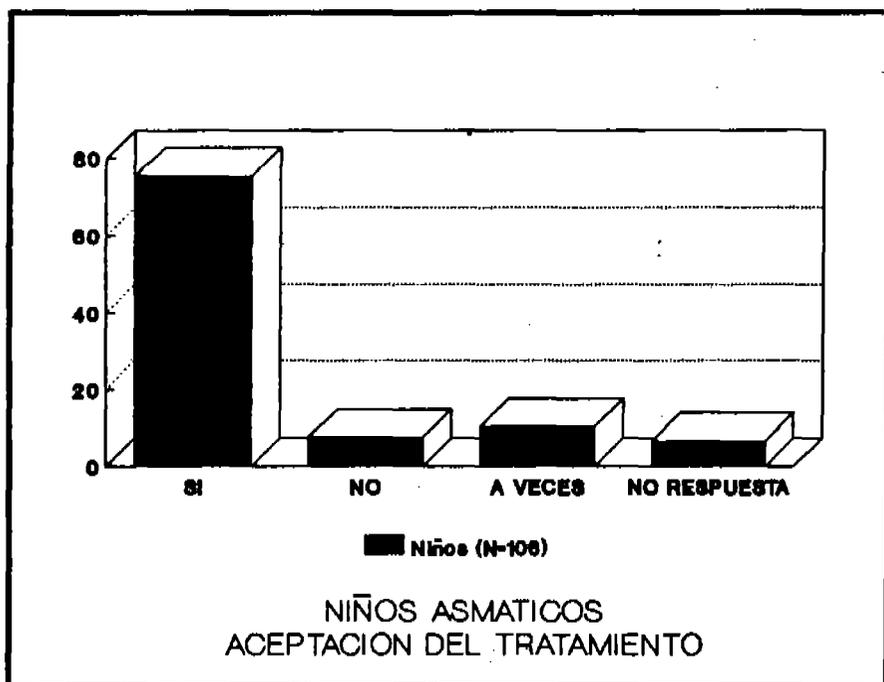


En cuanto a la medicación un número considerable se refiere de manera genérica a pastillas o jarabes, el 33% habla de combinaciones especialmente de esteroides y broncodilatadores y un 28% solo de broncodilatadores con un grupo pequeño 8% de vaporizaciones y vacunas. Todo esto confirma las observaciones del uso de medicamentos como práctica cotidiana de control de las crisis. (Gráfica 17), con aceptación total de la mayoría de los pacientes (80%), solo el 5% dice rebelarse contra el tratamiento ocasionalmente. (Gráfica 18).

GRAFICA 17

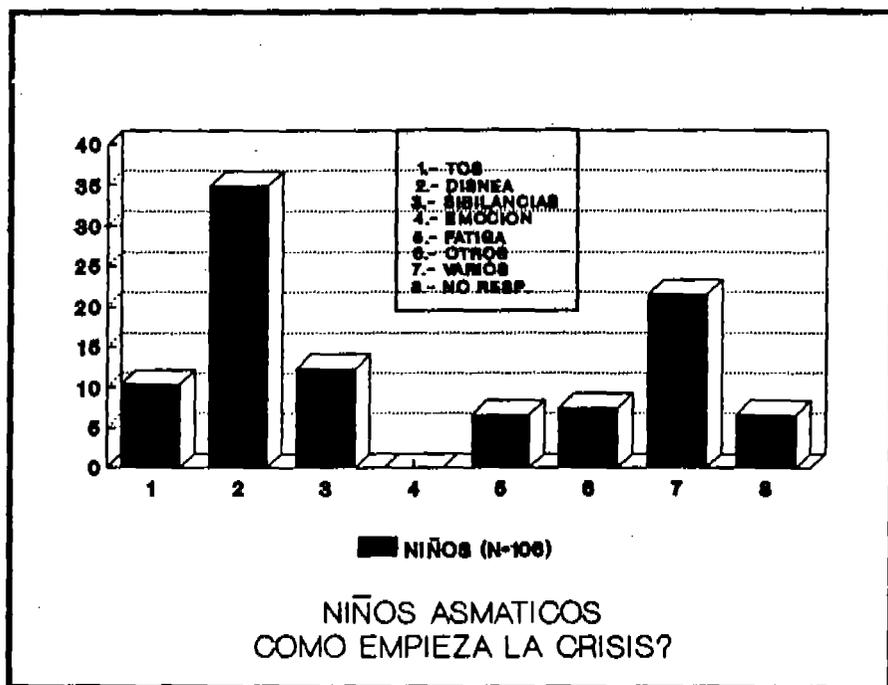


GRAFICA 18



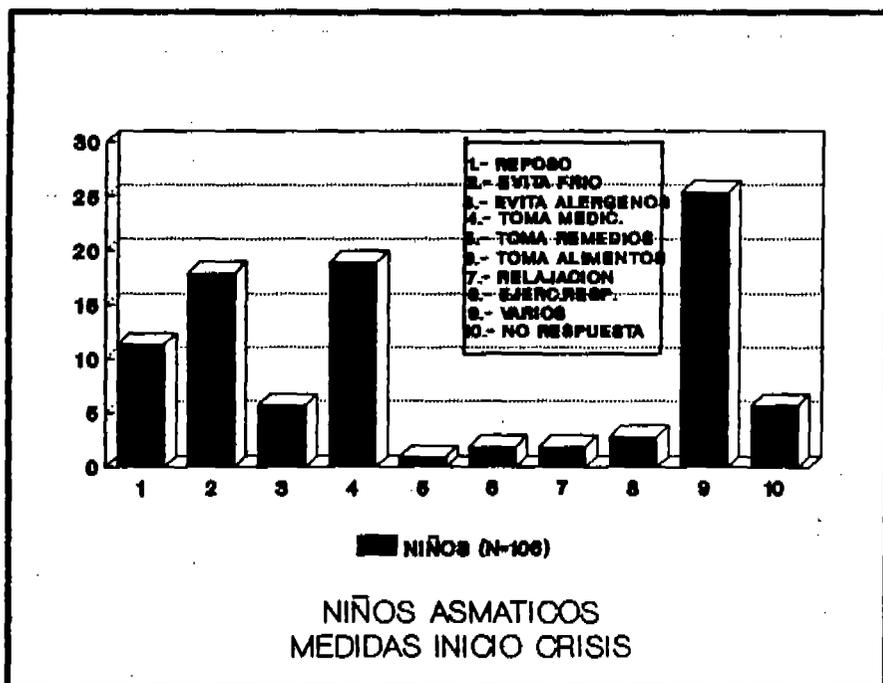
Respecto a las características de las crisis la mayoría refiere como primer signo la disnea, seguido por sibilancias y combinación de ambas, además de tos. (Gráfica 19).

GRAFICA 19



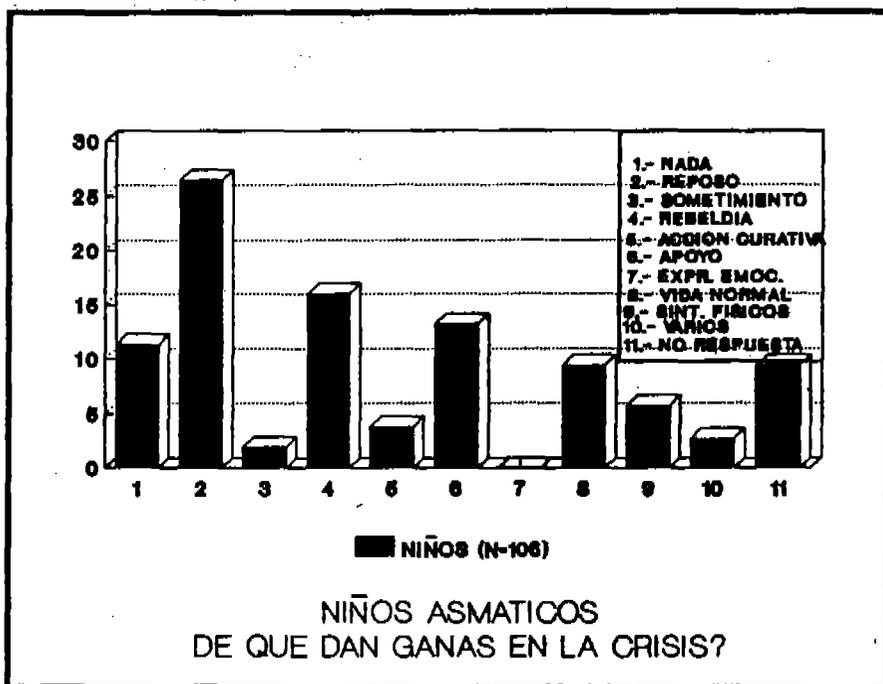
Las medidas al inicio de la crisis en general son combinaciones de acciones como tomar medicamentos, estar en reposo, solicitar apoyo emocional. En general son actitudes pasivas de ser atendidos, reposar, etc.; solamente en casos muy aislados se hace referencia a acciones como practicar ejercicios respiratorios, relajación, tratar de estar tranquilo. (Gráfica 20).

GRAFICA 20

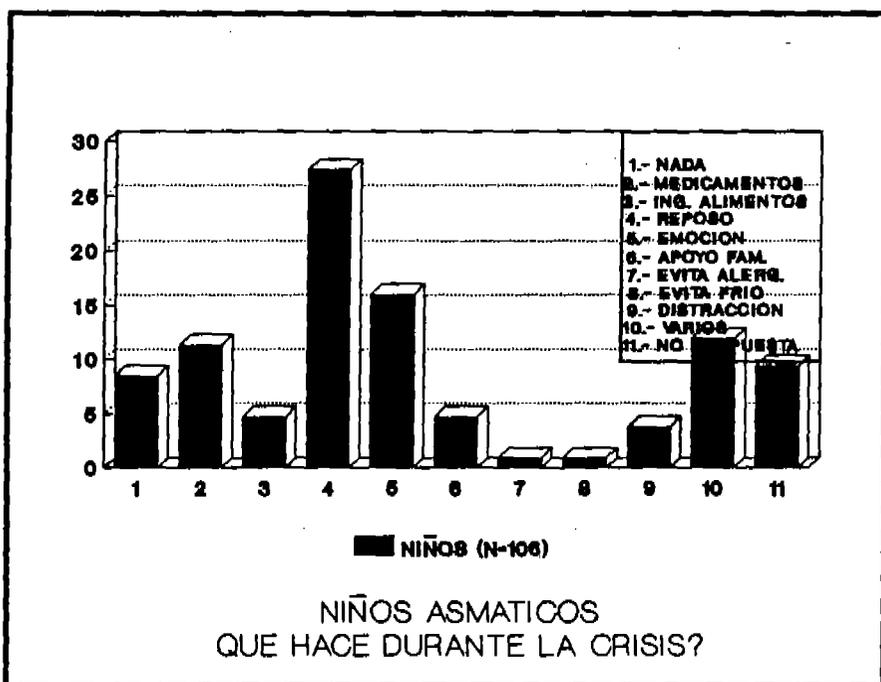


La sensación durante la crisis se exploró mediante las preguntas ¿que te dan ganas de hacer? y ¿que haces? en la primera las respuestas también son en relación a reposo y solicitud de apoyo emocional además de sentimientos de enojo básicamente, la acción se refiere generalmente a lo mismo que en las anteriores, o sea la pasividad y la presencia de sensaciones negativas: sentirse triste, enojado y ocasionalmente realizar algunas acciones como tomar líquidos, té, etc. además de los medicamentos habituales. (Gráficas 21 y 22)

GRAFICA 21



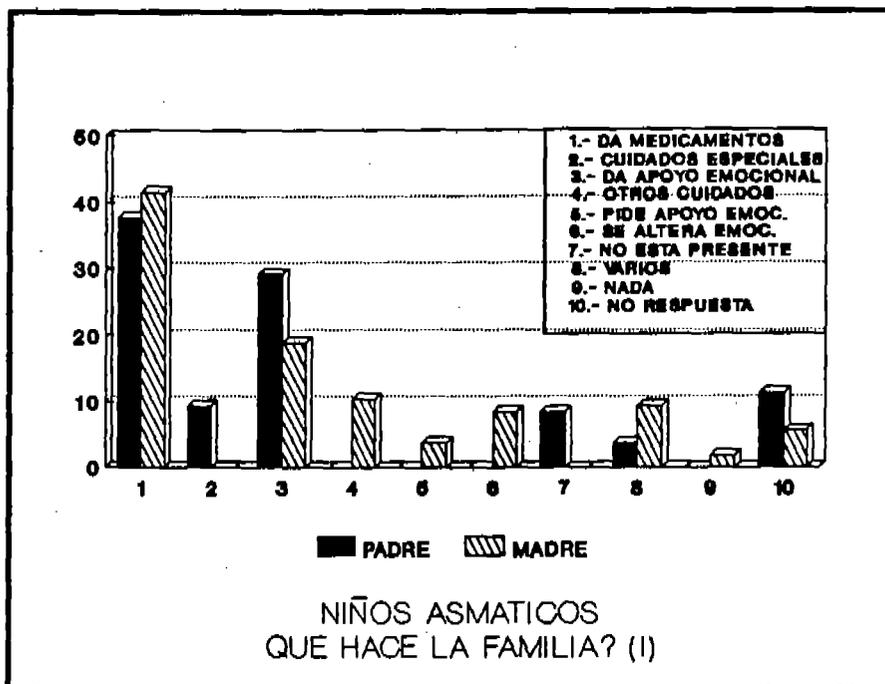
GRAFICA 22



La actitud de la familia durante la crisis se exploró mediante preguntas sobre cada uno de los padres individualmente y hermanos y otros familiares, encontrando lo siguiente:

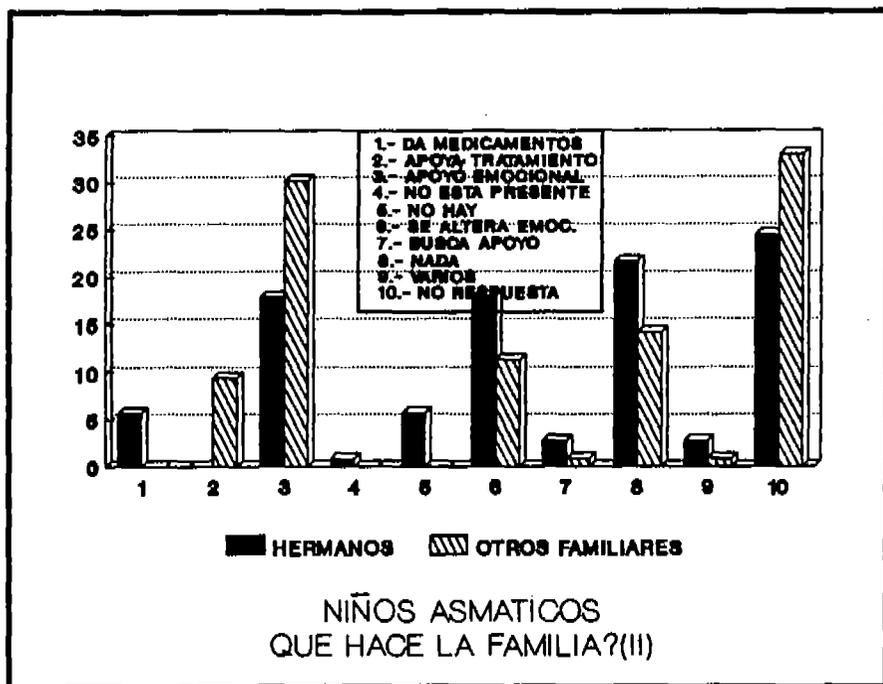
La atención primordial se refiere a la administración de medicamentos y en segundo lugar el apoyo emocional, proporcionadas las dos por ambos padres, casi al mismo nivel, lo cual nos habla de la importante participación del padre en estas familias, respecto a la atención y cuidado al paciente, inclusive, visualizado en un alto porcentaje como más tranquilo y objetivo que la madre, a la que se percibe con una mayor alteración emocional durante la crisis. Otras respuestas menos comunes se refieren a el padre no está presente durante las crisis y a que recibe el chico otro tipo de cuidados de la madre que no son en relación con dar medicamentos. (Gráfica 23).

GRAFICA 23



Respecto a hermanos y otros familiares la mayor parte no refiere ninguna conducta específica y un porcentaje importante menciona apoyo emocional y otro tipo de atenciones y cuidados, de parte de los hermanos, así como también un índice considerable de alteración emocional a causa del problema del paciente. Se observa también una importante participación de otros familiares como abuelos, tíos, etc. sobre todo en el sentido de "se preocupan" y de recibir de ellos apoyo emocional, tanto directamente el paciente como a través de la madre o el padre del chico, así como algún tipo de cuidado extra como ayuda a los padres, cuando éstos deben ausentarse por el trabajo. (Gráfica 24).

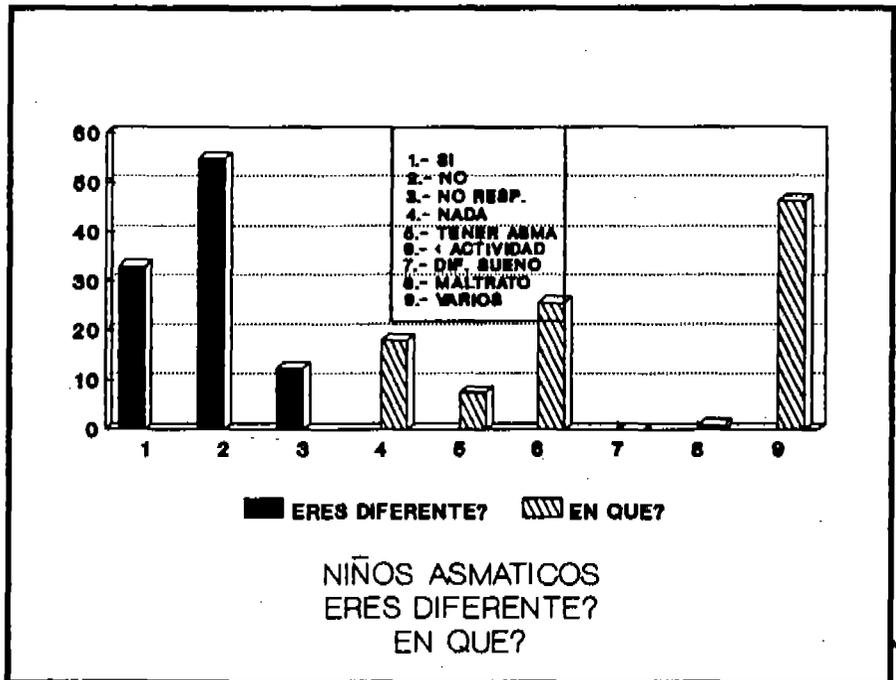
GRAFICA 24



Respecto a la autoimagen se explora mediante preguntas sobre si piensa que es diferente y en qué consiste la diferencia y otra referente a si lo tratan de manera diferente en su casa y en qué consiste ese trato.

Las respuestas en la mayoría de los casos (58%) es negativa, el 38% contesta que sí y la diferencia se refiere a combinación de varios aspectos como la imposibilidad de realizar algunas actividades, en que padece asma. (Gráfica 25).

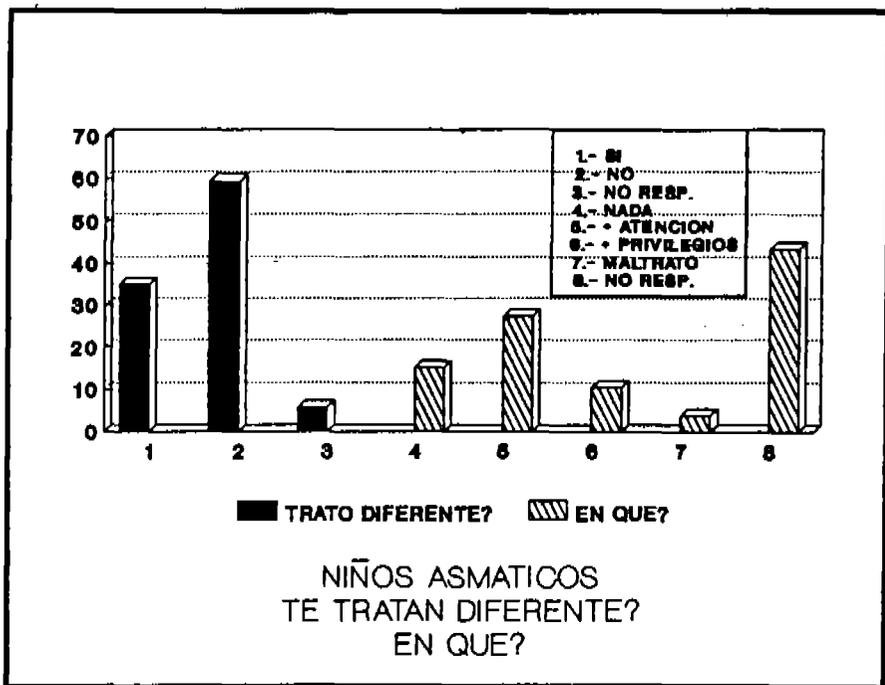
GRAFICA 25



Respecto a si lo tratan diferente la mayoría responde que no y un 38% admite tener mayores privilegios y atenciones algunos pequeños reportan que recibe maltrato cuando está enfermo. (Gráfica 26).

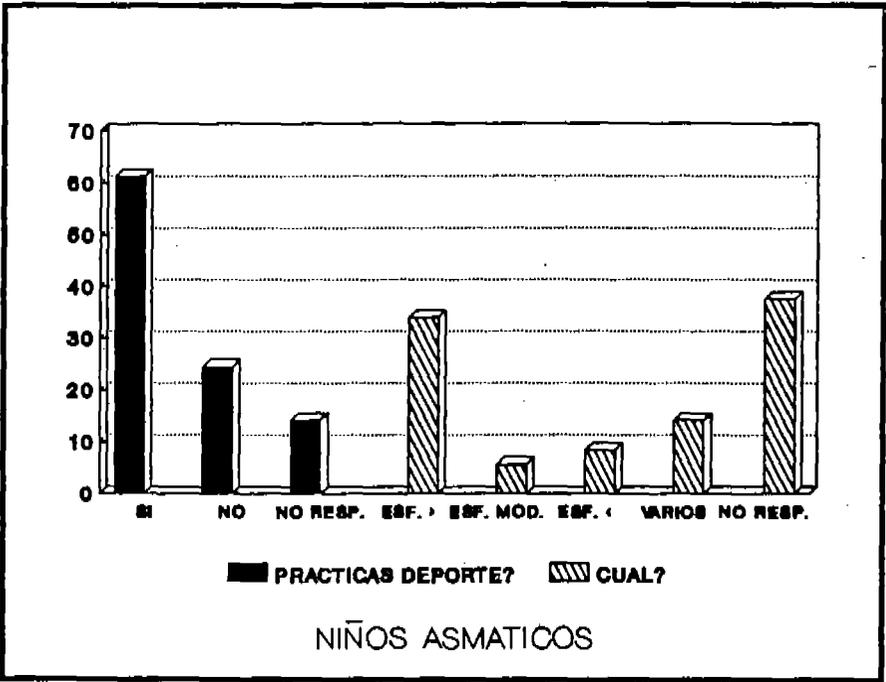
Lo anterior es representativo de varias de las posiciones familiares frente al paciente que sin embargo en la mayoría de los casos niega las diferencias, en su afán de ser como los demás a pesar de tener asma y por otro lado el reconocimiento de un grupo de tener una situación privilegiada por la enfermedad, que es reforzada por la familia cuando se presentan las crisis. (Gráfica 26)

GRAFICA 26



Por último tenemos la pregunta sobre actividades deportivas, en la mayoría de los casos los chicos practican deporte muchos de ellos de esfuerzo mayor, contrastando con la respuesta de que se sienten incapaces de realizar actividades, registrada en otra pregunta, también seguramente producto de consejo médico sobre la necesidad de que haga ejercicio y de una actitud del mismo paciente de sobreponerse a la enfermedad en ocasiones en un impulso de "sobreadaptación", "a pesar del asma yo puedo".(Gráfica 27)

GRAFICA 27



## ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Tal como se especificó en los resultados, la presentación de los datos, se manejó en dos sentidos: el primero a través de la comparación de ambos grupos en aquellas preguntas comunes y en segundo lugar, los datos exclusivos del grupo infantil (Estudio B).

En primer lugar a nivel epidemiológico, se confirma la observación de la mayor parte de los especialistas respecto a una diferencia importante en cuanto a número de pacientes del sexo masculino sobre el femenino, sobre todo en poblaciones infantiles y adolescentes. (Ellis, 83, Ramírez, 87). (En nuestros estudios, la relación masculino-femenino fué de 60%-40% en los adolescentes y de 64%- 36% en los niños).

En relación a la escolaridad, encontramos en el grupo de adolescentes, un 40% de secundaria y 37% de preparatoria y un 23% de nivel de primaria, siendo los dos primeros lo esperado considerando los rangos de edad: 16-20 años, no así el de primaria, lo cual nos habla de un retraso escolar en este subgrupo que podría atribuirse al nivel socioeconómico bajo, presente en la población del Hospital General, pero también podría representar un dato en relación con el padecimiento, si tomamos en cuenta las numerosas referencias a problemas de ausentismo escolar, que ha sido utilizado inclusive como criterio para la evaluación de programas de tratamiento. (Fireman, 81, Kociak, 85, Creer y Winder, 86). (Gráfica 5).

En el grupo de niños no se presenta esta situación, correspondiendo su escolaridad a lo esperado en relación a las edades. (Gráfica 6).

En cuanto a características del padecimiento en el grupo infantil se registra el tiempo de evolución de la enfermedad en cifras que van de 2 a 7 años (Gráfica 14), dato importante considerando la corta edad del grupo, coincidiendo con la situación reportada ampliamente respecto a que se trata de un padecimiento de aparición temprana y con desarrollo e incremento en la edad escolar. (Kohen, 85, Ramírez, 87).

Respecto al índice de hospitalización por emergencia, se encuentra en el 20% de los casos, con frecuencias de 1 a más de 6 ocasiones, lo cual nos habla de un asma severa en un importante número de nuestros pacientes (Gráfica 15), coincidiendo con lo reportado sobre alto porcentaje de internaciones de emergencia por asma en varios hospitales infantiles. (Davis, 73, Ellis, 83). Respecto a los conocimientos acerca de la enfermedad, se observa una situación de confusión en cuanto a su etiopatogenia y tratamiento. (Gráficas 7, 8 y 9), compartida con el propio equipo médico, para quienes tampoco resultan claros muchos de los mecanismos de la enfermedad. (Ver Definición en el Capítulo I y Diagnóstico y Etiología en el Capítulo III). Dicha confusión es descrita como causa de una

serie de "ideas irracionales" que van formando parte de la ideología del paciente y lo hacen mucho más vulnerable a la angustia (Kociak, 85 y Kociak, en prensa, Bayés, 87).

En cuanto a los síntomas que presentan al iniciarse las crisis, reportan combinaciones de disnea, sibilancias y tos en diferentes proporciones o reportando disnea o sibilancias como la principal; síntomas descritos en la mayoría de la bibliografía sobre el tema. (Mc Fadden y Austen, 82). (Gráfica 19).

En relación a la percepción de sí mismos como enfermos de asma, existen una serie de contradicciones que van desde una actitud de negación de la enfermedad como problema real, hasta sentimientos de indefensión y desesperanza que algunos autores describen como aprendidos ((Kociak, 85, en prensa y Bayés, 87), situación que parece confirmarse al observar las respuestas de los adolescentes en comparación a las de los niños, en relación a sentimientos que le produce la enfermedad, presentando los adolescentes un índice mayor de impotencia, lo cual nos habla de un camino más largo como enfermos asmáticos, que ha propiciado el desarrollo de un sentimiento de indefensión o desamparo. (Gráfica 10).

También las posibilidades de alivio se cierran más con el tiempo, describiendo conductas de reposo, en espera de ser atendidos por la familia, generalmente a través de administración de medicamentos y apoyo emocional, como las únicas alternativas tanto del paciente como de la familia durante las crisis, contribuyendo a reforzar estas conductas de pasividad, depresión y abandono, todo esto presente en las respuestas a preguntas como: que te dan ganas de hacer y qué haces cuando tienes una crisis, medidas al inicio de un ataque, y qué sentimientos te produce la crisis. (Gráficas, 10, 20, 21 y 22), reportando emociones de depresión, tristeza, impotencia y desamparo de parte de ambos grupos. La presencia de este tipo de emociones había sido descrita por numerosos estudios, considerando en la mayoría de los casos como origen una situación conflictiva, a nivel de relaciones familiares, especialmente en especial con la figura materna. (Freud, 48; Franz y Alexander, 48, 50, 62; Abramson, 54; Franks y Leigh 59; Miller y Baruch, 60; Fine, 83, Kinsman, 80 y otros). Estudios recientes lo asocian a situaciones aprendidas a partir del padecimiento, de ahí la observación de la gran semejanza entre las conductas y sentimiento de los asmáticos de todo el mundo, sea cual fuere su nivel social, intelectual etc. debida a que comparten el mismo problema físico y psicológico y también un mismo ambiente social y médico impregnado de ideas parciales y prejuicios acerca de la enfermedad. (Kociak, 85). Otro de los hallazgos en cuanto la expresión de sentimientos de enojo y rebeldía ante la enfermedad, sentimiento admitido en mayor porcentaje por el grupo de niños, situación descrita como la dificultad de expresar sentimientos considerados como "negativos, tales como tristeza y enojo, en nuestros estudios más evidente en los enfermos con mayor tiempo de evolución. (Kociak, en prensa, ver listado de Características Emocionales de la página 29). (Gráfica 10) Situación semejante se observa en relación a la pregunta sobre si coopera con el tratamiento o se opone a él, hecha al grupo de niños, quienes en gran mayoría contestan afirmativamente, solamente un pequeño porcentaje admite ocasionalmente tener conductas de rebeldía. (Gráfica 18).

En cuanto a acciones, directas, solo en casos excepcionales se considera la posibilidad de realizar ellos mismos conductas de alivio o curación, como hacer ejercicios respiratorios, relajarse, etc. (Gráfica 22).

Respecto a las causas de las crisis, difieren en los dos grupos, adjudicando los niños mayor importancia a los alérgenos y a la combinación de factores como cambios de clima, alérgenos y emoción, siendo para mayor porcentaje de los adolescentes más importantes los cambios de clima y un 18% reportan el estrés como causa central, (Gráfica 9). La presencia de conductas de evitación activa y pasiva, están presentes en las medidas preventivas y curativas, en las cuales los niños mencionan con más frecuencia el cuidado respecto a los alérgenos en contraste con los adolescentes que hablan más de los cambios de temperatura por tiempo de experiencia respecto a la dificultad de evitar estímulos o situaciones potencialmente alérgicas. (Gráfica 11).

El empleo de medicamentos es reportado en mucho mayor escala en los adolescentes que en los niños, quienes refieren otro tipo de opciones como cuidarse del clima, etc. (Gráfica 11). Esto confirma lo expuesto sobre la disminución de opciones en los pacientes con mayor grado de evolución, llegando a darse situaciones graves de automedicación en muchos casos, considerada por algunos autores como un auténtico problema de farmacodependencia. (Kociak, 85 y en prensa). La ambivalencia en relación a la enfermedad, se observa también respecto a la dificultad de admitirse diferentes a los demás por un lado y por otro el reconocimiento de "soy asmático" en un sentido idiosincrático. (Gráficas 25 y 26).

La conducta familiar se hace patente en los resultados, con una actitud de sobrealerta y atención de parte de toda la familia, con la participación importante del padre, quien es percibido como más tranquilo y objetivo que la madre, descrita como más alterada emocionalmente por el problema del chico, igualmente se registra la alteración emocional de los hermanos y de algunos otros miembros de la familia (abuelos, tíos). Así mismo, el reconocimiento por algunos pacientes de privilegios y atención especial por la enfermedad contrastando con la negación rotunda de otra parte del grupo de esta situación especial, volviéndose a encontrar la oscilación entre admitirse diferente, presente también cuando se interroga sobre su percepción del futuro como paciente asmático, la mayoría niega que ésta influya en su vida y por otro lado reconoce sentimientos de desesperanza. (Gráficas 12, 13, 23, 24 y 26). Lo mismo ocurre en la situación de impedimentos por la enfermedad en la cual la mayoría de los adolescentes contesta negativamente, los niños admiten limitaciones sobre todo a actividad física y recreativas, no obstante lo cual en la pregunta sobre prácticas de deporte la mayoría del grupo infantil contesta afirmativamente, inclusive en la práctica de deportes de esfuerzo mayor, lo cual coincide con la observación de la necesidad de sobreponerse a la enfermedad, inclusive en ocasiones en forma exagerada (Descrito con el nombre de "sobreadaptación", Liberman, 86) presente en estos pacientes, aunque también es importante considerar esta conducta como parte de las recomendaciones del médico para lograr su recuperación. (Gráficas 12 y 27).

Los datos presentados ilustran de manera clara y objetiva, gran parte de las afirmaciones hechas en la revisión sobre las características del paciente asmático, su autoimagen

y percepción de la enfermedad, en especial por aquellas descritas por el modelo de Medicina Conductual. (Ver listados de las páginas 27 a 31).

En nuestros grupos se pueden apreciar como puntos centrales los siguientes:

1. Confusión respecto a la enfermedad: etiologopatogenia, acciones preventivas y curativas.

2. Ambivalencia respecto admitir la enfermedad las limitaciones a las que se ve sometido y a su futuro como enfermos.

3. Sentimientos de depresión e impotencia con dificultad para admitir ambas, más evidentes a medida que avanzan en edad, probablemente por acumulación de experiencias negativas como enfermo asmático.

4. Actitudes de pasividad y sometimiento al padecimiento y a los tratamientos, considerando en forma prioritaria y casi única el reposo y los medicamentos tanto antes como durante las crisis, esto asumido tanto por la familia, como por el ambiente médico tradicional, quienes sirven de reforzamiento.

5. La importante participación de la familia que comparte el mismo nivel de confusión y que refuerza conductas de pasividad, indefensión y desesperanza con el paciente. La presencia importante de la figura del padre y la observación de mayor alteración emocional de la madre y los hermanos, así como participación de otros familiares en la preocupación por el paciente, quien vive una situación de sobre observación hacia el medio externo, así como el uso de las crisis para manipular situaciones y obtener privilegios.

6. La existencia de especialistas que incluyen medidas adicionales al uso de medicamentos, tales como práctica de deportes, programas de ejercicios respiratorios, apoyo psicoterapéutico, así como la afirmación de un grupo de pacientes que practican la relajación o ejercicios respiratorios durante las crisis, pero en ningún caso se menciona la integración de todos los elementos en un programa terapéutico verdaderamente integral.

## CONCLUSIONES

1a. El asma bronquial representa un grave problema de salud pública por su alta incidencia, prevalencia, peligro de muerte y costo económico y emocional.

2a. Existe una gran confusión tanto en la definición como en la etiopatogenia y consecuentemente en el abordaje terapéutico.

3a. En la actualidad es reconocido casi universalmente el modelo alérgico-inmunológico, enfocando el tratamiento a la desensibilización por medio de vacunas y el uso de medicamentos broncodilatadores y antiinflamatorios especialmente esteroides, mismo que no ha logrado resolver el problema.

4a. La consideración de factores emocionales dentro de los mecanismos de producción del ataque asmático, ha sido reconocida universalmente, sin que se haya traducido necesariamente en estrategias de intervención adecuadas para su manejo.

5a. Los resultados de los estudios descriptivos presentados, corroboran ampliamente las observaciones descritas sobre características del paciente asmático y su percepción de la enfermedad encontradas en la literatura revisada.

6a. El planteamiento de la Medicina Conductual ofrece un modelo en el que se incluyen factores neurofisiológicos, psicológicos y sociales cuya interacción produce la enfermedad y que permite derivar técnicas de tratamiento que han empezado a demostrar su efectividad.

7a. Consideramos que en el estudio de las enfermedades y en especial de las psicósomáticas, el modelo integral propuesto por la Medicina Conductual, representa un campo de trabajo e investigación sumamente importante para el psicólogo interesado en los problemas de salud, ya que permite el desarrollo de modelos terapéuticos realmente interdisciplinarios.

8a. Dentro del enfoque de la Medicina Conductual, los programas de automanejo resulta una opción interesante de tratamiento para este tipo de pacientes, que ha empezado a ser utilizada con éxito en diversos países.

9a. Personalmente considero que la organización de programas de automanejo para control del problema asmático con énfasis en aspectos emocionales y conductuales podría representar un camino de solución en nuestro país, que merece ser investigado en profundidad.

Como consecuencia de todo lo anterior, proponemos la organización de un programa exploratorio en dos fases:

1. Adaptación del programa de automanejo existente a nuestra realidad cultural.
2. Suponiendo que el resultado sea el que esperamos, se realizaría el entrenamiento de grupos de monitores para ser difundido a la población del país.

## NOTAS

- 1.- Creer, T. L. & Winder, J. (1986).
- 2.- Giménez Díaz, C. (1953, pág. 5).
- 3.- Charpin, J. (1970, prólogo, pág. 5).
- 4.- Charpin, J. (véase nota núm. 3).
- 5.- Symposium Cyba y American Thoracic Society, 1970. Referido por Charpin, J. (op. cit., pág. 5).
- 6.- ACCP-ATS Joint Committee (1975).
- 7.- Daniele, R. P. (1980).
- 8.- McFadden, E. R. & Austen, K. F. (1982). Asma [Asthma] (5th ed.). In Harrison, T. R. et al. (eds.), Medicina Interna: Vol. 2, Chap. 257 (pp. 1600-1606). México: La Prensa Médica.
- 9.- Farga, V. (1983, citado por Charpin, J., 1970, pág. 5).
- 10.- Farrerons, F. J. Co. (1987).
- 11.- Kociak, I. Comunicación personal durante el Seminario sobre Revisión del Modelo Conductual del Asma Bronquial. Asesoría epistemológica. Dr. G. Klimovsky. Buenos Aires, Argentina, 1988.
- 12.- Peshkin, M. M. (1966, 1968).
- 13.- Ellis, E. F. (1983).
- 14.- Goldstein, R. A. (1983).
- 15.- Ellis, E. F. (1983).
- 16.- Boyd, G. (1984).
- 17.- Fireman, P. L. y col. (1981).
- 18.- Cohen, M. (1985).
- 19.- González, P., Bravo, A. & Herrera, L. (1987).
- 20.- Ramírez, N. (1987).
- 21.- Ellis, E. F. (1983).
- 22.- Davis, J. (1972). Citado por Mainman, L. y col. (1979). También véase Goldstein, R. A. y col. (1983).
- 23.- Ellis, E. F. (1983).

- 24.- Cueva, V. F. (1974).
- 25.- Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1975).
- 26.- Peshkin, M. M. (1968) y Sork (1984); Ormerod y col. y el seguimiento confidencial de la British Thoracic Association, citados por: Stableforth, D. (1984).
- 27.- Register General's Statistical Review de Inglaterra y Gales en el año 1965 (Asma Infantil. R. S. Jones. Salvat eds., S. A., Barcelona.) (Citado por Spelzer, Doll y Heaf, 1968).
- 28.- Panorama de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud. México, 1987.
- 29.- Roncoroni, S. y col. Citado por Grassi, O. y col. (1983).
- 30.- Marchand & Van Hasselt, E. Citados por Grassi, O. y col. (1983).
- 31.- González, P. y col. (1987).
- 32.- Herxheimer, H. (1985).
- 33.- Peshkin, M. M. (1968).
- 34.- Fireman, P. L. y col. (1981).
- 35.- Goldstein, R. A. y col. (1983).
- 36.- Vance, V. J. y Taylor, W. F. (1971).
- 37.- Kociak, I. (1981, 1983, 1985).
- 38.- Milner, D. (1984).
- 39.- Milner, D. (1984).
- 40.- Adinoff, A. D. & Hollster, J. R. (1983) y Morris (1983).
- 41.- Suess, W. M. & Chai, H. (1981) y Suess, W. M. y col. (1986).
- 42.- Creer, T. L. (1979).
- 43.- Ortega, V. J. E., Restrepo, M. J., Reyes, P. V. & Sánchez, D. C. E. (1984). También: Lockey, R. F. & Bukantz, S. M. (1984) (véase nota núm. 114).
- 44.- Grassi, O. T. y col. (1983).
- 45.- Citado por Gómez Orozco, L. (1987).
- 46.- Citado por Salazar Mallén, M. (1958) y por McGovern, J. P. & Knight, J. A. (1987).
- 47.- Citado por Gómez Orozco, L. (1987).
- 48.- Citado por Gómez Orozco, L. (1987).
- 49.- Citado por Gómez Orozco, L. (1987) y por Ortega, V. J. E. y col. (1970).
- 50.- Citado por Cueva, V. J. (1974).
- 51.- Id.

- 52.- Id.
- 53.- Id.
- 54.- Id.
- 55.- Citado por Salazar Mallén, M. (1958).
- 56.- Id.
- 57.- Citado por McGovern, J. P. & Knight, J. A. (1967).
- 58.- Freud, S. (1948).
- 59.- Rank, O. (1929).
- 60.- French, T. M. (1939) y French, T. M. & Alexander, F. (1941).
- 61.- Fenichel, O. (1964).
- 62.- Alexander, F. (1948, 1950, 1955, 1962).
- 63.- Hurst y col. (1950), Mitchell (1953), Jessner (1955), Bostock (1956), Selesnick, S. T. (1969) y Levenson, R. (1979).
- 64.- Marti, P. & M'Uzan, M. (1963) y Rof-Carballo, J. (1984, pp. 517-518).
- 65.- Marti, P. & M'Uzan, M. Referidos por Rof-Carballo, J. (1984, pp. 411-412).
- 66.- Liberman, D., Picocolo, E., Neborak, S., Pitiner, L. & Roitman, P. (1986).
- 67.- Kohut, H. (1971).
- 68.- Rof-Carballo, J. (1984, pp. 109-119).
- 69.- Nemiah, J. C. (1967).
- 70.- Philippoulos, G. S. (1967).
- 71.- Rof-Carballo, J. (1984, pág. 413).
- 72.- Nemiah, J. C. (1977).
- 73.- McDougall, J. (1974).
- 74.- Jackson & Yalon. Referidos por Rof-Carballo, J. (1984, pp. 417-418).
- 75.- Hoppe, K. D. & Bogen, J. E. (1977) y Rof-Carballo, J. (1984, pp. 218-220).
- 76.- Nemiah, J. C. (1977).
- 77.- Dirks, J. F. y col. (1978).
- 78.- Teiramaa, S. (1977, 1981), Felguine, D. & Kinsman, R. (1982) y Kinsman, R. y col. (1980).
- 79.- Kleiger, J. H. & Kinsman, R. A. (1980).
- 80.- Sifneos, P. E., Apfel-Savitz, R. & Frankel, F. H. (1977).
- 81.- Kleiger, J. H. & Dirks, J. F. (1980).

- 82.- Fine, R. (1963). También, citados por Sharma, S. & Nandkumar, V. K. (1980); Miller, H. & Baruch, D. W. (1960), French, T.M. & Alexander, F. (1941), Abramson, H. A. (1954), Franks, C. M. & Leigh, D. (1980).
- 83.- Abramson, H. A. (1954).
- 84.- Sharma, S. & Nandkumar, V. K. (1980).
- 85.- Teiramaa, S. (1977, 1981) y Sharma, S. & Nandkumar, V. K. (1980).
- 86.- Kinsman, R. A. (1980), Kociak, I. (1981, 1983, 1985), Harris, M. C. (1955), Neuhaus, S. (1958). Citados por Sharma, S. & Nandkumar, V. K. (1980).
- 87.- Kociak, I. (en prensa).
- 88.- Kotses, H. y col. (1976), Alexander, A. B. (1979), Kinsman, R. A. (1980), Miklich, D. R. y col. (1977) y Rickles, W. H. y col. (1982).
- 89.- Revisión hecha por Stappoe, A. y col. (1981).
- 90.- Id.
- 91.- McKenzie, J. N. (1886). Citado por McGovern, J. P. & Knight, J. A. (1967).
- 92.- Gantt, W. H. (1944), Graham (1950) y Selesnick, S. T. (1969).
- 93.- Knapp (1960, 1963) y Kociak, I. (1981, 1983, 1985).
- 94.- Matarazzo (1982) y Schwartz & Weiss (1978). Citados por Bayés, R. (1987).
- 95.- Bayés, R. (1987) y Kociak, I. (1981, 1983, 1985).
- 96.- Kociak, I. (1985, pp. 9-12).
- 97.- Kociak, I. (1985).
- 98.- Kociak, I. (1983, 1985).
- 99.- Kociak, I. (1983, pp. 51-61) (1985, pp. 49-50).
- 100.- Kociak, I. (1985, pp. 46-47). *Ley de Yerkes y Dodson o ley de la Interferencia en la ejecución por niveles de impulsos altos: "La habilidad y la eficiencia de una función automática están en relación con el grado de impulso a la acción que el sujeto tenga. Sigue una curva ascendente y luego descendente. Entonces tenemos que el resultado será bajo con altos niveles de impulso, donde el nivel de impulso interfiere con la ejecución"*
- 101.- Kociak, I. (1985, pp. 49-50).
- 102.- Kociak, I. (1985, pp. 91-96).
- 103.- Kociak, I. (1983, Capít. 3, pp. 29-34).
- 104.- Kociak, I. (1983, pp. 78).
- 105.- Kociak, I. (1983, pp. 79).
- 106.- Id.

- 107.- Turner-Warwick, M. (1984).
- 108.- Citado por Bayés, R. (1987).
- 109.- Kociak, I. (1985).
- 110.- Wolff, H. H. (1977).
- 111.- Rof-Carballo, J. (1984).
- 112.- Kociak, I. (comunicación personal).
- 113.- Salazar Mallén, M. (1958).
- 114.- Lockey, R. & Bukantz, S. (1984, pp. 548-568); Ortega, V. J. E. (1984, véase nota núm. 43) y McFadden, E. R., Jr. & Austen, K. F. (1982).
- 115.- Ortega, V. J. E. y col. (op. cit.).
- 116.- Lockey, R. & Bukantz, S. (op. cit., pp. 353) y Castillo, J. (1951, pp. 605-615).
- 117.- Farrerons, F. J. Co. (1987, pp. 9-18).
- 118.- Reed & Townley (1978). Citados por Creer, T. L. & Winder, J. A. (1986).
- 119.- Renne, C. M. (1982). Citado por Creer, T. L. & Winder, J. A. (1986).
- 120.- Kociak, I. (1981, 1983, 1985).
- 121.- Ortega, V. J. E. y col. (op. cit., pág. 31).
- 122.- Ortega, V. J. E. y col. (op. cit.).
- 123.- Szentistványi, I. (1968).
- 124.- Ortega, G. H. (1971, pp. 601-615).
- 125.- Ortega, V. J. E. y col. (op. cit.).
- 126.- Kociak, I. (en prensa).
- 127.- Ortega, V. J. E. y col. (op. cit.).
- 128.- Ortega, G. H. (1971, pág. 608).
- 129.- Ortega, G. H. (1971) y Ortega, V. J. E. y col. (op. cit.)
- 130.- Ortega, V. J. E. y col. (op. cit.).
- 131.- Id.
- 132.- Abramson, H. A. (1967).
- 133.- Abramson, H. A. (1967, pp. 68-72).
- 134.- Abramson, H. A. (1967).
- 135.- Abramson, H. A. (1967), Peshkin, M. M. & Abramson, H. A. (1974a, 1974b y 1974c).
- 136.- Minuchin, S., Rosman, B. & Baker, L. (1978) y Minuchin, S. y col. (1978).
- 137.- Rof-Carballo, J. (1984, pp. 571-584), Wolff, H. H. (1977) y Sifneos, P. E., Apfel-Savitz, R. & Frankel, P. H. (1977).

- 138.- Véase nota núm. 92.
- 139.- Véase nota núm. 93. También: Kociak, I. (1981, 1983, 1985).
- 140.- Shultz, J. H. (1980).
- 141.- Jacobson, E. (1938).
- 142.- Erskine-Milliss, J. & Schonell, M. (1981).
- 143.- Wolpe, J. (1961).
- 144.- Steptoe, A., Phillips, J. & Harling, J. (1981).
- 145.- Richter, R. & Dahme, B. (1982) y Rickles, W. H., Onoda, L. & Doyle, C. C. (1982).
- 146.- Kinsman, R., Dirks, J., Nelson, J. & Dahlem, N. (1980). También: véase nota número 88.
- 147.- Véase nota núm. 89.
- 148.- Véase nota núm. 90.
- 149.- Sichel, J. P., Chevauche-Baldauf, A. & Baldauf, E. (1973)
- 150.- Alexander, A. B., Miklich, D. R. & Hershkoff, H. (1972).
- 151.- Citado por Ellis, E. F. (1983).
- 152.- ASMA. Revista de la Asociación Mexicana de Asmáticos (1987, pp. 11-14).
- 153.- Goldstein, R. A. y col. (1983).
- 154.- González, P. y col. (1987, Congreso de Cuba).
- 155.- ASMA. Revista de la Asociación Mexicana de Asmáticos (1987, pp. 11-14).
- 156.- Kociak, I. (en prensa).
- 157.- Id.
- 158.- Creer, T. L. (1970).
- 159.- Brandt, E. N. (1983).
- 160.- Revisión de Creer, T. L. & Winder, J. (1986).
- 161.- Goldstein, R. A. y col. (1983).
- 162.- Kociak, I. (en prensa).
- 163.- Bartlett, E. E. (1983).
- 164.- Green, L. (1981).
- 165.- Peshkin, M. M. (1966, 1968).
- 166.- Peshkin, M. M. (1966a, 1966b, 1968), Peshkin, M. M. & Friedman, I. (1975) y Bentley, J. (1974).
- 167.- Véanse notas núms. 165 y 168.

- 168.- Abramson, H. A. (1967) y Peshkin, M. M. & Abramson, H. A. (1974, 1976). Véase, también, nota núm. 135.
- 169.- Parcel, G. S. & Nader, P. R. (1977), Parcel, G. S. y col. (1979) y Parcel, G. S. (1976).
- 170.- Ellis, E. F. (1983), Bartlett, E. E. (1983), Bruhn, J. (1983), Popham, W. J. & Yalow, E. S. (1983), Thoreson, C. E. & Kirmil-Gray, K. (1983) y Mullen, P. D. & Mullen, L. R. (1983).
- 171.- Lewis, Ch.; Brandt, E. N.; Wilson, S. R.; Hindi-Alexander, M. C.; Clark, N. M.; y Levinson, H. & Isles, A. (1983).
- 172.- Bruhn, J. (1983).
- 173.- Thoresen, C. E. & Kirmil-Gray, K. (1983).
- 174.- Id.
- 175.- Goldstein, R. A. y col. (1983).
- 176.- Goldstein, R. A. y col. (1983) y Bruhn, J. (1983).
- 177.- Id.
- 178.- Creer, T. L. & Winder, J. A. (1986).
- 179.- Mainman, L. Citado por Creer, T. L. & Winder, J. A. (1986).
- 180.- Parcel, G. (1976, 1977, 1979).
- 181.- Creer, T. L. & Winder, J. A. (1986).
- 182.- Renne, C. M. (1982). Citado por Creer, T. L. & Winder, J. A. (1986).
- 183.- Ellis, E. F. (1983).
- 184.- Creer, T. L. & Winder, J. A. (1986).
- 185.- Id.
- 186.- Cohen, M. (1985) y Erskine-Milliss, J. & Schonell, M. (1981).
- 187.- Fireman, P. L. y col. (1981).
- 188.- Goldstein, R. A. y col. (1983), Green, L. W. y col. (1983) y Popham, W. J. & Yalow, E. S. (1983).
- 189.- González, P. y col. (1987).
- 190.- Manual del Niño Asmático (Bustos, J. & Bracamonte, F., 1977).
- 191.- Kociak, I. (1981, 1983, 1985).
- 192.- Kociak, I. (en prensa).
- 193.- Id.
- 194.- Citado por Cueva, V. J. (1974).

- 195.- Ramírez, N., Presidenta de la Sociedad Mexicana de Alergia e Inmunología y de la Asociación Mexicana de Asmáticos (comunicación personal, 1987).
- 196.- ASMA. Revista de la Asociación Mexicana de Asmáticos. Véase Blanco Gil, C. (1987).
- 197.- Ramírez, N. Véase nota núm. 195.
- 198.- Manual Guía para el Paciente Asmático (Blanco Gil, C., 1987).
- 199.- Blanco Gil, C. (1987).

## BIBLIOGRAFIA

- Abramson, H. A. (1954). Evaluation of maternal rejection theory in allergy. Annals of Allergy, 12, 129-140.
- Abramson, H. A. (1967). The father-son relationship in eczema and asthma. Journal of Asthma Research, 5(1), 29-109.
- ACCP-ATS (1975). Joint committee on pulmonary nomenclature pulmonary terms and symbols. Chest, 57, 583-593.
- Alexander, A. B., Miklich, D. & Hershkoff, H. (1972). Children's asthma research. Psychosomatic Medicine, 34(5), 388-394.
- Alexander, F. (1948). Fundamental concepts of psychosomatic research. In F. Alexander & T. M. French (Ed.), Studies of psychosomatic medicine. New York: Ronald.
- Alexander, F. (1950). Psychosomatic medicine. Principles and application. New York.
- Alexander, F. (1962). The development of psychosomatic medicine. Psychosomatic Medicine, 24, 13-24.
- Alexander, F. & Selesnick, S. T. (1966). The history of psychiatry (pp. 391-397). New York: Harper and Row.
- Alexander, F. & Visotsky, H. (1955). Psychosomatic study of a case of asthma. Psychosomatic Medicine, 17, 470.
- Barney, A. et al. (1979). Effects of relaxation training on pulmonary mechanics in children with asthma. Journal of Applied Behavior Analysis, 12(1), 27-35.
- Bartlett, E. E. (1983). Educational self-help approaches in childhood asthma. The Journal of Allergy and Clinical Immunology, 72(5, Pt. 2), 545-554.
- Bayés, R. (1987). Factores de aprendizaje en la salud y la enfermedad [Learning factors in health and disease]. Madrid: Centro de Psicología e Higiene Mental Lurla.
- Bayés, R. (in press). Medicina conductual: El aporte iberoamericano. El efecto placebo en la psicología de la salud [Behavioral Medicine: The Iberoamerican contribution. The placebo effect in health psychology] (29 pp). Barcelona: C. Aguilar & S. Vinaccia.
- Bentley, J. (1974). Psychotherapeutic approach to treating asthmatic children in a residential setting. Journal of Asthma Research, 12(1), 21-25.
- Blanco, C. (1987). Asma infantil. Guía para el paciente asmático [Children asthma. Guide for the asthmatic patient] (2nd ed., 48 pp.). México: Autor.
- Blanco, C. (1987). Técnicas de relajación [Relaxation technics]. ASMA. Organó Oficial de la Asociación Mexicana de Asmáticos, 1(1), 15-17.

Boyd, G. (1984). Técnicas diagnósticas en el asma [Diagnostic technics in asthma]. In M. Turner-Warwick (Ed.), Perspectivas en la terapéutica. El sub-diagnóstico del asma. London: Glaxo.

Brandt, E. N., Jr. (1983). Workshop on self-management of childhood asthma: Introductory remarks coping with chronic illness. The Journal of Allergy and Clinical Immunology, 72(5, Pt. 2), 519-521.

Bruhn, J. (1983). The application of theory in childhood asthma self-help programs. The Journal of Allergy and Clinical Immunology, 72(5, Pt. 2), 561-567.

Bustos, J. & Bracamonte, F. (1977). El niño asmático. Libro para padres [The asthmatic child. A book for parents] (139 pp.). Buenos Aires: Galema.

Castillo, J. (1981). Asma bronquial. En J. Castillo (Ed.), Introducción a la neumología (Cap. 31, pp. 605-615). México: Méndez Cervantes.

Charpin, J. (1970). El asma bronquial (trad. esp., pról. pp. 5- 50). Buenos Aires: El Ateneo.

Clark, N. M. (1983). Response: The application of theory in childhood asthma self-help programs. The Journal of Allergy and Clinical Immunology, 72(5, Pt. 2), 607-610.

Creer, T. L., Richard, M. & Creer, P. (1983). Asthma problem behavior checklist: Parental perceptions of the behavior of asthmatic children. Journal of Asthma, 20(2), 97-104.

Creer, T. L. & Winder, J. A. (1986). Asthma (pp. 269-303). Academic Press.

Cueva, V. J. (1974). Algunas investigaciones y publicaciones sobre asma bronquial en Mexico [Some investigations and publications on bronchial asthma in Mexico]. Prensa Médica Mexicana, 39(3-4), 128-132.

Cueva, V. J. (1974). Childhood asthma. The Journal of Allergy and Clinical Immunology, 72(5, Pt. 2), 607-610.

Daniele, R. P. (1980). Pathophysiology of asthma. In A. P. Fishman (Ed.), Pulmonary diseases and disorders: Chap. 46 (pp. 567-576). New York: McGraw-Hill.

Dirks, J. F. et al. (1978). New development in panic-fear research in asthmatics: Validity and stability of the MMPI panic- fear scale. British Journal of Medical Psychology, 51(2), 119- 126.

Dirks, J. F., Kinsman, D., Horton, K., Fross, B. A. & Jones, N. (1983). Panic-fear in asthma: Rehospitalization following intensive long-term treatment. Psychosomatic Medicine, 40(1), 5- 13.

Ellis, E. F. (1983). Asthma in childhood. The Journal of Allergy and Clinical Immunology, 72(5), 526-539.

Erskine-Milliss, J., Schonell, M. (1981). Relaxation therapy in asthma: A critical review. Psychosomatic Medicine, 43(4), 365- 372.

Farrerons, F. J. Co. (1987). Alergia y paraalergia [Allergy and paraallergy] (pp. 9-18, 292). Barcelona: Espaxs.

- Feigline, D. & Kinsman, R. (1982). Alexithymic asthmatics: Age and alexithymia across the life span. Psychotherapy and Psychosomatics, 37, 185-188.
- Fenichel, O. (1964). Organo-Neurosis [Organo-Neuroses]. In O. Fenichel (Ed.), Teoría psicoanalítica de las neurosis (Chap. 13, pp. 287-289). Buenos Aires: Paidós.
- Fine, R. (1963). The personality of the asthmatic child. In H. I. Schneer (Ed.), The asthmatic child. New York: Hoeber.
- Fireman, P. L., Friday, G. A., Gira, C., Vierthaler, W. A. & Michaels, L. (1981). Teaching self-management skills to asthmatic children and their parents in an ambulatory care setting. Pediatrics, 68(3), 341-348.
- French, T. M. (1939). Psychogenic factors in asthma. American Journal of Psychiatry, 96, 87-101.
- French, T. M. & Alexander, F. (1941). Psychogenic factors in bronchial asthma. Psychosomatic Medicine Monographs, II(1,2),IV.
- French, T. M. & Alexander, F. (1941). Psychogenic factors in bronchial asthma [Monographs]. Psychosomatic Medicine, 4. Washington, DC: National Research Council.
- French, T. M. & Alexander, F. (1943). Psychogenic factors in bronchial asthma [Monographs]. Psychosomatic Medicine, XII.
- Freud, S. (1948). Inhibición, síntoma y angustia [Inhibition, symptom and anxiety]. In S. Freud, Obras completas (Vol. 1, pp. 1235-1267). Madrid: Biblioteca Nueva. (Original work published 1925).
- Fuchs, E. (1979). Allergische atemwegsobstruktion (Allergisches- extrinsic-asthma bronchiale) [Allergic obstruction]. In W. T. Ulmer (Ed.), Handbuch der inneren Medizin (Bd. IV/2, pp. 543-673). Berlin: Springer Verlag.
- Gantt, W. H. (1944). Experimental basis for neurotic behavior. New York: Hoeber.
- Giménez, D. C. (1953). El asma y afecciones afines [Asthma and related diseases] (pp. 5-20). Madrid: Paz Montalvo.
- Goldstein, R. A., Green, L. W. & Parker, S. R. (1983). Preface: Self-management of childhood asthma. The Journal of Allergy and Clinical Immunology, 72(5, Pt. 2), 522-525.
- Gómez Orozco, L. (1987). Cómo ha llegado a conocerse el asma [How asthma is become to be known]. ASMA, Organo Oficial de la Asociación Mexicana de Asmáticos, 1(1).
- González, P., Bravo, A. & Herrera, I. (1987). Relación entre la educación para la salud y el nivel de ansiedad en un grupo de asma grado III en un área de salud [Relationship between health education and anxiety level in an level-III-asthma group in a health area]. Memories of the XXI Interamerican Congress of Psychology. Cuba: La Habana.
- Grassi, O., Martínez, M. & Rhodius, E. (1983). Asma bronquial (p. 7). Buenos Aires: Universidad del Salvador.
- Green, L. (1981). Summary and recommendations. Self-management educational programs for childhood asthma (Vol. 2, Manuscripts). Bethesda: National Institute of Allergy and Infectious Diseases.

- Green, L. W., Goldstein, R. A. & Parker, S. R. (1983). Conclusions and recommendations: Self-management of childhood asthma. The Journal of Allergy and Clinical Immunology, 72(5, Pt. 2), 625-626.
- Harris, M. C. (1955). Is there a specific emotional pattern in allergic disease Annals of Allergy, 13, 654-661.
- Herxheimer, H. (1985). Asma bronquial (trad. esp., pp. 2-5, 129-135). Barcelona: Marin.
- Hindi-Alexander, M. C. (1983). Response: Educational self-help approaches in childhood asthma. The Journal of Allergy and Clinical Immunology, 72(5, Pt. 2), 555-560.
- Hoppe, K. D. & Bogen, J. E. (1977). Alexithymia in twelve commissurotomized patients. Psychother. Psychosom., 28, 148-155.
- Jones, R. S. Asma infantil [Childhood asthma]. Buenos Aires: Salvat.
- Kinsman, R. A., Dirks, J. F. & Jones, N. F. (1980). Levels of psychological experience in asthma: General and illness-specific concomitants of panic-fear personality. Journal of Clinical Psychology, 36(2), 552-561.
- Kinsman, R. A., Dirks, J. F., Jones, N. F. & Dalhem, N. (1980). Anxiety reduction in asthma: Four catches to general application. Psychosomatic Medicine, 42(4), 397-405.
- Kleiger, J. H. & Dirks, J. F. (1980). Psychomaintenance aspects of Alexithymia relationship to medical outcome variables in a chronic respiratory illness population. Psychother. Psychosom., 34, 25-33.
- Kleiger, J. H. & Kinsman, R. A. (1980). The development of an MMPI Alexithymia Scale. Psychother. Psychosom., 34, 17-24.
- Kociak, I. (1981). Todo lo que el asmático debe saber. [Everything the asthmatic should know]. Buenos Aires: Autor.
- Kociak, I. (1983). Asma. Análisis del proceso de su extinción [Asthma. Analysis of its extinction process]. Buenos Aires: Autor.
- Kociak, I. (1985). El escenario asmático. Las causas del asma [The asthmatic scenery. The causes of asthma]. Buenos Aires: Lismarac.
- Kociak, I. (In press). Cómo es el asmático. En I. Kociak (Ed.). Tratamiento psicossomático conductual del asma bronquial [Behavioral psychossomatic treatment of bronchial asthma] (Cap. II).
- Kohen, M. (1985). Educational and exercise programs for asthmatic children. Southern Medical Journal, 78(8).
- Kohut, H. (1971). Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad (ed. esp.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Kostes, H. et al. (1976). Operant reduction of frontalis EMG activity in the treatment of asthma in children. Journal of Psychosomatic Research, 20(5), 433-459.
- Krause, R. M. (1983). Asthma self-management: Perspective from the National Institute of Asthma and Infectious Diseases. The Journal of Allergy and Clinical Immunology, 72(5, Pt. 2), 520.

- Lenfant, C. J. M. (1983). Asthma self-management: Perspective from the National Heart, Lung, and Blood Institute. The Journal of Allergy and Clinical Immunology, 72(5, Pt. 2), 521.
- Levenson, R. (1979). Effects of thematically relevant and general stressors on specificity of responding in asthmatic and nonasthmatic subjects. Psychosomatic Medicine, 41(1).
- Levison, H. & Isles, A. (1983). Response: Asthma in childhood. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 72(5, Pt. 2), 539-544.
- Liberman, D., Picocolo, E., Neborak, S., Pittner, L. & Roitman, P. (1986). Del cuerpo al símbolo. (pp. 16-82). Buenos Aires: Trieb.
- Lockey, R. F. & Bukantz, S. M. (1984). Alergia y asma [Allergy and asthma]. In W. Sode-man & T. Sodeman (Eds.), Fisiopatología clínica (6th ed., pp. 548-568). Mexico: Interamericana.
- Maiman, L., Green, L., Gibson, G., McKenzie, E. (1979). Education for self-treatment by adult asthmatics. Journal of the American Medical Association, 241(18), 1919-1922.
- Marion, R. J., Creer, T. L. & Reynolds, R. V. (1985). Direct and indirect costs associated with management of childhood asthma. Annals of Allergy, 54, 31-34.
- McDougall, J. (1974). The psychosoma and the psychoanalytic process. Int. Rev. Psychoanal., 1, 437.
- McFadden, E. R. & Austen, K. F. (1982). Asma [Asthma] (5th ed.). In Harrison et al. (Eds.), Medicina Interna: Vol. 2, Chap. 257 (pp. 1600-1606). México: La Prensa Médica.
- McGovern, J. P. & Knight, J. A. (1967). Allergy and human emotions (Introduction, Chap. 1, pp. 119-126). Springfield, Il.: Ch. C. Thomas.
- Miklich, D. R., et al. (1977). The clinical utility of behavior therapy as an adjunctive treatment of asthma. The Journal of Allergy and Clinical Immunology, 60, 285-294.
- Moore, N. (1965). Behavior therapy in bronchial asthma. A controlled study. Journal of Psychosomatic Research, 9, 257-276.
- Mullen, P. D. & Mullen, L. R. (1983). Implementing asthma self-management education in medical care settings: Issues and strategies. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 72(5, Pt. 2), 611-622.
- Nemiah, J. C. (1977). Alexithymia. Theoretical considerations. Psychother. Psycho-som., 28, 199-208.
- Oehling, A. (1987). Asma bronquial [Bronchial asthma], (117 pp.). México: Servicio de Información Médica del Instituto PROMECO.
- OPS-OMS. (1975). Clasificación internacional de enfermedades de la OPS-OMS [OPS-OMS International classification of diseases], (9th rev. ed.): OPS-OMS.
- OPS-OMS. (1986). Las condiciones de salud en Las Américas 1981-1984 [Health conditions in Las Americas 1981-1984]. (Publicación Científica No. 500, pp. 187). Washington, DC: OPS- OMS.

Ortega, V. J. E., Restrepo, M. J., Reyes, P. V. & Sánchez, D. C. E. (1984). Asma [Asthma] (59 pp.). Colombia: Sandoz Colombiana.

Parcel, G. S. (1976). Teaching myself about asthma. Galveston: University of Texas.

Parcel, G. S. & Nader, P. R. (1977). Evaluation of a pilot school health program for asthmatic children. Journal of School Health, 47, 453-456.

Parcel, G. S., Nader, P. R. & Tiernan, K. (1980). A health education program for asthma. Developmental and Behavioral Pediatrics, 1, 128-132.

Parcel, G. S., Tiernan, K., Nader, P. R. & Weiner, L. (1979). Teaching myself about asthma. St. Louis: C. V. Mosby.

Peshkin, M. M. (1966). The responsibility of convalescent asthma home, the physician, and the community to the intractably asthmatic child. Journal of Asthma Research, 4(1), 13-17.

Peshkin, M. M. (1966). Treatment of intractable asthma in childhood. Journal of Asthma Research, 4(2), 95-102.

Peshkin, M. M. (1968). Analysis of the role of residential Asthma Centers for children with intractable asthma. Journal of Asthma Research, 6(2), 59-92.

Peshkin, M. M. & Abramson, H. A. (1974). Psychosomatic group therapy children with intractable asthma. IV: The Saul family. Journal of Asthma Research, 11(3), 127-138.

Peshkin, M. M. & Abramson, H. A. (1976). Psychosomatic group therapy children with intractable asthma. VII: The Temple family. Journal of Asthma Research, 13(3), 151-157.

Peshkin, M. M. & Friedman, I. (1975). Residential asthma treatment centers in the United States and problems in relation of them. Journal of Asthma Research, 12(3), 129-163.

Philippoulos, G. S. (1977). Some remarks on the etimological and grammatical aspects of the term "Alexthymia". Psychother. Psychosom., 28, 68-70.

Popham, W. J. & Yalow, E. S. (1983). Methodologic problems in the evaluation of self-management programs. The Journal of Allergy and Clinical Immunology, 72(5, Pt. 2), 581-590.

Rackemann, F. M. (1928). Studies in asthma. Analysis of 213 cases in patients were relieved for more than 2 years. Archives of Internal Medicine, 41, 346-355.

Ramírez, N. (1987). Asma infantil. Guía para el paciente asmático [Children asthma. A guide for the asthmatic patient]. México, D. F.: Asociación Mexicana de Asmáticos.

Ramírez, N., Flores, V., Pedroza, A. & Valle, J. (1986). Asma infantil. Una guía para el paciente asmático [Children asthma. A guide for the asthmatic patient] (1st & 2nd ed.). México: Autor.

Rank, O. (1929). The trauma of birth. New York: Narcourt Brace.

Renne, C. M. & Creer, T. L. (1976). The effects of training on the use of inhalation therapy equipment by children with asthma. Journal of Applied Behavior Analysis, 9, 1-11.

- Rof-Carballo, J. (1984). Teoría y práctica psicósomática [Psychosomatic theory and practice] (pp. 109-119, 218-220, 411-413, 517-518).
- Ruprech-Karls, U. & Heidelberg, K. (1983). Group therapy for asthma patients: A concept for the psychosomatic treatment of patients in a medical clinic: A controlled study. Psychotherapy and Psychosomatics, 40(1-4), 95-105.
- Salazar Mallén, M. (1958). La alergia en la teoría y en la práctica [Allergy in theory and practice] (pp. 245-331). México: Méndez Oteo.
- Sharma, S. & Nandkumar, V. K. (1980). Personality structure and adjustment pattern in bronchial asthma. Acta Psychiatrica Scandinavica, 81, 81-88.
- Sichel, J. P., Chevauche-Baldauf, A. & Baldauf, E. (1973). The Schultz method of relaxation in childhood asthma. Revue de Neuropsychiatrie Infantile et d'Hygiène Mentale de l'Enfance, 21(9), 529-541.
- Sifneos, P. E., Apfel-Savitz, R. & Frankel, F. H. (1977). The phenomenon of "Alexithymia". Psychother. Psychosom., 28, 47-57.
- Stableforth, D. (1984). La evidencia del sub-diagnóstico [The sub-diagnosical evidence]. In M. Turner-Warwick (Ed.), Perspectivas en la terapéutica. El sub-diagnóstico del asma. London: Glaxo.
- Stark, J. (1984). Asma persistente [Persistent asthma]. In M. Turner-Warwick, (Ed.), Perspectivas en la terapéutica. El sub-diagnóstico del asma. London: Glaxo Labs.
- Stark, J. (1984). Panorama del tratamiento actual del asma [Panoram of today-asthma-treatment].
- Steptoe, A., Phillips, J. & Harling, J. (1981). Biofeedback and instructions in the modification of total respiratory resistance: An experimental study of asthmatic and nonasthmatic volunteers. Journal of Psychosomatic Research, 25(8), 541-551.
- Tal, A. & Milkich, D. R. (1976). Emotionally induced decreases in pulmonary flow rates in asthmatic children. Psychosomatic Medicine, 38(3), 190-200.
- Teiramaa, S. (1977). Psychosocial and psychic factors in the course of asthma. Journal of Psychosomatic Research, 22, 121-125.
- Teiramaa, S. (1981). Psychosocial factors, personality and acute insidious asthma. Journal of Psychosomatic Research, 25, 43-49.
- Thoresen, C. E. & Kirmil-Gray, K. (1983). Self-management psychology and the treatment of childhood asthma. The Journal of Allergy and Clinical Immunology, 72(5, Pt. 2), 598-608.
- Turner-Warwick, M. (1984). El papel de la atopía y la hiper-reactividad en el tratamiento clínico del asma [The role of atopia and hiperreactivity in the clinic treatment of asthma]. In Turner Warwick, M. (Ed.), Perspectivas en la terapéutica. El subdiagnóstico del asma. London: Glaxo.
- Valdés, M. & Flores, T. (1985). Psicobiología del estrés [Psychobiology of stress] (pp. 30-31). Barcelona: Martínez Roca.

Valdés, M., Flores, T., Tobeña, A. & Massana, J. (1983). Medicina psicósomática [Psychosomatic medicine] (Cap. 1, p. 33; Cap. 5, pp. 70-82). México: Trillas.

Vance, V. J. & Taylor, W. F. (1971). The financial costs of chronic childhood asthma. Annals of Allergy, 29, 455-460.

Wallace, C. & Zuller, R. (1981). The self-perceptions of children with asthma and asthma-enuresis. Journal of Psychosomatic Research, 25, 51-56.

Wilson, S. R. (1983). Response: Methodologic problems in the evaluation of self-management programs. The Journal of Allergy and Clinical Immunology, 72(5, Pt. 2), 590-595.

Wolff, H. H. (1977). The concept of alexithymia and the future of psychosomatic research. Psychother. Psychosom., 28, 376-388.

Wolff, H. H. (1977). The contribution in the interview situation to the restriction of fantasy life and emotional experience in psychosomatic patients. Psychother. Psychosom., 28, 58-67.

Wolpe, J. (1961). The systematic desensibilization treatment of neuroses. Journal of Nervous and Mental Diseases, 132, 189- 203.

## **APENDICE A**

## CUESTIONARIO ADOLESCENTES ASMATICOS

Nombre completo \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_

1. ¿Desde cuando padece asma? \_\_\_\_\_

2. ¿Piensa que el asma se hereda? sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

¿De quién la heredó? \_\_\_\_\_

3. ¿Piensa que el asma se cura? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

A corto plazo \_\_\_\_\_ A largo plazo \_\_\_\_\_

4. ¿Piensa que el asma es contagiosa? sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

5. ¿A qué atribuye la enfermedad? \_\_\_\_\_

6. ¿Qué sentimientos le produce el ataque? \_\_\_\_\_

7. ¿Qué hace para evitar el ataque? \_\_\_\_\_

8. ¿Qué le impide hacer la enfermedad? \_\_\_\_\_

9. ¿Como influye en su familia la enfermedad? \_\_\_\_\_

10. ¿Cómo ve su futuro por padecer asma? \_\_\_\_\_

Muchas gracias por su cooperación

## CUESTIONARIO PARA EL NIÑO (A)

Nombre completo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Edad (años y meses) \_\_\_\_\_

Año que cursas \_\_\_\_\_

1. ¿Desde cuando padeces asma? \_\_\_\_\_

2. ¿Piensas que el asma se hereda? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

3. ¿Piensas que el asma se cura? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

4. ¿Cómo te das cuenta que te está empezando el ataque? \_\_\_\_\_

5. ¿Que precauciones tomas para que no te dé? . \_\_\_\_\_

6. ¿Que cosas o situaciones te provocan el ataque? \_\_\_\_\_

7. ¿Qué sentimientos te produce el ataque? \_\_\_\_\_

8. ¿Que medicamentos o remedios te ayudan para que no te dé el ataque? \_\_\_\_\_

9. ¿Qué te dan ganas de hacer cuando tienes el ataque? \_\_\_\_\_

10. ¿Qué haces cuando tienes un ataque? \_\_\_\_\_

11. ¿Has estado hospitalizado por el asma? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_  
¿cuántas veces? \_\_\_\_\_

12. ¿Que hace tu familia cuando tienes un ataque?

Tu papá \_\_\_\_\_

Tu mamá \_\_\_\_\_

Tus hermanos \_\_\_\_\_

Otros familiares \_\_\_\_\_

13. ¿Que cosas o actividades has tenido que dejar por el asma? \_\_\_\_\_

14. ¿Piensas que en tu casa hay cuidados especiales por tu problema de asma?  
si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ ¿cuales? \_\_\_\_\_

15. ¿Piensas que tus papás te tratan de manera diferente que a tus hermanos? si  
\_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ ¿en qué? \_\_\_\_\_

16. ¿Piensas que eres diferente a otros niños por padecer asma?  
si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ ¿en qué? \_\_\_\_\_

17. ¿Aceptas y ayudas en tu tratamiento o te rebelas ante los cuidados que debes tener? \_\_\_\_\_

18. ¿Como ves tu futuro debido a tu enfermedad? \_\_\_\_\_

19. ¿Practicas algún(os) deporte(s)? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ ¿cuales? \_\_\_\_\_

20. ¿Que tipo de actividades recreativas te gustaría realizar? \_\_\_\_\_

¿Quieres hacer algún comentario? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Muchas gracias por tu cooperación.

## **APENDICE B**

## **LISTA DE POSIBLES OBJETIVOS DE TRATAMIENTO EN EL PROGRAMA DE MEDICINA CONDUCTUAL DE ASMA BRONQUIAL**

1. No tener crisis por risa.
2. No tener crisis por tos.
3. No tener crisis por humo.
4. No tener crisis por polvo.
5. No tener crisis por aire acondicionado.
6. No tener crisis por la noche.
7. No tener crisis de esfuerzo.
8. No tener crisis por caminar.
9. No tener crisis por emociones.
10. No tener crisis por el frío.
11. No tener crisis por cambios de temperatura.
12. No tener crisis por bañarse.
13. No tener crisis por comida.
14. No necesitar usar broncodilatadores.
16. No necesitar usar broncodilatadores presurizados.
17. No usar broncodilatadores "por las dudas".
18. No necesitar usar corticoides.
19. No necesitar más llevar los medicamentos en el bolsillo, la cartera, guantera del auto, etc.
20. No necesitar medicina de urgencia.
21. No necesitar hospitalizarse más.
22. No tener crisis al darse cuenta que no lleva el broncodilatador.
23. Recuperar el sentido del gusto.
24. Recuperar el olfato.
25. Respirar por la nariz.
26. Tener gripes, bronquitis, etc. como cualquier persona pero sin crisis.
27. No sentir vergüenza por padecer asma.
28. No sentirse sometido a expectativas ajenas.
29. Poder planificar sin temor.

\* Tomado de: Kociak, I. Tratamiento Psicossomático y conductual del Asma Bronquial. (En prensa)

30. Poder ir de vacaciones a cualquier lado.
31. No hacer evitaciones por temor a las crisis.
32. No sentirse disminuído y/o devaluado.
33. No tener miedo de que sus hijos padezcan asma.
34. No ser tan sensible ni emotivo.
35. No sentirse impotente frente al asma, saber qué hacer, cómo y cuando.
36. No faltar al trabajo o al estudio por asma.
37. Poder asistir a fiestas, reuniones, lugares públicos, etc., aunque se fume o sean sitios cerrados.

Algunos otros surgidos en la consulta de evaluación o durante el tratamiento.

Los objetivos deben definirse al inicio del tratamiento junto con el paciente y deberán ser revisados periódicamente a fin de ver aquellos que han logrado cumplirse y compararlos con los que aún no.

