



UNIVERSIDAD CHAPULTEPEC

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

ACUERDO UNAM Núm. 01/04 del 1º de junio de 2004

CLAVE DE INCORPORACIÓN UNAM 3290-25

**Aplicación de técnicas de relajación como
tratamiento de la ansiedad en un paciente con asma**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

LORENA MARTÍNEZ GARCÍA

Director de tesis: Dr. Christian López Gutiérrez

Sinodales: Dra. Karina Alicia Bermúdez Rivera

Mtro. Jorge Isaac Átala Delgado

Mtro. Dinko Alfredo Trujillo Gutiérrez

Lic. Manuel Alejandro Cano Villegas

CIUDAD DE MÉXICO

ENERO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Dedicatoria

Dedico esta tesis principalmente a mis padres quienes me han apoyado siempre en mi crecimiento personal y profesional y que me han acompañado en este proceso tan importante para mí. A mi hermano Luis Gerardo quien me enseñó que se puede obtener lo que quieres si te lo propones. A mi hermana Brenda y a mi hermano Jesús Iván que siempre han estado como apoyo importante en mi vida. A mi sobrina Emilia Fernanda que con el simple hecho de ser parte de mi vida es un motivador muy importante.

A todos mis amigos, especialmente a Berenice quien me ha impulsado para concluir este ciclo y quien me ha compartido sus conocimientos.

Agradecimientos

Le agradezco al Dr. Christian López Gutiérrez por su apoyo y paciencia en todo este proceso, por brindarme sus conocimientos y por guiarme para concluir lo mejor posible este trabajo.

A la Dra. Karina Bermúdez Rivera, al Mtro. Jorge Isaac Átala Delgado, al Mtro. Dinko Alfredo Trujillo Gutiérrez y al Lic. Manuel Alejandro Cano Villegas por dedicar su tiempo a la revisión de este trabajo y por sus valiosas aportaciones.

Lista de Contenido

Resumen	iv
Introducción	1
Enfermedad Obstructiva Crónica.....	1
Asma	1
Sintomatología	2
Prevalencia	2
Factores Etiológico	3
Factores Psicológicos relacionados con el Asma	4
Prevención	8
Ansiedad	9
Modelos Teóricos	11
Factores asociados a la Ansiedad	11
Factores Psicológicos	11
Tipos de Ansiedad	13
Evaluación de la Ansiedad	15
Prevención de la Ansiedad	16
Técnicas de Relajación	17
Asma, Ansiedad y Técnicas de Relajación	20
Pronóstico	25
Método	25
Resultados	31
Discusión	35
Lista de Referencias	41
Anexo 1. Historia Clínica	46

Lista de figuras

Figura 1. Frecuencia de los síntomas de asma registrados durante los 55 días de tratamiento.....	37
Figura 2. Duración de los síntomas del asma registrados durante los 55 días de tratamiento.....	38
Figura 3. Intensidad de los síntomas del asma registrados durante los 55 días de tratamiento.....	39

Resumen

Considerando los estudios publicados sobre el efecto de las técnicas de relajación sobre el asma, el propósito de la presente tesis fue disminuir el nivel de ansiedad de una persona con asma aplicando la Técnica de respiración completa, la Técnica de relajación muscular progresiva y la Técnica de imaginería. Se encontró que la paciente presentaba un nivel de ansiedad moderado-grave de acuerdo con la Escala de Ansiedad de Hamilton antes de la aplicación de las técnicas de relajación. Durante la aplicación de las técnicas de relajación se observó una disminución de la frecuencia, intensidad y duración de los síntomas de asma. Se concluyó que las técnicas de relajación pueden ser un buen complemento en el tratamiento psicológico para el manejo de la ansiedad y que pueden ayudar a disminuir los síntomas del asma.

Palabras clave: ansiedad, asma, técnicas de relajación, adultos.

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Existen diversas enfermedades que afectan las vías respiratorias, como bronquitis crónica, enfisema, asma, entre otras. Al conjunto de estas enfermedades se les denomina Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (en adelante EPOC). La EPOC se caracteriza por la limitación irreversible del flujo aéreo debido a inflamación de las vías aéreas, acompañada de un deterioro progresivo en el estado general de la salud de los pacientes (Montaño, Cisnéros, Pedraza, Becerril, Mendoza y Ramos, 2009).

Entre el conjunto de enfermedades denominadas como EPOC, el asma es una de las enfermedades crónicas que ocurre con mayor frecuencia en el mundo (OMS, 2009).

Asma

El asma es una enfermedad crónica que se caracteriza por inflamación de los bronquios, hiperreactividad bronquial con inflamación del tejido bronquial e inflamación de las vías aéreas (Baehr y Cruz, 2007).

Los pacientes asmáticos tienen los bronquios extremadamente sensibles y reaccionan a ciertas provocaciones del medio ambiente, ocasionando que los conductos de aire se estrechen por inflamación, exceso de flema y espasmo de los músculos que rodean a los bronquios (Baehr y Cruz, 2007).

Sintomatología del asma

El asma se caracteriza por falta de aire, opresión en el pecho, tos, sibilancias (sonido producido por las vías respiratorias congestionadas) y coloración azulada en la piel, voz entrecortada por dificultad respiratoria, uso de los músculos accesorios de la respiración, sudoración excesiva y frecuencia cardíaca elevada (Baehr y Cruz, 2007).

En caso de complicaciones se pueden presentar síntomas como rinitis (inflamación del revestimiento mucoso de la nariz), bronquitis y neumonía (infección de los espacios alveolares de los pulmones), neumotórax (acumulación de aire en el espacio que rodea los pulmones) y neumomediastino (cuando el aire se filtra desde cualquier parte del pulmón o vías respiratorias hacia el mediastino) (Hernández, 2006).

Prevalencia del asma

Se ha visto que debido a la sintomatología de la enfermedad del asma, los pacientes recurren con mayor frecuencia al médico. Se ha reportado que esta enfermedad afecta alrededor de 300 millones de personas en todo el mundo (OMS, 2009).

En México se ha registrado una prevalencia de 3.9% a 4.9% en niños de 6 a 14 años (Suárez, Huerta y Del Olmo, 2010).

La morbilidad y mortalidad por asma sigue siendo un problema serio de salud pública en todo el mundo. El asma es la enfermedad crónica más frecuente en niños y las agudizaciones asmáticas representan la causa más común de visitas a los servicios de urgencias (Suárez, Huerta y Del Olmo, 2010).

En México de 1960 a 1987, la tasa de mortalidad disminuyó de 140 a 20 por 100 000 habitantes, siendo los menores de cinco años el grupo de edad más afectado (Martínez, 2004). En 1998 la tasa de mortalidad fue de 2.4 por 100 000 habitantes y para el 2002 una tasa de 2.0 por 100 000 habitantes. De la información difundida por el Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED) en el 2003 se observó una tasa de 1.8 por 100 000 habitantes. Los grupos de edad más afectados son los menores de 1 año con una tasa de 2.9 y los mayores de 65 años con una tasa de 22.6 por 100 000 habitantes (Martínez, 2004).

En 2010 se reportó que en México hubo 5 millones de personas con asma, el 40% se presentó en pacientes pediátricos de 2 a 6 años, 90% de ellos con presentación leve y 2% con presentación grave. La mortalidad por asma se reportó en 14 por 100,000 pacientes asmáticos (Suárez, Huerta y Del Olmo, 2010).

Factores etiológicos del asma

Existen diversos factores que pueden contribuir a desarrollar asma y o complicar las características del padecimiento. Algunos de estos factores son: hereditarios, atopías (alergias a moho, ácaros, mascotas, polen), sexo (es más

frecuente en hombres), infecciones respiratorias, contaminación del aire, humo de tabaco, ejercicio, dieta, consumo de medicamentos antiinflamatorios, rinitis, reflujo gastroesofágico, ansiedad, cambios climáticos, conservadores y aditivos en alimentos, productos químicos irritantes para las vías aéreas (perfumes, aromatizantes, solventes, etc.)(Hernández, 2006).

Factores psicológicos relacionados al asma

El número de estímulos que pueden provocar crisis asmáticas es muy amplio y puede variar de un paciente a otro, o en un mismo enfermo, en diferentes periodos de tiempo Debido a esto, uno de los aspectos de mayor investigación durante los últimos años ha sido el estudio de los factores desencadenantes, vinculados con la aparición del asma, entre los que se sitúan los psicológicos (Benéites, Molina y Rubiol, 2005).

Entre los factores desencadenantes se encuentran el enojo, el temor y toda amenaza de separación o pérdida, la presencia de depresión en la madre o en el niño y con duelos no elaborados. También se ha observado una alta frecuencia de madres dominantes, dependientes de su propia madre, controladoras, posesivas, intrusivas y que abandonan. Los padres de los pacientes asmáticos suelen estar ausentes o poco presentes en la convivencia con los hijos (Cárdenas y González, 1999).

A los pacientes se les describe como personas pasivas, con pobre comunicación, tercos, introvertidos, con inhibición de su agresividad, baja

autoestima y síntomas de depresión. Las dificultades de separación, la presencia de duelos no elaborados de alguien o algo importante para la persona podrían considerarse como factores de riesgo psicológicos que inciden sobre la enfermedad asmática principalmente en la infancia (Cárdenas y González, 1999).

Desde el enfoque cognitivo-conductual, se ha propuesto que si bien las crisis asmáticas estarían desencadenadas en principio por mecanismos alérgicos, luego podría funcionar como un reflejo condicionado (Benéites et al., 2005). Se utiliza el principio de condicionamiento clásico, que dice que inicialmente el miedo y la situación asmática constituirían una respuesta incondicionada a un estímulo nocivo. Así un estímulo neutro que ocurre antes de que se presente un alérgeno podría quedar condicionado y más adelante puede causar una respuesta emocional negativa (miedo) y un ataque de asma que quedarían condicionadas al estímulo neutro. Así, varios elementos por si mismos pueden desencadenar el ataque asmático. El condicionamiento operante sirve para entender cómo la conducta asmática es reforzada (Benéites et al., 2005), tal como sucede cuando se reduce la ansiedad por aumento de la protección materna.

Originalmente el ataque asmático puede iniciarse luego de una reacción alérgica a estímulos alérgenos, pero si la reacción alérgica se asocia repetidamente con componentes cognitivos, emocionales o conductuales, estos factores pueden llegar por si mismos a desencadenar las crisis de asma (Benéites et al., 2005)

El condicionalmente operante puede estar presente en diferentes situaciones que implican el reforzamiento social de la ocurrencia de los síntomas del asma. Por ejemplo, un niño dependiente, con miedo a la separación o pérdida afectiva de los padres, puede llegar a aprender mediante el condicionamiento operante que la crisis asmática implica más atención por una gran preocupación de la madre y que así recibe más protección y más cercanía a ella, reduciendo el miedo a la separación o abandono. Más tarde ante circunstancias ambientales o familiares amenazantes pueden aparecer los síntomas del asma. Una actitud ansiosa de la madre y de excesiva atención contribuye a reforzar las crisis, la pasividad, la timidez y la baja autoestima (Benéites et al., 2005)

Se ha reportado con mayor frecuencia en pacientes con asma desordenes relacionados con la ansiedad, tendencia a sufrir ataques de pánico, depresión, fobias y distorsiones en la calidad de los vínculos afectivos (Suarez, Huerta y del Olmo, 2010).

La ansiedad y la depresión tienen efectos en la percepción y en la interpretación de los síntomas que impacta el curso de la enfermedad. La sintomatología del asma a su vez aumenta la sintomatología por ansiedad y depresión en los pacientes asmáticos, lo que dificulta la mejoría (Suarez, Huerta y del Olmo, 2010).

La familia juega un papel muy importante en la causa y mantenimiento de la enfermedad (Sawyer, 2001; citado en Caso, 2006). En un paciente con asma la causa de su padecimiento en un nivel psicológico tiene que ver con la conducta de

apego (Caso, 2006). Se entiende por conducta de apego a cualquier tipo de conducta que tiene como resultado el logro a la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se supone mejor capacitado para enfrentarse al mundo. La interrelación establecida entre la conducta de apego en el niño con la conducta de atención por parte de los cuidadores dará cuenta del tipo y calidad del vínculo (Caso, 2006).

Los pacientes que sufren asma muestran en su entorno familiar una sobreprotección por parte de los padres. La conducta de apego que se manifiesta a partir de una pauta de interacción social dentro de la familia con padres sobreprotectores, por lo que, como una consecuencia, se desarrolla en el niño una angustia por hacer las cosas por sí solo y la necesidad de separarse de sus padres y lograr enfrentarse a la vida y llegar a la independencia (Caso, 2006).

En cuanto al factor social, se ha observado que los pacientes asmáticos, con nivel socioeconómico bajo tienen historia de más hospitalizaciones que pacientes con nivel socioeconómico más alto. También se ha observado que los padres necesiten jornadas más largas de trabajo y como consecuencia disminuye la supervisión de los pacientes y disminuye también su adherencia al tratamiento médico o psicológico (Suárez, Huerta y del Olmo, 2010).

Otros factores a considerar son la escolaridad de los padres, el desempleo de estos, la exposición a situaciones violentas o factores medio ambientales como contaminación en casa o en el vecindario (Suárez, Huerta y del Olmo, 2010).

Entre los componentes cognitivos se encuentran el grado de conocimiento que tenga el paciente de la enfermedad, las actitudes que se han desarrollado sobre la enfermedad, la percepción de los síntomas y los aspectos relacionados con su personalidad o el estilo de afrontamiento, las cuales influirán en su auto-eficacia y en la capacidad para mantenerse asintomático y con un buen nivel de calidad de vida (Bazán, 2009).

La presencia de trastornos psiquiátricos en los pacientes con asma es un factor muy importante ya que las personas con ansiedad o depresión tienen mayores problemas para controlar una crisis (Bazán, 2009).

Prevención del Asma

La educación para la salud es un elemento indispensable que deberá estar presente tanto en el tratamiento farmacológico como en la detección y control de los factores de riesgo del asma. Debe favorecer la toma de decisiones en padres y niños sobre el control de la enfermedad (Bazán, 2009).

La educación de pacientes y padres debe ayudar a que ambos comprendan en qué consiste la enfermedad y adquirir conocimientos sobre las habilidades necesarias para su control. Se pretende de manera general la modificación de actitudes, la práctica de comportamientos y estilos de vida más sanos, así como, el autocontrol y control del asma en familia (Bazán, 2009).

Es importante una evaluación psicológica para descartar posibles factores emocionales o algún trastorno psiquiátrico que pudieran intervenir en el tratamiento, como pueden ser los trastornos de ansiedad.

Ansiedad

La ansiedad se define como una emoción psicológica básica, adaptativa ante un desafío o peligro presente o futuro. Su función es la de motivar conductas apropiadas para superar dicha situación y su duración está en relación a la magnitud y a la resolución del problema que la desencadenó (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

Es importante destacar que la ansiedad, por sí misma, no es una reacción negativa o necesariamente patológica, sino que cumple una función esencial para la supervivencia del individuo, como mecanismo de activación y alerta ante posibles peligros, amenazas o exigencias ambientales, facilitando el afrontamiento rápido y eficaz ante este tipo de situaciones (Puchol, 2003).

Para poder distinguir entre ansiedad adaptativa y ansiedad patológica se debe de tomar en cuenta los siguientes puntos:

Ansiedad adaptativa: la frecuencia es ocasional con una intensidad de leve a media y en una duración limitada. El origen se da en situaciones objetivas de amenazas, desafío o peligro potencial. Como consecuencia puede haber interferencia leve o moderada en las actividades cotidianas (Puchol, 2003).

Ansiedad patológica: la frecuencia es recurrente con una intensidad elevada y su duración es prolongada. El origen se puede dar en situaciones o estímulos desproporcionados o no justificados. Las consecuencias pueden producir una interferencia grave y significativa en las actividades cotidianas (Puchol, 2003).

La ansiedad patológica es una respuesta que aumenta en intensidad, que no necesariamente está ligada a un peligro, situación u objeto externo y que puede llegar a ser incapacitante. Los Trastornos de Ansiedad tienen la capacidad potencial de llegar a interferir negativa y significativamente con la habilidad de un individuo para desenvolverse y adaptarse con éxito a su entorno habitual (Puchol, 2003).

Los Trastornos de Ansiedad se manifiestan externamente como reacciones desproporcionadas y/o injustificadas ante estímulos o situaciones ambientales cotidianas, reacciones que escapan del control voluntario de la persona, tienen un carácter intenso y recurrente, generan incomodidad y malestar e interfieren significativa y negativamente en la vida de la persona (Puchol, 2003).

Cuando se percibe una situación o acontecimiento como potencialmente peligroso o desafiante, toda una serie de mecanismos internos se ponen en funcionamiento para reaccionar con éxito y rapidez. De hecho los rasgos asociados a la ansiedad no son más que el reflejo externo de la intensa actividad interna por el que el cuerpo atraviesa para hacer frente a la situación percibida como potencialmente amenazante. Los síntomas comunes asociados a una respuesta de ansiedad son aumento de la tensión muscular, incremento la frecuencia cardíaca y en la presión sanguínea, aceleración del ritmo respiratorio, incremento de la transpiración, temor y aprehensión (Puchol, 2003).

Modelos teóricos sobre la ansiedad

Para explicar el origen de la ansiedad, se ha investigado la contribución de diferentes tipos de factores para explicar el fenómeno. A continuación se explicara brevemente la contribución de algunos de estos factores.

Factores sociales relacionados con la ansiedad

Los sucesos de vida estresantes desencadenan la vulnerabilidad psicológica de las personas ante la ansiedad. La mayor parte de los sucesos estresantes son de naturaleza interpersonal, como el matrimonio, el divorcio, dificultades laborales, la muerte de un ser querido, etc. Las presiones sociales, como sobresalir en la escuela, podría proporcionar también la suficiente tensión como para desencadenar ansiedad. La forma de reaccionar de un familiar ante diferentes situaciones estresantes representa un patrón de conducta que se puede transmitir entre los miembros de la familia o por personas importantes para el sujeto, ya sea implícita o explícitamente (Baeza et al., 2008).

Factores psicológicos de la ansiedad

Los teóricos conductuales explican a la ansiedad como producto del condicionamiento clásico, el moldeamiento u otras formas de aprendizaje (Baeza et al., 2008).

El condicionamiento clásico es un tipo de aprendizaje asociativo en que un estímulo inicialmente neutro acaba suscitando la misma respuesta o una similar que un estímulo incondicionado, después de que ambos estímulos se presentan repetidamente juntos (Baeza et al., 2008).

Con esta forma de aprendizaje se podría explicar que en la ansiedad, una fuerte respuesta de temor se da inicialmente durante una tensión extrema o tal vez como resultado de una circunstancia peligrosa en el entorno. Esta respuesta emocional se asocia después con una gran variedad de estímulos o señales externas e internas. Las señales externas son lugares o situaciones similares a aquellas en las que se dio inicialmente el evento amenazante. Las señales internas son, por ejemplo, incrementos de la frecuencia cardíaca que se asocian con el ataque de pánico inicial, aunque se deba a circunstancias perfectamente normales, como el ejercicio (Baeza et al., 2008). El punto relevante para entender la ansiedad desde esta perspectiva es el suponer que la ansiedad es una respuesta emocional condicionada, lo cual confirma la idea de que la ansiedad está vinculada a un estímulo o a una configuración de estímulos en una situación particular (Baeza et al., 2008).

La ansiedad también se ha intentado explicar como un proceso de adquisición y mantenimiento de una respuesta, en el que interviene el condicionamiento operante. Sus principios básicos son los siguientes: si la realización de una conducta va seguida de una consecuencia positiva (una recompensa o reforzamiento positivo) o bien de la desaparición o evitación de una consecuencia negativa (reforzamiento negativo) aumentará la probabilidad de que la persona repita la conducta. Tras la realización de esa conducta la consecuencia es negativa (un castigo) es probable que esa conducta no se realice de nuevo. Finalmente, si la ejecución de una respuesta no tiene consecuencias, dicha conducta dejará de realizarse (extinción; Bayés y Pinillos, 1989). Los síntomas de

ansiedad pueden iniciarse luego de una reacción a algún estímulo que cause miedo, después de una serie de repeticiones y/o asociaciones, donde se suman componentes cognitivos, emocionales y conductuales, estos pueden llegar a desencadenar por si mismos los síntomas de la ansiedad (Kozer, 2001).

En cuanto al aprendizaje vicario de la ansiedad, consiste en un aprendizaje complejo que implica adquirir nuevos comportamientos o modificar otros a partir de la observación de la conducta de los demás. Por ejemplo, en muchos de los casos de personas con algún trastorno de ansiedad, no necesariamente tuvieron que haber pasado por un acontecimiento traumático previo. Más bien estas personas han podido observar las experiencias traumáticas que han vivido otros o simplemente actuar del mismo modo que sus familiares u otras personas cercanas. Se considera que en estos casos la experiencia es indirecta y producto del proceso de socialización al que todos estamos sometidos desde que nacemos. Las personas que nos rodean actúan como modelos o ejemplos de conducta a seguir, por ejemplo, en situaciones estresantes (Baeza et al., 2008).

Tipos de Ansiedad

Diferentes teóricos han afirmado que es posible distinguir dos tipos de ansiedad: ansiedad de rasgo y ansiedad de estado (Baeza et al., 2008).

La ansiedad de rasgo es una característica de personalidad relativamente estable a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones. Se refiere a la tendencia del individuo a reaccionar de forma ansiosa. Las personas con un marcado rasgo

de ansiedad tienden a percibir un gran número de situaciones como peligrosas o amenazantes y a responder a estas situaciones amenazantes con manifestaciones intensas de ansiedad (Baeza et al., 2008).

La ansiedad de estado hace referencia a un estado emocional transitorio y fluctuante en el tiempo. El nivel de ansiedad estado debería ser alto en circunstancias que sean percibidas por el individuo como amenazantes y bajo en situaciones no amenazantes o no percibidas como tales (Baeza et al., 2008).

En el primer caso se podría decir que el individuo es ansioso (rasgo) y en el segundo caso que está ansioso (estado). La ansiedad rasgo es la característica de personalidad que subyace a muchos trastornos de ansiedad (Baeza et al., 2008).

Por otro lado, hay pruebas que sustentan un modelo integral de la ansiedad, el cual comprende una gran variedad de factores. En la niñez, tal vez adquirimos una consciencia de que los sucesos no siempre están bajo nuestro control. El continuo de esta percepción puede oscilar entre la confianza total en el control de todos los aspectos de nuestra vida e incertidumbre sobre nosotros mismos y la capacidad para enfrentar sucesos por venir. Tal vez surja un sentido de falta de control, general al principio en función de la educación y de otros factores ambientales (Baeza et al., 2008).

El sentido de falta de control, al parecer es el factor psicológico que, posteriormente en la vida, hace más vulnerables a padecer ansiedad (Baeza et al., 2008). Casi todas las explicaciones de los trastornos de ansiedad se acogen a

razones de condicionamiento y cognoscitivas que resultan difíciles de separar (Baeza et al., 2008).

Evaluación de la ansiedad

Las escalas diagnósticas y de evaluación de ansiedad son herramientas que apoyan y refuerzan objetivamente el diagnóstico de éste trastorno acompañado fundamentalmente de la entrevista clínica y la exploración psicopatológica (Pérez y Cárdenas, 2005).

En ningún caso la administración de estas escalas sustituye a la historia clínica. Se deben de recopilar datos acerca de antecedentes médicos, psicopatológicos y consumo de fármacos, síntomas actuales (afectivos, emocionales, cognitivos o somáticos), momento de inicio, duración e intensidad de éste y acontecimientos estresantes, además de antecedentes familiares de este tipo de patologías (Pérez y Cárdenas, 2005).

La escala de Hamilton para Ansiedad es una escala de heteroevaluación (llevada a cabo por un observador externo), propuesta por Hamilton en 1959. A través de la escala se evalúa el grado de ansiedad, relacionado a la interrupción del continuum emocional que se expresa por medio de una sensación subjetiva de tensión, nerviosismo e inquietud y está asociado a la activación del Sistema Nervioso Autónomo (Hamilton, 1959). La escala de Hamilton para la ansiedad ha sido diseñada para obtener una valoración cuantitativa de la sintomatología de la ansiedad y para el estudio de la evolución clínica de la enfermedad durante el tratamiento. Esta escala no puede utilizarse para el diagnóstico de trastorno de

ansiedad, ya que patologías no específicamente ansiosas pueden conducir a puntuaciones elevadas. Esta escala es la más sensible para evaluar los efectos del tratamiento en pacientes con ansiedad y, por tanto, para evaluar el transcurso de la enfermedad (Hamilton, 1959).

Prevención de la ansiedad

Es importante considerar que además de llevar un tratamiento médico, se sugiere considerar el manejo de algún tratamiento psicológico para mejorar la calidad de vida del paciente (Suarez, Huerta y del Olmo, 2010).

El enfoque psicoeducativo implica proporcionar al paciente información básica sobre los trastornos de ansiedad, síntomas básicos y diferentes maneras de afrontar la situación. Cuánto más se sepa, más disposición y confianza en sí mismo habrá para comenzar a modificar los síntomas (Calle, Rodríguez y Gómez, 2009).

Una de las terapias más utilizadas para tratar ansiedad es la Terapia Cognitivo Conductual ya que este tipo de terapia brinda una serie de procedimientos para tratar la ansiedad, tener control sobre ésta y así evitar su complicación (Calle, Rodríguez y Gómez, 2009). También se ha demostrado que las técnicas de relajación son efectivas para disminuir la ansiedad (Sánchez, Velasco, Rodríguez y Baranda, 2006).

Técnicas de relajación

Los tratamientos que tienen como propósito la disminución de la ansiedad pueden ser de tipo farmacológico o de tipo psicológico. Estos últimos consisten principalmente en entrenar al paciente con técnicas cognitivo conductuales que les ayuden a disminuir su activación fisiológica, a reducir el malestar psicológico y a facilitar la expresión emocional (Sánchez, Velasco, Rodríguez y Baranda, 2006).

Las técnicas que más se utilizan son las técnicas de relajación, *biofeedback*, técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento en respiración, estrategias de afrontamiento al estrés, capacitación en habilidades sociales, la solución de problemas y diferentes técnicas de autocontrol (Sánchez, Velasco, Rodríguez y Baranda, 2006).

Las técnicas de relajación y de respiración son el tratamiento más utilizado para la ansiedad ocasionado por alguna enfermedad médica (Sánchez, Velasco, Rodríguez y Baranda, 2006).

Consisten en un profundo descanso físico, psíquico y afectivo, inducido mediante métodos elaborados con los que cuenta el profesional de la salud (Granda y Saez, 2000).

La relajación es un estado breve de actividad metabólica, nerviosa y consciente, que se puede medir y definir en el plano subjetivo, fisiológico y motor (Granda y Sáez, 2000).

En el plano subjetivo se caracteriza por la experiencia consciente de los estados afectivos. Por ejemplo, placer-displacer, alegría-tristeza, etc. En el plano fisiológico se caracteriza por cambios viscerales, somáticos y corticales, como son: cambio en el ritmo cardiaco, disminución de la tensión muscular, de la temperatura interna, entre otros. En el plano motor se caracteriza por acciones externas observables de la persona. Por ejemplo: inactividad-hiperactividad, relajación-tensión, entre otros (Granda y Saez, 2000).

La respiración completa, es una técnica de control de la respiración que consiste en inspirar el aire y realizar tres tipos de respiración a la vez: respiración diafragmática, respiración media o torácica y respiración superior o clavicular (Granda y Saez, 2000).

Se asume que la respiración completa implica que la musculatura diafragmática provoca activación parasimpática (Chóliz, 2005), es decir, favorece la relajación, de manera que el entrenamiento en ciertas pautas respiratorias puede ser un procedimiento adecuado para la reducción de los efectos del estrés y en general, los trastornos debidos a un exceso de activación.

Los ejercicios de respiración permiten tomar conciencia de la respiración actual y poder modificarla adecuadamente, educando al paciente con una serie de ejercicios de respiración que son útiles para una mejor calidad de vida. Se entrena al paciente para que pueda responder de manera automática a determinadas situaciones (Chóliz, 2005).

Así pues, el objetivo del entrenamiento de respiración es conseguir un patrón respiratorio fisiológicamente apropiado, que generalmente será adecuado para diferentes alteraciones respiratorias. No obstante, el tipo de ejercicios variará en función del objetivo de la intervención (Chóliz, 2005).

La Relajación Muscular Progresiva de Jacobson (1938) es una de las técnicas que se utilizan para disminuir la ansiedad. Edmund Jacobson y Johannes Heinrich Schultz fueron los pioneros en sistematizar ejercicios para la inducción de la distensión muscular, pues concluyeron que la asociación entre los estados de tensión y las emociones podían generar problemas de salud (Granda y Saez, 2000).

Esta técnica se basa en la tensión y la relajación sistemática de varios grupos de músculos permitiendo eliminar casi por completo las contracturas musculares, así como experimentar una sensación de relajación profunda. Si bien está especialmente indicada en los trastornos de tipo psicossomático, se recomienda a todas las personas como preventivo para enfrentar las situaciones estresantes de la vida cotidiana (Chóliz, 2005).

Otra de las técnicas utilizadas para disminuir la ansiedad es la técnica de imaginación gestáltica, el objetivo principal de esta técnica es facilitar que el organismo se autorregule y no solamente se eliminen los síntomas. Para ello se requiere facilitar al paciente procedimientos para que pueda reconocer y comprender sus dificultades y establecer contacto con aquellas situaciones aún

pendientes o no resueltas que han afectado la autorregulación de su organismo (Granda y Saez, 2000).

La imaginería es un método gestáltico a través del cual se visualizan imágenes (por ejemplo, paisajes o algo que sea agradable para el sujeto) que pueden ser dirigidas o no dirigidas, cuyo contenido son aspectos, necesidades, deseos y miedos que oculta el paciente. El objetivo es modificar patrones de conducta desadaptativos y producir en el sujeto la adquisición de un estilo de vida acorde con la realidad (Granda y Saez, 2000).

Existen situaciones en las que la práctica de la relajación estaría contraindicada, como en una crisis hipotensiva o hipoglucémica, en personalidades con tendencia a la disociación patológica de conciencia o en psicosis en las que se podría agravar la vivencia desintegrativa del yo del paciente. Si se padece alguna patología, se debería consultar antes a un profesional sanitario.

La práctica de la relajación, como cualquier otra procedimiento psicológico, no está exenta de posibles efectos indeseables: hipotensión arterial, hipoventilación, crisis vagales, episodios de despersonalización, entre otros (Granda y Saez, 2000).

Asma, ansiedad y técnicas de relajación

Se han publicado estudios en los que se describe la eficacia que tienen las técnicas de relajación en diversos padecimientos tanto físicos como psicológicos, de entre los cuales, uno de los más padecimientos psicológicos más estudiados

en relación a las técnicas de relajación y respiración ha sido la ansiedad. Por ejemplo, Sarafino, Gates y DePaulo (2001) realizaron un estudio en donde se examinó la relación entre la edad al momento del diagnóstico del asma y los efectos posteriores de doce desencadenantes del asma comunes, así como el efecto de diferentes tratamientos para los síntomas de asma. El estudio se realizó con familiares de pacientes con asma de entre 2 y 20 años de edad. Los autores encontraron que un diagnóstico realizado a edad más temprana se relaciona con una reducción en los síntomas de asma presentados por los pacientes. También se encontró que entre los diferentes tratamientos médicos y psicológicos que se probaron, uno de los más eficaces fueron las técnicas de relajación.

Hay estudios que muestran que la ansiedad es un factor importante para el manejo y tratamiento del asma. Fernandez, Fonseca, Martins, Delgado, Costa, Vaz y Branco (2010) realizaron un estudio con pacientes adultos de sexo femenino de mediana edad que padecían asma de moderada a severa. Se les aplicó un examen para determinar el funcionamiento pulmonar, una evaluación para ver la inflamación en las vías respiratorias y por último un cuestionario para evaluar la ansiedad. El estudio fue dirigido a examinar la relación entre la ansiedad con variables clínicas tales como marcadores inflamatorios, espirometría, atopias (diversos tipos de alergias), gravedad de los ataques de asma y su duración, así como también calidad de vida, control del asma, uso de medicación, uso de servicios de autocuidado y absentismo. Se observó en los resultados que un 70% de los pacientes con síntomas de asma presentaron un nivel alto de ansiedad. Se encontró que la percepción sobre la gravedad de los síntomas de asma y las

conductas para mitigar sus síntomas están relacionados con diferentes niveles de ansiedad, lo cual se vuelve importante desde el punto de vista clínico, ya que ambas características psicológicas serían los mejores predictores de los cambios en el curso de la enfermedad.

En diferentes estudios publicados se reportó que cuando una persona se encuentra bajo tratamiento mediante técnicas de relajación muscular profunda, aprende a controlar sus pensamientos, sentimientos y sensaciones asociados su estado ansioso. Conrad y Roth (2007) realizaron una revisión de la evidencia publicada en diversos estudios acerca del efecto benéfico de las técnicas de relajación muscular en el tratamiento moderno de los desórdenes de ansiedad. De acuerdo a los estudios analizados en esta revisión, concluyeron que los pacientes con ansiedad generalizada y desordenes de pánico pueden presentar una elevada tensión muscular, aumentos anormales de la activación autonómica y aumentos en la intensidad del malestar en la función respiratoria. En este estudio se concluyó que las técnicas de relajación tuvieron como efecto la disminución de ansiedad en los pacientes de los estudios analizados.

Sánchez, Velasco, Rodríguez y Baranda (2006) realizaron un estudio para comparar diferentes procedimientos para reducir la ansiedad en pacientes con diferentes padecimientos médicos. Se compararon la psicoeducación, la terapia cognitiva y la terapia conductual, con un grupo control. A cada paciente se le asignó al azar uno de los cuatro programas. Antes y después de la aplicación de los programas, a todos los sujetos se les aplicó la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Inventario de Ansiedad de Estado y Rasgo. La comparación de los dos grupos

indicó que el uso combinado de diferentes técnicas psicológicas como dotar al paciente de información tanto de la enfermedad como de la ansiedad, dar entrenamiento en estrategias de afrontamiento como las técnicas de relajación y técnicas de asertividad resultan eficaces para reducir los niveles de tensión, nerviosismo, así como la ansiedad relacionada con la enfermedad que padecen.

Chiang, Ma, Huang, Tseng y Hsueh, (2009) evaluaron la efectividad del auto-manejo y de las técnicas de relajación-respiración en niños con asma moderada a severa, en comparación con niños con las mismas características tratados solamente con el entrenamiento de auto manejo. Los grupos experimentales fueron pacientes externos del centro de salud de Taiwan. Los participantes fueron 48 niños de entre 6-14 años de edad con asma moderada a severa. Los participantes fueron elegidos al azar tomando en cuenta género, edad y severidad del asma. Ambos grupos participaron en un programa de auto manejo del asma. Los niños en un grupo experimental se les dio también 30 minutos de entrenamiento en técnicas de relajación, respiración y un CD para práctica en casa y reportar los niveles de ansiedad. Como resultado, la ansiedad disminuyó significativamente en los niños del grupo experimental en comparación con el grupo control. Los autores concluyeron que una combinación de auto manejo y manejo de la respiración puede reducir la ansiedad mejorando así la salud de niños con asma.

Dada la importancia de las técnicas de relajación para tratar padecimientos psicológicos (e.g., ansiedad), así como diversos problemas de salud (e.g., asma), Sánchez, Rosa y Olivares (1998) realizaron un meta-análisis en el que

consideraron 47 estudios independientes. El objetivo fue analizar la eficacia de las técnicas de relajación (relajación progresiva breve y completa, relajación autógena y técnicas de respiración) y combinaciones de estas técnicas con desensibilización sistemática, medicación, fisioterapia, economía de fichas, habilidades sociales, retención de humo y biofeedback. Se encontraron diferencias entre los distintos tipos de relajación a favor del entrenamiento en respiración. Los autores lograron confirmar a través de la revisión de los diferentes estudios que las técnicas de relajación, en particular el entrenamiento en respiración, son efectivas para tratar diferentes padecimientos psicológicos.

Ávila, Fonseca y Expósito (2003) realizaron un estudio experimental sobre la influencia de técnicas psicológicas y ejercicios terapéuticos tales como las técnicas de relajación en pacientes asmáticos adolescentes y sus familiares. El uso de ejercicios terapéuticos y técnicas psicológicas resultaron benéficas al disminuir la frecuencia e intensidad de la crisis, elevar el nivel de conocimiento sobre la enfermedad y mejorar la conducta asumida durante la crisis, lo cual resultó satisfactorio para el paciente y sus familiares.

Otro estudio en el que se demostró que la aplicación de las técnicas de relajación son, fue el estudio de De los Santos, Carretero y Buela (2002). Los autores aplicaron un programa de intervención psicológica a un niño de 10 años con asma alérgica leve. El paciente presentaba ansiedad debido a la propia enfermedad y no a otros aspectos de su vida. La intervención se centró en aplicación técnicas como relajación muscular progresiva y técnica de relajación infantil, robot-muñeco de trapo, así como también educación para la respiración

lenta y diafragmática. Se encontró que las técnicas de relajación y respiración produjeron una reducción de la frecuencia e intensidad de las crisis asmáticas, una disminución de la variabilidad pulmonar, un aumento del flujo de aire máximo espirado.

Propósito

Tomando en cuenta que se ha demostrado en estudios previos que las técnicas de relajación son efectivas para disminuir la ansiedad y los síntomas del asma (e.g., Chiang, Ma, Huang, Tseng y Hsueh, 2009), el propósito de la presente tesis fue disminuir el nivel de ansiedad de una persona con asma, aplicando la técnica de respiración completa, la técnica de relajación muscular progresiva y la técnica de imaginería, y con esto tratar de disminuir los síntomas de asma.

Método

Sujetos

Participó una mujer de 26 años de edad. Su grado máximo de estudios es nivel medio superior y su ocupación es comerciante. La sujeto es soltera, aunque vive en unión libre.

La participante fue diagnosticada con asma. Su padecimiento se caracteriza por alergias frecuentes en respuesta a diferentes agentes como polvo, humo de tabaco, entre otros. La participante es fumadora de tabaco. Su consumo es de aproximadamente 5 cigarrillos al día. En el Anexo 1 se presenta la historia clínica de la participante.

Materiales

Un CD de música clásica, un reproductor de CD y una cama.

Instrumentos

Se utilizó la escala de Hamilton para la ansiedad (Hamilton, 1959), que permite determinar el grado de ansiedad generalizada del paciente, consta de 14 ítems y es heteroaplicada. La evaluación se efectúa mediante una entrevista voluntaria, preguntando al paciente acerca de los síntomas aparecidos durante la semana precedente. Es una entrevista semiestandarizada compuesta por 14 reactivos, en donde el terapeuta debe evaluar en una escala de 0 (ausente) al 4 (intensidad máxima), junto con la conducta del paciente en la entrevista las siguientes variables: humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, dificultades intelectuales, depresión, síntomas musculares, sensoriales, cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, génito-urinarios y vegetativos. La puntuación asignada a cada una de las variables debe establecerse con arreglo a una estimación combinada de la frecuencia e intensidad de los síntomas presentes (Pérez y Cárdenas, 2005).

Todos los ítems están ligados con un factor general de ansiedad, se pueden aislar dos factores específicos: a) ansiedad psíquica (humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, funciones intelectuales, depresión y conducta en la entrevista); y b) ansiedad somática (síntomas musculares, sensoriales, cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, génito-urinarios y vegetativos (Pérez y Cárdenas, 2005).

Se puede calcular una puntuación total y una puntuación para la ansiedad psíquica sumando la puntuación de los ítems 1,2,3,4,5,6 y 14 y para la ansiedad somática 7,8,9,10,11,12 y 13. La escala permite emitir un juicio cuantitativo sobre la intensidad de la ansiedad del paciente y su evolución bajo la influencia del tratamiento (Pérez y Cárdenas, 2005).

Procedimiento

El procedimiento consistió en un total de 18 sesiones. En la primera sesión, se le solicitó a la participante de forma verbal su consentimiento para colaborar en el estudio. Se le explicó el objetivo de este trabajo, así como el procedimiento. Se comenzó con la entrevista para la historia clínica, la cual se concluyó en la segunda sesión.

En la tercera sesión se le aplicó a la participante la Escala de Ansiedad de Hamilton. Una vez que se corroboró que la paciente presentaba altos niveles de ansiedad, se le solicitó que realizara un autorregistro del día, la intensidad, la frecuencia y la duración de sus síntomas del asma. En esta misma sesión se comenzó a trabajar con las técnicas de relajación.

Primero se le pidió a la participante que se sentara sobre la cama. Se le proporcionaron las instrucciones de la técnica respiración completa. Se le pidió que colocara una mano en la altura del pecho y la otra en su abdomen, para que sintiera cómo entraba el aire a sus pulmones. Después se le pidió que comenzara a inhalar inflando solo el estómago, luego que comenzara a inhalar solo inflando el pecho y por último solo los hombros. Cada uno de estos ejercicios se repitió 5

veces. Una vez que comprendió el procedimiento se le pidió que realizara una respiración completa integrando los tres ejercicios anteriores, primero inhalando por el abdomen, después llevar el aire hacia el pecho y por último a los hombros. Esta técnica se repitió 10 veces.

Posteriormente se le pidió que se recostara sobre la cama para realizar la técnica relajación Muscular Progresiva. Primero se le pidió que prestara atención en cada parte del cuerpo para localizar tensión. Posteriormente, se comenzó a trabajar en diferentes zonas del cuerpo, en donde el objetivo general consistió en tensar y relajar cada zona. Las instrucciones iniciales para cada parte del cuerpo fueron las siguientes: apretar el puño, contraer manos, muñecas y antebrazos, contraer el bíceps empujando el codo contra el colchón. También se le pidió al sujeto elevar las cejas, arrugar la nariz y los labios, apretar los dientes y hacer una sonrisa forzada tirando de la comisura de los labios hacia afuera, empujar la barbilla como si quisiera tocar el pecho pero al mismo tiempo hacer fuerza para no conseguirlo. A la vez que inspiraba se le pidió que arqueara la espalda como si quisiera unir los omoplatos entre sí, poner el estómago duro y tenso, colocar la pierna estirada y subirla hacia arriba 20 cm y relajar soltando la pierna, estirar la pierna y la punta de los dedos como si quisiera tocar un objeto adelante (Chóliz, 2005).

Al finalizar cada uno de estos ejercicios se le pidió que disfrutara por un momento de la sensación de relajación al destensar la zona del cuerpo.

Se finalizó cada sesión con la última técnica llamada técnica de imaginería. Se utilizó en cada sesión una de las siguientes tres técnicas de imaginería: cueva, paisaje y espejo. Estas técnicas tuvieron la finalidad de resaltar que hay una solución para sentirse mejor, de valorar cada momento y disfrutarlo, así como de reconocerse a sí mismo.

Un ejemplo de las técnicas de imaginería es la técnica llamada espejo. En ésta técnica se le pidió a la participante lo siguiente: “Imagine ahora que está en un cuarto muy oscuro. Todavía no puede ver nada pero hay un gran espejo frente a usted. A medida que el cuarto se vaya iluminando, estará en condiciones de ver una imagen suya reflejada en el espejo. Esta imagen puede ser completamente diferente a la que habitualmente ve, o puede no serlo. Mire simplemente en la oscuridad y deje que surja esa imagen a medida que la luz crece en intensidad. Finalmente estará en condiciones de verla completamente clara ¿Cómo es esa imagen? ¿Qué es lo que más nota de esa imagen? ¿Cómo es su postura? ¿Cómo se mueve? ¿Cómo es su expresión facial? ¿Qué sentimiento o actitud muestra esa imagen? ¿Cómo se siente hacia esta imagen?”

“Ahora hablele en silencio a esa imagen e imagine que la imagen puede hablarle ¿Qué le dice usted a la imagen y que le responde la imagen? ¿Cómo se siente mientras habla con la imagen?”

“Cambie ahora de lugar y conviértase en la imagen del espejo, siendo imagen ¿Cómo es usted y como se siente respecto a su imagen en el espejo? ¿Qué se dice a usted mismo mientras continua el dialogo entre usted y su

imagen? Comenten la relación entre su imagen y usted. Vea si puede descubrir algo más respecto a la experiencia de ser esa imagen. Continúe la conversación entre la imagen y usted mismo por un rato y vea que otra cosa puede descubrir uno de otro. Cambien los roles cada vez que quieran pero prosigan el diálogo y la interacción entre ustedes.

Ahora conviértase nuevamente en usted mismo y mire otra vez la imagen en el espejo ¿Cómo se siente respecto a la imagen? ¿Hay algunos cambios en relación a la primera imagen? ¿Hay alguna cosa que quiere decirle a la imagen antes de despedirse de ella? Lentamente ahora despídase de la imagen y regrese a su existencia en este cuarto. Permanezca con su experiencia durante un rato.

Por último se le pidió a la participante que comentara la experiencia que tuvo y como se había sentido durante el proceso.

Como se mencionó anteriormente, estas técnicas comenzaron a aplicar a partir de la tercera sesión y en total se llevaron a cabo 16 sesiones de aplicación de las técnicas de relajación. Las sesiones tuvieron una duración aproximada de una hora y ocurrieron dos veces por semana.

Al finalizar la última sesión se le aplicó a la participante por segunda vez la Escala de Ansiedad de Hamilton.

Resultados

A través de la escala de ansiedad de Hamilton (1959) se determinó que en la primera aplicación la participante tuvo una puntuación de 18 que corresponde a un nivel de ansiedad psíquica de moderada/grave, en ansiedad somática su puntuación fue de 13 que corresponde a un nivel leve. La puntuación total de la participante fue de 31 puntos, lo cual significa un nivel de ansiedad moderada/grave.

En la segunda aplicación, el nivel de ansiedad psíquica de la participante fue leve con una puntuación de 8, en ansiedad somática la participante se encontró en un nivel de ansiedad leve con una puntuación de 6. La participante obtuvo una puntuación total de 14, que se interpreta como un nivel de ansiedad leve.

Con el propósito de analizar los datos recopilados a través de los autorregistros, en la Figura 1 se presenta la frecuencia de los síntomas del asma que registró la participante diariamente durante 55 días.

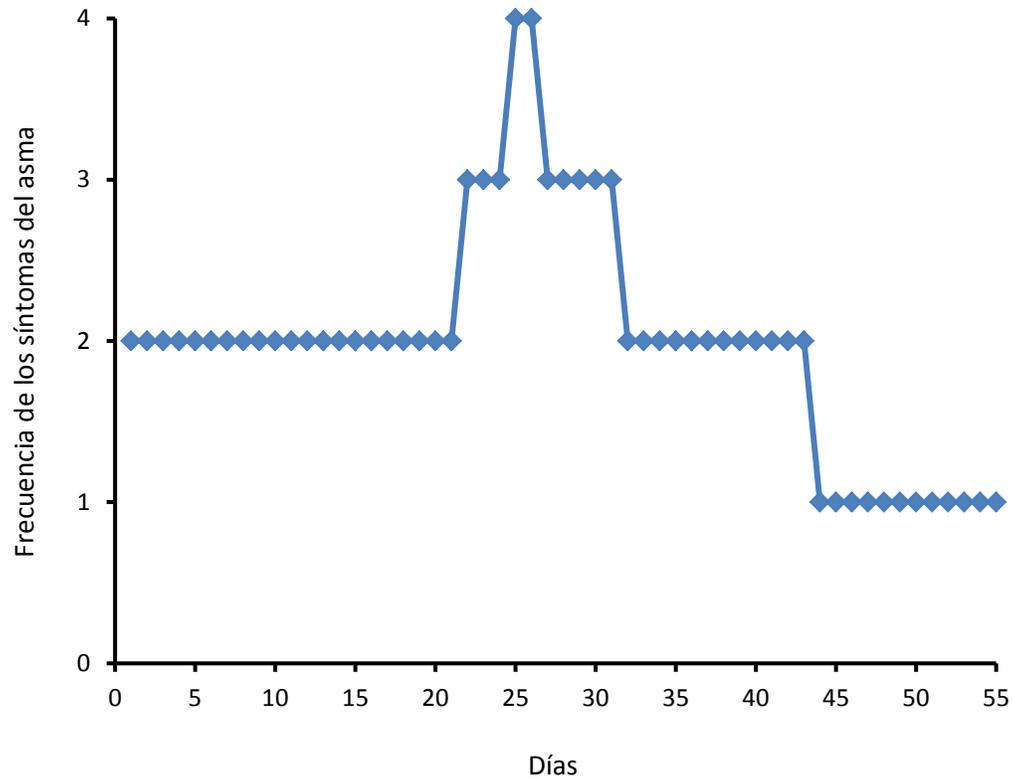


Figura 1. Frecuencia de los síntomas del asma que registró la participante diariamente durante 55 días de tratamiento.

En la Figura 1 se observa que en la primera parte del tratamiento el número de síntomas se mantuvo estable. Hacia la mitad del tratamiento se observó un aumento en la frecuencia de los síntomas y posteriormente se observó una disminución.

En la Figura 2 se presenta la duración de los síntomas del asma registrados durante los 55 días de tratamiento.

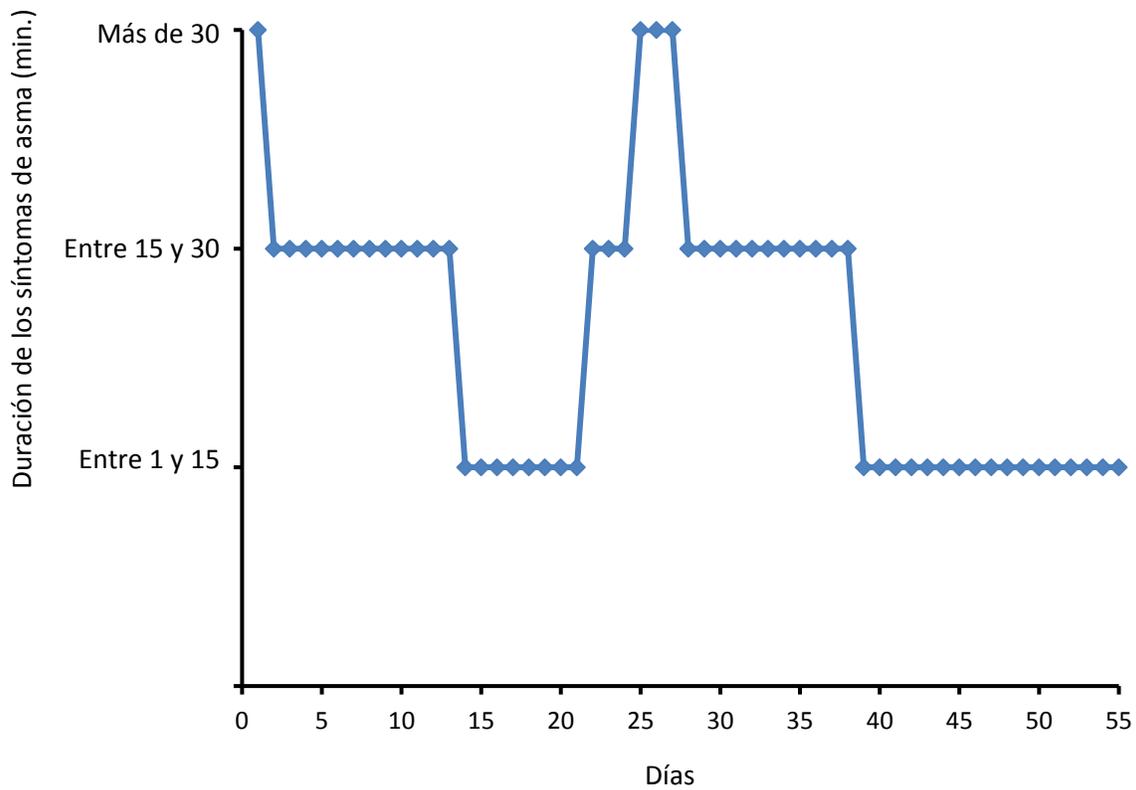


Figura 2. Duración de los síntomas del asma registrados durante los 55 días de tratamiento.

En la Figura 2 es posible observar que en los primeros días se presentó una disminución en la duración de los síntomas. Aproximadamente a la mitad del tratamiento se observó un aumento en la duración. En la última parte del tratamiento se observó una disminución en la duración de los síntomas.

En la Figura 3 se presenta la intensidad de los síntomas del asma registrados durante 55 días de tratamiento. En el eje Y, la puntuación de 0 y 10 significa respectivamente la intensidad más baja y más alta de los síntomas del asma.

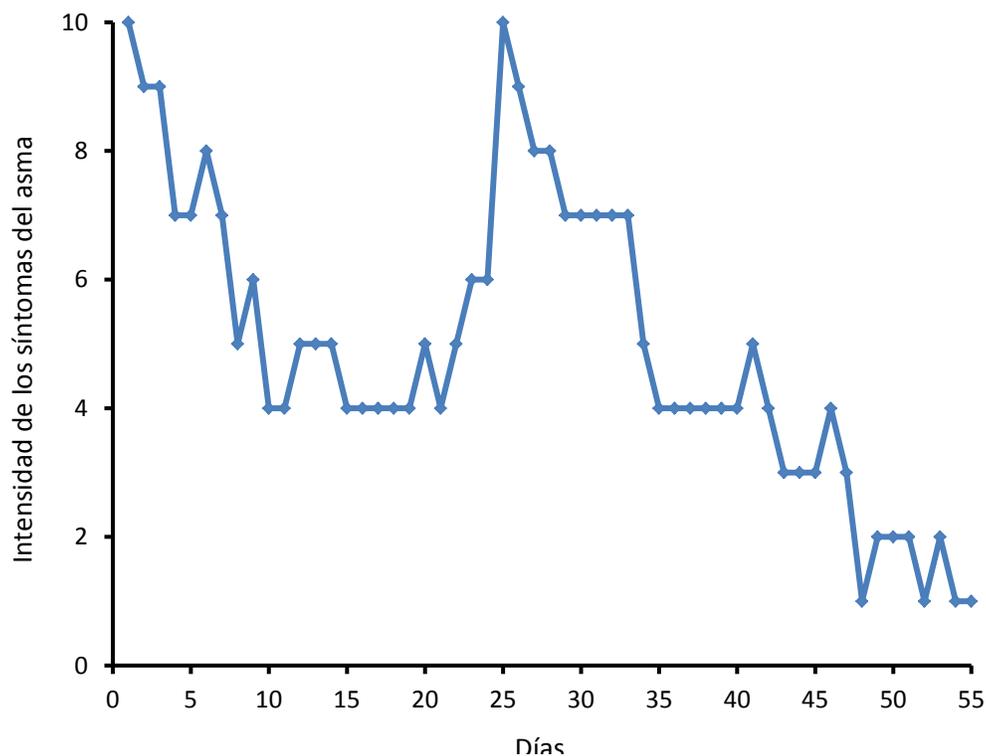


Figura 3. Intensidad de los síntomas del asma registrados durante 55 días de tratamiento.

En la Figura 3 se observa que la intensidad comienza con una disminución en la primera parte del tratamiento. En la mitad del tratamiento aumentó la intensidad de los síntomas y posteriormente la intensidad disminuyó hacia el final del tratamiento.

Discusión

El asma es un trastorno orgánico que conlleva diversas complicaciones y que están relacionados diversos factores psicológicos. En cuanto a la contribución de estos factores se mencionó en la introducción de la presente tesis la teoría conductual, en la que se describe que ciertos estímulos medioambientales pueden condicionarse para producir las crisis a través de un proceso de condicionamiento Pavloviano. El condicionamiento operante también puede explicar el mantenimiento de las crisis asmáticas, si como consecuencia de estas crisis la persona que la padece recibe atención. En este último ejemplo la atención funcionaría como un reforzador de las respuestas relacionadas con las crisis de asma o con las crisis de ansiedad.

Se ha visto que la ansiedad está relacionada con el asma. Por ejemplo, Deshmukh, Toelle, Usherwood, O'Grady y Jenkins (2007), en una revisión de estudios sobre la relación de ansiedad y asma encontraron que existe una mayor probabilidad de trastornos de ansiedad en pacientes con asma, en comparación con una población normal. Los autores afirmaron que las manifestaciones clínicas de ansiedad afectan la percepción y el manejo del asma, a través de los síntomas de la ansiedad (e.g., hiperventilación) e indirectamente a través de los efectos de la ansiedad sobre las conductas de automanejo del asma. Los autores también afirmaron que existe un incremento en la percepción subjetiva de que la respiración es más corta en individuos ansiosos con asma, incluso en ausencia de cualquier cambio en medidas objetivas sobre la obstrucción de las vías aéreas. Este cambio en la percepción, debida a la ansiedad, puede ocasionar un

incremento en el uso de medicación para el asma, para lo que en realidad podrían ser síntomas de ansiedad. Los pacientes con síntomas de ansiedad pueden hiperventilarse y esta respuesta puede disparar un ataque de asma o empeorar uno ya presente. Esto se debe a que la hiperventilación ocasiona enfriamiento de las vías aéreas, lo cual a su vez ocasiona bronco-constricción, lo que empeora los síntomas del asma. Los síntomas de la ansiedad caracterizados por cambios prominentes en la respiración (problemas para respirar, ahogo, sensación de ahogo y dolor en el pecho) puede confundir al paciente porque aparentan ser síntomas de un ataque de asma y puede confundir al médico al interpretar la causa. Además los síntomas de ansiedad y asma pueden coexistir lo cual puede dificultar la distinción del médico o del psicólogo entre ambos tipos de pacientes.

Tomando en cuenta la estrecha relación que puede existir entre ansiedad y asma, el propósito de la presente tesis fue examinar y cuantificar los síntomas de la ansiedad en un paciente con asma y disminuir la ansiedad aplicando diversas técnicas de relajación para así también disminuir los síntomas del asma.

Se encontró que el nivel de ansiedad de la participante antes de aplicar las técnicas de relajación fue moderada/grave. Después de la aplicación de las técnicas de relajación se midió por segunda vez el nivel de ansiedad psíquica de la participante y se encontró que su nivel de ansiedad fue leve. Por tanto, las técnicas de relajación fueron efectivas para disminuir la ansiedad de la participante. Este hallazgo es similar a los resultados que se han obtenido en diferentes investigaciones acerca del efecto de las técnicas de relajación sobre la ansiedad. Por ejemplo Gill, Kolt y Keating (2004) realizaron un estudio con 76

estudiantes universitarios, se utilizó el inventario de estado de ansiedad competitiva y se aplicaron dos técnicas: Método de relajación de Benson y Relajación Progresiva. Se encontró que las técnicas de relajación fueron efectivas para la reducción cognitiva y somática de la ansiedad.

Durante la aplicación de las técnicas de relajación la participante llevó un autorregistro de la frecuencia, duración e intensidad de sus síntomas de asma. Se observó que en la primera parte del tratamiento el número de síntomas se mantuvo estable, posteriormente aumento y después disminuyó hacia el final de las sesiones. La disminución de los síntomas de asma encontrados en la presente tesis es similar a las disminuciones en los síntomas de asma reportados en diversos estudios. Por ejemplo, Ávalos (2006) realizó un estudio con 30 pacientes asmáticos de la Ciudad de México, que se encontraban bajo tratamiento médico, con edades entre 18 y 53 años con altas frecuencias de crisis respiratorias. Trabajo con dos grupos. El primero realizó un autorregistro por semana con la frecuencia, intensidad y duración de los síntomas del asma y practicaron respiración diafragmática y relajación muscular con técnicas de retroalimentación biológica, proporcionándoles información psicoeducativa para el manejo del padecimiento. El procedimiento para el segundo grupo fue similar al procedimiento del primer grupo, con la única diferencia de que no se les hicieron recomendaciones psicoeducativas a los participantes. Se encontró que el procedimiento aplicado a ambos grupos fue efectivo para reducir la frecuencia, la intensidad y la duración de los síntomas del asma a partir de la aplicación del entrenamiento de respiración diafragmática. En todos los casos esta disminución

se acentuó con el entrenamiento en relajación muscular. Estos hallazgos indicaron que la información psicoeducativa no produjo diferencias entre los grupos, las técnicas de relajación fueron las responsables de las disminuciones de la frecuencia, intensidad y duración de los síntomas de asma.

Kellett y Mullan (2002) llegaron a la conclusión de que las técnicas de relajación son un tratamiento alternativo para controlar la enfermedad del asma y recuperar su autoconfianza. En este estudio se encontró que la aplicación de las técnicas de respiración y relajación ayudó a disminuir la ansiedad así como también ayudaron disminuir los síntomas del asma.

De acuerdo a los resultados que se obtuvieron en la presente tesis y considerando los hallazgos de los estudios mencionados sobre el efecto benéfico de las técnicas de relajación, se concluye que las técnicas de relajación y respiración son un complemento efectivo para el tratamiento del asma.

Es recomendable que las técnicas de relajación y respiración se complementen con terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la ansiedad en pacientes con asma, ya que se ha descrito que este tipo de terapia ayuda a que el paciente cambie su perspectiva respecto a lo que le está sucediendo y a que tenga un mayor conocimiento de la enfermedad, lo cual contribuye a disminuir la frecuencia, duración e intensidad de los síntomas del asma y mejora la adherencia terapéutica al tratamiento médico del asma (Avalos, 2006).

Cabe mencionar que las técnicas de relajación y respiración son efectivas para disminuir la ansiedad en personas con asma, sin embargo, se tiene que

tomar en cuenta el resto de las características de la situación en la que se encuentre la persona. Por ejemplo, pudo haber interferido en este estudio la temporada de frío, ya que en climas fríos se agravan los síntomas de asma. Otro factor que pudo haber interferido y que considero más importante, es el factor emocional.

La paciente a mitad de tratamiento tuvo un aumento de los síntomas del asma, posiblemente relacionado a problemas maritales. La paciente refería no tener buena comunicación con su pareja, él no la apoyaba en gastos y en dos ocasiones hubo infidelidad por parte de él, algo que a ella le costó mucho superar. Ya no tenían relaciones sexuales y solo llegaba a dormir. El refería que por trabajo no podía pasar tiempo en casa o con ella. Ha intentado separarse de su pareja pero menciona que hay una dependencia muy fuerte y no sabe por qué sigue manteniendo esa relación. Ella y su pareja continúan viviendo en casa de sus padres, situación que también le genera mucho estrés ya que ella mantiene a su pareja, tiene que pagar una renta a sus padres y acatar reglas de la casa tales como cuidar a sus sobrinos, hacer de comer para su padre, madre, pareja, sobrinos y para ella, cumplir un horario, cuestiones de limpieza, etc.. En el proceso del tratamiento surgió un problema con su pareja relacionado a una infidelidad, lo cual pudo haber interferido en el tratamiento ya que desde el inicio su respuesta al mismo fue satisfactoria. Lo que nos ayuda a demostrar en este caso es que el factor emocional puede aumentar la ansiedad, y por lo tanto, afecta el tratamiento de la enfermedad, por lo que considero importante tener herramientas para poder controlar situaciones que nos puedan generar ansiedad. Así como en este caso, a

la paciente se le enseñaron diversas técnicas de relajación que se obtuvo como resultado una disminución de ansiedad. Cabría realizar un estudio más profundo y darle un seguimiento más prolongado.

Lista de referencias

- Ávalos, F.J.(2006).Investigación clínica en el tratamiento del asma, *Psicología y Salud*, 16, 23-32.
- Ávila, A. M., Fonseca, O. A., y Expósito, Y. F. (2003). Ejercicios terapéuticos y técnicas psicológicas en el tratamiento de asma bronquial en adolescentes y familiares. *Ministerio de salud pública: Instituto superior de ciencias médicas de la Habana*. Recuperado el 11 de noviembre de 2011, de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/mednat/asma_bronquial%5B1%5D.pdf
- Baehr, F., y Cruz, E. (2007). Asma Bronquial. *Revista de medicina clínica*, 18, 75-79.
- Baeza, J.C., Balaguer, G., Belchy, I., Coronas, M., y Guillermon, N. (2008). *Higiene y prevención de la ansiedad*. España: Díaz de Santos.
- Benéites, AM, Molina, W., Rubiol, T. (2005). Aspectos psicológicos del asma infantil. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 8, 137-149.
- Bayés, R. y Pinillos, J. L. (1989) *Aprendizaje y condicionamiento*. España, Madrid: Alhambra.
- Bazán, G.E. (2009). Evaluación del impacto familiar del asma bronquial infantil en México. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, España. Recuperado el 11 de noviembre de 2011, de <http://hdl.handle.net/10803/5496>

- Calle, M., Rodríguez, J.L. y Gómez, M.J. (2009). Ansiedad y EPOC. *ArchBronconeumol*, 45, 51-53.
- Caso, M.E.(2006). La sobreprotección parental como factor asociado en al asma bronquial en niños. *Psicología y salud*, 16, 33-39.
- Cárdenas, M. y González, E. (1999). Influencia de la depresión materna sobre el asma infantil. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 1-13.
- Recuperado el 15 de Diciembre de 2011, de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719998909.pdf>
- Chóliz, M. (2005). *Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Chiang, L., Ma, W., Huang, J., Tseng, L. y Hsueh, K. (2009). Effect of relaxation-breathing training on anxiety and asthma signs/symptoms of children with moderate- to severe asthma: randomized controlled trial, *Int J Nurs Stud*, 46, 1061-1070.
- Conrad, A. y Roth, W. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: it works but how?, *Anxiety Disord*, 21, 243- 264.
- Deshmukh, V. M., Toelle, B. G., Usherwood, T., O'Grady, B., & Jenkins, C. R. (2007). Anxiety, panic and adult asthma: A cognitive-behavioral perspective. *Respiratory Medicine*, 101, 194–202.

- Fernandez, L., Fonseca, J., Martins, S., Delgado, L., Costa, A., Vaz, M. y Branco, G. (2010). Association of Anxiety With Asthma: Subjective and Objective Outcome Measures. *Psychosomatics*, 51, 39-46.
- Gill, S., Kolt, G. y Keating, J. (2004). Examinando la teoría de los múltiples procesos: Una investigación de los efectos de dos técnicas de relajación en estado de ansiedad. *Journal of Bodywork and Movement therapies*, 8, 288-296.
- Granda, A., y Saez R. (2000). *Manual de relajación*. Lima, Perú: Programa Nacional de Medicina Complementaria, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.
- Hernández, R. (2006). Instituto nacional de salud pública y la secretaria de salud. 1-6.
- Instituto nacional de salud pública y la secretaria de salud. 1-6.
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, (2010). INER
- Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation: A Physiological and Clinical Investigation of Muscular States and Their Significance in Psychology and Medical Practice*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kellet, C. y Mullan, J. (2002). Breathing Control Techniques in the Management of Asthma. *Physiotherapy*, 88, 751-758.
- Martínez, M.A. (2004). Epidemiología. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 21, 1-3.

Montaño, M., Cisnéros, J., Pedraza, J., Becerril, C., Mendoza, C., Ramos, C. (2009). Presencia de estrés oxidativo en un modelo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica inducido con exposición al humo de leña en cobayos. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 22, 272-279.

Organización Mundial de la Salud, 2009. OMS

Pérez, S., y Cárdenas, L. (2005). Salud Mental: Atención Primaria. *Salud Global*, 5, 1-8.

Puchol, E. D.(2003). Los trastornos de ansiedad: La epidemia silenciosa del siglo XXI. *Revista de Psicología científica. Com.* (2003, 29 de septiembre). Recuperado el 11 de Noviembre el 2011, de <http://www.psicologiaincientifica.com/bv/psicologiapdf-110-los-trastornos-de-ansiedad-la-epidemia-silenciosa-del-siglo-xxi.pdf>

Sánchez, J., Rosa, A.I., y Olivares, J. (2007). Las técnicas de relajación en el campo de la psicología clínica y de la salud en España: una revisión meta-analítica. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiátrica de enlace*, 46, 21-36.

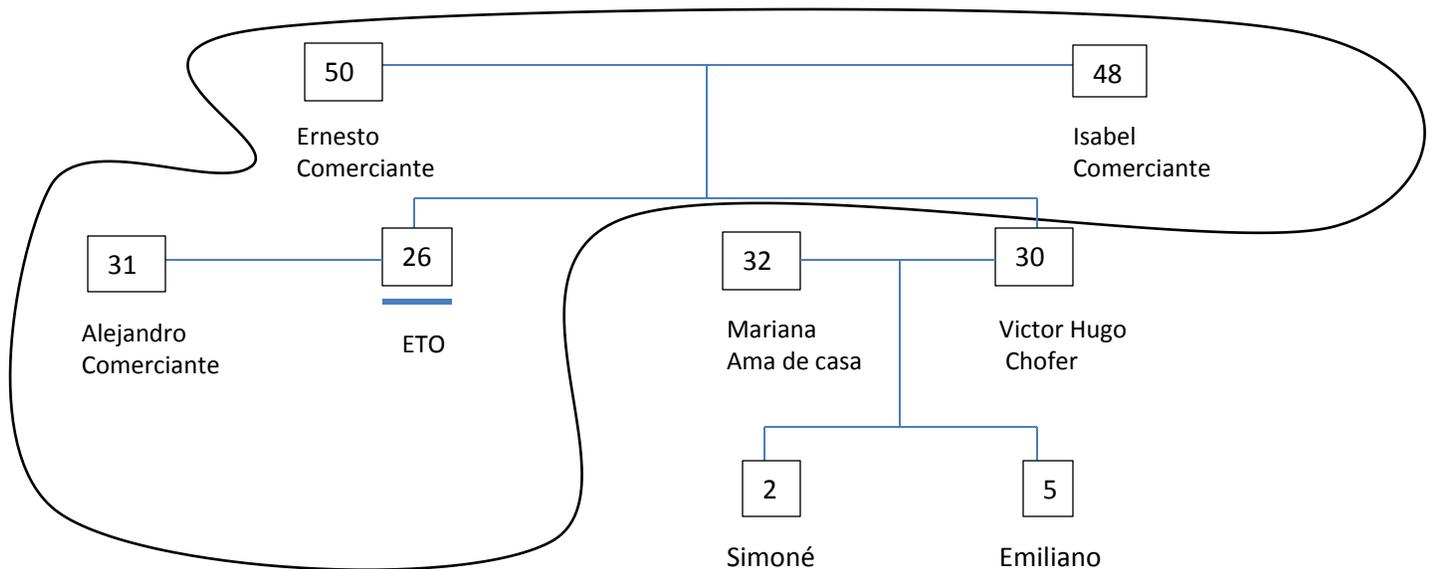
Sánchez, S., Velasco, L., Rodríguez, R., y Baranda, J. (2006). Eficacia de un programa cognitivo conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes médicamente enfermos. *Revista de investigación clínica*, 58, 540-546.

- Serafino, E.P., Gates, M. y De Paulo, D. (2001). The Role of age at asthma diagnosis in the development of tiggers of asthma episodes. *J. Psychosom Res*, 51, 623-628.
- De los Santos M. R., Carretero H. D., y Buela G. C. (2002). Intervención psicológica en un caso con asma. *Análise Psicológica*, 1, 131-147.
- Sierra, J.C., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, Angustia y Estrés, Tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 1, 10-59.
- Suárez, L. I., Huerta, J. G. T., y Del Olmo, T. O. (2010) Aspectos psicológicos del Asma. *Alergía, Asma e inmunología pediátricas*, 19, 18-22.

ANEXO 1

HISTORIA CLÍNICA

Nombre: ETO
 Edad: 26 años
 Sexo: Femenino
 Religión: Católica
 Estado Civil: Unión Libre
 Ocupación: Comerciante
 Nivel Socioeconómico: Medio
 Lugar de nacimiento: México D.F.
 Tipo de interrogatorio: Directo
 Nombre del entrevistador: Lorena Martínez García



Motivo de consulta: Estudio de caso clínico

Observaciones generales: Persona de sexo femenino, estatura aproximada de 1.62 mts. , peso aproximado de 72 kg, tez blanca y cabello castaño claro. Aspecto desalineado vistiendo ropa casual olgada. No aparenta edad cronológica.

La expresión facial denotó tristeza y la mayor parte del tiempo mirando hacia abajo, sin embargo su actitud ante la entrevista y las sesiones posteriores se mostraba risueña y cooperativa.

El lenguaje se caracterizó por ser fluido , buena articulación en las palabras y el tono de voz fue moderado.

Durante la entrevista se mostró con tristeza al hablar de ella en general, al recordar parte de su pasado con tristeza al hablar de ella en general, al recordar parte de su pasado.

Problema actual

La paciente refiere que ha sentido mucha ansiedad por comer y fumar, le han dado episodios de asma frecuentemente cuando solo le daban muy esporadicamente. Ha tenido mucho problemas con su pareja y comenta que no la apoya para nada.

Historia Personal

Nació en México D.F., a partir de los 3 años comenzó a experimentar frecuentes cambios de vivienda, el motivo de estos cambios fue la inestabilidad económica que tenía su padre ya que con frecuencia presentaba problemas de agresividad y alcoholismo. El último trabajo del padre fue en la empresa cartablanca del cual lo corrieron por la misma situación.

La primaria la curso en dos instituciones, este cambio de una institución a otra, la deprimió por dejar a sus amigas y al chico que le gustaba. Comenzó a tener burlas por parte de sus compañeros debido a que la paciente se había desarrollado más físicamente a pesar de su edad de 8 años. Sólo tenía una amiga, ella consideraba que era rara por ser agresiva. Tuvo mas compañeros hombres que mujeres. Siguió relacionandose con puros hombres.

Se considera una persona manipulable y que no sabe tomar sus propias decisiones. En la misma escuela la chantajeaban para que les hiciera la tarea a sus compañeros.

Desde los 5 años recuerda que su papá les pegaba a su mamá y a su hermano. La paciente refiere que es por el consumo de alcohol. Recuerda que a ella también le pegaba porque ella lo retaba, pero le golpeaba menos que a su hermano y a su mamá. Refiere no haber tenido buena relación con su madre.

Refiere que se enfermaba mucho de la gripa, esto no le daba oportunidad para salir a jugar. Entró a la secundaria y siguió el problema con sus papas, las burlas en su escuela por su pecho que estaba más desarrollado que las demás niñas, esto la hacía sentir gorda.

Tuvo un primer novio con el que no duró mucho, el comenzó una relación con otra persona. La paciente se consideraba una persona celosa y aprensiva diciendo que sus amigos y su novio son suyos. Tuvo un aproximado de 20 novios en la secundaria. Se comenzó a relacionar con niñas pero las que ellas consideraban más agresivas, también empezó a no tomar enserio a los novios que llegaba a tener.

En segundo grado de secundaria, la mandaron con un psicólogo presentaba conductas agresivas, no sólo en la escuela sino en casa también. Su agresividad la hacía sentir bien porque se sentía

popular, sentía aprobación de los amigos. Comenzó a subir de peso, ella se lo adjudica a que termino una relación en donde el chico le significaba mucho, el terminó la relación sin motivo. Debido a esto se deprimió, dejó de ir a la escuela por tres meses y empezó a subir más de peso. A partir de esta experiencia no quiso involucrarse sentimentalmente con sus relaciones posteriores. Dejó de relacionarse con las chicas rebeldes y comenzó a juntarse con las más estudiosas.

Al término de segundo de secundaria se cambiaron de casa, comenzó a comer más, esto se lo debe a que pasaba más tiempo sola. Siguió enfermándose de gripa durándole dos o tres meses la enfermedad, la llevaban al médico pero no mejoraba. Cuando hacía ejercicio se cansaba mucho y se sofocaba. En seis meses subió 10 kg. En tercero de secundaria conoció una chica con la que tuvo muy buena relación, pasaban mucho tiempo juntas, la amiga tenía muy malos hábitos de comida lo que le hacía comer de manera más desequilibrada.

Cuando ingreso al bachillerato comenzó a fumar y en primer semestre se relacionaba con gente estudiosa. Estuvo en cuatro prepas hasta que la finalizó en CETIS con título de técnico químico en alimentos. Posterior a esto, a lo quince años, le detectaron asma, la revisaron varios médicos pero no sabían que tenía. Cuando comenzó a fumar le daban ataques más fuertes, mientras más fumaba más se enfermaba y le seguían durando las gripas. Se intensifico el asma al grado de que ya no podía caminar mucho porque le daban crisis.

A los dieciocho años se fue a vivir con su pareja en unión libre, debido a una discusión que tuvo con él, ocasionó la crisis más fuerte que había tenido.

Describe a su pareja muy poco expresiva y detallista, es una persona que no le apoya.

La paciente ETO es alergia al polvo se manifiesta enfermándose de la gripa, comenzó a tener problemas de presión alta. Se enteró de una infidelidad por parte de su pareja y empezó a tener más ansiedad de comer y fue cuando la presión se le comenzó a subir.

Considera no tener buena relación ni buena comunicación con su pareja, él le echa la culpa de no poder superarse. Pelean mucho.

Historia Familiar

La relación con su madre nunca fue buena, su madre fue muy dura con ella y no mostraba afecto, no se acercaba a ella y no había comunicación.

Con su hermano tiene buena relación pero no hay comunicación.

Con su papá tiene mejor relación que con su mamá, siente que la quiere más su papá que su mamá. Ella le guarda resentimiento a su papá porque le pegaba a su mamá cuando era niña. Su papá es alcohólico y cuando toma es muy agresivo. Le diagnosticaron diabetes y casi pierde la vista por seguir tomando. Su hermano no tenía buena relación con su papá y frecuentemente lo golpeaba. La paciente presenció una vida familiar con mucha agresión.