



COLEGIO PARTENON S.C.

INCORPORADO A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE
CALIDAD DE VIDA DE JUNIPER A PACIENTES ASMÁTICOS
ADULTOS DE LA CLÍNICA DE ASMA DEL INSTITUTO
NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, QUE
RECIBIERON TERAPIA DE RELAJACIÓN DE JACOBSON.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

CLAUDIA GABRIELA OBREGÓN GODÍNEZ

DIRECTORA DE TESIS: LIC. PATRICIA MARÍNEZ CABRERA

MÉXICO, D. F.

2007



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.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por darme la oportunidad de realizar este sueño tan anhelado en mi vida, por depositar en mí el impulso suficiente para lograr llegar hasta aquí.

Gracias a mi madre por darme la vida y por la alegría que siempre emanaba de su persona para con los demás.

Gracias a la mujer más maravillosa, valiente, humana, capaz, cariñosa, linda y valiosa con la que tuve la dicha de compartir la mayor parte de mi vida, a mi abuelita, a ella le debo todo lo que soy y todo lo bueno de mi persona.

Mil gracias a mi tía Telín, por todo el amor y cariño que me dio desde que nací, por ser mi guía, mi confidente, mi amiga, mi gran apoyo en todo momento, mi ejemplo a seguir en muchas cosas, por ser tan incondicional y por ser pieza clave en mi formación, como individuo, como mujer, como ser humano y como profesionalista.

A mi tío Toño, por ser como mi hermano mayor, por compartir conmigo tantos años hermosos de mi vida, por el cariño y amor que siempre me demostró y por brindarme el apoyo necesario en todo momento.

A mi amado esposo, el ser humano más bello que me pudo regalar Dios, para compartir mi vida a su lado. Gracias por el amor, la ternura, la perseverancia, el interés, la paciencia y la comprensión que demostró en todo este proceso, administrando la fuerza necesaria para seguir adelante en cada paso.

Al Dr. Mario Vargas por la aportación de su valiosa experiencia, su tiempo, su paciencia y por todo el apoyo incondicional que me brindó.

A la profesora Eva Ibarri por todo el apoyo, las facilidades, sus puntuales aportaciones y su valiosa colaboración, para que se llevara a cabo este trabajo.

A la profesora Cristina Báez, por sus apreciables comentarios y por su colaboración y comprensión en la realización de este trabajo.

A mi querida profesora Paty Martínez, gracias, por el interés, la disponibilidad, el tiempo, la actitud tan positiva, el enorme ímpetu y la confianza que depositó en mí, lo cual se tradujo en mi más grande aliciente para poder llegar a la culminación de este trabajo.

Doy gracias a Dios y a la vida por hallarlos en mi camino.

INDICE

RESUMEN.	01
INTRODUCCIÓN.	02
CAPITULO I. MARCO TEÓRICO.	
1. SALUD.	
1.1 Los egipcios.	05
1.2 Los hebreos.	05
1.3 La civilización griega.	05
1.4 El imperio romano.	06
1.5 La civilización teotihuacana.	06
1.6 La edad media.	06
1.7 El renacimiento.	07
1.8 Edad contemporánea.	08
1.9 Medicina moderna.	08
1.10 El DSM-IV.	10
1.11 En la actualidad.	12

2. ASMA.

2.1	Antecedentes.	15
2.2	Descripción Clínica.	16
2.3	Clasificación y Etiología.	19
2.4	Diagnóstico y Tratamiento.	23
2.5	Tratamientos Alternativos.	
2.5.1	Acupuntura.	26
2.5.2	Hipnosis.	29
2.5.3	Yoga.	32
2.5.4	Tai Chi y Chi Kung.	35
2.5.5	Reflexología.	37
2.5.6	Relajación.	39
2.5.6.1	Relajación Muscular Progresiva de Jacobson.	42
2.5.6.1.1	Consideraciones generales.	47
2.5.6.1.2	Consideraciones adicionales.	50
2.5.6.1.3	Posturas de relajación.	52
2.5.6.1.4	Detección de partes tensas.	55
2.5.6.1.5	Sugerencias de imágenes.	56

2.6	Enfermedades Alérgicas.	57
2.6.1	Rinitis alérgica o alergia nasal.	59
2.6.2	Sinusitis.	60
2.6.3	Conjuntivitis alérgica.	61
2.6.4	Dermatitis atópica.	62
2.6.5	Urticaria.	63
2.6.6	Angioderma.	63
2.6.7	Anafilaxis.	64
2.6.8	Dermatitis por contacto.	64

3. CALIDAD DE VIDA.

3.1	Definición.	65
3.2	Factores Psicológicos.	68
3.2.1	Ansiedad.	69
3.2.2	Estrés.	71
3.3	Factores Sociales.	77
3.4	Factores Médicos.	78
3.5	Evaluación.	80
3.5.1	En el asma.	82
3.5.2	Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper (Asthma Quality of Life Questionnaire, AQLQ).	84
3.5.3	Otros Cuestionarios.	87

CAPITULO II. MÉTODO.	94
○ Planteamiento del Problema.	97
○ Justificación del Estudio.	97
○ Objetivo General.	98
○ Objetivos Específicos.	99
○ Hipótesis de Trabajo.	100
○ Hipótesis Estadísticas.	100
○ Variables.	
○ Variables Dependientes.	103
○ Variables Independientes.	103
○ Variables Atributivas.	103
○ Definición Conceptual de Variables.	103
○ Definición Operacional de Variables.	106
○ Población.	108
○ Tipo de Muestra.	109
○ Diseño de Investigación.	109
○ Sujetos.	110
○ Instrumento.	110
○ Tipo de Estudio.	117
○ Escenario.	117
○ Procedimiento.	117
○ Análisis Estadístico.	121

CAPITULO III. RESULTADOS.	124
CAPITULO IV. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.	134
CAPITULO V. CONCLUSIONES.	136
CAPITULO VI. APORTACIONES.	141
CAPITULO VII. SUGERENCIAS.	142
CAPITULO VIII. LIMITACIONES.	143
CAPITULO IX. ANEXOS.	144
CAPITULO X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	162

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades respiratorias ocupan los primeros lugares en las tasas de morbilidad en los países de escasos recursos. Dentro de la gran cantidad de padecimientos respiratorios el asma, como enfermedad crónica, representa uno de los más frecuentes (Peat, 1996). Al igual que en muchos otros países, en México el asma constituye un problema de salud pública debido a su alta prevalencia, estimada entre el 5 y 10 por ciento de la población. En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), el asma ha sido, en los últimos 10 años, la causa principal de demanda de atención en los Servicios de Urgencias, Consulta Externa y Hospitalización (Del Villar, 2007). El asma se manifiesta por síntomas de disnea (dificultad para respirar), tos, expectoración, sibilancias (silbidos en el pecho) y sensación de opresión torácica, los cuales pueden traer como consecuencia limitaciones en las actividades físicas y sociales, deteriorando la calidad de vida del paciente. Este último aspecto, calidad de vida, toma en cuenta las implicaciones emocionales de la enfermedad, mismas que variarán de persona a persona, dependiendo de su sensibilidad individual (Testa y Simonson 1996). Así, si el enfermo es una persona optimista, no se aislará socialmente y tratará de seguir haciendo su vida como normalmente la hacía, siendo más probable que se informe de su enfermedad y que siga las indicaciones de su médico. Sin embargo, si es una persona pesimista o negativa sentirá su enfermedad como algo catastrófico, se aislará socialmente, sintiéndose inútil e incapaz de seguir haciendo su vida como antes lo hacía; son personas que se deprimen y no son capaces de llevar su tratamiento como debe ser, se rebelan ante el hecho de estar enfermos y, por tanto, viven su enfermedad como algo incapacitante, deteriorando de manera importante su calidad de vida.

En las últimas décadas, los estudios de calidad de vida se han venido incrementando de manera importante, no sólo en pacientes con asma, sino también en aquellos con otras enfermedades crónicas e incapacitantes (Velarde

y Ávila, 2002). En la actualidad, los médicos han pasado de las medidas objetivas, exclusivamente, a considerar también las opciones relatadas por sus enfermos y a tomar en consideración sus particularidades y sus sentimientos idiosincrásicos, que podrían llamarse medidas subjetivas. Esto supone un importante avance en la filosofía médica y conlleva un cambio de actitud en lo que la práctica médica debe llegar a ser (Smith, 1988). Por tanto, debido a que la calidad de vida se basa en mediciones con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables (Velarde y Ávila, 2002a). Para este fin se han diseñado diversos cuestionarios. Uno de los autores pioneros en crear y validar cuestionarios que midieran la calidad de vida en pacientes asmáticos adultos fue Elizabeth Juniper (Juniper, et al 1992), en el Centro Médico de la Universidad de Ontario, Canadá. En sus primeros estudios mencionaba que el tratamiento que se les daba a los enfermos asmáticos estaba enfocado en administrar medicamentos, considerando únicamente el aspecto fisiológico, pero que el efecto que pudiera tener éste en la vida del paciente no se tomaba en cuenta. Con este objetivo, Juniper intentó evaluar la salud relacionada con el deterioro de la calidad de vida del paciente asmático adulto, desarrollando cuestionarios que fueran confiables, válidos y objetivos. Creando así, el Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper (Asthma Quality of Life Questionnaire, AQLQ), mediante el cual se puede comprobar que el paciente asmático generalmente padece también algún grado de trastorno emocional.

Por lo que para contrarrestar estos trastornos emocionales, las investigaciones han demostrado la eficacia de los procedimientos de relajación en el tratamiento del asma. Se ha encontrado, finalmente, que la relajación es particularmente eficaz en pacientes asmáticos, en los cuales variables psicológicas como el estrés y la ansiedad se encuentran asociadas al trastorno. (Lehter y otros, 1986).

Así, la presente investigación, busca analizar los resultados obtenidos en el Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper, utilizado por el método test-retest, en los pacientes asmáticos adultos de la Clínica de Asma del Instituto Nacional

de Enfermedades Respiratorias, en el Distrito Federal, que recibieron Terapia de Relajación de Jacobson.

RESUMEN

Al reconocer hoy en día, entre las posibles amenazas a la salud, destacando por su frecuencia las enfermedades alérgicas, particularmente el asma, que además afecta cada día a un mayor porcentaje de la población y el saber que se presenta un importante deterioro en la calidad de vida de los pacientes con asma. Surge la inquietud de recurrir a un tratamiento alternativo para mejorar su calidad de vida.

De esta forma, en la presente investigación se llevaron a cabo ocho sesiones de Terapia de Relajación de Jacobson, como opción alternativa para mejorar la calidad de vida de 26 pacientes asmáticos adultos de la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, en el Distrito Federal, entre 26 y 71 años de edad, de años de evolución con el asma entre los 0.5 a 33 años, de ambos sexos (22 mujeres y 4 hombres), de estado civil: casados y otros (solteros, divorciados y unión libre), de ocupación: hogar y otros (con empleo, desempleados y estudiantes) y con escolaridad (primaria, secundaria, nivel técnico, nivel bachillerato y nivel profesional).

Asimismo, se llevó a cabo el análisis de resultados obtenidos, en la evaluación de la calidad de vida de los pacientes asmáticos adultos, por medio del Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper (Asthma Quality of Life Questionnaire, AQLQ), tanto antes, como después de las sesiones de terapia de relajación.

De acuerdo a los resultados generales obtenidos, si existieron diferencias estadísticamente significativas en su calidad de vida los pacientes asmáticos adultos, después de recibir Terapia de Relajación de Jacobson.

1. SALUD.

1.1 Los egipcios.

Según Herodoto, historiador y geógrafo griego, los egipcios eran el más higiénico de los pueblos. La práctica médica en el antiguo Egipto mezclaba elementos mágicos y religiosos con conocimientos anatómicos y fisiológicos. Practicaban la higiene personal, conocían gran número de fórmulas farmacéuticas, construían depósitos de arcilla para las aguas de bebida y canales de desagüe para las aguas residuales.

1.2 Los hebreos.

Llevaron todavía más lejos las prácticas higiénicas, al incluir en la ley mosaica, considerada como el primer código de higiene escrito, el Levítico (uno de los libros bíblicos del Antiguo Testamento) datada en 1500 años antes de JC. En este código se describe como debe ser el aseo personal, las letrinas, la higiene de la maternidad, la higiene de los alimentos, la protección del agua.

1.3 La civilización griega.

Los griegos inician la era lógica. Fueron los primeros en buscar una explicación racional para los fenómenos de la naturaleza y la enfermedad, prestando más atención a la limpieza personal, al ejercicio físico y a las dietas alimenticias que a los problemas del saneamiento del medio. Su pensador más célebre fue Hipócrates con su “Juramento Hipocrático”, basado en el beneficio de los enfermos, la defensa de la vida y la moral, continúa siendo la base de la ética médica.

1.4 El imperio romano.

En el imperio romano surgieron los hospitales y los médicos para los pobres, creación de Andrómaco. La preocupación por la salud pública se manifestó en inmensos acueductos, como los catorce de Roma, y el acueducto de Segovia, las termas de agua caliente, los baños termales y hospitales militares muy parecidos a los actuales. Fueron famosos los escritos médicos de Areteo de Capadocia, los textos de medicina, cirugía e instrumentos quirúrgicos de Galeno, padre de la fisiología experimental desarrollada en sus famosos casi quinientos libros.

1.5 La civilización teotihuacana.

Contó con grandes obras que le permitían llevar agua limpia a la ciudad, así como de deshacerse de agua sucia, Lo mismo sucede en la cultura Azteca. Esta última se crea en islotes dentro de un gran lago, por lo cual desarrolla diversas medidas para evitar su contaminación. Se dice que los Aztecas aprendieron a vivir con el lago, mientras que los conquistadores españoles, quisieron vivir contra el lago teniendo que sufrir constantes inundaciones (algunas que duraron años) e hicieron del viejo y limpio Tenochtitlan una de las ciudades más sucias del mundo.

1.6 La edad media.

Época de la peste negra, cruzados, la inquisición. Hubo grandes avances en Medicina en tiempos en que el promedio de vida en Europa alcanzaba sólo hasta 25 años. Avicena, llamado “la cumbre de la excelencia médica”. Entre otras cosas describió la tuberculosis pulmonar. Albucasis fue el autor de tratados de cirugía, traumatología e inventó múltiples instrumentos quirúrgicos. Avenzoar descubrió el ácaro de la sarna e inventó la alimentación rectal para la estenosis esofágica. El

más famoso médico judío en esa época fue Maimónides, quien nació en Córdoba y destacó la condición personal de cada enfermo, según la cual el médico no debería ver solamente un proceso patológico sino el trasfondo humano. El cristianismo, en la medicina medieval, destacó la condición sagrada del cuerpo humano y enfatizó el sentido del castigo que tendrían las enfermedades. Esto provocó un retraso, pero por otro lado, la Iglesia construyó múltiples hospitales en los que los monjes eran los médicos y habilitó asilos, leprosarios y albergues para los pobres.

1.7 El renacimiento.

El renacimiento cuya cuna fue Florencia, se irradió iluminando a Italia y el resto de Europa. Dio lugar a una nueva visión del hombre, una nueva fe en el valor del ser humano. Fue un renacer del Humanismo de la Antigüedad. Ya Galileo y Copérnico habían creado el método científico y la visión Heliocéntrica del cosmos respectivamente. Por su parte Galileo dentro de los múltiples inventos, hubo uno cuyos resultados, hasta la fecha utilizan los médicos: el termómetro. Miguel Server describió la circulación pulmonar. Leonardo da Vinci, diseccionó cadáveres y dio un enorme impulso a la anatomía, la cual alcanzó todo su esplendor con el doctor más famoso de la época; Vesalio. Más tarde, en la época de la guerra de los 30 años, Harvey descubrió la circulación de la sangre, lo que constituyó uno de los hitos que dieron nacimiento a la Medicina moderna. En el siglo XVII, la Ciencia y la Medicina tuvieron dos de sus máximos exponentes; Newton y Locke. Un concepto de justicia más actual, es el planteado a fines de este siglo en la década de los 70s por John Rawls, como equidad basada en la solidaridad y en la ética. En su Teoría de la Justicia postula que las desigualdades económicas y sociales deben resolverse dando más a los menos favorecidos. Surge el concepto de derecho a la atención sanitaria como un derecho humano básico.

1.8 Edad contemporánea.

En el siglo XIX inicia la Edad contemporánea y se caracterizó por el auge de las ciencias naturales, los experimentos y el gran desarrollo de la técnica. Destacaron el anatomista Jacobo Henle Virchow, considerado el padre de la anatomía patológica, el cirujano Broca y los filósofos Muller y Haller. Surge la medicina científica-natural con bases químicas, físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas. Se va consolidando la investigación y la medicina científica. Darwin en “El origen de las especies” plantea la evolución y la selección natural basada en la lucha por la existencia y la sobrevivencia de los más fuertes. Mendel descubre la herencia a través de partículas. Claude Bernard describe las bases del funcionamiento del aparato digestivo y Brown Sequard del sistema endocrino. Luis Pasteur y Robert Koch, inician la bacteriología. Lister desarrolla la asepsia. Morton da comienzo a la anestesiología y el descubrimiento de la Penicilina por Sir Alexander Fleming introduce la ciencia médica en la era antibiótica. Sigmund Freud inicia a fondo el estudio de la mente humana y el psicoanálisis.

1.9 Medicina moderna.

Hubo un desarrollo considerable de la Salud Pública en Europa y en los Estados Unidos. En Inglaterra Edwin Chadwick impulsó las Leyes de Salud Pública que contemplaban un conjunto de medidas para la sanidad, sobre todo en las ciudades industriales. Con esas medidas se logró reducir la mortandad por algunas de las enfermedades infecciosas (aquellas que han sido provocadas por un microorganismo, también llamado microbio u organismo microscópico, como pueden ser las bacterias, hongos o virus). que azotaban a la población trabajadora que vivía en pésimas condiciones y de insalubridad. Resaltan también los trabajos de W. Farr, quien en polémica con Chadwick señalaba que las condiciones de salud de los trabajadores se debían al exceso de trabajo que los mataba de inanición. En Alemania Rudolf Virchow, un gran patólogo de la época,

al calor de las revoluciones de 1848 señalaba que "la política es medicina en gran escala", mostrando con ello que las transformaciones socio políticas podían generar mejores condiciones para los trabajadores y con ello se lograría mejorar la situación de salud. A mediados del siglo XIX casi todos los médicos sostenían que las enfermedades se producían por suciedades de las cuales emanaban miasmas (emanaciones que se desprenden de cuerpos, sustancias o vegetales en descomposición) que llevaban la enfermedad a las personas. Otro grupo de médicos, los contagiacionistas sostenían que la enfermedad pasaba de unas personas enfermas a otras sanas por contagio de posibles microorganismos. Los trabajos de Koch terminaron dando la razón a los segundos y se abrió una época de "cazadores de microbios". Temporalmente la atención se centró en microorganismos específicos y la Salud Pública dirigida a combatir las suciedades (agua potable, drenajes, reglamentación de entierros y rastros, etc.) pasó a segundo plano, para resurgir de forma más madura (considerando ya a los microorganismos) en el siglo XX, en este mismo siglo se inicia con dos grandes teorías; la cuántica de Von Plank en 1900 y la relatividad general de Einstein en 1916. Wright inventa el aeroplano y Ford populariza el automóvil. La ciencia y la tecnología cambian radicalmente el tiempo y el espacio. Se habla de la revolución tecnológica. La velocidad del avión y las comunicaciones vía satélite reducen el mundo, la píldora anticonceptiva emancipa a la mujer más que el derecho a sufragio. El avión y la T.V. globalizan el mundo.

En 1969 el hombre pisa la superficie de la Luna. Los avances de la medicina se aceleran. Se desarrollan las especialidades, las subespecialidades, las unidades coronarias y de cuidado intensivo, los respiradores y marcapasos, trasplantes de órganos, el riñón artificial, la fertilización in vitro. Se explora el genoma humano y se inicia la intervención a nivel del cromosoma por la ingeniería genética.

Cada vez se está más de acuerdo en el valor intrínseco que emana de la naturaleza humana y las Declaraciones y Constituciones se basan en la dignidad de la persona y sus derechos, en especial a la vida. Desde Alma Ata, la OMS y

las Facultades de Medicina revaloran las enseñanzas de Hipócrates que jerarquizó por sobre todo el beneficio de los enfermos y se prioriza el concepto de Atención Primaria, Medicina orientada a la familia y al paciente como ser humano integral que merece una atención humanizada y personalizada y se re enfatiza el enfoque biosicosocial, la importancia de la Promoción de la Salud y la prevención de las enfermedades, así como la participación de los pacientes y las comunidades en los procesos de salud y enfermedad.

1.10 EI DSM-IV.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de la American Psychiatric Association. A pesar del título, en este manual, el término “trastorno mental” implica, una distinción entre trastornos “mentales” y “físicos” (un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo). Los conocimientos actuales indican que hay mucho de “físico en los trastornos “mentales” y mucho de “mental” en los trastornos “físicos”.

Sin embargo, en el DSM-IV, el término «trastorno mental», al igual que otros muchos términos en la medicina y en la ciencia, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Todas las enfermedades médicas se definen a partir de diferentes niveles de abstracción — como patología estructural, forma de presentación de los síntomas, desviación de la norma fisiológica y etiología—. Los trastornos mentales han sido definidos también mediante una gran variedad de conceptos (p. ej., malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrómico, etiología y desviación estadística). Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto y cada caso requiere una definición distinta.

Así mismo, para definir “trastorno mental” se requiere que haya deterioro o malestar clínicamente significativos. Para subrayar la importancia de la consideración de este hecho, el DSM-IV en sus tablas de criterios de la mayoría de los trastornos incluye un criterio de significación clínica (usualmente se dice «...causa malestar o deterioro clínicamente significativos en la actividad social o laboral, o en otras áreas importantes de la actividad del sujeto»). Este criterio ayuda a establecer el umbral para diagnosticar un trastorno en casos donde su presentación sintomática (particularmente en sus formas más leves) no es inherentemente patológica y puede darse en individuos en quienes sería inapropiado un diagnóstico de «trastorno mental». Evaluar si este criterio se está cumpliendo, especialmente en términos de actividad, constituye un juicio clínico intrínsecamente difícil. Con frecuencia es preciso basarse en informaciones sobre la actividad del sujeto recabadas de la familia y de terceras personas (además de las procedentes del individuo).

Por otro lado en uno de sus apartados, menciona al trastorno mental debido a enfermedad médica el cual se caracteriza por la presencia de síntomas mentales que se consideran una consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica. El término *enfermedad médica* se refiere a las enfermedades codificadas en el Eje III, que se enumeran en el capítulo «Trastornos mentales y del comportamiento», manteniendo la distinción entre trastornos mentales y enfermedades médicas no implica la existencia de diferencias fundamentales en su conceptualización, ni tampoco significa que los trastornos mentales no estén relacionados con factores o procesos físicos o biológicos, o que las enfermedades médicas no estén relacionadas con factores o procesos comportamentales o psicosociales. Esta distinción intenta promover rigor en la evaluación y favorecer el intercambio de comunicación entre los profesionales de la salud. Sin embargo, en la práctica clínica es de esperar una mayor especificidad terminológica en la identificación de cada enfermedad.

La utilidad y credibilidad del DSM-IV se centra en objetivos clínicos, de investigación y educacionales, y se apoya en fundamentos empíricos sólidos.

El propósito del DSM-IV es proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. Su prioridad ha sido la de proporcionar una guía útil para la práctica clínica.

1.11 En la actualidad.

La salud es algo de gran importancia y difícil de describir, ya que el ejercicio mental que implica su definición, se enlaza a creencias culturales, vivencias y experiencias cotidianas. Podríamos citar varias definiciones, ya que cada autor e incluso cada persona tiene su concepto de salud. Algunos autores se enfocan en combinar los diferentes aspectos del concepto, otros sin embargo se enfocan en describirla como la habilidad para adaptarse a factores de riesgo. (Green, 1988).

Algunas personas consideran que la salud es un “objeto” que se puede acrecentar en los centros de desarrollo físico, mediante ejercicios. (Vega, 2000).

Como es bien sabido, la salud es un proceso dinámico en el cual interactúan aspectos físico, mental y social dándole repercusiones importantes al individuo, en el cual existe un continuo salud-enfermedad.

La OMS definió a la salud en 1948 como; “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de la enfermedad”. (Annes, 1948).

Esto quiere decir que se debe tomar al individuo como un ser complejo el cual requiere de necesidades diferentes y éstas no solo son físicas o mentales sino

también necesita tener un ambiente sano en el cual se pueda desarrollar ampliamente hasta lograr sus mejores aptitudes o capacidades.

A pesar de que esta definición ha sido claramente atacada por los salubristas es importante, pues es la primera que ve a la salud desde un punto de vista positivo, ya que anteriormente la concepción de salud era básicamente la ausencia de enfermedad.

Aunque esta definición ha permitido ubicar el concepto de salud en los ámbitos en que el hombre interactúa y expresa su razón de existir, cabe reconocer que los elementos que la integran no fueron expuestos con el rigor que exige una definición. (Vega, et al. 2000).

Desde luego, existen muchas otras definiciones que enfocan estos factores desde diferentes puntos de vista.

Pero en resumen, los conceptos de salud deben cubrir los siguientes aspectos:

- Social. Ya que la sociedad tiene el poder de crear condiciones saludables o no saludables.
- Físico. Ve al individuo como un ser biológico que interactúa con varios factores de riesgo que pueden enfermarlo.
- Psíquico. La manera en que el individuo hace frente a la tensión emocional del ambiente.
- Espiritual. Es la creencia del hombre a pensar que existe una fuerza espiritual o natural que lleva al individuo a diferentes estados de salud de forma subjetiva.

- Holístico. La concepción de la realidad de cada persona como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen. (figura 1).

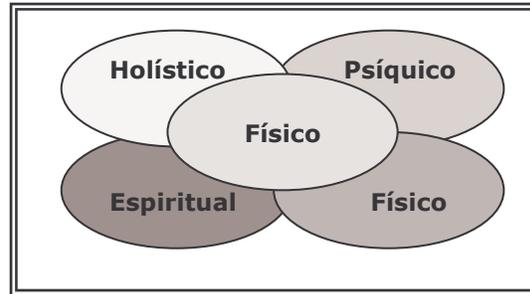


Figura 1. Aspectos del concepto de salud.

La salud y la enfermedad son conceptos bipolares que traducen una buena o mala calidad de vida. Para preservar la salud, es menester que el organismo ponga en juego diversos adaptativos mediante los cuales preserva su integridad. (Vega et al. 2000).

Hoy en día, entre las posibles amenazas a la salud, destacan por su frecuencia las enfermedades alérgicas, que además afectan cada día a un mayor porcentaje de la población. En ocasiones, pueden poner en peligro la vida del sujeto, aunque no es habitual, peor indudablemente producen un impacto, en mayor o menor medida, en la vida del paciente.

2. ASMA.

2.1 Antecedentes.

Asma es un vocablo de origen griego, *astma*, que significa jadeo. Esta palabra es conocida desde los tiempos de Hipócrates, y se utilizaba para designar a todo mal que en el paciente ocasionaba dificultad para respirar. No fue sino hasta finales del siglo XIX que la palabra *asma* se aplicó para nombrar una afección más específica, aunque incluía trastornos cardiacos que, para diferenciarlos, se utilizaba el término *asma bronquial*, si se trataba de afección del aparato respiratorio, y *asma cardiaca* si existía insuficiencia cardiaca.

Hoy día ya no se utiliza el término asma cardiaca, sólo se dice asma, aunque en muchas partes del mundo aún se le denomine asma bronquial. (Quezada, 2001). *Disnea*, es un término médico que proviene del griego *dys*, difícil y *pneia*, respiración: *respiración difícil*. Uno de los síntomas más característicos que presentan los pacientes con afecciones respiratorias es la disnea, es decir, dificultad para respirar; algunos maestros describen a la disnea como sed de aire, definición muy adecuada, ya que refleja con fidelidad la sensación que experimentan los pacientes.

A menudo, la palabra disnea se utiliza como sinónimo de asma; sin embargo el asma es una enfermedad con características propias. (Quezada et al. 2001).

2.2 Descripción Clínica.

Sir Jhon Floyer, en 1698, escribió el primer libro dedicado al asma, quien la define como:

Respiración laboriosa, con elevación de los hombros y ruidos, debida a compresión, obstrucción o contracción de algunas ramas de los bronquios y algunos lóbulos de las vejigas pulmonares.

Floyer hizo, además, descripciones brillantes de las manifestaciones de esta enfermedad, distinguiéndola de otros padecimientos que se presentaban también con disnea; sin embargo, no la diferenció de la bronquitis crónica.

En la segunda mitad del siglo XIX, la mayoría de los expertos ya distinguía el asma de otras afecciones respiratorias.

En la segunda edición del *Treatise of Neumology (Tratado de neumología)*, del doctor Alfred P. Fishman, publicado en 1978 (en inglés) y en 1983 (en español), el autor define el asma como una enfermedad crónica de naturaleza episódica, en la que las exacerbaciones se intercalan con periodos asintomáticos de duración variable. El cuadro clínico que describe se manifiesta por paroxismos de tos, disnea y sibilancias (silbidos).

En esta misma obra, el doctor Fishman sitúa la frecuencia del asma entre 3 y 5% de la población general. En dicha obra sólo se consideraban asmáticos a quienes presentaban la triada tos-sibilancias-disnea.

En México, un pionero de la neumología y uno de los más reconocidos a nivel mundial, el doctor Donato Alarcón, en su libro *Enfermedades respiratorias*, publicado en 1980, define al asma como:

Padecimiento caracterizado por disnea respiratoria, ruidos bronquiales silbantes y roncales, perceptibles a distancia o por auscultación, tos y expectoración mucosa.

Posteriormente en el cuadro clínico, describe el asma diciendo: “Inicia con la disnea, la cual es progresiva, hasta que sobreviene la crisis con la triada clásica.” (Quezada et al. 2001).

Algunos otros autores emplean las características clínicas de la enfermedad como son: la presencia de hiperreactividad bronquial que genera una obstrucción generalizada de las vías aéreas debido a una broncoconstricción y la reversibilidad espontánea o con tratamiento. Estas características se describen detalladamente a continuación.

La hiperreactividad bronquial es una reacción exagerada del organismo ante una variedad de estímulos (como los alérgenos, el ejercicio o irritantes) que no causan manifestación alguna en personas no asmáticas, dicha hiperreactividad es la causante de otras características como la constricción del músculo liso bronquial, el exceso de producción de moco y el edema (inflamación) de la mucosa bronquial. Tales manifestaciones se traducen en los siguientes síntomas: disnea o dificultad para respirar, opresión en el pecho, tos, silbidos y estertores (sonidos chasqueantes, burbujeantes o estrepitosos que se escuchan en el pulmón). La falta de aliento y la sensación de opresión se deben a que en los alvéolos queda aire atrapado, lo que también provoca que estos se inflamen. Las sibilancias (silbidos en el pecho) y la dificultad para respirar se deben a la obstrucción del paso de aire. La tos es un reflejo que tiene la finalidad de limpiar las vías aéreas expulsando las secreciones bronquiales (Antó y Sabria, 1993; Harrison, 1994; Barbee y Blom, 1997; Urbina, 1998). Además durante las noches es común que se agudice la sintomatología debido según Urbina (et al. 1998) a

“los fenómenos reflejos por el predominio de las reacciones parasimpáticas durante el sueño”.

En algunos casos suelen presentarse síntomas antes de una crisis como son: conjuntivitis, rinitis, traqueítis (tos espasmódica, seca y nocturna), problemas digestivos como halitosis, anorexia o constipación, y alteraciones en la conducta manifestándose agresividad, apatía e insomnio (Vázquez y Buceta, 1996). Otros síntomas mencionados por Barnes, Godfrey, Mazzei y Huerta (1999) son picazón debajo del mentón, molestia entre las escápulas u omoplatos, miedo inexplicable y signos relacionados con infecciones de las vías aéreas como fiebre y estornudos.

Es importante señalar que a pesar de la existencia de síntomas generales durante las crisis de asma, las reacciones de los pacientes difieren de un paciente a otro, e incluso en un mismo paciente a lo largo del tiempo. Vázquez y Buceta (1996) atribuyen estas diferencias a la variabilidad (gravedad de la crisis y estado general del paciente), la intermitencia (irregularidad con la que se presentan los episodios asmáticos), y a la reversibilidad (remisión de la crisis).

Las crisis graves de asma reciben el nombre de Estado Asmático, y durante él, la sintomatología se agudiza, el tratamiento habitual que resulta eficaz no tiene ningún efecto y se hace necesaria la hospitalización del paciente. Otras características son la formación de tapones de mucosidad cuya consistencia es más pastosa, las sibilancias son difíciles de escuchar incluso pueden desaparecer, llegan a presentarse alteraciones de conciencia e insuficiencia cardíaca debido a la retención de bióxido de carbono. El estado asmático de no ser atendido a tiempo y de forma adecuada puede provocar la muerte del paciente (Urbina et al. 1998).

2.3 Clasificación y Etiología.

La clasificación de los tipos de asma varía de acuerdo a cada autor, pero generalmente se emplea la división entre asma extrínseca y asma intrínseca.

El asma extrínseca (o alérgica) es producida por reacciones inmunológicas antígeno-anticuerpo desencadenadas por un alérgeno determinado. Esta reacción defensiva exagerada ante un elemento no patógeno se presenta por una hipersensibilidad específica a ese alérgeno. Dentro de este tipo de asma existe una subdivisión en asma atópica (en la que se encuentran elevadas cantidades del anticuerpo IgE, anticuerpo que se produce en reacciones alérgicas y en reacciones de defensa contra infecciones parasitarias), y no atópica (en la que este anticuerpo no presenta niveles elevados, aunque pueden encontrarse otros anticuerpos en altos niveles). La reacción se manifiesta entre 15 y 30 minutos después de la exposición al alérgeno, ante el cual el anticuerpo (ya sea IgE u otro), se fija en los mastocitos liberando mediadores químicos como la serotonina, la histamina o la prostaglandina, los cuales reaccionan en receptores específicos de la membrana de la célula del músculo liso produciéndose así la broncoconstricción, el edema de la mucosa y la hipersecreción bronquial. (Clark y Godfrey, 1983; Burrows, et al. 1984; Harrison, 1994; Urbina, 1998).

La reacción alérgica que presente la persona puede ser de tipo I, que es inmediata y sigue el proceso descrito, o puede ser una reacción del tipo III en la que el antígeno se combina químicamente con un anticuerpo retardado así la reacción de 6 o 8 horas después de la exposición (Des Jardins, 1993).

En el asma intrínseca no hay evidencia de una etiología inmunológica, siendo otros los factores desencadenantes de las crisis tales como el ejercicio, irritantes, fármacos, enfermedades virales, factores ambientales y psicosociales.

De acuerdo a esta división, existen varios factores que pueden desencadenar los síntomas asmáticos los cuales son: elígenos, irritantes, factores físicos, infecciones virales del tracto respiratorio superior, emociones, agentes ocupacionales, drogas, aditivos de alimentos, cambio de clima y factores endocrinos (Bernes et al. 1999). Dentro de los alergenos Ferrer (1993) señala a los siguientes: polvo, ácaros, polen, hongos, pelo y plumas de animales (debido a la orina y saliva que contienen), alimentos como leche, huevos, cereales, legumbres, pescados, mariscos, carnes o zumo de frutas.

Respecto al asma provocada por el ejercicio, la mayoría de los asmáticos tienen una reacción debido al esfuerzo realizado, pero en algunos pacientes es el único factor desencadenante de las crisis asmáticas. Al iniciar el ejercicio puede notarse una ligera mejoría en el flujo respiratorio, pero al poco tiempo de iniciar el reposo se presenta una obstrucción progresiva de las vías aéreas, llegando a su punto máximo a los 3 - 5 minutos en los niños y a los 5 - 7 minutos en los adultos. La obstrucción es supuestamente ocasionada por la hiperventilación, que junto con el aire seco y frío provocan pérdida de calor y agua en el árbol bronquial, lo que desencadenaría la liberación de substancias que resultarían en la broncoconstricción (Ferrer, et al.; Vázquez y Buceta, 1996).

Dentro de los fármacos que pueden provocar una crisis de asma se encuentran los analgésicos, principalmente la aspirina (ácido acetilsalicílico) por su uso tan difundido, los antiinflamatorios no esteroideos y antibióticos (penicilinas, cefalosporinas, tetraciclinas, etc.). Incluso se encuentran fármacos que son empleados para el tratamiento del asma y que en ocasiones pueden desencadenar una crisis tales como el cromoglinato sódico, acetato y succinato de hidrocortisona, yoduros, isoproterenol, y bloqueadores beta-1. También encuentran los bisulfitos y metasulfitos empleados como conservadores de bebidas, alimentos y medicamentos, y la tartracina utilizado en alimentos y medicamentos como colorante amarillo. Los mecanismos por los que estas

substancias desencadenan las crisis pueden ser inmunológicos (del tipo I y III descritos anteriormente) o no inmunológicos (Ferrer et al.).

Los factores ambientales que incluyen cambio de clima, humedad, y frío pueden influir de forma directa en la enfermedad del asma irritando las vías aéreas, o de forma indirecta aumentando la cantidad de antígenos en la atmósfera. De igual forma la contaminación, la cual se encuentra principalmente en las grandes ciudades, contribuye al aumento de enfermos de asma, razón por la cual es mayor el número de estos pacientes en las zonas urbanas en comparación con las rurales (Vázquez y Buceta et al. 1996).

Existe otra clasificación del asma mencionada por (Barnes et al. 1999), la cual tiene como base la gravedad de la enfermedad dividiéndola en tres grupos:

- *Asma leve intermitente.* En estos casos los pacientes presentan ataques poco frecuentes con períodos largos sin síntomas; no pierden más de un día de labor o de escuela, tampoco presentan molestia al dormir en la mayoría de las noches y son capaces de desarrollar actividades físicas.
- *Asma moderada perene.* Los síntomas se presentan diariamente o muy frecuentemente, tienen algunas ausencias ya sea en la escuela o trabajo, son muy comunes los síntomas nocturnos y el ejercicio suele ser problemático.
- *Asma severa perene.* Los pacientes presentan síntomas diariamente o de manera muy frecuente, tienen molestias la mayoría de las noches, faltan mucho al trabajo o escuela y no pueden realizar ejercicio normalmente.

La mortandad por asma es muy baja en comparación con otras enfermedades de las vías respiratorias, y suele relacionarse con el uso de ciertos medicamentos o con un tratamiento deficiente. Sin embargo, dada su prevalencia e incidencia se considera un problema de salud importante. La enfermedad se presenta con mayor frecuencia en países industrializados y durante la infancia, siendo el número de varones mayor al de las mujeres en una proporción aproximada de 2 a 1. Posteriormente durante la juventud la proporción se iguala y en la vejez se invierte, encontrándose un número mayor de mujeres afectadas en comparación con los hombres (Antó y Sabria et al. 1993).

Además, es una de las principales enfermedades crónicas por las que el paciente acude al médico o es hospitalizado. En los adultos las faltas laborales se traducen en pérdidas económicas, a las cuales hay que agregar los gastos de servicios médicos, hospitalarios y de medicamentos (Vázquez y Buceta et al. 1996). En México el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) reporta que aproximadamente el 10% de la población general del país padece asma. De acuerdo a estadísticas de la Secretaría de Salud la mortandad por enfermedades respiratorias (en que se incluyen bronquitis crónica y la no específica, enfisema y asma) en el año 1999 se encontraron dentro de los primeros lugares pues en niños de edad preescolar ocupó el número 9 (2.40%), en niños de edad escolar el 7 (1.69%), en personas de edad productiva el 19 (.71%) y en edad posproductiva el 10 (2.89%) (www.salud.gob.mx). Sin embargo hay que notar que en este grupo se encuentran enfermedades que a diferencia del asma sus efectos no se revierten y por el contrario continúan avanzando.

2.4 Diagnóstico y Tratamiento.

Los síntomas característicos del asma señalados previamente son el principal indicio de la presencia de asma en un paciente. Claro que por compartir ciertas similitudes con otras enfermedades respiratorias como la bronquitis, es importante realizar ciertas pruebas que proporcionen un diagnóstico adecuado del tipo de asma que se trata. Como en toda enfermedad, la historia clínica es importante, aunque muchas veces no es posible identificar con ella el desencadenante de la crisis, esto por la acción retardada que tienen algunos alérgenos o irritantes o bien por el gran número de posibles detonantes de la crisis (Ferrer et al. 1993).

Las pruebas de función pulmonar muestran diferencias en los pacientes asmáticos del resto de las personas. Se observa un enlentecimiento espiratorio intenso en los episodios de asma, así como una mejoría al utilizar broncodilatador. Hay una reducción del volumen espirado en el primer segundo (VEMS 1, Volumen Máximo Espiratorio en 1 segundo), de forma que si se debe espirar 75% de aire durante el primer segundo, en el asmático este porcentaje se reduce aproximadamente en un 50% (Urbina et al. 1998).

(Burrows, et al. 1984 y Ferrer, 1993) nos describen los diferentes tipos de pruebas de alergias medidas por IgE cuyo objetivo es identificar el alérgeno causante de las crisis. De las pruebas in vivo el Prick test es una de las más difundidas y consiste en colocar una gota del extracto del antígeno que se este estudiando sobre la piel y se pica al paciente con una aguja de forma superficial para que penetren a la epidermis cantidades mínimas de la sustancia, después de 15 - 20 minutos se hace la medición. La prueba intradérmica o intracutánea es la inyección de cantidades pequeñas del alérgeno a estudiar. En las pruebas de Broncoprovocación específica el paciente inhala el alérgeno que probablemente es desencadenante y mediante una espirometría forzada se determina el grado de obstrucción que se presenta. Las pruebas de provocación oral sirven para

investigar que alimentos o fármacos ocasionan reacciones alérgicas en el paciente, esto mediante su ingestión y una prueba espirométrica posterior.

La gasometría arterial nos da indicios de la severidad de la obstrucción, al ser la tensión arterial del oxígeno menor de 60 mmHg (milímetros de mercurio, unidad de presión) se trata de una obstrucción severa (Urbina et al. 1998).

Finalmente, la radiografía del Tórax presenta alteración sólo durante el episodio asmático, momento en el que se puede detectar hiperinsuflación pulmonar (estado inspiratorio permanente).

El tratamiento para los pacientes asmáticos consta de varios aspectos como son el farmacológico, el control ambiental, la educación, manejo emocional y la realización de ejercicios.

Los fármacos empleados son principalmente broncodilatadores y antiinflamatorios, (Sproule, Davis y Garner, 1984), describen cuales son los más comunes y su efecto. Los simpaticomiméticos estimulan los receptores beta, su reacción hace que aumente la concentración de AMP cíclico (molécula formada por un nucleótido que sirve de señal entre el receptor postsináptico y el canal por el que se mueven los iones, que a su vez cambian el estado eléctrico de la neurona), provocando la relajación del músculo liso bronquial, dentro de estos fármacos se encuentra la adrenalina, isoproterenol, salbutamol y orciprenalina. Su administración puede ser oral parenteral o por inhalación, aunque de estas vías la más eficaz es la inhalación teniendo un efecto máximo de 20 minutos que dura de 2 a 4 horas. Los efectos colaterales que pueden presentarse son taquicardia y ansiedad, que pueden evitarse utilizando las dosis adecuadas.

Las xantinas que son la teofilina y la aminofilina son administradas por vía oral o intravenosa. Su efecto es el de bloquear la enzima fostodiesterasa provocando el aumento de AMP cíclico que produce la relajación del músculo liso bronquial.

Como efectos colaterales están el vómito, náuseas, cefaleas y poco frecuentemente arritmias cardiacas.

El cromoglicato de sodio (intal) trabaja previniendo la liberación de mediadores químicos, nunca debe emplearse durante una crisis de asma.

Los corticosteroides pueden administrarse por inhalación, inyección o vía oral, y son antiinflamatorios. (Burrows et al. 1984) señalan que se emplea este fármaco cuando no se controlan las exacerbaciones de asma con dosis altas de broncodilatadores. En caso de ser prescritas deben usarse dosis moderadamente altas en un corto período, después se reduce la dosis en un periodo de 1 a 2 semanas y finalmente intenta retirarse el medicamento. De ser necesario su uso continuo las dosis deben ser lo más bajas posibles.

En ocasiones es necesario el uso de oxígeno de acuerdo a los resultados de los gases en la sangre y en los casos graves conocidos como estado asmático, puede llegarse a emplear la ventilación mecánica (Des Jardins et al. 1993).

El control ambiental es uno de los aspectos más importante para prevenir un episodio asmático. Dentro de las medidas pertinentes están el limpiar frecuentemente, sábanas, muebles con trapo húmedo y ropas de cama, así como alfombras, tapices y tapetes en caso de tenerse, no usar almohadas de plumas, utilizar cortinas de plástico o de materiales que sean fáciles de limpiar, evitar el uso de insecticidas o aromatizantes, no usar tintes de pelo, pinturas de uñas, desodorantes o perfumes con aromas muy fuertes, no tener mascotas con pelo o plumas, evitar que fumen cerca del paciente y controlar la alimentación reduciendo o evitando los alimentos que pueden desencadenar una crisis de asma, ya sea por una reacción alérgica por contener sustancias irritantes (Des Jardins et al. 1993).

La realización de ejercicios en los pacientes asmáticos no esta prohibida aunque debe realizarse con cierta precaución, empleándose un broncodilatador previamente. Dentro de los ejercicios más recomendados se encuentra la natación, por la humedad y el control de respiración que implica, (Burrows et al. 1984).

2.5 Tratamientos Alternativos.

2.5.1 Acupuntura.

La *acupuntura* (del latín *Acus*: aguja, *Puntura*: punción) es más la inserción de agujas en determinados puntos del cuerpo que se distribuyen a lo largo de canales por donde circula la energía, con el fin de evitar o aliviar enfermedades. (Álvarez, 1992)

En Cuba se realizó un estudio durante 6 meses en el policlínico docente “Pablo Noriega” del municipio de Quivicán de la provincia de Habana, donde el objetivo general era contribuir al conocimiento de la terapéutica acupuntural en el asma bronquial. Sus objetivos específicos fueron demostrar la efectividad de la acupuntura en el tratamiento de esta afección; lograr la disminución de las crisis con la aplicación de este tratamiento en ese municipio.

Este tratamiento fue suplementario, en él no se empleó ningún tipo de medicamento de los que comúnmente se utilizan en el período intercrisis del asma bronquial.

En el tratamiento se aplicaron 2 ó 3 sesiones semanalmente a cada paciente, con una media de 10 frecuencias, en dependencia de la evolución. Cada sesión tenía un tiempo de duración de 25 minutos. Los puntos utilizados fueron los

meridianos regulares de la medicina tradicional. Los más empleados fueron: pulmón, pericardio, riñón y vejiga.

Se llevó a cabo durante los meses de enero a junio de 1997 en la Consulta de Acupuntura del cuerpo de guardia en el policlínico «Pablo Noriega» del municipio de Quivicán de la provincia Habana, con 56 pacientes que padecían de asma bronquial.

La muestra fue tomada al azar, en su mayoría fueron remitidos desde sus consultorios médicos.

Los resultados que se obtuvieron fueron: del número de pacientes escogidos para la investigación sólo 7 no respondieron satisfactoriamente al tratamiento. De ellos, 2 lo abandonaron por presentar problemas con la transportación y con el horario de trabajo.

Un dato interesante fue que los pacientes menores de 30 años aceptaron mejor ser tratados con acupuntura que los de mayor edad.

Existió una mayor cooperación de las mujeres para realizar este tratamiento y su mayor voluntad para mejorar su enfermedad.

Todos los pacientes fueron sometidos a auriculopuntura, insertando semillas en los puntos asma, pulmones, riñón, *Shenmen* y simpático. También se realizó la inserción de agujas finas en los puntos P7, P9, P5, V13 y R3, en dependencia del examen del paciente.

A los 60 días de iniciado el tratamiento se comprobó que 35 pacientes referían mejoramiento. Cuando transcurrieron los 6 meses y llegado el final de la investigación se comprobó que habían mejorado 49 pacientes.

La mejoría referida y observada en los pacientes consistió en que se espaciaron las crisis de asma bronquial, que oscilaron entre 45 y 60 días.

En este estudio se menciona, que, el tratamiento intercrisis del asma bronquial requiere en la actualidad de una serie de medicamentos, como los broncodilatadores, entre los que se encuentran el salbutamol y la terbutalina; también se utiliza la hiposensibilización por medio de vacunas, intal, coricotropina y corticosteroides.

Muchos de estos medicamentos son caros y en estos años de período especial ha disminuido la posibilidad de acceder a ellos. Por otra parte, con frecuencia estos medicamentos crean farmacodependencia en los pacientes, y en algunos casos se producen reacciones adversas.

Con el empleo de la acupuntura disminuyen todos los riesgos mencionados y la economía obtenida por el tratamiento es incuestionable, puesto que sólo hacen falta las agujas.

De todo lo anteriormente expuesto se concluyó que el 87,5% de los pacientes tratados con el método de acupuntura por presentar asma bronquial refirieron mejoría.

Se observó el predominio femenino para la realización del tratamiento acupuntural. Los pacientes agrupados por edades responden igual al tratamiento, sin distinción de sexo. La acupuntura resulta un método económico, útil y exento de complicaciones para el tratamiento del asma bronquial.

Se incluyen ciertas recomendaciones como:

1. Deben incrementarse los estudios acupunturales sobre asma bronquial y otras enfermedades comunes en la población.

2. Tener en cuenta las potencialidades de los tratamientos acupunturales en estos tiempos de período especial.
3. Aumentar las remisiones de pacientes a las consultas de acupuntura para realizar nuevas investigaciones.
4. Elevar los conocimientos sobre acupuntura en el personal de enfermería y médico del país. (Bango AB, García M, 1999).

Ventajas	Desventajas
Regula la homeostasis interna.	Existen riesgos de lesionar indebidamente algunos nervios.
Que es complementaria al tratamiento alópata.	Riesgo de contraer alguna infección.
Se utiliza en zonas específicas necesarias a cada padecimiento.	Encontrar personal no especializado.
Es un método económico.	Posiblemente tiene un efecto placebo importante.
Sin embargo en una revisión sistemática de la literatura no se encontraron ventajas significativas.	

2.5.2 Hipnosis.

Según la evidencia empírica disponible (Kirsch et al., 1995; Montgomery et al., 2002; Montgomery et al., 2000a; Patterson & Jensen, 2003; Rhue, Lynn, & Kirsch, 1993; Smith et al., 1980), la hipnosis es una técnica potente en la mejora de la calidad de vida para una amplia variedad de pacientes.

La hipnosis se ha definido como una situación o conjunto de procedimientos en los que una persona, designada como el hipnotizador, sugiere a otra persona, designada como el paciente que experimente diversos cambios en una sensación (por ejemplo, alivio del dolor), en una percepción (por ejemplo, alucinación visual), en una cognición (por ejemplo, expectativas) o en el control

sobre una conducta motora (por ejemplo, levitación del brazo) (Green, Barabasz, Barrett, & Montgomery, 2003). El contexto hipnótico se establece generalmente mediante un procedimiento de inducción. Durante las inducciones hipnóticas, el hipnotizador guía a los pacientes a través de imágenes relajantes y tranquilizadoras con el objetivo de ayudarles a sentirse más relajados, distraídos de los estímulos aversivos, y más abiertos a las sugerencias terapéuticas. Es importante señalar que el estar abierto a las sugerencias terapéuticas significa que los pacientes pueden estar más dispuestos a cooperar con el procedimiento de hipnosis, no que los pacientes se vuelven vulnerables de alguna manera. A la fase de inducción le sigue la fase de aplicación, en la que el hipnotizador le da sugerencias al paciente. Estas sugerencias pueden ser referidas a que el paciente experimenta cambios en procesos sensoriales o cognitivos, en la fisiología (por ejemplo, ritmo cardíaco) o en la conducta (Green et al., 2003). Por ejemplo, son comunes en la literatura las sugerencias para reducir el dolor o el estrés, y para incrementar la vitalidad y la sensación de eficacia personal (Rhue et al., 1993).

Por tanto, desde las perspectivas clínica y ética, antes de la primera sesión con hipnosis es crucial llevar a cabo lo siguiente: educar al paciente sobre lo que es la hipnosis, desmitificar esta técnica, disipar los mitos y hablar sobre aquellos miedos potenciales sobre la hipnosis. Este enfoque es similar al que un clínico utiliza para presentar a los pacientes cualquier intervención médica o psicológica.

Hoy en día, la hipnosis es un área de investigación activa y dinámica, la cual se utiliza como un adjunto a otros tratamientos para controlar tanto síntomas físicos como psicológicos, demostrando ser un medio eficaz para mejorar la calidad de vida de muchos pacientes. Por ejemplo, la hipnosis se ha utilizado eficazmente con pacientes de cáncer, pacientes de cardiología, de cirugía, pacientes asmáticos, pacientes con el síndrome del colon irritable, con el trastorno de estrés post-traumático, pacientes con ansiedad y fobias y pacientes obesos (Calvert, Houghton, Cooper, Morris, & Whorwell, 2002; Cardeña, 2000; Kirsch,

1996; Kirsch et al., 1995; Montgomery et al., 2000; Redd, Montgomery, & DuHamel, 2001; Rhue et al., 1993; Simren, Ringstrom, Bjornsson, & Abrahamsson, 2004).

En conclusión, aunque muchos pacientes y terapeutas tienen concepciones erróneas sobre la hipnosis, los datos empíricos apoyan de manera consistente la eficacia de la hipnosis como un procedimiento adjunto para controlar una amplia variedad de síntomas. Esto no implica que la hipnosis deba sustituir las terapias existentes, sino que debería incorporarse con más frecuencia a la atención clínica para mejorar los resultados obtenidos por los pacientes.

Es interesante señalar que, a diferencia de muchas terapias farmacológicas, las intervenciones conductuales como la hipnosis cuentan con un "efecto secundario beneficioso". Esto es, una vez que los pacientes han aprendido las técnicas de hipnosis, las pueden utilizar para otros problemas (Carey & Burish, 1988; Redd et al., 2001). Por ejemplo, un paciente que haya aprendido a utilizar la hipnosis para controlar el dolor post-quirúrgico puede utilizarla más tarde para controlar un dolor de cabeza. Otro estudio reciente informó que los pacientes seguían utilizando y beneficiándose de la hipnosis hasta 5 años después de la consulta inicial (Gonsalkorale, Miller, Afzal, & Whorwell, 2003). Esta evidencia sugiere que el hecho de que los pacientes hagan este uso de la intervención puede llevar a mejoras de larga duración en diversos síntomas, lo cual lleva a su vez a una mejora en la calidad de vida. Es necesaria la realización de futuros trabajos sobre esta área para comprenderla mejor y así intensificar estos efectos.

En general, la hipnosis es una intervención eficaz para el control de síntomas, puede tener ventajas de larga duración y no presentar ningún efecto secundario específico. Desde la perspectiva de ambos, paciente e institución, la hipnosis puede estar siendo utilizada en el ámbito clínico. La investigación futura sobre la eficacia clínica, los mecanismos subyacentes psicológicos y fisiológicos, y el

costo-eficacia de la hipnosis perfeccionará la práctica y la comprensión científica de esta técnica simple pero potente. (Gil, & Buela-Casal, 2001).

Ventajas	Desventajas
Maneja un procedimiento de inducción.	No sustituye el tratamiento alópata.
Distracción de estímulos aversivos.	Cuando el terapeuta no tiene la formación adecuada.
Se experimentan cambios en procesos sensoriales o cognitivos.	Los resultados no quedan claros si se deben al efecto placebo.
Se utiliza como adjunto a otros tratamientos.	Si el paciente sufre un trastorno psicótico.
Cuenta con un efecto secundario beneficioso.	Cuando el paciente se muestra reacio o temeroso al tratamiento.
Fomenta el autocontrol.	
De esta forma con todo, el balance de la evidencia parece positivo y, así, la hipnosis bajo adecuada supervisión medica podría intentarse en los pacientes adecuados.	

2.5.3 Yoga.

Desde tiempos remotos se conoce los efectos de las técnicas de yoga en el tratamiento de diferentes trastornos. Ampliamente se ha reconocido la utilidad de las prácticas de yoga, especialmente los Pranayamas, en el tratamiento del asma bronquial, con la consiguiente mejora de los síntomas, la disminución en el consumo de medicamentos y las modificaciones en la reactividad pulmonar. (Sing, 1986; Maevckii, 1990 & Jain, 1991). Esto es posible, en gran medida, gracias a que disminuye la hiperactividad psicológica y la inestabilidad emocional, reducen por tanto, la descarga vagal eferente y causan la broncodilatación y el decrecimiento de la reactividad pulmonar. (Nagendra & Nagarathna, 1986).

Se ha demostrado la efectividad del yoga en el mejoramiento de la salud de adolescentes asmáticos, al aumentar el funcionamiento pulmonar y la capacidad para el ejercicio, efectos que se constatan, aún 2 años después, en la reducción de síntomas y la ingestión de medicamentos antiasmáticos. (Jain, Uppal,

Bhatnagar & Talukdar, 1993). A pesar de que existe una tendencia a la disminución de la eficacia de las prácticas, proporcional a la edad, no existen limitaciones para las personas de edad avanzada, siempre que éstas sean moderadas y progresivas, previa realización de exámenes radiográficos. (Auriol B., 1992).

En 6 meses de prácticas en personas de la tercera edad es posible disminuir la tensión emocional, lograr una mejor relajación, flexibilidad y un mayor sentimiento de autodomínio. (Allen & Steinkohi, 1987). Perciben más cambios positivos en la calidad de vida, tanto desde el punto de vista social, personal como físico. (Blumenthal, Emery, Madden, Coleman, Riddle, Schnieblk, et al. 1991).

Como puede apreciarse, existe una gran cantidad de experiencias que avalan las modificaciones que provocan en el organismo humano, las técnicas de yoga, así como su importancia terapéutica. Sin embargo, no debe perderse de vista el abordaje, en toda su complejidad subjetiva y social, de la potencialización del ser humano, que es precisamente la esencia del yoga y que constituye un factor importante que debe tenerse en cuenta en las investigaciones.

(López G. y Díaz-Páez W.A. 1998) en su opinión, mencionan más importante que el estudio de las técnicas del yoga, es la investigación del yoga como sistema. El análisis por técnicas es insuficiente para el avance científico, pues no son más que medios para obtener determinados objetivos esenciales. (23 y 24). Además piensan que las investigaciones deben también estar encaminadas a desentrañar las relaciones entre las modificaciones parciales producidas por los ejercicios y los mecanismos reguladores centrales o esenciales del individuo. Ello no debe enfocarse sólo con una óptica psicofisiológica, sino que debe trascender a los planos subjetivo, psicológico y social. Las prácticas no se manifiestan al margen de la concepción general del mundo que tenga el individuo, estrechamente relacionada con el desarrollo de su personalidad, y por supuesto con las

condiciones socioculturales existentes en general. En este sentido, la asimilación de las técnicas no es igual en individuos, grupos y sociedades, por lo que las investigaciones debieran tener esto en cuenta con mayor profundidad. Así como valora el empleo combinado de estas técnicas con la psicoterapia u otros métodos de influencia psicológica y social, culturalmente más asequibles al hombre occidental, que pueden emplearse exitosamente en función del objetivo fundamental del yoga.

Otro factor que limita el progreso científico en relación con el yoga, específicamente en el campo de la salud, es que en muchas de las investigaciones, la salud es entendida sólo como ausencia de enfermedad. Por ello, generalmente no se controla adecuadamente el hecho de si se produce o no un cambio en la concepción del mundo del paciente bajo la práctica del yoga. Así como tampoco el carácter ni el alcance de este cambio, tanto para el propio individuo como para la sociedad.

Es importante tomar en consideración que, aún cuando la persona enferma no mejore clínicamente, puede encontrar un nuevo sentido a su vida, una nueva visión del mundo que le permite ser más eficiente en su trabajo, en sus relaciones con los demás, encarando así la vida desde una perspectiva mejor.

Finalmente, en la búsqueda de los efectos del yoga para la salud, se requiere, por tanto, enfocar al hombre desde una perspectiva amplia, que contemple la salud no sólo como ausencia de enfermedad, sino como una adecuada expresión en los niveles físico, mental, espiritual y social. (López G. et al. 1998).

Ventajas	Desventajas
Mejora en la reactividad pulmonar.	El análisis por técnicas suele ser insuficiente para lo científico.
Reduce la inestabilidad emocional.	Contemplar solamente la salud como ausencia de enfermedad.
Logra relajación, flexibilidad y un mayor sentimiento de autodomínio.	Existe un efecto placebo.

2.5.4 Tai Chi y Chi Kung.

Terzián 1992, menciona que, antiguamente al paciente asmático se le impedía realizar determinados deportes y aún hoy estos conceptos prevalecen en el común de la gente. A veces el solo hablar de ejercicio asusta al asmático y también a sus familiares, pero hoy en día el sedentarismo es considerado como un factor de riesgo para esta enfermedad. En los adultos por lo general el asma está asociado a trastornos emocionales y problemas respiratorios. Junto al tratamiento médico y analizando cada caso en particular, los ejercicios de Tai Chi y el Chi Kung pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de la persona con asma.

Las técnicas de Tai Chi y el Chi Kung pueden ser una alternativa, ya que con ellas se trabaja física, mental y emocionalmente, por medio de movimientos suaves y naturales los cuales pueden dar respuesta en el caso del paciente asmático.

En principio se dice que los ejercicios tradicionales chinos están dirigidos a mejorar la salud en general. Si bien hay ejercicios específicos para el asmático, lo conveniente es familiarizar a la persona con ejercicios básicos, destinados a fortalecer todo el organismo para que sean realizados diariamente. A los ejercicios generales se le agregarán los específicos, para fortalecer los músculos respiratorios y mejorar el intercambio de oxígeno- dióxido de carbono.

La meta es llegar a la respiración abdominal, estimulando en el caso del asmático especialmente el proceso de espiración. (De Castro, 1989).

Durante la práctica de Tai Chi la respiración es lenta y abdominal, pero además en todo momento se inspira y espira por la nariz muy suavemente, esto hace que:

- se evite la entrada de aire frío al organismo.
- se relaje durante el movimiento.

Por otra parte una de las características de estas disciplinas es la flexibilidad que se obtiene. En el caso del asma en cuanto más flexible esté la persona, se disminuye el riesgo de lesiones y consume menos oxígeno.

El Tai Chi requiere de una profunda concentración en el movimiento. La constancia en la práctica permite conocer el cuerpo de una manera diferente y ayuda a percibir los síntomas previos a la manifestación del ataque. En esa instancia, el "método respiratorio puede ayudar a reducir la duración del ataque asmático si se realiza antes y en el momento de comenzar..." (Terzián, et al 1992). De acuerdo a la característica del asma serán diferentes los resultados, es por ello que el trabajo debe ser personalizado y con el apoyo del médico o terapeuta.

Generalmente cuando la causa es de carácter emocional es frecuente la reducción o desaparición de los ataques.

La relajación que se produce durante la práctica se mantiene en la vida cotidiana y así el Tai Chi mejora la calidad de vida del asmático; no hay respuestas mágicas, si hay mucho trabajo y tiempo personal, de ello dependerán los resultados. (Terzián, et al).

Ventajas	Desventajas
Se trabaja física, mental y emocionalmente.	Realizar trabajos no personalizados.
Fortalece todo el organismo, al realizarse diariamente.	Por si mismo no tiene un efecto analgésico, posiblemente placebo.
Mejora el intercambio de oxígeno-dióxido de carbono.	El no estar concentrado en la práctica de los ejercicios.
Se obtiene flexibilidad, consumiendo menos oxígeno.	

2.5.5 Reflexología.

La reflexología supone la aplicación de presión en áreas reflejas de las manos o de pies para producir efectos específicos en otras partes del cuerpo. Los reflexólogos generalmente prefieren trabajar en los pies puesto que tienen una mayor superficie, más sensibilidad y son fácilmente accesibles. El terapeuta observa las áreas sensibles y dolorosas, que indican un bloqueo de energía y un desequilibrio. Ello es debido al depósito de cristales de calcio y de ácido úrico que pueden ser rotos durante la sesión de reflexología, siendo absorbidos y posteriormente eliminados mejorando la circulación de energía en el cuerpo. Este proceso se ha relacionado como una desintoxicación y puede producir unos síntomas que dependen de la localización de las toxinas. Así la liberación de toxinas en el aparato respiratorio mejora los síntomas de los enfriamientos y gripe, mientras que si es en el aparato digestivo, reduce los síntomas de las diarreas (Sahai, 1993).

La reflexología es una terapia con raíces en la antigua China, Egipto y en las tribus de Estados Unidos (Shaw, 1987). En el comienzo del siglo XX, médicos como el Dr. W. Fitzgerald observaron que la aplicación de presión en determinadas áreas de pies y manos dieron lugar a efectos anestésicos en otras áreas del cuerpo. Con estos descubrimientos, dividió el cuerpo en 10 zonas longitudinales, 5 en cada mitad del cuerpo, llegando a sugerir que existe una relación directa entre las diferentes áreas y los distintos órganos del cuerpo. Ingham desarrolló esto posteriormente, trazando áreas reflejas en el pie que corresponden anatómicamente con el cuerpo entero. Desde entonces se han ido desarrollando un gran número de mapas del pie, y se ha trasladado a Europa el interés por la reflexología y por la creación de programas de aprendizaje (Sahai, 1993).

A partir de la introducción en Europa se han desarrollado un gran número de escuelas de reflexología, como son, por ejemplo, la Reflexología tradicional

(Ingham, 1984), la Holística y multidimensional (Ashkenazi, 1993), la Reflexología Morrell (Griffiths,1996) o la Terapia refleja de zona (Goodwin, 1992), entre otras. Dentro de las diferentes escuelas, existen variaciones en la localización exacta de alguna de las zonas reflejas y en el método de tratamiento, lo que aporta diferentes resultados, y es esencial para que los investigadores puedan evaluar la eficacia de los diferentes tratamientos. (Ingham, 1984; Griffiths,1996 y Goodwin, 1992, citados en Velamazán, 2000).

La reflexología es usada para el tratamiento de variedad de patologías, sobre todo aquellas que son de naturaleza crónica, como por ejemplo, el dolor (particularmente artritis y ciática), patologías gastrointestinales, problemas de la piel, y problemas menstruales (Barron, 1990 y Booth, 1994). También para las que están relacionadas con el stress, como son el asma y la ansiedad (Goodwin,1992 y Booth, 1994).

Petersen et al. (1992) realizaron un estudio en Dinamarca sobre el efecto de la reflexología en el asma bronquial. Treinta pacientes que recibían tratamiento con esteroides, eran aleatoriamente colocados en uno de los dos grupos establecidos: el grupo experimental en el que recibían 10 sesiones de reflexología en los pies de una hora de duración semanal, y en el segundo grupo recibían el tratamiento convencional. Los resultados de medidas tales como síntomas propiamente asmáticos, necesidad de toma de medicación y medidas de la función pulmonar eran almacenados en los 6 meses subsiguientes. En ambos grupos se observaba una disminución en el uso de beta-2-agonistas y un incremento de diversos parámetros, por lo que no se puede concluir que la reflexología tenga un efecto en el asma bronquial. Los autores concluyen que los efectos observados en ambos grupos pueden ser debidos al aumento de los cuidados y del control que tuvieron por igual. Puede resultar apropiado una réplica del estudio con una muestra mayor.

Por su parte Velamazán, 2000, menciona: “La publicación del método de investigación que permita determinar la efectividad de la reflexología necesita ser dirigida, por lo que parecería interesante una colaboración entre los terapeutas de la reflexología y los investigadores experimentados lo que permitiría dar una mayor validez a los estudios realizados. El Consejo de Investigación para la Investigación en Medicina Complementaria, se pronunció en 1983 sobre el apoyo a los terapeutas complementarios que se inician en labores de investigación. Una investigación característica debería realizarse dentro de la reflexología, con una explicación mediante cursos adecuados de los métodos de investigación que deben ser aplicados en estas terapias. Es necesario mejorar la divulgación de los resultados obtenidos en los estudios de investigación lo que permitiría publicar los hallazgos científicos en aquellas revistas de mayor lectura entre los profesionales de la salud”.

Ventajas	Desventajas
Detección de áreas sensibles y dolorosas, que indican bloqueos de energía y desequilibrios.	Procedimientos no adecuados en los métodos aplicados en esta terapia.
Proceso de liberación de toxinas en el aparato respiratorio.	Científicamente no está probado que funcione.
Produce efectos anestésicos en algunas partes del cuerpo.	
Reducen el estrés y la ansiedad.	

2.5.6 Relajación.

La relajación no sólo es una de las técnicas más utilizadas en intervención psicológica, sino que incluso podemos aseverar que forma parte del acervo cultural propio de la Historia de la Humanidad. De alguna manera, el hombre ha utilizado estrategias naturales de afrontamiento a las situaciones que le desbordan a un exceso de activación con técnicas o procedimientos que le han permitido contrarrestar los efectos nocivos de la misma. No obstante, la investigación experimental ha permitido depurar y sistematizar una serie de

métodos de relajación que son los más eficaces para la obtención de los beneficios que pueden conseguirse con estas técnicas.

Se puede asegurar que la mayor parte de técnicas de relajación estructuradas que se utilizan en la actualidad tanto en la práctica profesional como en la investigación científica se basan en dos técnicas desarrolladas a principios de este siglo: la relajación muscular progresiva (RMP) (Jacobson, 1938) y el entrenamiento autógeno (EA) (Schultz, 1931). Ambas se complementan, ya que se centran, respectivamente en dos de las principales funciones de la relajación: el descenso en el tono muscular, en lo que se refiere a la RMP y la sugestión y control mental del EA.

Las investigaciones han demostrado la eficacia de los procedimientos de relajación (muscular, meditación, entrenamiento autógeno, hipnosis) en el tratamiento de muchos problemas relacionados con la tensión, como el insomnio, la hipertensión arterial, los dolores tensionales de cabeza, el asma bronquial y las fobias.

Se ha encontrado, finalmente, que la relajación es particularmente eficaz en aquellos asmáticos en los que la obstrucción se localiza en las grandes vías respiratorias, y en los que variables psicológicas como el estrés y la ansiedad se encuentran asociadas al trastorno (Lehrer y otros, 1986).

A través del entrenamiento en relajación se han obtenido mejoras en la función pulmonar, estadísticamente significativas, en diversos estudios; si bien pocos de ellos consiguen mejorías clínicas significativas, en el sentido de lograr al menos un 15% de incremento en las medidas de resistencia pulmonar. Por lo que posteriormente han aparecido procedimientos estructurados realmente eficaces que reducen considerablemente la duración del entrenamiento y que en realidad se llevan a cabo en la actualidad (Bernstein y Borkovec, 1973; Lichstein, 1988, etc.).

La utilidad de la relajación estriba en que conduce a la consecución de un estado de reducción de la activación general del organismo, con lo que esto supone de beneficio, tanto a nivel subjetivo, puesto que resulta placentero, como en lo que respecta a la propia salud física y psicológica. De hecho, en muchos trastornos y enfermedades está implicado como uno de los factores responsables, el exceso de activación (trastornos cardiovasculares, disfunciones respiratorias y gastrointestinales, fobias, etc.). En estos casos, la práctica de la relajación no solamente resulta útil, sino que suele estar presente en alguna de sus manifestaciones en el propio procedimiento terapéutico. (Chóliz, 1997, citado en Fernández-Abascal, 1997).

La relajación como procedimiento de reducción del exceso de activación no se ciñe a una mera dimensión fisiológica, sino también a las otras dos dimensiones relevantes de la emoción: los procesos cognitivos y la conducta manifiesta (Fernández-Abascal, 1997).

En lo que respecta a la dimensión fisiológica, los efectos de la relajación son los opuestos a los de la activación simpática. Así, a nivel fisiológico la relajación produce, principalmente una disminución de los siguientes parámetros:

- Tensión muscular tónica.
- Frecuencia e intensidad latido cardíaco.
- Actividad simpática en general.
- Secreción adrenalina y noradrenalina.
- Vasodilatación arterial.
- Cambios respiratorios (disminución frecuencia, aumento en intensidad y regulación del ritmo respiratorio).
- Metabolismo basal.
- Índices de colesterol y ácidos grasos en plasma.

2.5.6.1 Relajación Muscular Progresiva de Jacobson.

La RMP técnica especialmente útil para la reducción del tono muscular y procedimiento más utilizado en terapia de conducta además, pretende conseguir un nivel de relajación general, así como un estado de autorregulación del organismo, sobre la base de la distensión de la musculatura esquelética y mediante una serie de ejercicios de tensión-distensión de los principales grupos musculares. A pesar de que en el procedimiento original de Jacobson se describían más de sesenta ejercicios y varios meses de entrenamiento para lograr un nivel de relajación aceptable, en la actualidad los procedimientos basados en la RMP son considerablemente más breves en tiempo de entrenamiento y en ejercicios implicados. Una de las mejores adaptaciones y, sin duda una de las más utilizadas, es la que realizaron Bernstein y Borkovec (1973). Lo habitual consiste en unas primeras semanas en las que se practica una relajación larga (de alrededor de 16 grupos musculares y en torno a 30-40 minutos).

Posteriormente, conforme se adquiere habilidad en esta técnica se reduce tanto la duración como el número de ejercicios. Así, es corriente pasar a realizar ejercicios en cuatro grupos musculares (brazos, cabeza, tronco y piernas) o a uno solo que implique a todo el cuerpo. En muchos casos, lo que interesa finalmente es conseguir relajarse en situaciones en la vida real, en la que hay otras personas implicadas y que incluso no es apropiado siquiera tumbarse, sentarse, cerrar los ojos, o realizar ejercicio de tensión-distensión alguno. En estos casos debe aprenderse lo que podríamos denominar técnicas de “relajación disimulada”, en las que la tensión que se realice no debe advertirse por los presentes. En cualquier caso, la eficacia de estas formas abreviadas y “disimuladas” depende de la adquisición de un hábito previo de relajación, lo que hace necesario que se practique en un primer momento las formas más largas o profundas de relajación. (Chóliz, 1997, citado en Fernández-Abascal, 1997).

Las principales partes del cuerpo que están implicadas en los diferentes modos de RMP son las siguientes:

a. Relajación de 16 grupos musculares:

1. Mano y antebrazo dominantes.
2. Biceps dominante.
3. Mano y antebrazo no dominantes.
4. Biceps no dominante.
5. Frente.
6. Parte superior de las mejillas y nariz.
7. Parte inferior de las mejillas y mandíbulas.
8. Cuello y garganta.
9. Pecho, hombros y parte superior de la espalda.
10. Región abdominal o estomacal.
11. Muslo dominante.
12. Pantorrilla dominante.
13. Pie dominante.
14. Muslo no dominante.
15. Pantorrilla no dominante.
16. Pie no dominante.

La descripción de cómo deben realizarse cada uno de los ejercicios de tensión-relajación es la siguiente:

1 y 3. Apretar el puño, contrayendo mano, muñeca y antebrazo.

2 y 4. Contraer el bíceps empujando el codo contra el respaldo del sillón o contra el colchón.

5. Frente: elevar las cejas o arrugar la frente.

6. Parte superior cara y nariz: arrugar la nariz y los labios.

7. Parte inferior de la cara y mandíbulas: apretar los dientes y hacer una sonrisa forzada tirando de la comisura de los labios hacia afuera.

8. Pecho y garganta: empujar la barbilla como hacia abajo como si quisiera que tocara el pecho, pero al mismo tiempo hacer fuerza para que no lo consiga, es decir, contraponer los músculos frontales y posteriores del cuello.

9. Hombros y espalda. A la vez que inspira arquee la espalda como si quisiera unir los omoplatos entre sí.

10. Abdomen. Poner el estómago duro y tenso, como si quisiera contrarrestar un fuerte golpe.

11 y 14. Piernas: colocar la pierna estirada y subirla hacia arriba 20 cms, tensando y haciendo fuerza como si tuviera un peso en el pie, que debiera sujetar a una altura de 20 cms. Para relajar soltar la pierna y que caiga a peso.

12, 13, 15 y 16. Ejercicios de pantorrilla y pie. Existen dos movimientos:

a) estirar la pierna y la punta de los dedos como si quisiera tocar un objeto delante.

b) doblar los dedos hacia atrás como si quisiera tocarse la rodilla con ellos.

Es importante tener en cuenta que estos dos últimos ejercicios de tensión debe hacerlos sin forzar. La tensión debe ser suave, es suficiente para relajar las pantorrillas y los pies sin producir ningún daño.

b. Relajación de cuatro grupos musculares:

Consiste en el mismo procedimiento que el anterior, pero agrupando en un movimiento los brazos dominante y no dominante, piernas y pies dominante y no dominante y los músculos de la cara y cuello.

Este procedimiento acorta la relajación a 10 minutos, si bien el interés no consiste en batir records de velocidad en el proceso de relajación, sino en que adquiera un procedimiento de relajación más rápido que pueda utilizarlo en diferentes situaciones.

Hay una serie de indicaciones generales en el entrenamiento en RMP que es preciso tener en cuenta:

1. Debe seguirse siempre una secuencia ordenada y procurar que sea la misma en todas las ocasiones (comenzando por las manos y acabando por los pies, o viceversa).
2. No hay que preocuparse si se olvida algún músculo por tensar y relajar. En ese caso lo correcto es continuar con la relajación con el siguiente ejercicio que se recuerde. No obstante, para evitar los olvidos lo más adecuado es hacer un repaso mental de los músculos antes de comenzar la relajación.
3. Debe tensarse durante 2 segundos aproximadamente y relajar el músculo dejándolo suelto, como si se separara de repente de los

tendones que lo sujetan. Debe mantenerse el músculo relajado durante 15 segundos aproximadamente antes de tensar de nuevo.

4. Nunca debe forzarse excesivamente el músculo. Al tensar no se pretende producir un alto nivel de contracción, sino facilitar la distensión. Si se tensa con demasiada fuerza puede ser perjudicial y producir molestias (hay que tener especial cuidado cuando se tensan los pies).
5. Al relajar, debe soltarse el músculo de repente, no hay que distenderlo lentamente pues ello requiere un control mayor de los músculos antagonistas.
6. Es útil imaginar en cada momento los músculos que está tensando y relajando, especialmente el músculo relajado y notar cómo se sigue distendiendo por sí mismo después de soltarlo.
7. Es aconsejable concentrarse durante un tiempo en la agradable sensación de relajar cada músculo.
8. Una vez que han relajado todos los músculos, hacer un repaso mental de ellos comenzando del final al principio de la secuencia, facilita una autoexploración de las partes que no se ha logrado relajar convenientemente. En esta fase no es preciso tensar ningún músculo.

2.5.6.1.1 Consideraciones generales.

Según Chóliz, 1997, (citado en Fernández-Abascal, 1997) detalla algunas consideraciones generales en el proceso de relajación:

1. La relajación es una técnica que se aprende con la práctica. No hay nada misterioso ni extraño, o que esté fuera del control del individuo. Cuanto más se practique, mejores resultados se obtendrán. La práctica habitual permite hacer que se produzca fácilmente la relajación y ésta se convierta en un hábito, de forma que cuanto mayor entrenamiento, los resultados serán mejores.
2. El entrenamiento apropiado podría ser el siguiente: realizar relajación profunda (30-40 minutos) todos los días durante las primeras dos o tres semanas. Posteriormente realizar ejercicios de relajación más breve. Cuando se consiga relajarse adecuadamente durante un periodo de cinco o diez minutos, pueden espaciarse, si lo desean, a dos o tres veces cada semana, al mismo tiempo que se entrena en los procedimientos de relajación apropiados para cada situación específica (de pie, en una sala de espera, etc.). No obstante, puede ser interesante hacer notar al paciente que una vez que ha aprendido a relajarse, puede seguir realizando los ejercicios, simplemente por el placer que produce.
3. La relajación puede aplicarse para utilizarla en situaciones en las que se haya producido un grado de ansiedad elevado, o para prevenirlos como medida profiláctica, rebajando el nivel de activación general. En el primer caso se utilizarán procedimientos de relajación abreviados y adecuados a cada situación, mientras que para rebajar el nivel de arousal (grado de activación fisiológica y psicológica de un cuerpo, según el cual, se puede predecir el desempeño o rendimiento de un

sujeto) puede realizarse la relajación profunda en casa en condiciones de escasa estimulación.

4. La práctica de la relajación permite tener control de las situaciones, impidiendo que aparezcan las reacciones de ansiedad anteriores, por lo que genera mayores expectativas de resultado, o autoeficacia, lo que favorece, a su vez, que no se produzcan reacciones de ansiedad anticipatorias.
5. La relajación física y el control mental están íntimamente relacionados, de forma que cuando una persona se encuentra relajada, sus pensamientos se controlan mejor y pueden dirigirse convenientemente. Existen, por lo tanto, dos direcciones en el entrenamiento de la relajación: desde el control muscular al control mental, o desde el control mental al muscular. El primero de los procedimientos se denomina entrenamiento en relajación muscular, mientras que el segundo es propio de las técnicas derivadas del entrenamiento autógeno y de procedimientos orientales. Cualquiera de ambos es eficaz, si bien hay que tener en cuenta que el muscular ejerce los efectos de forma más rápida.
6. Muchas de las técnicas de relajación utilizadas en la práctica profesional y en la investigación científica derivan de dos procedimientos clásicos, como son el entrenamiento en relajación muscular progresiva, de Edmund Jacobson, o del entrenamiento autógeno de Schultz.
7. Durante la relajación pueden aparecer una serie de sensaciones que nunca había sentido con anterioridad, por lo que el paciente se puede asustar, a no ser que esté prevenido de ello. Lo más adecuado es comentar previamente qué tipo de sensaciones pueden producirse, dar

ejemplos de todas las que se consideren e incluso intentar modificar la atribución de las mismas, otorgándole un carácter emotivo agradable. En cualquier caso es preciso explicar por qué se van a producir y suministrar una explicación verosímil de dichos fenómenos.

Algunas de las sensaciones que ocurren con mayor frecuencia son las siguientes:

- Pesadez de una parte del cuerpo, o de todo el cuerpo.
- Ligereza, como si una parte del cuerpo, o todo él fuera extraordinariamente liviano.
- Sensación de "acorchamiento", especialmente en las extremidades.
- Sensación de hormigueo en las piernas o brazos.
- Sensación de inmovilidad absoluta, de no poder mover el cuerpo a voluntad, e incluso de pérdida de control.
- Sensación de abandono del cuerpo.
- Ausencia de cualquier sensación.

Lo importante es darle a todos estos fenómenos un aspecto emocional agradable y positivo, al mismo tiempo que se explican por qué pueden aparecer.

8. La habitación donde se realice la relajación puede estar aislada de estimulación que interfiera con el proceso de relajación y ello favorecerá la profundidad de la misma. No obstante, puede ser conveniente también relajarse aunque haya ruido ambiental, puesto que al fin y al cabo, es lo habitual y generalmente precisamos la relajación en momentos en los que existe bullicio.

9. En algunos casos la relajación es un procedimiento suficiente para solucionar un problema, pero en la mayoría de ellos forma parte de un procedimiento de intervención más amplio (técnicas cognitivas), de forma que no deben esperarse resultados terapéuticos por la mera práctica de la relajación. No obstante, tiene un importante componente placentero en el que es preciso incidir y fomentar.

2.5.6.1.2 Consideraciones adicionales.

Este apartado pretende presentar diferentes indicaciones o sugerencias, algunas de ellas fruto de la experiencia en el entrenamiento en relajación, tanto a nivel individual como en grupo. (Chóliz, 1997, citado en Fernández-Abascal, 1997).

Presentación de la relajación. Para alcanzar un nivel de relajación adecuado lo más apropiado es observar una serie de recomendaciones o pautas concretas, tales como ciclos de tensión-relajación, sugestión de determinadas sensaciones, adecuación de respiración, etc. Se trata de procedimientos ampliamente estudiados experimentalmente y que tienen efectos positivos en la mayor parte de la gente. No obstante, a menudo se presenta la relajación como un “arte” y, como tal, difícil de transmitir.

Cómo decir que traiga ropa cómoda. En algunos casos, tales como en la primera sesión de relajación profunda, se requieren una serie de condiciones y se presentan unas instrucciones que pueden ser desconocidas para el sujeto. Por ello puede ser útil describir la técnica previamente en una sesión anterior, detallando tanto las instrucciones como los efectos que va a tener, las condiciones en las que se va a llevar a cabo e incluso la ropa que sería más apropiada utilizar. Esto sirve para evitar malos entendidos entre paciente y terapeuta, ajustar las expectativas acerca de la técnica e incluso indicar sin

ofender al paciente que atienda a unas condiciones higiénicas, o que se eviten situaciones que pudieran causarle pudor.

Así, uno de los efectos más destacados cuando se entrena la relajación es el descenso en la temperatura corporal, con la consiguiente sensación de frío que es, sin ninguna duda, uno de los peores inconvenientes para la práctica de la relajación. El frío se hace notar especialmente en los pies y, dado que la relajación debe practicarse descalzo, puede ser necesario que se traiga consigo un par de calcetines adicionales. El comentar estos detalles con antelación sirve no solamente para prevenir del frío, sino también previene al sujeto de que debe lavarse los pies, o traer unos calcetines donde no se enseñen los dedos. No hay nada mejor para no-relajarse que ponerse en evidencia ante el instructor con un desagradable olor de pies, o con unos calcetines en los que se asomen los dedos.

Ciclo tensión-relajación. El ciclo tensión-relajación es la característica principal de la relajación muscular progresiva. Es preciso hacer una serie de indicaciones al respecto. En primer lugar sobre las razones de esta práctica. Como son el tensar antes de relajar, lo cual sirve para discriminar cuándo se encuentran tensas las partes del cuerpo que es preciso relajar. Dado que en el entrenamiento en relajación se condicionan una serie de instrucciones y sensaciones de forma que induzcan una disminución de la tensión muscular, puede ser adecuado el que la propia tensión se convierta en un estímulo condicionado que induzca una respuesta condicionada de relajación. La otra razón es el hecho de que una breve contracción favorece la respuesta de relajación del mismo músculo, de forma que se trata de una forma de inducir la disminución del tono muscular. Al respecto hay que tener en cuenta dos consideraciones. En primer lugar el que la tensión debe ser moderada. Ni tan tenue que no provoque la respuesta de relajación, ni tan intensa que lo que produzca sea contracción o dolor. En segundo lugar, la distensión debe ser repentina. No debe soltarse poco a poco, sino de repente.

Práctica de la relajación en momentos del día. La relajación es una técnica que cuanto más se practica mejores resultados se obtienen, de forma que es del todo recomendable, al menos durante los primeros días, practicarla diariamente en casa. Dado que lo que interesa en este momento es consolidar todo el proceso de relajación es importante completarla, de forma que es preferible no quedarse dormido durante el desarrollo de la misma. No porque ello sea perjudicial para la salud (de hecho puede utilizarse como una eficaz intervención contra el insomnio), sino para consolidar el hábito. En este sentido habría que evitar tres momentos de la jornada durante los primeros días de práctica: en la cama (tanto inmediatamente antes de dormir como inmediatamente después de despertarse) y después de la comida. Cualquier otro momento puede ser apropiado para el entrenamiento en la práctica de relajación.

2.5.6.1.3 Posturas de relajación.

Si bien el objetivo en el entrenamiento en relajación es que se adquiriera dominio en la reducción del exceso de activación en cualquier situación que se produzca y, por ello, se debe ser capaz de poder relajarse en cualquier ambiente y posición (de pie, sentado en posición incómoda, caminando, etc.), durante las primeras sesiones de entrenamiento es útil aprender a relajarse en una posición cómoda que facilite la respuesta de relajación. Algunas de las posturas más usuales son las siguientes: (Chóliz, 1997, citado en Fernández-Abascal, 1997).

Postura sentada (I).

- Butaca con respaldo alto que permita apoyar la cabeza y los brazos.
- Codo flexionado de 90 a 135 grados (flexores y extensores en equilibrio).
- Espalda y occipital apoyados. Pueden requerirse almohadones.
- Pies apoyados completamente en el suelo.
- Rodillas hacia afuera (evitar tensiones en el muslo).
- Nuca apoyada con ligero almohadón.
- Brazos extendidos a lo largo del cuerpo.
- Codos ligeramente doblados.
- Palma de las manos hacia abajo.
- Punta de los pies ligeramente hacia afuera.

Postura sentada (II) (postura de cochero).

- Cuerpo aflojado.
- Brazos colgando.
- Espalda encorvada.
- Cabeza hacia delante.
- Tronco hundido en sí mismo, sin inclinación.
- Balancear los brazos y colocarlos sobre los muslos, apoyándolos sobre el tercio superior del antebrazo.

Postura tumbada (I).

- Nuca apoyada con ligero almohadón.
- Brazos extendidos a lo largo del cuerpo.
- Codos ligeramente doblados.
- Palma de las manos hacia abajo.
- Punta de los pies ligeramente hacia afuera.

Postura tumbada (II) (tumbado con almohadones).

- Tumbado con almohadones en varias articulaciones.
- Debajo de la cabeza y nuca. Estirar las puntas del almohadón. No demasiado grande.
- Debajo de las rodillas, de manera que queden ligeramente hacia arriba y hacia afuera en un ángulo suave.
- Piernas separadas. Peso sobre las pantorrillas.
- Dos almohadones, uno a cada lado del tórax para apoyar los brazos de manera que los codos queden alejados 20 cms del cuerpo y las muñecas cerca de él.
- Manos ligeramente descolgadas de los almohadones.

2.5.6.1.4 Detección de partes tensas.

Hay una serie de indicadores que nos pueden informar acerca de si se ha conseguido cierto nivel de relajación, o si, por el contrario, algunas partes del cuerpo permanecen más tensas de lo deseable. En general, los indicadores más relevantes son los siguientes:

	Relajación	No relajación
Cabeza	Sin movimiento, apoyada en el respaldo, sin girar (la nariz en la línea media del cuerpo).	Cabeza en movimiento, girada hacia algún lado, adelante o atrás, no apoyada en el respaldo.
Ojos	Párpados ligeramente cerrados. Ausencia de movimiento de los ojos dentro de los párpados.	Ojos abiertos, fuertemente cerrados, movimiento de los ojos debajo de los párpados.
Boca	Labios entreabiertos en el centro 7-25 mm. Dientes frontales algo separados también.	Dientes apretados. Labios cerrados. Boca demasiado abierta. Movimiento de la lengua.
Cuello	Ausencia de movimiento	Movimiento de cuello y nuca. Tragar, contracciones.
Hombros	Redondeados y en el mismo plano horizontal. Apoyados contra el respaldo y sin movimiento (excepto el de respiración).	Movimiento de hombros. Plano diagonal. Elevados o bajos no pareciendo redondeados.
Cuerpo	Torso, cadera y piernas en disposición simétrica en la línea central del cuerpo. Apoyado en sillón. No movimiento.	Torsión, no apoyo en sillón, movimientos.
Manos	Apoyadas en respaldo o colchón, palmas hacia abajo y ligeramente curvadas (cabe un lapicero por debajo de ellas).	Agarradas al apoyabrazos. Dedos extendidos, cruzados. Mano tan cerrada que apoyan los nudillos. Movimiento de las manos.
Pies	Formando ángulo de 60-90 grados.	Movimiento. Verticales o con ángulo menor de 60 grados. Muy separados (ángulo mayor de 90 grados entre ellos). Talón adelantado al otro más de 25 mm
Actividad general	Sin movimiento, sonidos respiración profunda.	Sin movimiento, sonidos respiración profunda.
Respiración	Menor frecuencia que en estado normal. No interrupciones de respiración. Completar los ciclos adecuadamente.	Respiración con frecuencia igual o mayor que en estado normal. Irregularidades en el ritmo. Risas, carraspeo, estornudo, bostezos...

Tabla 1.

2.5.6.1.5 Sugerencias de imágenes.

Aunque originalmente las instrucciones de relajación muscular progresiva se centran exclusivamente en los ejercicios de tensión-relajación, evitando manifiestamente cualquier imagen mental o sugestión, los procedimientos actuales comparten tanto las características principales de la relajación progresiva como del entrenamiento autógeno, beneficiándose de este modo tanto de la reducción del tono muscular como de las sensaciones agradables que se obtienen cuando uno se siente mentalmente tranquilo. Para favorecer el hecho de que las imágenes relajantes se perciban con claridad y, por lo tanto, resulten eficaces, además de ser relajantes en sí mismas, deben abarcar cuanto mayor número de sensaciones, mejor. La escena de estar tumbado en la arena de la playa es una buena imagen no sólo por el hecho de tratarse de una situación relajante, sino porque podemos incrementar el poder de la sugestión de la misma al contener ésta elementos visuales (cielo azul, nubes, mar), auditivos (sonido de las olas), cinestésicos (sensaciones de peso, de estar hundido en la arena), olfativas, táctiles, etc.

2.6 Enfermedades Alérgicas.

Estas alteraciones son enfermedades originadas por un mal funcionamiento del sistema de defensa, llamado Sistema Inmune. Este sistema, imprescindible para la vida, comienza a elaborar en exceso un tipo especial de anticuerpos, denominados Inmunoglobulina E (o IgE, en su abreviatura). Todos, sin excepción, producen IgE en condiciones normales, puesto que sirve como defensa de algunos parásitos, pero el paciente alérgico produce más cantidad y “dirige” esos anticuerpos contra elementos que están en el ambiente y frente a los cuales no debería responder en esa forma.

Esta alteración o confusión por parte del Sistema Inmune que comienza a generar anticuerpos de tipo IgE frente al polvo, o a la caspa de animales o los alimentos, se le llama sensibilización alérgica. En otras palabras, se dice que una persona está alérgicamente sensibilizado frente a alguna sustancia del entorno cuando su Sistema Inmune produce IgE frente a aquello.

El resultado es que cada vez que esa persona se ponga en contacto con lo que originó su sensibilización, las Inmunoglobulinas E atacarán a ese elemento identificado como extraño y desencadenarán una reacción inflamatoria en el sitio en que se produce el encuentro. Es esta inflamación, mediada por la liberación de células diversas y sus productos, la que produce los síntomas, manifestándose por medio de estornudos por ejemplo. Este trastorno en la producción de anticuerpos tiene una base genética, de allí que las enfermedades alérgicas son más frecuentes en la medida de que hayan más antecedentes familiares de las mismas. Pero también influye el ambiente, porque la exposición temprana y masiva a alérgenos (sustancias o elementos que pueden inducir sensibilización alérgica), favorece el desarrollo de estos cuadros.

Por su parte, Eseverri, y colab. 1998, mencionan que las enfermedades alérgicas son el resultado de la interrelación existente entre la exposición al

alergeno y los diversos factores medioambientales en un individuo genéticamente predispuesto; este factor genético vendría determinado por una herencia autonómica (transmisión por un gen localizado en un cromosoma no sexual) dominante de penetración parcial. Es evidente que cualquiera de las entidades del complejo que llamamos enfermedades alérgicas pueden debutar a cualquier edad y, sea cual sea el alergeno implicado, dar lugar a un variado abanico de manifestaciones clínicas dependiendo del órgano de choque, teniendo la mayor prevalencia en la infancia y la adolescencia.

Las enfermedades alérgicas constituyen un grupo de problemas de salud, que tienen una magnitud de primera importancia, diferente de acuerdo con los informes publicados por autores de otros países, los nacionales e inclusive los regionales. En estudios realizados en Estados Unidos llegan a 40 millones de personas con alguna de estas afecciones entre las que se encuentran rinitis alérgica, asma bronquial, urticaria y angioedema. (Vázquez, 1992).

La disfunción de las vías superiores e inferiores pueden coexistir de forma frecuente, la rinitis se considera un factor de riesgo de 3 veces más sobre los que no la tienen para la presentación del asma. La rinitis alérgica de 3 veces más sobre los que no la tienen una manifestación de predisposición atópica, se sabe también que los pacientes con rinitis alérgica presentan hiperactividad bronquial. Algunos estudios en niños, australianos han mostrado que cuando se sensibilizan después de los 6 años, los síntomas respiratorios están asociados con la presencia de asma y rinitis. (Vignola, 1998).

Algunos autores han propuesto el término de “rinobronquitis alérgica” para incluir a la rinitis alérgica y el asma en una sola entidad clínica dado que suelen presentarse como comorbilidades (existencia de patologías asociadas al cuadro clínico más relevante). (Leynaert, 2000).

2.6.1 Rinitis alérgica o alergia nasal.

Es el padecimiento alérgico más frecuente a cualquier edad. Se calcula que aproximadamente un 10 a 15% de la población general la padece, y en sí, es el padecimiento nasal más frecuente. Dependiente de la intensidad, puede ser incluso incapacitante, ó puede disminuir la calidad de vida de la persona en forma significativa. (Colegio Mexicano de Alergia, Asma e Inmunología Pediátrica, A.C. 2001)

La rinitis alérgica es rara encontrarla como entidad única, por lo que ha sido necesario considerarla dentro del contexto de las enfermedades alérgicas y asociada a diversas comorbilidades como: asma, sinusitis, hipertrofia linfoidea con apnea obstructiva del sueño, alteraciones del sueño, conjuntivitis alérgica, entre otras. La rinitis alérgica es una manifestación órgano-específica de la enfermedad alérgica y coexiste con otras enfermedades alérgicas. Se relaciona por ejemplo con faringitis en el 80%, conjuntivitis 70%, asma estacional en el 40% y eczema atópico en el 37%. Diversos estudios muestran una asociación entre asma y rinitis alérgica del 58% (Lack, 2001).

Actualmente la Organización Mundial de la Salud apoya el programa ARIA, donde se reconoce la asociación entre rinitis alérgica y asma bronquial, donde se sugieren medidas de diagnóstico y tratamiento semejantes a las de GINA (Bousquet, 2001).

2.6.2 Sinusitis.

Es otra comorbilidad reconocida, la cual ha sido descrita desde hace más de 70 años. Bresciani y colaboradores en el 2001 encontraron evidencias clínicas y radiológicas de la presencia de sinusitis en el 88% de los 69 pacientes asmáticos estudiados, los cuales mostraron una TAC anormal (Tomografía axial computarizada, es una técnica de imagen muy extendida, basada en los rayos X, que muestra imágenes del cuerpo en forma de "cortes", semejantes a los que se verían si se cortara el cuerpo), sobre todo en los pacientes asmáticos dependientes de esteroides. (Bresciani, y colab, 2001).

Por otro lado, existe una alta incidencia radiográfica de la evidencia de sinusitis en el 40% a 60% de los pacientes asmáticos, en el 90% se mostró que la sinusitis precede el desarrollo de síntomas de asma. Algunas referencias sugieren que los eosinófilos (tipo de leucocitos o glóbulos blancos de la sangre, se producen en la médula ósea y se encuentran normalmente en la sangre y en la mucosa que tapiza por dentro los intestinos, su nivel aumenta en las infestaciones por parásitos, en reacciones alérgicas, en el asma y en alguna patología del miocardio) juegan un papel particularmente importante en la inflamación de los senos nasales (G. Slavin, 1992).

Clínicamente, lo más común es que la rinosinusitis proceda a la sinusitis, y esta última sin rinitis es rara. La coexistencia entre enfermedad nasal y sinusitis, rinitis alérgica y resultado de pruebas cutáneas positivas, aumenta 3 veces más la posibilidad de padecer asma. Entre el 28 a 78% de los pacientes asmáticos tienen síntomas nasales. (Pérez, 2000).

2.6.3 Conjuntivitis alérgica.

Es un padecimiento caracterizado por la inflamación de la conjuntiva ocular y es ocasionado por diferentes causas: pólenes, ácaros de polvo casero, hongos, y es exacerbada por el humo del tabaco, vapores químicos, solventes, uso de lentes de contacto y contaminación ambiental. Clínicamente se manifiesta por hiperemia conjuntival (aumento de la sangre en un lugar del cuero, como respuesta a una inflamación), prurito o comezón, lagrimeo y fotofobia (sensación de dolor al mirar a la luz directa). Su presentación puede ser estacional o perenne. Diversos estudios han demostrado su relación con otras entidades alérgicas, es común encontrar antecedentes personales y/o familiares de atopia (predisposición, generalmente genética, a producir respuestas mediadas por el IgE a los alérgenos ambientales comunes), rinitis y/o asma alérgico y/o dermatitis atópica, (Toribio, 2001).

Se ha reportado en la literatura algunos casos de rinocojuntivitis y asma bronquial, caracterizados por un cuadro de prurito nasal, hiperemia conjuntival, estornudos, obstrucción nasal, tos, disminución de los movimientos torácicos y sibilancias, generalmente presentándose en los meses de abril a julio, todo esto ocasionado por la sensibilidad a ciertos pólenes de plantas, hierbas y olivo, controlándose estos episodios con inmunoterapia y medicamentos como budesonide, salmeterol y salbutamol. (Brito y colab. 1999).

2.6.4 Dermatitis atópica.

Es una enfermedad inflamatoria pruriginosa y recidivante (ardor) de la piel, con predominio en la infancia, que presenta fases agudas y tendencia crónica con cambios pigmentarios y liquenificación (engrosamiento de la piel por el rascado). En general existe una historia personal y/o familiar de atopia. El diagnóstico se base en los criterios de Hanifin y Rajka. (Morfin, 2001). En la última década se efectuaron múltiples estudios, en los que se comprobó que la prevalencia de la dermatitis atópica aumentó dramáticamente en el mundo occidental, y el aumento fue mayor en personas jóvenes. (Schafer, 1997).

La asociación de enfermedades alérgicas como asma, rinitis y dermatitis atópica con reacciones alimentarias mediadas por IgE es del 1.3%. La más significativa es la de pacientes asmáticos con alimentos como camarón y cacahuete, mientras que la dermatitis atópica sólo con este último. (Woods y colab. 2002).

Las enfermedades alérgicas respiratorias constituyen un problema de salud no sólo en México sino a nivel mundial, ya que afectan a millones de personas, sobre todo en los primeros años de vida, las cuales posteriormente repercuten en la edad adulta lo que disminuye su calidad de vida, por lo que esto implica la participación de un equipo multidisciplinario en los que se incluyen alergólogos, neumólogos, pediatras, otorrinolaringólogos, dermatólogos y oftalmólogos, así como médicos de primer nivel, los cuales deben de trabajar en conjunto para mejorar la calidad de vida del paciente. (Leynaert et al. 2000).

2.6.5 Urticaria.

La urticaria se caracteriza por la aparición de ronchas rojizas en cualquier parte de la piel, que sobresalen ligeramente sobre la superficie. Son de diversos tamaños y producen marcado picor. Cada roncha tiene una duración de algunas horas y luego desaparecen sin dejar rastro.

La reacción alérgica genera en la piel una sustancia química natural llamada histamina, la cual tiene el poder de dilatar los vasos sanguíneos que dejan entonces escapar el plasma, produciendo la roncha.

Existe una forma de urticaria en que no tenemos un alergógeno como factor causal. Se trata de la Urticaria Física en que vemos aparecer las ronchas cuando el individuo hace ejercicio físico, se expone al frío o al sol o cuando aplica presión sobre alguna parte del cuerpo. La más común de las alergias físicas en el Dermatografismo. Estas personas desarrollan las ronchas solamente en el área que se rascan, apareciendo esta en forma de estrías lineales.

2.6.6 Angioderma.

En algunas personas la reacción en la piel puede ser profunda produciéndose hinchazones o edema en cualquier parte del cuerpo como párpados y labios. La hinchazón a veces envuelve la lengua, y puede ser de tal magnitud y rapidez que obstruya la respiración causando la muerte por asfixia. El antídoto para esta alergia es la adrenalina o epinefrina. Se puede inyectar inmediatamente y es necesario que este tipo de pacientes, lleven consigo una dosis para que en caso de aparición de los síntomas, ellos mismos se lo administren inmediatamente.

2.6.7 Anafilaxis.

Es una reacción alérgica que envuelve los vasos sanguíneos causando una dilatación generalizada de éstos, llevando a un rápido descenso de la presión sanguínea, al colapso y pérdida de conocimiento y en las últimas consecuencias a la muerte si no se trata con prontitud. Esta reacción puede producirse en personas sensibles a la picadura de insectos, a la inyección de ciertos medicamentos y a la ingestión de alimentos o medicamentos. El antídoto para esta alergia es al igual que en el anterior tipo de alergia, la adrenalina o epinefrina, y su administración lleva el mismo proceso.

2.6.8 Dermatitis por contacto.

El contacto directo de la piel con ciertas sustancias químicas, tales como detergentes, metales, tintes, etc., pueden sensibilizar a la piel de manera que un contacto posterior con la misma sustancia, provoque áreas localizadas de inflamación, apareciendo en la piel eczema, ampollas, enrojecimiento y picor. Es el tipo de alergia que se desarrolla al utilizar ciertas gafas, pulseras, relojes si no son de oro. La causa es la goma, el látex, los cosméticos, y ciertos textiles. Los síntomas no aparecen hasta 24 a 48 horas después del contacto.

3. CALIDAD DE VIDA.

3.1 Definición.

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables, desde los antiguos griegos con Aristóteles, (Schwartzmann, 2003). Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evolución sistemática y científica del mismo es relativamente joven. Durante la década de los 60s inicia la popularización con respecto al tema hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la educación, el estilo de vida, la política y el mundo de los servicios en general (Daltabuit y colab., 2000).

Al inicio la expresión de calidad de vida aparece en los confrontamientos públicos en torno al medio ambiente y el deterioro de las condiciones de la vida urbana. Durante los años 50s y principio de los 60s, el creciente interés por el conocimiento del bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos y desde las ciencias sociales comienza el desarrollo de los indicadores sociales estadísticos que permiten medir datos y hechos relacionados al bienestar social de una población. Estos indicadores tienen su propio curso, siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos.

El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70s y comienzos de los 80s, provocó el proceso de diferenciación entre estos y la calidad de vida. La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos.

La inclusión del término en la primera revista monográfica de EEUU, *Social Indicators Research* en 1974 y en *Sociological Abstracts* en 1979, contribuyó a su difusión teórica y metodológica. Ya en 1977, el término se convirtió en categoría de búsqueda en el *Index Medicus* y en palabra clave en el sistema de *medline*, convirtiéndose la década de los 80s en la del despliegue definitivo de la investigación en torno al término, incluyendo el área de la salud.

Al inicio se le da al término un concepto biologicista y posteriormente se observó la influencia que tenía el bienestar social en la salud y la calidad de vida colectiva e individual, y la salud deja de ser un problema meramente médico, transformándose en un punto de interés social.

La calidad de vida es una combinación de factores objetivos y subjetivos, (García, 2002), (Roses, 2005), donde los primeros se ven influenciados en primera instancia por la utilización y aprovechamiento de las potencialidades intelectuales, emocionales y creadoras propias del individuo, pero a su vez por situaciones externas como la estructura socioeconómica, socio-psicológica, cultural y política, las cuales interactúan con él. Por lo que respecta a los factores subjetivos, están dados por el grado de satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o su entorno tenga de sus situaciones de la vida, reflejándose en sentimientos positivos o negativos.

Varios autores consideran a la calidad de vida como la percepción de bienestar que tiene un individuo en todos los aspectos de su vida (físico, mental y social), su satisfacción o insatisfacción con la vida, con expectativas aumentadas o disminuidas (González, 2002).

La calidad de vida es un concepto meramente evaluador, que abarca muchos más aspectos que los que caben en cualquier rama de las ciencias, por lo que su estudio requiere de un enfoque multidimensional y multidisciplinario.

En el área de la salud, la evaluación de calidad de vida en un paciente representa “el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar”, (Schwartzmann, 2003). Esta percepción subjetiva, se ve influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. (Naughton, 1996).

Hay múltiples evidencias de que, a medida que la enfermedad progresa, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente con la vida, por lo que se encuentran personas con limitaciones físicas que refieren una calidad de vida buena. (Loplege, 1998). Por esta situación, como ya se ha mencionado anteriormente, la percepción que se tenga depende en gran medida de los propios valores y creencias, el contexto cultural e historia personal propia de cada individuo.

La OMS define calidad de vida como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto cultural y sistema de valores en los que vive y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses” (Grupo WHOQOL, 1994). Aspectos que se ven afectados por la salud física de la persona, su estado psicológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y las relaciones características sobresalientes con su ambiente.

3.2 Factores Psicológicos.

En los últimos decenios se ha explorado ampliamente la hipótesis de que el carácter, los conflictos y las frustraciones de las personas, al igual que las tensiones a las que se ven sujetas, influyen en la aparición, exacerbación y persistencia de algunas enfermedades, entre ellas el asma.

Wolf aplicó la teoría de estrés psicológico a las causas de enfermedades somáticas. Sus observaciones acerca de cambios viscerales suscitados por estados de perturbación emocional conservan valor y han influido en las investigaciones subsecuentes.

Se puede decir que las emociones son estados subjetivos, respuestas conductuales y patrones de cambios fisiológicos, hormonales y químicos que ocurren en la totalidad del organismo, mediados por el sistema nervioso y el sistema endocrino. Algunas emociones, como el gozo, la ternura y la alegría, son placenteras y suaves, y en general promueven el buen funcionamiento orgánico. En cambio, las que están biológicamente relacionadas con las reacciones primarias de fuga y ataque, como el miedo, la angustia, la cólera y la hostilidad, son desagradables. Junto a estas emociones, otras como el desaliento, impotencia y la desesperanza, son capaces de alterar la función de un sistema o de un órgano cuando se vuelven reiteradas o persistentes.

(Ritz, 2000) comprobó que entre los pacientes asmáticos hay una mayor incidencia de ansiedad y depresión, especialmente en el sexo femenino, en comparación con otras enfermedades de tipo crónico, como la diabetes mellitus. Estos datos permiten emitir la recomendación de combinar o añadir una terapia psicológica a pacientes asmáticos, para lo cual es importante detectar a aquellos pacientes cuyos perfiles psicológicos los hacen más susceptibles. Ritz comprobó que en los pacientes asmáticos tienden a ser mayor la incidencia de ansiedad y depresión que en los que padecen otras enfermedades crónicas. De ahí sugiere

que los pacientes lleven simultáneamente terapia psicológica, que les permita controlar estos síntomas que los hacen más susceptibles.

Por otra parte, el binomio asma-psicología ha sido objeto de estudios más o menos rigurosos desde hace siglos. Entre las primeras referencias documentales destacan los textos del médico judío cordobés Maimónides, que en el siglo XII sugirió la intervención de factores de naturaleza emocional en la evolución del asma. En su Tratado sobre asma afirmaba que los enfermos con alteraciones emocionales como angustia o miedo, pueden sufrir trastornos porque su agitación alterará sus órganos respiratorios y recomendaba medidas higiénicas, que hoy catalogaríamos como conductas de salud, para fortalecer el cerebro y templar el ánimo. Toda la obra de Maimónides, influida por el pensamiento aristotélico, está llena de sensatez e imbuida del viejo aforismo hipocrático que aconseja no causar daño. Desde el siglo XII se ha escrito mucho sobre las consideraciones más o menos acertadas sobre los posibles aspectos psicológicos involucrados con el asma; como lo mencionaron en su momento (De Pablo, Subirá, Martín, Valdés y De Flores 1989).

3.2.1 Ansiedad.

Diversas investigaciones han puesto de manifiesto que determinados factores psicológicos pueden afectar al funcionamiento respiratorio y al desarrollo clínico del asma en sujetos asmáticos. Aunque no hay datos que permitan suponer que las variables psicológicas tienen una importancia etiológica primordial en este trastorno, si es posible que sean importantes de cara a la precipitación y agravamiento de los ataques, una vez que el asma se encuentra desarrollado.

La presencia de la ansiedad en los trastornos psicofisiológicos esta bien demostrada (Casado, 1994, Miguel-Tobal y Casado, 1994). De hecho, la

ansiedad puede ser uno de los factores explicativos de los trastornos psicofisiológicos (Valdés, Flores, Tobeña y Massana, 1983).

La ansiedad y el estrés son un estímulo muy significativo en el asma bronquial, en adultos (Picado, Moteserrat, de Pablo, Plaza y Agustí-Vidal, 1989, Fernández, 1997; Cano-Vindel y Fernández, en prensa).

Por otro lado, la intermitencia y la gran variedad de estímulos desencadenantes se traducen en imprevisibilidad, la cual se transforma en el sujeto en una gran actividad cognitiva en forma de creencias y expectativas sobre el trastorno, su aparición y sus consecuencias. Estas creencias y expectativas hacen que se genere una ansiedad crónica con la consecuente mayor activación fisiológica y mayor atención a los estímulos circundantes.

El estrés, la ansiedad y otras reacciones emocionales son factores que también pueden intervenir en la precipitación y agravamiento de las crisis asmáticas. Como indican numerosas investigaciones, las reacciones de miedo o pánico, irritabilidad, preocupación, ansiedad, cólera o tristeza están frecuentemente asociadas a los ataques asmáticos. Experimentalmente, se han provocado crisis mediante situaciones de estrés, ira y miedo. Por otra parte, como la ansiedad o el pánico acompañan frecuentemente la sensación de disnea (falta de aire) al comienzo de la crisis asmática, ésta puede verse agravada por el propio estado emocional del paciente. También, las reacciones emocionales de las personas que presencian el ataque pueden ser agravantes.

Los estados emocionales pueden influir en el funcionamiento pulmonar a través de dos mecanismos fundamentales (Vázquez y Buceta, 1996):

- Las conductas que frecuentemente acompañan a las emociones intensas, tales como llorar, gritar, reír, etc., actúan sobre el sistema respiratorio provocando broncoconstricción (mecanismo por el que se

contraen los músculos bronquiales lo que dificulta la respiración), de forma similar a como lo hace el ejercicio físico (por procedimientos mecánicos o motores).

- Los cambios producidos en la actividad autonómica y endocrina como consecuencia del estado emocional, actúan como mecanismos desencadenantes de la respuesta broncoconstrictora (contracción de los músculos bronquiales).

Debido a estas relaciones entre los estados emocionales y el asma, gran parte de las intervenciones psicológicas se han centrado en reducir los niveles de activación de los pacientes (mediante técnicas de relajación) con el fin de mejorar el funcionamiento pulmonar. Igualmente, las intervenciones centradas en el estrés psicológico motivado por el asma resultan de gran utilidad para muchos asmáticos.

3.2.2 Estrés.

El término estrés se refiere a la experiencia de un organismo que se enfrenta a una situación persistente en tensión. Por otra parte (Rietveld, 2000) demuestra que el realizar tareas estresantes genera dificultad para respirar en pacientes que padecen asma.

La reacción de estrés puede ser originada por causas muy diversas, pero los problemas que se derivan del asma son, con toda probabilidad, fuente importante de estrés en estos pacientes. Diversos autores (Creer, 1979, Alexander, 1981; entre otros) han puesto de manifiesto las numerosas ramificaciones de la condición asmática, entre las que se incluyen la restricción de actividades, estrés relacionado con el trabajo o la escuela, consecuencias sobre el afecto o la autoestima, problemas con el control de los síntomas y el ambiente, efectos colaterales de la medicación y las cargas económicas que supone el trastorno.

A su vez, el estrés puede ser un verdadero flagelo de nuestro tiempo. No se trata de una situación exclusiva de nuestro siglo, ya que en la antigüedad podemos imaginar diversidad de situaciones generadoras de estrés como la de los pueblos sitiados, que veían el riesgo de quedarse sin comida y sin refugio, los largos viajes en navíos frágiles de los navegantes europeos del siglo V, las hambrunas provocadas por sequías, etc. En la actualidad, el ritmo de vida vertiginoso, particularmente en las grandes ciudades, hace que incluso los pediatras hablen con frecuencia de estrés en la población infantil, hecho que nuestros bisabuelos no habrían siquiera imaginado.

Si bien el estrés no deja libre a ningún grupo humano ni individuo, resulta particularmente contraproducente en portadores de afecciones crónicas como el asma bronquial. En estos últimos, tanto el estrés como la ansiedad extrema son capaces de desencadenar crisis o "ataques" asmáticos, a pesar de que no está muy clara cual es su verdadera razón.

Por este motivo, es particularmente importante que las personas asmáticas y sus allegados aprendan a reducir al mínimo la permanencia en situaciones de estrés y manejar estos eventos de la manera más adecuada.

A continuación, presentamos algunos recursos que sirven para paliar el estrés cotidiano, el cual, por otra parte, es difícil de erradicar por completo.

- Reducir las causas de estrés.
- Es necesario identificar cuales son los motivos que generan estrés en cada persona. ¿Problemas económicos? ¿Cuestiones laborales? ¿Relaciones interpersonales? La identificación de cuáles son los elementos que lo colocan en situación de estrés es el primer paso para intentar resolverlos o solicitar ayuda puntual al profesional.

- Aprender a modificar pautas de conducta de pensamientos. El modo y el tipo de pensamientos y la forma en la que se ubica frente a esos pensamientos condicionan sus sentimientos y sus reacciones. Tratar de elaborar estrategias para "mirar" de modo diferente las cuestiones problemáticas.
- Intentar suprimir aquellos elementos que provoquen estrés.
- Practicar conductas para el manejo efectivo del tiempo, tales como delegar tareas, establecer prioridades, tratar de tranquilizarse y permitirse un tiempo para reflexionar sobre la estrategia más adecuada para resolver una situación problemática.
- Practicar ejercicios de relajación.
- Diversas disciplinas orientales y occidentales proveen técnicas físicas para relajarse.
- Llevar a cabo actividad física. Contra lo que se creía antiguamente, la práctica de ejercicio físico regular en pacientes asmáticos bien controlados, sirve no sólo para mejorar las variables respiratorias sino para relajar la tensión muscular y "limpiar" la mente de pensamientos negativos.
- Dormir lo suficiente.
- El hecho de descansar un lapso de tiempo adecuado para iniciar las tareas, el estar más relajado y acomodarse a las situaciones de estrés cotidiano.
- Comer de manera saludable, limitar el consumo de azúcar, de café y de alcohol, ayudará a sentirse mejor y reducir el estrés o los efectos asociados con él.

- Buscar y aceptar el apoyo familiar y de amigos; estar rodeado de la familia y/o de amigos constituye un excelente antídoto para superar los sentimientos de estrés que generan frustraciones, tensiones y desazón.

Estos son algunos de los recursos de los que se puede echar mano sin demasiados costos. Téngalo en cuenta y colaborará a evitar crisis asmáticas, a la vez que notará cambios beneficiosos en su calidad de vida. (Editora Médica Digital, diciembre 2005).

Por otra parte, según otros autores mencionan que existe una interacción recíproca y compleja entre afrontamiento del estrés, ajuste emocional y salud de la persona con asma. Donde, el término afrontamiento nos remite a la idea de asumir una conducta resolutive de problemas, encaminada a proporcionar alivio, recompensa, reposo y equilibrio, No se habla de una resolución completa de los problemas, sino, más bien, de conocer cuáles son éstos y cómo abordarlos en forma correcta. Afrontamiento no es un simple juicio sobre cómo se soluciona alguna dificultad, sino que remite a un proceso amplio y recurrente de introspección, aprendizaje, corrección de uno mismo, ensayo propio y aplicación de pautas obtenidas de fuentes externas. Afrontar la enfermedad y sus consecuencias es parte ineludible de toda práctica médica, aunque los problemas sociales, clínicos, administrativos, económicos y personales varíen mucho de unos casos a otros. (Moos, 1976).

Los síntomas del estrés pueden ser precipitados o agravados por la tensión emocional y a su vez pueden perturbar el ajuste en esta área (Mira, 1986). Se estima que la eficacia del afrontamiento depende en gran medida del adecuado manejo de las emociones negativas y además es relevante para contribuir a la mejoría o agravamiento de la enfermedad.

El afrontamiento del estrés consiste en conductas y pensamientos (por ejemplo: pedir ayuda, analizar el problema o tratar de olvidar) empleados por un individuo

para hacer frente a situaciones de tensión o estrés, tales como tener un hijo, cambiar de empleo, discutir con la pareja. (Bermúdez, 1996 y Lazarus, 1986). Éste depende tanto de la naturaleza del evento amenazante como de los rasgos personales del sujeto (Fierro, 1999). Lazarus y Folkman, (1986) propusieron un modelo bidimensional, al considerar que el afrontamiento estaba al servicio de dos grandes funciones: solucionar el problema generador de tensión y actuar sobre las reacciones emocionales de estrés.

Basándose en el modelo anterior, (Moos y Billings, 1982) sugirieron tres dimensiones. El afrontamiento centrado en la evaluación se asocia con la búsqueda de un significado para la situación tensionante, la reflexión acerca de sus causas y posibles soluciones y la negación del malestar que genera. El focalizado en la emoción tiene como finalidad, controlar los sentimientos y mantener su equilibrio. Finalmente, el dirigido al problema se orienta a modificar o eliminar al estresor, manejar sus consecuencias, u operar un cambio personal que permita arribar a circunstancias más favorables.

Cada dimensión cuenta con tres estrategias, las cuales se describen respectivamente:

- Análisis lógico de las causas del problema, los pasos para resolverlo y sus posibles consecuencias.
- Redefinición cognitiva de las circunstancias, al adjudicarles un aspecto positivo o modificar prioridades y valores.
- Evitación cognitiva o intento de negar la ansiedad, olvidar la situación y concentrarse en fantasías y deseos.
- Control afectivo o manejo de los sentimientos surgidos a causa del estresor, a fin de que no interfieran con otros aspectos de la vida.

- Aceptación con resignación, de la situación y de la imposibilidad de modificarla.
- Descarga emocional a través de expresiones verbales, conductas como llorar, fumar y comer en exceso, etc. (denota fracaso en el control de los sentimientos).
- Acciones que resuelvan el problema, ya sea directamente o desarrollando habilidades, planes alternativos y compromiso para tal fin.
- Requerimiento de información o pedido de orientación y ayuda concreta a otras personas.
- Desarrollo de recompensas alternativas o búsqueda de gratificación en las relaciones sociales, actividades y el desarrollo personal.

Otras investigaciones al respecto mencionan que mediante técnicas de escaneo cerebral, investigadores de la Universidad de Wisconsin, Estados Unidos, lograron localizar una parte específica del cerebro que hace que la gente con asma respire con dificultad y jadee al estar sometido a un cuadro de estrés emocional. (Bakalar, N., 2005).

Han podido determinar que cuando los asmáticos quedan expuestos a un cuerpo que les genera alergia, se activan dentro del cerebro determinados centros que están íntimamente ligados a las emociones.

Por lo anteriormente expuesto, se puede concluir que los pacientes aquejados de enfermedades crónicas relacionadas con procesos inflamatorios, como el asma, son muy sensibles al estrés y la emoción, factores que pueden agravar los síntomas de un ataque.

Según la Psicología, las emociones son procesos que frente a una amenaza al equilibrio físico o psicológico, actúan para reestablecerlo ejerciendo así un papel

adaptativo. Sin embargo, en algunos casos las emociones aparentemente influyen en la aparición de enfermedades, dejando de ser únicamente procesos adaptativos, originando un problema mayor al paciente con asma.

3.3 Factores Sociales.

Los aspectos sociales están estrechamente relacionados con el concepto de calidad de vida por lo que en este sentido se entiende como “la satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su participación en las actividades que realizan en el medio familiar, en el centro de trabajo y en el ámbito comunal y nacional, en relación con las cuales se ejercitan sus capacidades humanas y desarrollan su personalidad”. (Schwartzmann, 2003).

En este contexto se va integrando una serie de componentes que deben tomarse en cuenta al tratar de evaluar la calidad de vida de un sujeto. La Organización de Naciones Unidas (1961) sugiere que se deben contemplar las siguientes áreas: salud, alimentación, educación, ocupación y condiciones de trabajo, condiciones de vivienda, seguridad social, vestido, recreación y derechos humanos. Otros autores consideran además de las anteriores al matrimonio, familia, situación económica, autoestima, creatividad, competitividad, pertenencia y confianza entre otros. (Levi, 1995).

La calidad de vida es un proceso dinámico y modificable que incluye interacciones continuas entre el individuo y su medio ambiente. De acuerdo a este concepto, la calidad de vida en una persona enferma será resultado de una interacción entre el tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente ocurre en la vida, el soporte social recibido y percibido y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad. Dicho resultado se refleja en la percepción del grado de bienestar físico, psicológico y social y en la evaluación de la vida.

Después de todo lo expuesto se puede decir que el concepto considera la satisfacción de las necesidades materiales como elementos de gran influencia al determinar calidad de vida, sin embargo no se reduce a esto, sino que se debe destacar la espiritualidad, el momento valorativo, puesto que el bienestar pleno es posible si la vida esta dotada del sentido que ofrece el conjunto de valores que el individuo porta en el contexto de su sociedad y cultura.

3.4 Factores Médicos.

Para el médico y el paciente, afrontar la enfermedad puede ser un proceso beneficioso y constructivo. Las estrategias que utilicen uno y otro pueden ser complementarias.

Afrontar la enfermedad y sus consecuencias es parte ineludible de toda práctica médica, aunque los problemas sociales, clínicos, administrativos, económicos y personales varíen mucho de unos casos a otros.

Todos, en algún momento de nuestra vida, hemos necesitado el apoyo de otra persona en quien podamos confiar. Esta necesidad se acrecienta en situaciones de enfermedad, como en el asma, una circunstancia en que se necesita apoyo, sostén, seguridad y autoestima. Esto, que se denomina apoyo social, ayuda al paciente a afrontar los problemas potenciales o reales.

El apoyo social debe darse por medio de una combinación de técnicas terapéuticas que, aplicadas oportunamente, pueden normalizar la actitud y el comportamiento de un paciente, proporcionándole seguridad y autoestima. (Jackson, 1974)

La presencia de una enfermedad intimida a cualquiera; sin embargo, es claro que la manera de responder o de afrontar la enfermedad varía según la persona. Por ello es importante considerar ambas posiciones en los pacientes que se enfrentan a una enfermedad crónica, como lo es el asma.

Algunos son: optimistas para sobreponerse a los problemas y mantienen alta la moral, a pesar de los contratiempos; tienden a ser prácticos y fijarse en los problemas y obstáculos inmediatos, en vez de esperar una resolución ideal y a largo plazo; siempre, antes de tomar una decisión, piensan en sus posibles consecuencias; acostumbran a ser flexibles y estar abiertos a las sugerencias, sin perder su capacidad de decisión o bien conservan la calma y evitan los extremos emocionales que afectan la capacidad de raciocinio. Los aspectos antes citados son características generales y visiones idealizadas. Difícilmente los pacientes se manejan de manera constante en problemas especialmente que suponen riesgo y que pueden llegar a ser muy abrumadores. La finalidad de mencionar estas características es que el psicólogo y el psiquiatra se ayuden a detectar cuáles son los rasgos que le faltan al paciente al momento de afrontar su enfermedad.

En contraste con lo anterior habrá personas que afronten mal su enfermedad y el que reaccione así no necesariamente significa que sea ineficaz. Más bien se trata de personas con más dificultades de lo habitual a la hora de afrontar circunstancias insólitas e imprevistas, debido a las siguientes características: sus expectativas respecto de sí mismos son exageradas. Se trata de personas rígidas en sus planteamientos, inflexibles y renuentes a comprometerse con alguien o solicitar ayuda de los demás; tienen opiniones estrechas y absolutas acerca de cómo deben comportarse, con muy poco margen de tolerancia; son personas fácilmente sugestionables o utilizan mecanismos de defensa como la negación excesiva (no aceptan la enfermedad), racionalización (intentan justificar de manera lógica y coherente su actitud ante la enfermedad) y son incapaces de centrarse en los problemas principales. Por ello se propone que esto no suceda,

que el médico se acerque y ayude a su paciente es prioritario, ya que en la actualidad existe una distancia que separa a los profesionales de los pacientes en razón de prejuicios culturales y expectativas sociales.

Sin duda, el estar enfermo es más tolerable para unos pacientes que para otros, y algunos se esfuerzan por funcionar normalmente a pesar de la enfermedad. Se produce demasiado estrés, ansiedad, temor al fracaso y a la inadecuación, expectativas negativas, frustración e hipocondría social.

El estudiar la calidad de vida no solo ayuda a conocer el estado de salud de un paciente, sino también a conocer la interacción que existe entre un padecimiento y los factores sociales, así mismo permite comparar las diferentes modalidades terapéuticas que han sido utilizadas para su mejora. En vista de los costos que implica el cuidado de la salud, el estudiar a la calidad de vida juega un papel importante en la economía médica debido a que contribuye en la decisión de destinar los recursos para el área del padecimiento que más lo requiera (Meador, 1993). El clínico tiene diversas razones para evaluar la calidad de vida entre las cuales se encuentra 1) establecer el bienestar subjetivo de los pacientes, su capacidad para realizar actividades sociales; 2) su capacidad funcional después de recibir una intervención terapéutica así como; 3) el detectar en que áreas va a intervenir para mejorar el manejo del padecimiento (Barrón y cols. 1998).

3.5 Evaluación.

La calidad de vida, para poder evaluarse, debe reconocerse en su concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en el empleo, así como la situación económica. (Velarde y Ávila 2002).

Es por ello que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un conjunto de valores estándares o perspectivas que varían de persona a persona de grupo

a grupo y de lugar a lugar, así la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentado por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”. (Daltabuit y colab. et al., 2000). En el área médica el enfoque de calidad de vida se limita a lo relacionado con la salud. (Velarde, et al. 2002).

Las mediciones de calidad de vida pueden usarse para planear programas de tratamiento a corto plazo y para evaluar a grupos con diagnósticos específicos. (Schwartzmann, et al.,2003).

Debido a que algunos de los componentes de la calidad de vida no pueden ser observados directamente, estos se evalúan a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas.

Cada pregunta representa una variable que aporta un peso específico a una calificación global, para un factor o dominio. En teoría, se asume que hay un valor verdadero de la calidad de vida y que puede medirse indirectamente por medio de escalas. Cada variable mide un concepto y combinadas conforman una escala estadísticamente cuantificable, que se combinan para formar calificaciones de dominios. Puesto que es una experiencia subjetiva, se espera una considerable variabilidad. Cada uno de los dominios (físico, mental o social) que conforman el término calidad de vida puede ser medido en dos dimensiones; la primera compuesta por una evaluación objetiva de la salud funcional, y la segunda por una percepción subjetiva de la misma. (Velarde, et al. 2002).

3.5.1 En el asma.

Las enfermedades de las vías aéreas inferiores ocupan los primeros lugares en las tasas de mortalidad y morbilidad en los países en vías de desarrollo. Entre la gran cantidad de padecimientos, el asma, como enfermedad crónica representa uno de los padecimientos más frecuentes en los distintos grupos de edad.

Los síntomas respiratorios del asma traen como consecuencia limitaciones en las actividades físicas y sociales, lo que deteriora la calidad de vida del paciente.

Hablar de calidad de vida en pacientes asmáticos no resulta sencillo, ya que es importante tener en cuenta el aspecto emocional. La respuesta que tenga una persona a determinado estímulo, dependerá específicamente de la sensibilidad individual y del momento en que se presente este estímulo en su vida.

Por otro lado, por muchos años se ha venido estudiando la eficacia que tienen los medicamentos en la respuesta de las vías aéreas de los asmáticos, pero se ha dejado de lado la evaluación día con día (cómo se siente el paciente con su enfermedad) para detectar los aspectos de su vida que se ven afectados y la manera en que repercute en su vida social y personal. Es lo que muchos investigadores denominan calidad de vida.

Al surgir este interés, muchos autores emprendieron investigaciones con el objetivo de crear algún instrumento o cuestionario que midiera de manera objetiva la calidad de vida del enfermo crónico.

Los estudios más antiguos que se encuentran se remiten a 1980. Se enfocaron en medir y validar cuestionarios en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas en general. En estos cuestionarios se medía el deterioro en la salud del paciente, de acuerdo con lo que él sentía o creía tener, y se evaluaba al sujeto por medio de una escala numérica, la cual daba como resultado de manera

objetiva el grado de deterioro en la calidad de vida. En un principio estos estudios fueron poco confiables, porque medían aspectos muy generales del paciente. Sin embargo, empezaban a manejarse algunos términos que se encuentran en los estudios más recientes.

Enfermedades como el asma generan síntomas que son característicos. El más importante es la falta de aire, la cual hace difícil que las personas que la padecen sigan llevando su vida de una manera normal. Lo anterior implica una limitación en los aspectos físicos, sociales, emocionales, intelectuales y económicos.

El término calidad de vida que emplean algunos autores se refiere a qué tanto cree o siente el paciente que sus actividades cotidianas se ven afectadas o limitadas por su enfermedad. Las situaciones que deterioran la calidad de vida del paciente con enfermedad respiratoria crónica han sido estudiadas por (Jones, 1991) según se reseña en la (figura 2).

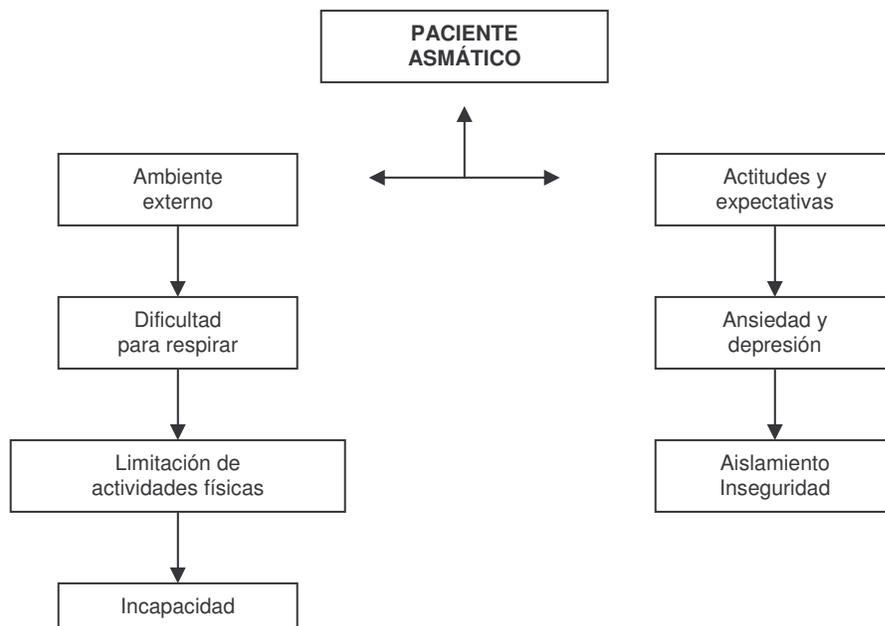


Figura 2. Factores que influyen en la calidad de vida del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Jones sugiere que los cuestionarios de calidad de vida sean validados en cada una de las enfermedades que se pretendan evaluar, y destaca que se puede obtener información muy relevante.

3.5.2 Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper (Asthma Quality of Life Questionnaire, AQLQ).

Más adelante surgió la necesidad de validar cuestionarios que midieran calidad de vida, específicamente en asmáticos. Uno de los primeros autores en crear y validar estos cuestionarios fue Elizabeth Juniper, del Centro Médico Universitario de Ontario, Canadá, en el año 1992. En sus primeros estudios señalaba que el tratamiento que se les daba a los enfermos asmáticos se concentraba en administrar medicamentos, considerando únicamente el aspecto fisiológico, pero que el efecto que éste pudiera tener en la vida del paciente no se tomaba en cuenta. Con este objetivo, Juniper, en 1991 realizó sus primeras investigaciones, en las que intentó evaluar la salud en cuanto al deterioro de la calidad de vida del paciente asmático, para lo cual elaboró cuestionarios que buscaban ser confiables, válidos y objetivos.

Para comenzar realizó entrevistas, en las cuales el paciente debería identificar que parte de su vida se veía deteriorada a causa de la enfermedad. El paso siguiente fue, con base en estos resultados, realizar un cuestionario para medir la calidad de vida, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

1. Que el cuestionario evaluara aspectos físicos y emocionales relacionados con la salud del paciente.
2. Que el diseño de las preguntas reflejara o midiera las áreas que se pretenden medir.

3. Que la suma de los resultados se analizara estadísticamente y pudiera ser validada.
4. Que el cuestionario detectara cualquier cambio clínico, por mínimo que fuera.
5. Que el cuestionario midiera de manera confiable aspectos subjetivos del estado de salud.
6. Que el cuestionario fuera breve, considerando los costos que implica su elaboración y aplicación.
7. Que el cuestionario fuera de fácil aplicación, es decir, que pudiera ser administrado por cualquier persona y, dado el caso, por el propio paciente.

Lo anterior ejemplifica que la validación de un cuestionario no es una labor nada sencilla, ya que se debe validar también cada pregunta. Juniper seleccionó y validó cada una de ellas.

En la primera fase de la elaboración del cuestionario se realizaron 152 preguntas; luego se identificaron aquéllas que habían tenido más impacto en los pacientes. Se consideraron también edad y sexo, se realizó la selección de los pacientes y finalmente Juniper analizó todas las preguntas, teniendo en cuenta cinco esferas:

1. Sintomatología de asma.
2. Estímulos ambientales desencadenantes.
3. Aspectos emocionales relacionados.
4. Actividades físicas limitadas, considerando tanto individuales como sociales.

5. Problemas que se presentan en la práctica diaria.

Todos estos intentos realizados por (Juniper, 1992), la llevaron finalmente a elaborar el Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper (Asthma Quality of Life Questionnaire, AQLQ) el cual, constó de 32 preguntas, las cuales abarcaron cuatro esferas de la vida. Estas determinan y asocian la calidad de vida por medio de síntomas físicos (12, las cuales abarcan: opresión en el pecho, falta de aire, silbido en el pecho, malestar físico por la tos, pesantez en el pecho, necesidad de garraspeo en la garganta, dificultad para inhalar al despertar por la mañana o por la noche a consecuencia del asma), síntomas emocionales (5, como: preocupación por que tiene asma, frustrado por el asma, preocupado por la necesidad de usar medicamentos para el asma, miedo de no tener su medicamento para el asma a la mano y miedo a quedarse sin aire o respiración), limitaciones de actividades físicas (11, en las que se indican: actividades que realizan habitualmente y que están limitadas por el asma, actividades importantes en su vida diaria, el evitar una situación o lugar por el humo de cigarro o por el polvo, el evitar salir por el clima o la contaminación, el tener síntomas por exponerse a olores o perfumes fuertes, actividades que ha dejado de hacer a causa del asma y todas las actividades que ha hecho durante las últimas 2 semanas y cuanto lo ha limitado el asma) dentro de estas, 5 son individualizadas por cada paciente, el cual selecciona aquellas actividades que más le limitan en su vida cotidiana y desencadenantes ambientales (4, que son: síntomas de asma por exponerse al humo de cigarro o al polvo o a olores o perfumes fuertes y síntomas de asma por el clima o la contaminación). La valoración de los síntomas hace referencia a las 2 semanas previas; en versión auto-administrada o administrada por medio de un encuestador. El cuestionario se califica en las cuatro esferas que evalúa, por medio de una escala de 1 a 7 donde 1 indica deterioro máximo y 7 indica deterioro mínimo. En la actualidad, este cuestionario es el más utilizado en varios países para medir la calidad de vida en pacientes asmáticos.

Según (Juniper et al. 1992), cada factor es determinante para poder medir la calidad de vida de cada persona, con el objetivo de que los pacientes hagan conciencia y puedan relatar, que tanto su enfermedad les afecta o limita en sus actividades de la vida diaria.

Sin duda, el cuestionario de mayor difusión y aceptación para evaluar la calidad de vida en el asma es el diseñado por Juniper, (AQLQ). Posee un equilibrado reparto del peso de los distintos dominios tanto del área física como psicológica, lo que le otorga una aceptable correlación con otros parámetros, clínicos y funcionales respiratorios para la evaluación del asma. Tiene la peculiaridad de que una puntuación más reducida implica mayor deterioro en la calidad de vida, al revés de lo que sucede con otros cuestionarios específicos para el asma. Por otro lado, ha sido sólidamente validado y probado en castellano. Otro atractivo más es tener establecida la frontera entre las modificaciones clínicamente significativas, en contra de las puramente estadísticas. Ha sido, no obstante, poco utilizado en estudios trasversales y acumula su mayor experiencia en estudios longitudinales, en los que detecta cambios en el tiempo como consecuencia de determinadas actitudes terapéuticas. (Colas, 2001).

Fue adaptado a nuestra lengua por Sanjuán, Alonso y Antó en 1995. (Rodríguez, 2001).

3.5.3 Otros Cuestionarios.

En estudios recientes, (Hyland, 1991), menciona que el concepto de calidad de vida y la evaluación de ésta ha venido incrementándose en grado importante con el objetivo de añadir y asignar planes económicos para diferentes grupos de pacientes. Al hacer una evaluación eficiente de la calidad de vida del paciente, el educador de la salud podrá manejar con más éxito la relación costo-beneficio del tratamiento.

El concepto de economía al que alude Hyland se vincula particularmente con el concepto de calidad de vida, traducido en años, para cuya medición propone escalas específicas. En contraste con otros estudios que han tenido como objetivo evaluar el tratamiento en términos de beneficio para un paciente individual o para un tipo de paciente en particular.

Con el fin de medir la calidad de vida, Hyland et al. Elaboraron un cuestionario al que denominaron “Cuestionario para los que viven con asma”, el cual se formuló con las siguientes especificaciones metodológicas:

- La definición de calidad de vida debe quedar clara para el paciente. Partiendo de este punto se elaboraron preguntas que explorarán lo que se pretendía medir.
- Debe corroborarse que la prueba sea sensible para lo que se desea medir. Existen dos factores que afectan la sensibilidad. La primera se refiere a que haya una relación estrecha entre las preguntas de la escala y la enfermedad, y la segunda al modo de respuesta, es decir, a si el cuestionario es autoadministrable o no, a si las respuestas son de doble categoría (verdadero y falso) o de opción múltiple; esta última forma se considera la menos sensible.
- Que el cuestionario pueda medir varias esferas de la vida, cada una de manera independiente.
- Que el cuestionario pueda depurarse. La versión de estos autores fue corregida todas las veces que fue necesario, cambiando o eliminando algunas preguntas y por medio de aplicación repetida en diferentes poblaciones.

- Evitar preguntas tendenciosas. Los paciente tienden a estar de acuerdo con las preguntas sin tener en cuenta su verdadero contenido o intención. Si los cuestionarios para medir la calidad de vida proveen una posible lista de situaciones negativas, es muy probable que el paciente tienda a identificarse con ellas. Por ello se sugiere que se provean situaciones tanto negativas como positivas.
- Que el cuestionario sea, de preferencia, autoaplicable.

El cuestionario de 68 preguntas elaborado por Hyland et al. fue aplicado a 783 pacientes asmáticos. Constaba de una escala muy sensible, para medir cambios en la calidad de vida, y aportó los datos siguientes:

- Los cuestionarios multidisciplinarios, son mejores que los unidisciplinarios.
- Deben elaborarse cuestionarios de calidad de vida específicos de cada enfermedad.
- Los cuestionarios pueden ser autoadministrados o administrados por un encuestador.

Como puede verse, estos descubrimientos concuerdan con los de Juniper.

Richards et al. por su parte, se preocuparon por el problema conceptual y metodológico que implican los términos calidad de vida, actividad personal y actividad social, ya que las definiciones de ellos son ambiguas y pueden confundirse.

Actividad personal y actividad social se refieren al grado de deterioro en cada uno de estos aspectos, y calidad de vida, al grado de deterioro que se da tanto

en la actividad personal como en la social. Esta distinción que se les da a los términos actividad personal y actividad social surge originalmente en el contexto de enfermedades como la artritis, ya que actividad personal puede remitirse básicamente al movimiento de las articulaciones, mientras que el punto de vista de actividad social se refiere a si el paciente puede manejar un vehículo, por ejemplo. Si esta misma distinción se aplicara al asma, desde el punto de vista de actividad individual se evaluaría si la enfermedad crea problemas para vestirse, y desde el punto de vista de actividad social, se evaluaría si el asma permite al enfermo trabajar. Como antes se mencionó, medir calidad de vida no es una tarea sencilla. Por ello Richards propone algunas recomendaciones:

1. Los cuestionarios de calidad de vida deben seguir incluyendo medidas del estado de salud, con énfasis en los síntomas respiratorios, el deterioro de actividades físicas y la restricción de actividades que impliquen responsabilidad.
2. En los estudios de asma deben seguir adaptándose mediciones específicas, pero también se debe incluir preguntas y escalas que faciliten la comparación con otros estudios.
3. En los estudios sobre asma se debe considerar que el impacto tanto de la enfermedad como de las intervenciones puede ser mínimo.
4. Los estudios deben aportar datos que puedan ser representativos de una población en general.
5. Los datos obtenidos de los estudios de asma deben tener validez metodológica.
6. Los estudios deben llevar directamente a la resolución de problemas metodológicos relacionados con el estado de salud y la calidad de vida.

7. Todos estos estudios deben evaluarse de acuerdo con la edad: cuestionarios específicos para niños, adolescentes y adultos.

Más tarde, Jones, en 1998, realizó un estudio encaminado a evaluar el estado de salud, la calidad de vida y la adherencia al tratamiento, en el cual menciona que el estado de salud de un paciente, sea cual fuere su enfermedad, depende del apego que éste tenga a su tratamiento. Este mecanismo se ilustra mejor en la (figura 3).

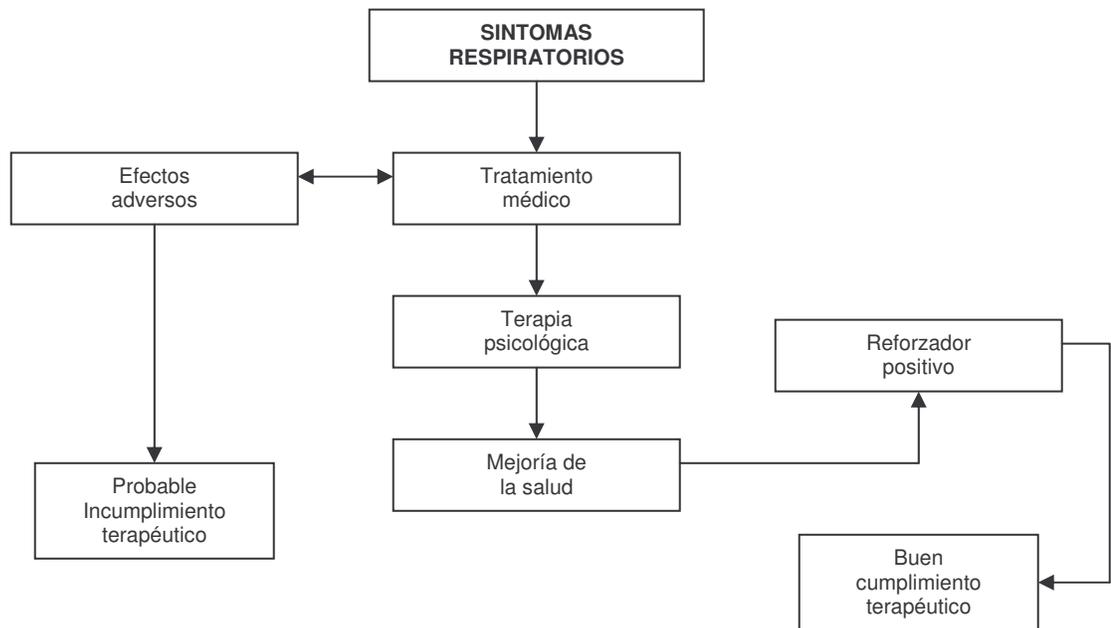


Figura 3. Interrelación de los factores que afectan la calidad de vida del paciente asmático.

Dyer, en 1997, realizó un estudio para medir la calidad de vida en pacientes asmáticos de la tercera edad, en relación con sintomatología depresiva. El autor menciona que a esta edad es difícil realizar un diagnóstico preciso de asma, ya que en ocasiones se confunde con otras enfermedades respiratorias, como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), y que ésta, a su vez, también produce incapacidad y deterioro en la calidad de vida.

Actualmente, en diversos centros se estudia la calidad de vida de los pacientes con asma, EPOC, enfermedades intersticiales y trastornos respiratorios del sueño.

(Elise et al. 2000) señala que los cuestionarios que miden la calidad de vida se concentran en evaluar el impacto que tiene la enfermedad en la vida diaria del paciente y el agobio que experimenta por su enfermedad. Existen dos tipos de instrumentos que deben distinguirse al medir la calidad de vida: Cuestionarios generales y cuestionarios de enfermedades específicas.

Los cuestionarios generales son instrumentos que se utilizan para realizar comparaciones entre pacientes con diferentes enfermedades o para comparar con sujetos sanos (como grupo testigo).

Los cuestionarios de enfermedades específicas son aquéllos que se utilizan para medir una enfermedad en particular y para detectar cambios clínicos relevantes que cambien la calidad de vida de pacientes susceptibles. Estos cuestionarios son más breves y resultan más atractivos para utilizarse tanto en niños como en adultos.

Elise enuncia el concepto teórico de la calidad de vida como un ente multidimensional, el cual está determinado por el impacto que tenga la enfermedad en la vida del paciente, incluidos aspectos físicos, psicológicos y sociales, con atención a la diferencia entre las expectativas del paciente y sus posibilidades físicas.

Como podemos revisar, se han elaborado muchos cuestionarios que pretenden medir la calidad de vida en pacientes adultos con asma o con enfermedad pulmonar obstructiva crónica; muchos de ellos se han validado y traducido a otros idiomas.

En conclusión, la literatura demuestra que los cuestionarios para medir la calidad de vida han venido mejorando en los aspectos médico y psicológico, según revelan estudios realizados desde 1980.

Entre los cuestionarios más importantes están:

- St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ).
- Living With Asthma Questionnaire (LWAQ).
- Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ).

Todos concuerdan en que los cuestionarios de calidad de vida deben evaluar varias esferas de la vida, detectar cualquier cambio clínico que se presente, por mínimo que sea, dar resultados que puedan analizarse y validarse por métodos estadísticos, que brinden datos representativos de la población en general, que midan de manera confiable aspectos físicos subjetivos del paciente, que sean específicos de cada enfermedad, que sean breves y de fácil aplicación, que tengan dos opciones de aplicación (autoadministrable y aplicado por una persona capacitada) y que sean específicos de cada edad: niños, adolescentes y adultos.

MÉTODO

A partir de los años setenta del siglo pasado, surgen los índices de calidad de vida, siendo su mayor desarrollo en los años ochenta, aunque su concepción data de las civilizaciones griega, romana, egipcia y hebrea; y su estudio constituye un terreno donde diversas ciencias aportan sus enfoques (Grau J., 1998) y permiten un abordaje de forma multidimensional.

La calidad de vida es un concepto relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos (libertades, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas) (Sen A., 2000). Estos son elementos indispensables para el desarrollo del individuo y de la población; por tanto caracterizan la distribución social y establecen un sistema de valores culturales que coexisten en la sociedad (San Martín H, 1992).

El término calidad de vida, es subjetivo debido a que solo el individuo sabe como se siente a partir de existir una falta de equilibrio entre sus expectativas y la realidad en la que vive y presentando un padecimiento y el como éste afecta su salud, confianza en sí mismo, habilidad para socializar, obtener un trabajo y funcionar adecuadamente (Devinsky et al. 1995).

Por tanto la salud es uno de los determinantes más importantes de la calidad de vida, con ello, surge la necesidad de medirla o evaluarla en diversos padecimientos.

Estas mediciones de calidad de vida pueden usarse para planear programas de tratamiento a corto plazo y para evaluar a grupos con diagnósticos específicos. (Schwartzmann, et al.,2003).

Al surgir este interés, muchos autores emprendieron investigaciones con el objetivo de crear algún instrumento o cuestionario que midiera de manera objetiva la calidad de vida del enfermo crónico.

Por su parte Elizabeth Juniper en 1992, elabora el Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper (Asthma Quality of Life Questionnaire, AQLQ) el cual evalúa cuatro esferas: síntomas físicos, síntomas emocionales, limitaciones de actividades físicas, y desencadenantes ambientales.

Así mismo, el asma como enfermedad crónica representa uno de los padecimientos más frecuentes en los distintos grupos de edad. Los síntomas respiratorios del asma traen como consecuencia limitaciones en las actividades físicas y sociales, lo que deteriora la calidad de vida del paciente.

Para hablar de calidad de vida en pacientes asmáticos es muy importante tener en cuenta el aspecto emocional, es decir, la respuesta que tenga el paciente a determinado estímulo, dependerá específicamente de la sensibilidad individual y del momento en que se presente este estímulo en su vida.

Ritz en el 2000 comprobó que en los pacientes asmáticos hay una mayor incidencia de ansiedad y depresión, afectando enormemente aspectos emocionales sobre todo en mujeres, por lo que ante esto se recomienda el alternar terapias psicológicas, que permitan el control de sus síntomas que los hacen más susceptibles.

Las investigaciones han demostrado la eficacia de los procedimientos de relajación en el tratamiento de muchos problemas relacionados con la tensión, como el insomnio, la hipertensión arterial, los dolores tensionales de cabeza, el asma bronquial y las fobias.

Se ha encontrado, finalmente, que la relajación es particularmente eficaz en los pacientes asmáticos donde la obstrucción se localiza en las grandes vías respiratorias, y en los que variables psicológicas como el estrés y la ansiedad se encuentran asociadas al trastorno (Lehrer y otros, 1986).

A través del entrenamiento en relajación se han obtenido mejoras en la función pulmonar, estadísticamente significativas, en diversos estudios; si bien pocos de ellos consiguen mejorías clínicas significativas, en el sentido de lograr al menos un 15% de incremento en las medidas de resistencia pulmonar. Por lo que posteriormente han aparecido procedimientos estructurados realmente eficaces que reducen considerablemente la duración del entrenamiento y que en realidad se llevan a cabo en la actualidad, como la relajación progresiva muscular de Jacobson. (Bernstein y Borkovec, 1973; Lichstein, 1988, etc.).

La relajación como procedimiento de reducción del exceso de activación no se ciñe a una mera dimensión fisiológica, sino también a las otras dos dimensiones relevantes de la emoción: los procesos cognitivos y la conducta manifiesta (Fernández-Abascal, 1997).

Por lo anteriormente expuesto, el motivo de interés de esta investigación es el análisis de resultados obtenidos en el Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper (AQLQ), el cual se utilizó por el método test-retest en los pacientes asmáticos adultos que recibieron Terapia de Relajación de Jacobson, por un periodo de cuatro meses, distribuyendo dos sesiones por mes, en la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Se obtendrán cambios en cuanto a la calidad de vida de los pacientes asmáticos adultos que recibieron Terapia de Relajación de Jacobson, en la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias?.

JUSTIFICACION DEL ESTUDIO.

Se pretende que en la presente investigación, se logren cambios favorables en la calidad de vida del paciente asmático adulto; de igual forma proporcionarles las herramientas necesarias para poder relajarse en una crisis asmática o bien en cualquier momento que lo requieran.

Los primeros modelos teóricos empleados en el tratamiento de las ansiedades (Wolpe, 1958), postulaban que generar respuestas fisiológicas antagónicas a la ansiedad debilitaría el impacto de las situaciones que la provocan. Así, la relajación se ha convertido en un componente básico de los tratamientos (conductuales) para todos los trastornos con una base de ansiedad.

Las investigaciones han demostrado la eficacia de los procedimientos de relajación (muscular, meditación, entrenamiento autógeno, hipnosis) en el tratamiento de muchos problemas relacionados con la tensión, como el insomnio, la hipertensión arterial, los dolores tensionales de cabeza, el asma bronquial y las fobias.

A través del entrenamiento en relajación se han obtenido mejoras en la función pulmonar, estadísticamente significativas, en diversos estudios; si bien pocos de ellos consiguen mejorías clínicas significativas, en el sentido de lograr al menos un 15% de incremento en las medidas de resistencia pulmonar. Frecuentemente

se ha utilizado una versión abreviada del procedimiento de Jacobson (Bernstein y Borkovec, 1973).

La relajación completa está basada en la estrategia de la relajación muscular progresiva (RMP) iniciada por Jacobson, (1974) y ampliamente utilizada en psicoterapia conductual. Consiste en tensar y relajar los diferentes conjuntos musculares del cuerpo. Consta de varias etapas, la primera de las cuales está diseñada para calmar el ritmo respiratorio sin esfuerzo. Una vez logrado un ritmo respiratorio regular éste actúa como reloj, con el cual se puede regular, el patrón de tensión y relajación de los distintos grupos musculares de la siguiente etapa. (Jacobson, 1974; Cautela y Groden, 1985).

El proceso completo requiere de unos 30 a 40 minutos, y se aprende y demuestra con facilidad. Un beneficio útil de esta técnica es el modo en que las personas que la practican obtienen efectos de relajación generalizados a todo su campo cuando solamente se utilizan uno o dos de los tres componentes.

Se ha encontrado, finalmente, que la relajación es particularmente eficaz en aquellos asmáticos en los que la obstrucción se localiza en las grandes vías respiratorias, y en los que variables psicológicas como el estrés y la ansiedad se encuentran asociadas al trastorno (Lehrer y otros, 1986).

OBJETIVO GENERAL.

Analizar y comparar los resultados del Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper (Asthma Quality of Life Questionnaire, AQLQ), a pacientes asmáticos adultos de la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, antes y después de haber recibido Terapia de Relajación de Jacobson.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en las calificaciones obtenidas por los pacientes asmáticos adultos de la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, en el Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper (Asthma Quality of Life Questionnaire, AQLQ), aplicado antes y después, de recibir Terapia de Relajación de Jacobson.
2. Comparar diferencias estadísticamente significativas de las calificaciones obtenidas por los pacientes asmáticos adultos de la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, en cada una de las esferas del Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper (Asthma Quality of Life Questionnaire, AQLQ), antes y después de recibir Terapia de Relajación de Jacobson.
3. Determinar diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida de los pacientes asmáticos adultos, de la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, que recibieron Terapia de Relajación de Jacobson, destacando la influencia de la edad y los años de evolución con el asma.
4. Detectar diferencias significativas en las calificaciones obtenidas por los pacientes asmáticos adultos, en cada una de las esferas del Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper (Asthma Quality of Life Questionnaire, AQLQ), de acuerdo al sexo, antes y después de recibir Terapia de Relajación de Jacobson.
5. Reconocer diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida de los pacientes asmáticos adultos, de la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, que recibieron

Terapia de Relajación de Jacobson, con respecto a la influencia de su estado civil y ocupación.

6. Localizar diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida de los pacientes asmáticos adultos, de la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, que recibieron Terapia de Relajación de Jacobson, de acuerdo a su escolaridad.

HIPÓTESIS DE TRABAJO.

Los cambios en los resultados de antes y después de la aplicación del Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper (Asthma Quality of Life Questionnaire, AQLQ), en sus cuatro esferas a evaluar (síntomas físicos, síntomas emocionales, limitaciones de actividades físicas y desencadenantes ambientales) en los pacientes asmáticos adultos de la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, que recibieron Terapia de Relajación de Jacobson, interviniendo, la edad, los años de evolución con el asma, el sexo, el estado civil, la ocupación y la escolaridad.

HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS.

Hi. Sí existen diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida de los pacientes asmáticos adultos que recibieron Terapia de Relajación de Jacobson en la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida de los pacientes asmáticos adultos que recibieron Terapia de Relajación de Jacobson en la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Hi. Sí existen diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida de los pacientes asmáticos adultos en cuanto a su edad, que recibieron Terapia de Relajación de Jacobson en la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida de los pacientes asmáticos adultos en cuanto a su edad, que recibieron Terapia de Relajación de Jacobson en la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Hi. Sí existen diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida de los pacientes asmáticos adultos en relación a los años de evolución con el asma, que recibieron Terapia de Relajación de Jacobson en la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida de los pacientes asmáticos adultos en relación a los años de evolución con el asma, que recibieron Terapia de Relajación de Jacobson en la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Hi. Sí existen diferencias significativas en la calidad de vida de los pacientes asmáticos adultos con respecto a su sexo, que recibieron Terapia de Relajación de Jacobson en la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Ho. No existen diferencias significativas en la calidad de vida de los pacientes asmáticos adultos con respecto a su sexo, que recibieron Terapia de Relajación de Jacobson en la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Hi. Sí existen diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida de los pacientes asmáticos adultos de acuerdo a su estado civil, que recibieron Terapia de Relajación de Jacobson en la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida de los pacientes asmáticos adultos de acuerdo a su estado civil, que recibieron Terapia de Relajación de Jacobson en la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Hi. Sí existen diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida de los pacientes asmáticos adultos conforme a su ocupación, que recibieron Terapia de Relajación de Jacobson en la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida de los pacientes asmáticos adultos conforme a su ocupación, que recibieron Terapia de Relajación de Jacobson en la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Hi. Sí existen diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida de los pacientes asmáticos adultos acorde a su escolaridad, que recibieron Terapia de Relajación de Jacobson en la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida de los pacientes asmáticos adultos acorde a su escolaridad, que recibieron Terapia de Relajación de Jacobson en la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

VARIABLES.

Variables Dependientes. Respuestas de la evaluación del Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper (Asthma Quality of Life Questionnaire, AQLQ), antes y después de haber recibido Terapia de Relajación de Jacobson.

Variables Independientes. Cambios en cuanto a los respuestas obtenidas, en las cuatro esferas que evalúa el Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper (Asthma Quality of Life Questionnaire, AQLQ), (síntomas físicos, síntomas emocionales, limitaciones de actividades físicas y desencadenantes ambientales), que se manifiesten en los pacientes asmáticos adultos, antes y después de haber recibido Terapia de Relajación de Jacobson.

Variables Atributivas. Edad, años de evolución con el asma, sexo, estado civil, ocupación y escolaridad.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES.

VARIABLES DEPENDIENTES.

Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper. (Asthma Quality of Life Questionnaire, AQLQ). Cuestionario que pretende medir la calidad de vida en pacientes adultos que padecen asma, elaborado en 1992, este cuestionario consta de 32 preguntas, en versión auto-administrada o administrada por medio de un encuestador. Evalúa cuatro esferas que determinan y asocian la calidad de vida por medio de síntomas físicos, síntomas emocionales, limitaciones de actividades físicas y desencadenantes ambientales.

Evaluación de Calidad de Vida en pacientes. En el área de la salud, la evaluación de calidad de vida en un paciente representa “el impacto que una

enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar”, (Schwartzmann, 2003).

VARIABLES INDEPENDIENTES.

Calidad de Vida. Qué tanto cree o siente el paciente que sus actividades cotidianas se ven afectadas o limitadas por su enfermedad de asma.

Síntomas Físicos. Manifestaciones subjetivas de un estado patológico. Los síntomas son descritos por el individuo como afecto más que observados por el examinador.

Síntomas Emocionales. Estados afectivos, reacciones subjetivas al ambiente, acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influidos por la experiencia. Se refieren a estados internos como el deseo o la necesidad que dirige al organismo. Las categorías básicas de las emociones son: miedo, sorpresa, aversión, ira, tristeza y alegría.

Limitaciones de Actividades Físicas. Dificultades para poder efectuar o realizar movimientos o acciones comunes como es el caminar, subir escaleras, correr, o andar de prisa.

Desencadenantes Ambientales. Factores ambientales que incluyen cambio de clima, humedad, y frío pueden influir de forma directa en la enfermedad del asma irritando las vías aéreas, o de forma indirecta aumentando la cantidad de antígenos en la atmósfera. De igual forma la contaminación, la cual se encuentra principalmente en las grandes ciudades, contribuye al aumento de enfermos de asma, razón por la cual es mayor el número de estos pacientes en las zonas urbanas en comparación con las rurales (Vázquez y Buceta et al. 1996).

Asma. Enfermedad respiratoria habitualmente caracterizada por falta de aire, tos, y ataques de sibilancias (silbidos en el pecho al respirar), estos síntomas son provocados porque los bronquios, al reconocer como dañino el aire que se respira, mediante accesos de tos expulsa los tóxicos; por su parte, las sibilancias y la falta de aire se presentan cuando los bronquios se cierran para tratar de

evitar que estos supuestos tóxicos penetren en los pulmones. Este cuadro clínico es el clásico de una crisis asmática. En muchas ocasiones se manifiesta únicamente como una tos persistente, sin falta de aire. Esta situación se presenta con diversos grados de gravedad y puede repetirse durante años y, en ocasiones, durante toda la vida. (Quezada, 2001).

Terapia de Relajación de Jacobson. Relajación muscular progresiva (RMP) iniciada por Jacobson, (1974) y ampliamente utilizada en psicoterapia conductual. Consiste en tensar y relajar los diferentes conjuntos musculares del cuerpo. Consta de varias etapas, la primera de las cuales está diseñada para calmar el ritmo respiratorio sin esfuerzo. Una vez logrado un ritmo respiratorio regular éste actúa como reloj, con el cual se puede regular, el patrón de tensión y relajación de los distintos grupos musculares de la siguiente etapa. (Jacobson, 1974; Cautela y Groden, 1985).

VARIABLES ATRIBUTIVAS.

Edad. Tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento hasta el tiempo actual.

Años de evolución con el asma. Tiempo transcurrido en años con el asma.

Sexo. Distinción biológica que clasifica a las personas en hombres y mujeres.

Estado Civil. Situación jurídica de una persona física considerada desde el punto de vista del derecho de la familia.

Ocupación. Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en el trabajo u oficio, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo.

Escolaridad. Se refiere al último grado de estudios aprobado por la población ocupada y reconocido por el sistema educativo nacional.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.

Calidad de vida en pacientes asmáticos. Al estudiar la calidad de vida en pacientes asmáticos no solo ayuda a conocer el estado de salud de un paciente, sino también a conocer la interacción que existe entre su padecimiento y los factores psicológicos, sociales, y su entorno, así mismo esto permite comparar las diferentes modalidades terapéuticas que han sido utilizadas para su mejora.

Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper. (Asthma Quality of Life Questionnaire, AQLQ). Cuestionario que evalúa la calidad de vida de los pacientes asmáticos adultos, por medio de 32 preguntas, en versión auto-administrada o administrada por medio de un encuestador, cuantificable y cualificable por la evaluación de sus cuatro esferas que determinan y asocian la calidad de vida por medio de síntomas físicos, síntomas emocionales, limitaciones de actividades físicas y desencadenantes ambientales.

Síntomas Físicos. Como son: el sentir opresión en el pecho, falta de aire, silbido en el pecho, malestar físico por la tos, pesantez en el pecho, necesidad de garraspeo en la garganta, dificultad para inhalar al despertar por la mañana o por la noche a consecuencia del asma.

Síntomas Emocionales. Pueden ser: la preocupación por que tiene asma, frustración por el asma, preocupación por la necesidad de usar medicamentos para el asma, miedo de no tener su medicamento para el asma a la mano y miedo a quedarse sin aire o respiración.

Limitaciones de Actividades Físicas. Tales como: las que realizan habitualmente y que están limitadas por el asma, actividades importantes en su vida diaria, el evitar una situación o lugar por el humo de cigarro o por el polvo, el evitar salir por el clima o la contaminación, el tener síntomas por exponerse a olores o perfumes fuertes, actividades que ha dejado de hacer a causa del asma y todas las actividades que ha hecho durante las últimas 2 semanas y cuanto lo ha limitado el asma.

Desencadenantes Ambientales. Los síntomas de asma agravados por exposición al humo de cigarro o al polvo o a olores o perfumes fuertes y síntomas de asma por el clima o la contaminación.

Asma. Enfermedad respiratoria en común, que padecen los pacientes adultos de la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, que recibieron Terapia de Relajación de Jacobson.

Terapia de Relajación de Jacobson. Técnica de relajación muscular progresiva (RMP), la cual consiste en tensar y relajar los diferentes conjuntos musculares del cuerpo. Consta de varias etapas, la primera está diseñada para calmar el ritmo respiratorio sin esfuerzo. Una vez logrado un ritmo respiratorio regular éste actúa como reloj, con el cual se puede regular, el patrón de tensión y relajación de los distintos grupos musculares de la siguiente etapa, además de que reduce la frecuencia del pulso y la presión de la sangre, puede llegar a tener el mismo efecto que un fármaco que actúe reduciendo la ansiedad. (Davis; McKay; Esbelman 1990).

Edad. Rangos de edad que se abarcaron en la presente investigación, de los pacientes asmáticos adultos de la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, que recibieron Terapia de Relajación de Jacobson.

- **Edad Adulta Temprana.** Entre los 20 y los 40 años. En ella las personas cambian y crecen en muchos aspectos. Durante esas dos décadas forman decisiones que marcarán sus vidas (su salud, su felicidad y sus éxitos). La mayoría de las personas abandona el hogar de los padres, en esta etapa de vida, entra a trabajar por vez primera, se casa, tiene hijos y los cría. No es de extrañar que los científicos sociales afirmen que estos años son los más importantes de la vida. (Papalia, 1999).
- **Edad Adulta Intermedia.** De más de 40 a los 65 años. En esta es cuando los "bebés" dejan el hogar y por fin hay tiempo para continuar aquellas actividades a las que se había dedicado mucho tiempo. En esta se acentúa el tema de la salud y aparece la menopausia, el climaterio masculino, los cambios físicos en ambos sexos, el impacto

del estrés en la salud. También se considera la manera como maduran los procesos de pensamiento y cómo contribuyen a establecer un liderazgo moral. Los efectos del agotamiento, el desempleo y los retos de cambiar de carrera en esta etapa de la vida. (Papalia, 1999).

- **Edad Adulta Tardía.** De más de 65 años en adelante. Aquí pueden sufrir problemas mentales o físicos (o ambos), la pérdida del cónyuge, ó bien, algunos viven en hogares de ancianos. (Papalia, 1999).

Años de evolución con el asma. Tiempo en años, desde el inicio hasta la fecha con el asma, clasificados de: 0.5 a 10 años, de 11 a 20 años, de 21 a 30 años y de 31 a 40 años.

Sexo. Femenino o Masculino.

Estado Civil. Casados y Otros (solteros, divorciados y unión libre).

Ocupación. Hogar y Otros (con empleo, desempleados y estudiantes).

Escolaridad. Primaria, Secundaria, Nivel Técnico, Nivel Bachillerato y Nivel Profesional.

POBLACIÓN.

De una población de 30 pacientes asmáticos adultos de la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, de sexo femenino y masculino, entre los 26 y los 71 años, abarcando la Edad Adulta Temprana (de 20 a 40 años), la Edad Adulta Intermedia (de más de 40 a 65 años) y la Edad Adulta Tardía (de más de 65 años en adelante). (Papalia, 1999). Donde se obtuvo una muestra de 86.67% de participantes, al desertar en el trayecto de la investigación 4 personas.

TIPO DE MUESTRA.

La muestra fue accidental porque la población a la que se tuvo acceso se tomó de la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias donde se contó con el permiso. (Kerlinger, 2002). Fue un muestreo por conveniencia, es decir no aleatorizado porque no se sorteó sino que se le aplicó a los pacientes que quisieron recibir Terapia de Relajación de Jacobson, para controlar su enfermedad de asma. (Kerlinger, 2002).

Tamaño de Muestra. El total de la muestra fue de 26 pacientes asmáticos adultos (22 mujeres y 4 hombres). La aplicación del Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper (AQLQ), se realizó en los pacientes asmáticos adultos de la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, antes y después de haber recibido Terapia de Relajación de Jacobson.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

La presente investigación fue prospectiva, porque se le dio un seguimiento a un grupo de pacientes adultos con una enfermedad en común, el asma y hacia un futuro; longitudinal, porque se estudiaron los resultados obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper (AQLQ), tanto antes, como después (método test-retest) de llevar a cabo la Terapia de Relajación, de Jacobson al mismo grupo de pacientes asmáticos adultos y llevando un seguimiento en el transcurso del tiempo (cuatro meses); experimental, porque se aplicó un estímulo (sesiones de terapia de relajación) y se observó el efecto que éste tuvo en los factores que intervienen siendo estos, las cuatro esferas que se evalúan en el Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper (AQLQ) (síntomas físicos, síntomas emocionales, limitaciones de actividades físicas y desencadenantes ambientales) y por consiguiente, en la enfermedad misma de los pacientes asmáticos adultos; analítica, porque en ella se formularon hipótesis

que al final se apoyarán o bien se contradirán y como último punto; abierta, porque en ella se identificaron de manera previa y clara a los pacientes (asmáticos, adultos) que participaron en dicha investigación.

SUJETOS.

En esta investigación participaron 30 pacientes asmáticos adultos de la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (quedando, la muestra conformada al término de la investigación de 26 pacientes, debido a que hubo deserción de 4 pacientes). Con un rango de edad de 26 años a 71 años, los años de evolución con el asma oscilaban entre los 0.5 a 33 años, de ambos sexos (22 mujeres y 4 hombres), de estado civil: casados y otros (solteros, divorciados y unión libre), de ocupación: hogar y otros (con empleo, desempleados y estudiantes) y con escolaridad (primaria, secundaria, nivel técnico, nivel bachillerato y nivel profesional).

INSTRUMENTO.

Nombre: Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper. (Asthma Quality of Life Questionnaire, AQLQ).

Autor: Elizabeth Juniper (1992).

Origen: Surge la necesidad de validar cuestionarios que midieran calidad de vida, específicamente en asmáticos. Uno de los primeros autores en crear y validar estos cuestionarios fue Elizabeth Juniper, del Centro Médico Universitario de Ontario, Canadá, en el año 1992. En sus primeros estudios señalaba que el tratamiento que se les daba a los enfermos asmáticos se concentraba en administrar medicamentos, considerando únicamente el aspecto fisiológico, pero

que el efecto que éste pudiera tener en la vida del paciente no se tomaba en cuenta. Con este objetivo, Juniper, en el año de 1991 realizó sus primeras investigaciones, en las que intentó evaluar la salud en cuanto al deterioro de la calidad de vida del paciente asmático, para lo cual elaboró cuestionarios que buscaban ser confiables, válidos y objetivos.

Para comenzar realizó entrevistas, en las cuales el paciente debería identificar que parte de su vida se veía deteriorada a causa de la enfermedad. El paso siguiente fue, con base en estos resultados, realizar un cuestionario para medir la calida de vida, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

1. Que el cuestionario evaluara aspectos físicos y emocionales relacionados con la salud del paciente.
2. Que el diseño de las preguntas reflejara o midiera las áreas que se pretenden medir.
3. Que la suma de los resultados se analizara estadísticamente y pudiera ser validada.
4. Que el cuestionario detectara cualquier cambio clínico, por mínimo que fuera.
5. Que el cuestionario midiera de manera confiable aspectos subjetivos del estado de salud.
6. Que el cuestionario fuera breve, considerando los costos que implica su elaboración y aplicación.

7. Que el cuestionario fuera de fácil aplicación, es decir, que pudiera ser administrado por cualquier persona y, dado el caso, por el propio paciente.

Lo anterior ejemplifica que la validación de un cuestionario no es una labor nada sencilla, ya que se debe validar también cada pregunta. Juniper seleccionó y validó cada una de ellas.

En la primera fase de la elaboración del cuestionario se realizaron 152 preguntas; luego se identificaron aquéllas que habían tenido más impacto en los pacientes. Se consideraron también edad y sexo, se realizó la selección de los pacientes y finalmente Juniper analizó todas las preguntas, teniendo en cuenta cinco esferas:

1. Sintomatología de asma.
2. Estímulos ambientales desencadenantes.
3. Aspectos emocionales relacionados.
4. Actividades físicas limitadas, considerando tanto individuales como sociales.
5. Problemas que se presentan en la práctica diaria.

Todos estos intentos realizados por Juniper, en el año de 1992, la llevaron finalmente a elaborar el Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper (Asthma Quality of Life Questionnaire, AQLQ) el cual, constó de 32 preguntas, las cuales abarcaron cuatro esferas de la vida. Estas determinan y asocian la calidad de vida por medio de síntomas físicos (12, los cuales abarcan: opresión en el pecho, falta de aire, silbido en el pecho, malestar físico por la tos, pesantez en el pecho,

necesidad de garraspeo en la garganta, dificultad para inhalar al despertar por la mañana o por la noche a consecuencia del asma), síntomas emocionales (5, como: preocupación por que tiene asma, frustrado por el asma, preocupado por la necesidad de usar medicamentos para el asma, miedo de no tener su medicamento para el asma a la mano y miedo a quedarse sin aire o respiración), limitaciones de actividades físicas (11, en las que se indican: actividades que realizan habitualmente y que están limitadas por el asma, actividades importantes en su vida diaria, el evitar una situación o lugar por el humo de cigarro o por el polvo, el evitar salir por el clima o la contaminación, el tener síntomas por exponerse a olores o perfumes fuertes, actividades que ha dejado de hacer a causa del asma y todas las actividades que ha hecho durante las últimas 2 semanas y cuanto lo ha limitado el asma) dentro de estas, 5 son individualizadas por cada paciente, el cual selecciona aquellas actividades que más le limitan en su vida cotidiana y desencadenantes ambientales (4, que son: síntomas de asma por exponerse al humo de cigarro o al polvo o a olores o perfumes fuertes y síntomas de asma por el clima o la contaminación). La valoración de los síntomas hace referencia a las 2 semanas previas; en versión auto-administrada o administrada por medio de un encuestador. El cuestionario se califica en las cuatro esferas que evalúa, por medio de una escala de 1 a 7 donde 1 indica deterioro máximo y 7 indica deterioro mínimo. En la actualidad, este cuestionario es el más utilizado en varios países para medir la calidad de vida en pacientes asmáticos. Fue adaptado a nuestra lengua por Sanjuán, Alonso y Antó en 1995. (Rodríguez, 2001).

Según (Juniper, 1992), cada factor es determinante para poder medir la calidad de vida de cada persona, con el objetivo de que los pacientes hagan conciencia y puedan relatar, que tanto su enfermedad les afecta o limita en sus actividades de la vida diaria.

Objetivo: Evaluar las cuatro esferas que determinan y asocian la calidad de vida del paciente asmático adulto, por medio de síntomas físicos, síntomas

emocionales, limitación de actividades físicas y desencadenantes ambientales. Así como, detectar cual es la esfera que se ve limitada cuando una persona padece una enfermedad crónica como es el asma.

Tipo de aplicación: Individual y colectiva.

Tiempo de aplicación: 30 minutos.

Edad de aplicación: Adultos (de 18 años en adelante).

Descripción. El cuestionario evalúa cuatro esferas de la vida, donde estas determinan y asocian la calidad de vida por medio de:

- **Síntomas físicos.** Opresión en el pecho, falta de aire, silbido en el pecho, malestar físico por la tos, pesantez en el pecho, necesidad de garraspeo en la garganta, dificultad para inhalar al despertar por la mañana o por la noche a consecuencia del asma.
- **Síntomas emocionales.** Preocupación por que tiene asma, frustrado por el asma, preocupado por la necesidad de usar medicamentos para el asma, miedo de no tener su medicamento para el asma a la mano y miedo a quedarse sin aire o respiración.
- **Limitaciones de actividades físicas.** Actividades que realizan habitualmente y que están limitadas por el asma, actividades importantes en su vida diaria, el evitar una situación o lugar por el humo de cigarro o por el polvo, el evitar salir por el clima o la contaminación, el tener síntomas por exponerse a olores o perfumes fuertes, actividades que ha dejado de hacer a causa del asma y todas las actividades que ha hecho durante las últimas 2 semanas y cuanto lo ha limitado el asma.

- **Desencadenantes ambientales.** Síntomas de asma por exponerse al humo de cigarro o al polvo o a olores o perfumes fuertes y síntomas de asma por el clima o la contaminación.

Número de reactivos: 32.

Distribución de los reactivos por esfera:

DESCRIPCIÓN DE LAS ESFERAS	
ESFERA	REACTIVOS
Síntomas Físicos (12)	6, 8,10,12,14,16,18,20,22,24,29,30
Síntomas Emocionales (5)	7,13,15,21,27
Limitaciones de Actividades Físicas (11)	1,2,3,4,5,11,19,25,28,31,32
Desencadenantes Ambientales (4)	9,17,23,26

Tabla 2.

Aspectos específicos a evaluar en cada una de las esferas:

ESFERA	ASPECTOS ESPECÍFICOS A EVALUAR
Síntomas Físicos.	<ul style="list-style-type: none"> - Opresión en el pecho. - Falta de aire. - Silbido en el pecho. - Malestar físico por la tos. - Pesantez en el pecho. - Necesidad de garraspeo en la garganta. - Dificultad para inhalar, al despertar por la mañana o por la noche a consecuencia del asma.

Síntomas Emocionales.	<ul style="list-style-type: none"> - Preocupación por que tiene asma. - Frustración por el asma. - Preocupación por la necesidad de usar medicamentos para el asma. - Miedo de no tener su medicamento para el asma a la mano. - Miedo a quedarse sin aire o respiración.
Limitaciones de Actividades Físicas.	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades que realizan habitualmente y que están limitadas por el asma. - Actividades importantes en su vida diaria. - El tener que evitar una situación o lugar por el humo de cigarro o por el polvo. - El tener que evitar salir por el clima o la contaminación. - Síntomas por exponerse a olores o perfumes fuertes. - Actividades que ha dejado de hacer a causa del asma. - Todas las actividades que ha hecho durante las últimas 2 semanas y cuanto lo ha limitado el asma.
Desencadenantes Ambientales.	<ul style="list-style-type: none"> - Síntomas de asma por exponerse al humo de cigarro. - Síntomas de asma por exponerse al polvo. - Síntomas de asma por exponerse a olores o perfumes fuertes. - Síntomas de asma por el clima o la contaminación.

Tabla 3.

Calificación: El cuestionario se califica en las cuatro esferas que evalúa, por medio de una escala de 1 a 7 donde 1 indica deterioro máximo y 7 indica deterioro mínimo.

TIPO DE ESTUDIO.

La presente investigación fue prospectiva, longitudinal, experimental, analítica y abierta.

ESCENARIO.

Esta investigación se llevó a cabo en el Aula 2 de Capacitación del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias ubicado en Calzada de Tlalpan No. 4502, Col. Sección XVI.

Para el llenado de la forma de consentimiento informado, la hoja de datos generales y el Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper, el aula contaba con 40 sillas con paleta, no fijas, las que permitieron que de manera cómoda se llevara a cabo este proceso de la investigación. Asimismo al término de ello, fue necesario apilar las sillas no fijas en los extremos del aula, para así contar con espacio suficiente (aproximadamente 30 m²) para recostar a los pacientes y así comenzar con la terapia de relajación.

PROCEDIMIENTO.

La muestra de los pacientes se obtuvo en la Reunión Mensual de Pacientes Asmáticos del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias celebradas todos los primeros viernes de cada mes. Ahí se les hizo una atenta invitación a participar en el Protocolo de Investigación de Terapias de Relajación a pacientes asmáticos adultos, repartiéndoles un volante para los interesados (Ver Anexo 1).

Una vez reunidos los pacientes interesados, se recabaron los volantes con sus datos personales, y se prosiguió a exponerles algunos puntos primordiales de esta investigación:

- La duración del estudio que sería de cuatro meses, dos sesiones por mes, conformando ocho sesiones de relajación en total.
- Comentando que se efectuaría una evaluación de su calidad de vida de manera previa a las terapias de relajación y otra al término de las mismas.
- Proporcionando algunas indicaciones importantes para un óptimo desempeño en las terapias de relajación, como: traer una colchoneta, tapete o cobija, en la cual recostarse, acudir con ropa holgada y abrigadora (pans), zapatos cómodos, no traer bolsas o artículos voluminosos por contar con un espacio reducido.
- Presentarse de manera puntual, Una vez comentado lo anterior, se proseguiría a establecer el horario de las próximas sesiones de terapias de relajación, en la que se acordó que serían de 9:00 a 10:30 hrs., acentuándose que la hora de llegada sería de estricta puntualidad.

Para dar inicio al primer día de sesión se recibieron en el Aula 2 de Capacitación del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias a cada uno de los pacientes en el horario antes mencionado, cada uno fue tomando su lugar en las sillas con paleta que se encontraban en el aula, se les dio la bienvenida, se hizo la presentación formal de la terapeuta, estableciendo un rapport de integración, se les entregó el calendario de las sesiones (Ver Anexo 2) para que tuvieran presente las fechas y así poder organizar y planear sus actividades personales, se proporcionó un lápiz y una pluma, se les hizo entrega de la forma de consentimiento informado, (Ver Anexo 3) en la cual se plantean los objetivos del

estudio, el procedimiento, los beneficios y la firma del consentimiento de cada uno de los pacientes para participar voluntariamente en la investigación, de esta forma se fue detallando todo lo concerniente a esta investigación de terapias de relajación y calidad de vida en pacientes asmáticos, se les animó de forma que se sintieran a gusto, libres de preocupaciones y que tomarán como suyo este espacio de tiempo dedicado a su persona, al mismo tiempo se fueron disipando todas las dudas que iban surgiendo.

En seguida, se proporcionó a cada uno de los pacientes una hoja de datos generales del paciente (Ver Anexo 4) la cual se entregó junto con el Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper, (Ver Anexo 5) la aplicación de cada uno se efectuó de manera colectiva, explicando cada uno de los puntos a contestar.

Posteriormente, se recolectaron los cuestionarios, asimismo se dispuso entre todos apilar las sillas con paleta no fijas en los extremos del aula para tener el espacio apropiado, se les invitó a recostarse en sus mantas y cobijas que previamente se les había solicitado que trajeran, se les pidió que se quitaran los zapatos para poder estar más cómodos y se comenzó con la primera terapia de relajación, se les dio una pequeña reseña de cual serían las instrucciones a seguir y una vez entendido, se inició con la terapia de relajación (Ver Anexo 6). Al término de la misma, se hicieron comentarios al respecto de cada una de las vivencias propias que habían experimentado en la primera sesión de terapia de relajación, adquiriendo un compromiso mutuo de confidencialidad.

Finalmente se efectuó el cierre de la sesión, agradeciendo su entusiasta participación y haciéndoles el recordatorio de la próxima sesión.

Asimismo de igual forma, de la segunda sesión de terapias de relajación a la séptima se manejó el mismo esquema. Se dio la bienvenida a todos los pacientes, se comentó en general su sentir con el asma en los últimos días, con la finalidad de identificar cambios en los síntomas del asma, se mencionó si

habían tenido oportunidad de practicar la relajación en casa o en cualquier lugar que lo requirieran, reiterando la importancia de hacerlo por su cuenta y del beneficio que este traería consigo en el control de su padecimiento, se propició la integración del grupo, se les invitó a recostarse para comenzar con la terapia de relajación, de igual forma, al término de la sesión se expusieron sus impresiones de cada uno de los pacientes, se agradeció la participación de cada uno, se les hizo el recordatorio de la próxima sesión y por último se efectuó el cierre de la sesión.

En la octava y última sesión se empleó el mismo mecanismo que en las anteriores, con la diferencia de que en esta, se llevo a cabo nuevamente la aplicación del Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper, así como se expusieron todas las dudas e inquietudes, también expresaron y compartieron sus propias experiencias en todo el trayecto de las ocho sesiones de terapia de relajación, de igual forma se retomó el estado de salud con respecto al asma, en relación al comienzo de las sesiones como al término de las mismas, con la finalidad de detectar si en realidad sentían alguna mejoría en las manifestaciones de los síntomas del asma.

Por otra parte se manifestó el agradecimiento a cada uno de los pacientes por su valiosa participación, se efectuó el cierre de la sesión y se llevó a cabo la clausura oficial con la entrega de reconocimientos a cada uno de los pacientes y consumándose con la celebración de un convivio que se organizó previamente entre todos los asistentes y colaboradores.

Una vez obtenidas las dos aplicaciones del Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper por el método test-retetest (antes y después), después de la intervención de las ocho sesiones de terapia de relajación, se prosiguió a calificar los cuestionarios, recolectándose las calificaciones en un formato (Ver Anexo 7) para posteriormente, llevar a cabo el análisis de los resultados obtenidos en el antes y el después.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Este análisis fue procesado mediante el paquete SPSS versión 10 y se determinó en base a las medias totales obtenidas de las calificaciones del Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper (AQLQ), en sus cuatro esferas por evaluar (Síntomas físicos, Síntomas emocionales, Limitaciones de actividades físicas y Desencadenantes ambientales), en el antes y después de la Terapia de Relajación de Jacobson, que recibieron los pacientes asmáticos adultos participantes.

En la presente investigación se empleó el método de test-retest el cual consiste en aplicar el cuestionario a los mismos sujetos en dos ocasiones distintas, correlacionando los resultados y habiendo transcurrido un cierto tiempo de intervalo prudenciable, sugiriéndose no más de un mes en niños y seis meses en adultos. (Castro, et al 1994).

Para caracterizar a la población se empleó estadística descriptiva (promedio \pm error estándar y frecuencias).

La prueba t de Student pareada se utilizó para evaluar las diferencias en los resultados obtenidos en la aplicación del Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper, antes y después de haber recibido Terapia de Relajación de Jacobson en los pacientes asmáticos adultos que participaron en esta investigación.

De la misma forma se empleó para determinar las diferencias en las calificaciones obtenidas por los pacientes asmáticos adultos en cada una de las esferas del Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper, antes y después de recibir la Terapia de Relajación de Jacobson.

La prueba t de Student no pareada se empleó para comparar entre hombres y mujeres las variables como edad y años de evolución con el asma, así como la

influencia del estado civil con la ocupación, en relación a los resultados obtenidos a causa de la intervención de la Terapia de Relajación de Jacobson, reflejados en su calidad de vida.

Prueba t de Student.

La prueba t de Student es una prueba estadística paramétrica (es decir, que requiere que las poblaciones sigan los parámetros de distribución normal) que analiza la posibilidad de que dos grupos provengan de poblaciones diferentes.

Prueba t de Student pareada.

Cuando los sujetos que integran los dos grupos de comparación son los mismos (como es el caso de los estudios test-retest) el tipo de análisis se realiza a través de la t de Student pareada. En vez de los valores absolutos, esta prueba emplea para hacer su evaluación las diferencias obtenidas por los sujetos entre uno y otro grupo.

Prueba t de Student no pareada.

Cuando los sujetos de estudio que pertenecen a uno de los grupos son biológicamente distintos de los sujetos del otro grupo, el tipo de análisis que se efectúa es a través de la t de Student no pareada. En esta última prueba, la evaluación se efectúa al contrastar qué tanto se separan los dos promedios, en comparación con qué tanta dispersión existe en ambos grupos y qué tan grande es el número de sujetos.

Al mismo tiempo se empleó el análisis de correlación de Pearson, para evaluar si la edad o los años de evolución del asma se asociaban a un mayor impacto de la Terapia de Relajación de Jacobson (según el cambio en la calificación del Cuestionario AQLQ antes y después de haber recibido la terapia).

Correlación de Pearson.

El análisis de correlación de Pearson evalúa el grado de asociación que existe entre dos variables (con escala de intervalo). Los valores que puede obtener su indicador, el coeficiente de correlación de Pearson o “r”, varían desde +1 hasta -1. El valor de $r = +1$ señalaría una asociación perfecta de ambas variables, de modo que si se graficaran en coordenadas cartesianas todos los puntos caerían exactamente en una línea recta única de pendiente positiva (a mayor valor de X, mayor valor de Y). El valor de $r = -1$ también señalaría una asociación perfecta de ambas variables, pero en la gráfica la recta donde caerían los puntos tendría pendiente negativa (a mayor valor de X, menor valor de Y). Un valor de $r = 0$ significa carencia total de asociación.

Y por último se utilizó el análisis de correlación de Spearman para evaluar si la escolaridad se asociaba a un mayor impacto de la Terapia de Relajación (según el cambio en la calificación del Cuestionario AQLQ antes y después de haber recibido la terapia).

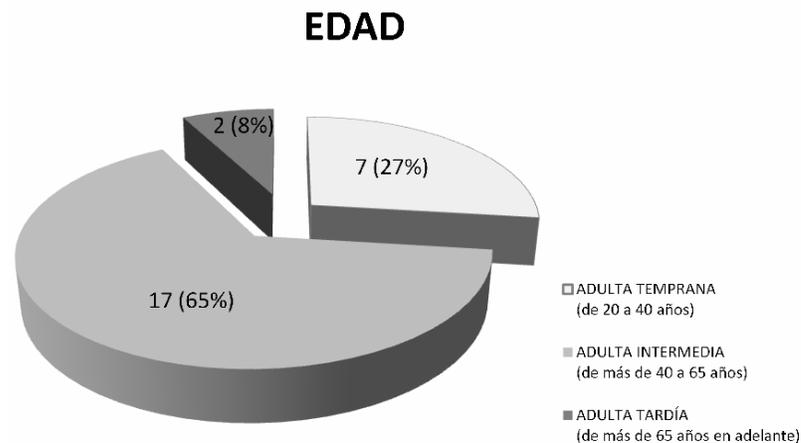
Correlación de Spearman.

El análisis de correlación de Spearman, al igual que hace la correlación de Pearson, también evalúa el grado de asociación que existe entre dos variables. Sin embargo, la correlación de Spearman es un análisis no paramétrico que puede emplearse incluso cuando las variables tienen una escala ordinal. Su indicador, el coeficiente de correlación de Spearman o “ r_s ”, se interpreta igual que el coeficiente de correlación de Pearson.

RESULTADOS

En la presente investigación se trabajó con una muestra accidental en el Distrito Federal, en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, que es un hospital de tercer nivel de atención médica, donde se realizó un estudio prospectivo y longitudinal con base en la evaluación de la calidad de vida de los pacientes asmáticos adultos de la Clínica de Asma con el método test-retest que recibieron Terapia de Relajación de Jacobson.

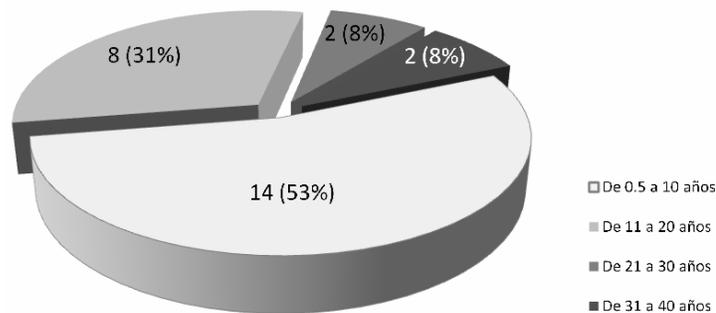
La edad se clasificó en tres grupos: 7 pacientes de 26 a 39 años que se encuentran en la Edad Adulta Temprana (de 20 a 40 años), 17 pacientes de 44 a 60 años que se ubican en la Edad Adulta Intermedia (de más de 40 a 65 años) y 2 pacientes de 68 a 71 años que se sitúan en la Edad Adulta Tardía (de más de 65 años en adelante), señalando además el porcentaje correspondiente a cada grupo. El promedio de edad de la población estudiada fue de 47.1 ± 2.3 años (promedio \pm error estándar). Ver Gráfica 1.



Gráfica 1.

Con respecto a los años de evolución con el asma, los pacientes tenían en promedio 11.8 ± 1.9 años con la enfermedad y se distribuyeron de la siguiente manera: 14 pacientes de 0.5 a 10 años de evolución, 8 pacientes de 12 a 20 años de evolución, 2 pacientes de 26 años de evolución y 2 pacientes de 32 a 33 años de evolución, indicando su porcentaje respectivo. Ver Gráfica 2.

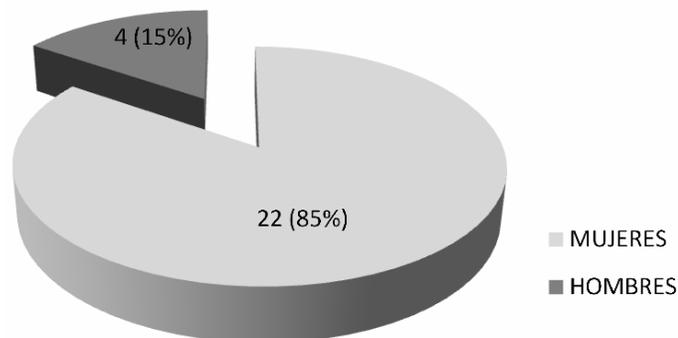
AÑOS DE EVOLUCIÓN CON ASMA



Gráfica 2.

En relación al sexo se estudiaron, 22 mujeres que representaron el 85% de la muestra total, y 4 hombres que constituyeron el 15%. Ver Gráfica 3.

SEXO



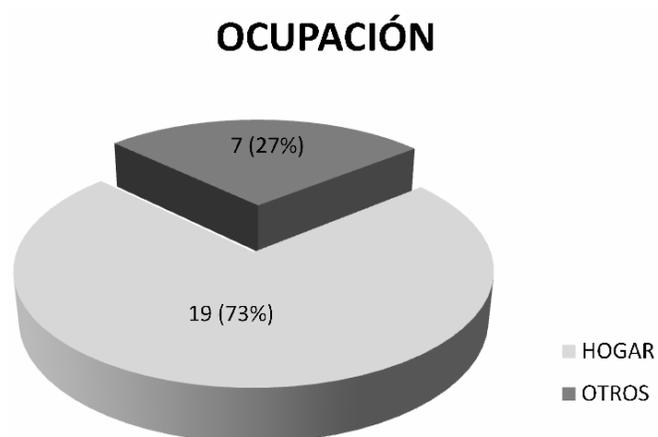
Gráfica 3.

Referente al estado civil se clasificó del modo siguiente: 20 pacientes casados con el 77% de la muestra total y 6 con otros estados civiles (solteros, divorciados y unión libre) con el 23%. Ver Gráfica 4.



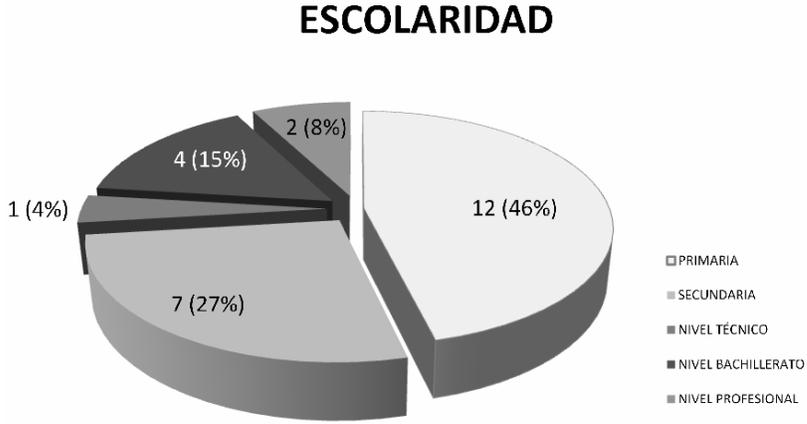
Gráfica 4.

Relativo a la ocupación se representa de forma: 19 pacientes que se ocupan del hogar y 7 pacientes dedicados a otras actividades (con empleo, desempleados y estudiantes), con su porcentaje respectivo. Ver Gráfica 5.



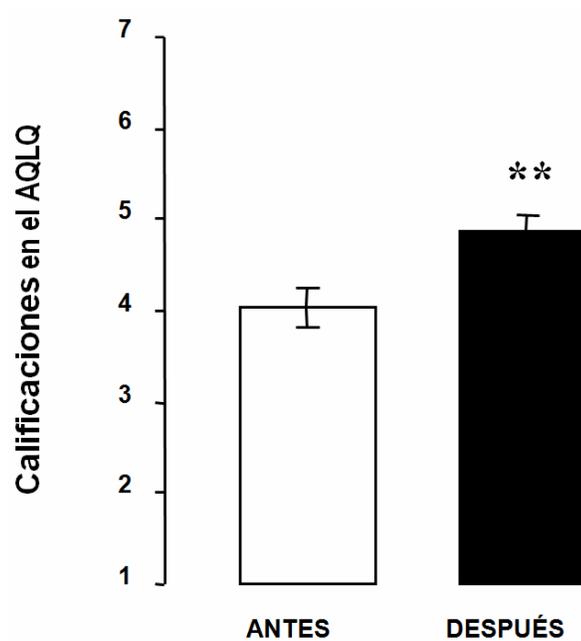
Gráfica 5.

Respecto a la escolaridad se señala como: 12 pacientes con primaria, 7 pacientes con secundaria, 1 paciente con nivel técnico, 4 pacientes con nivel bachillerato y 2 pacientes con nivel profesional, mostrando el porcentaje determinado en cada uno de ellos. Ver Gráfica 6.



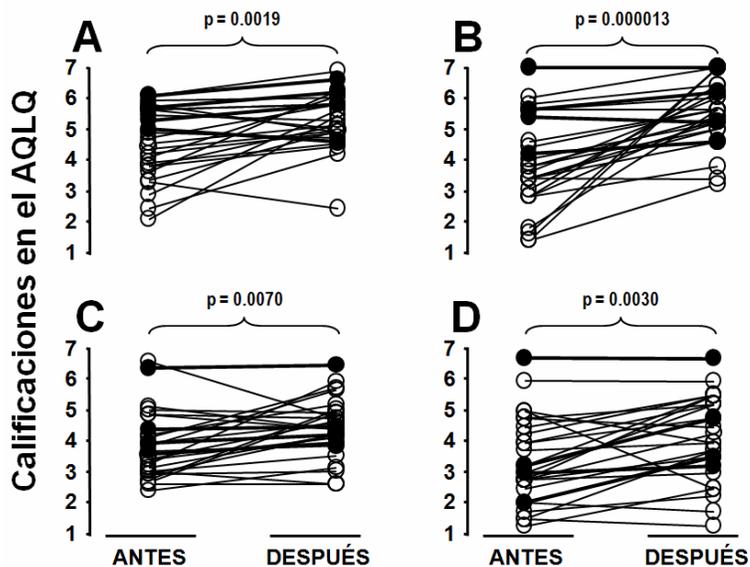
Gráfica 6.

A continuación se muestran las calificaciones obtenidas por los pacientes asmáticos adultos (n=26) en el Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper (AQLQ) antes y después de recibir Terapia de Relajación de Jacobson. Las barras corresponden al promedio de las calificaciones globales individuales, y las líneas verticales representan el error estándar. $**p=0.00016$ (t Student pareada a 2 colas). Ver Gráfica 7.



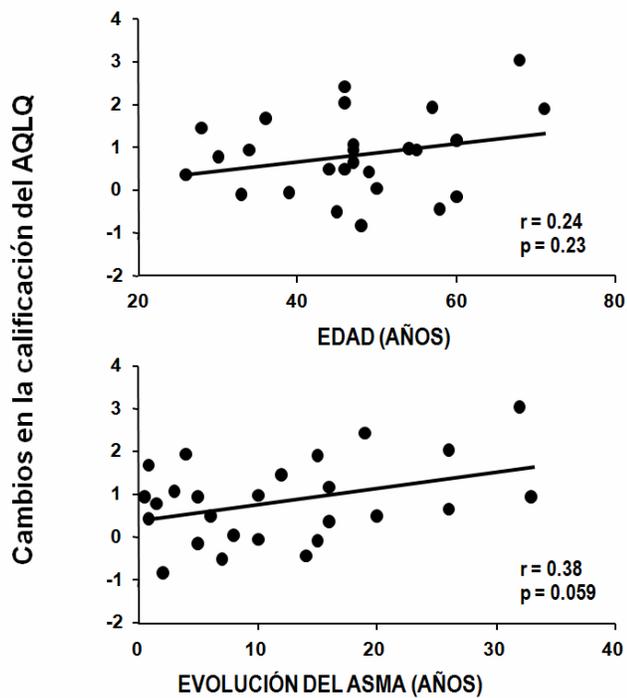
Gráfica 7.

En relación a las calificaciones obtenidas por los pacientes asmáticos adultos (n=26) en cada una de las esferas del Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper (AQLQ) antes y después de recibir Terapia de Relajación de Jacobson. Los paneles corresponden a Síntomas físicos (A), Síntomas emocionales (B), Limitaciones de actividades físicas (C), y Desencadenantes ambientales (D). Los círculos vacíos corresponden a las mujeres, y los círculos negros a los hombres. La significancia estadística se obtuvo mediante prueba t de Student pareada (a dos colas). Ver Gráfica 8.



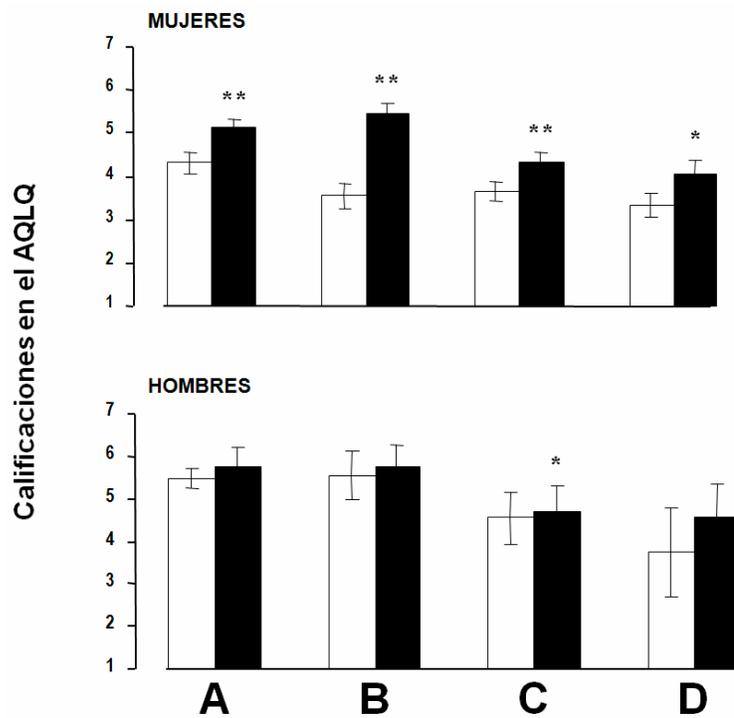
Gráfica 8.

Para la Influencia de la edad y de los años de evolución del asma sobre los cambios en el promedio del Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper (AQLQ), después de la Terapia de Relajación de Jacobson, en comparación con el promedio antes de la terapia. En cada panel se muestra el coeficiente de correlación de Pearson (r), así como la significancia estadística (a dos colas) asociada al mismo. Ver Gráfica 9.



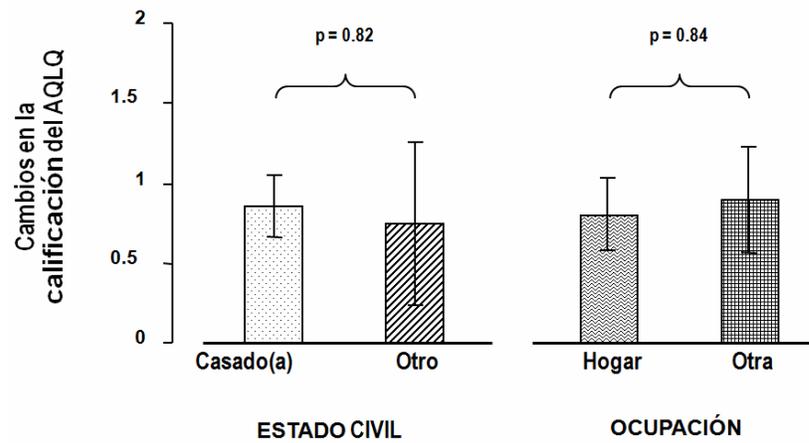
Gráfica 9.

Con respecto a las calificaciones obtenidas por los pacientes asmáticos adultos (n=26) para cada una de las esferas del Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper (AQLQ) en hombres y mujeres, antes (barras blancas) y después (barras negras) de recibir Terapia de Relajación de Jacobson. Los paneles corresponden a Síntomas físicos (A), Síntomas emocionales (B), Limitaciones de actividades físicas (C), y Desencadenantes ambientales (D). Las barras corresponden al promedio de las calificaciones individuales, y las líneas verticales representan el error estándar. *p<0.05, **p<0.01 (t Student pareada a 2 colas). Ver Gráfica 10.



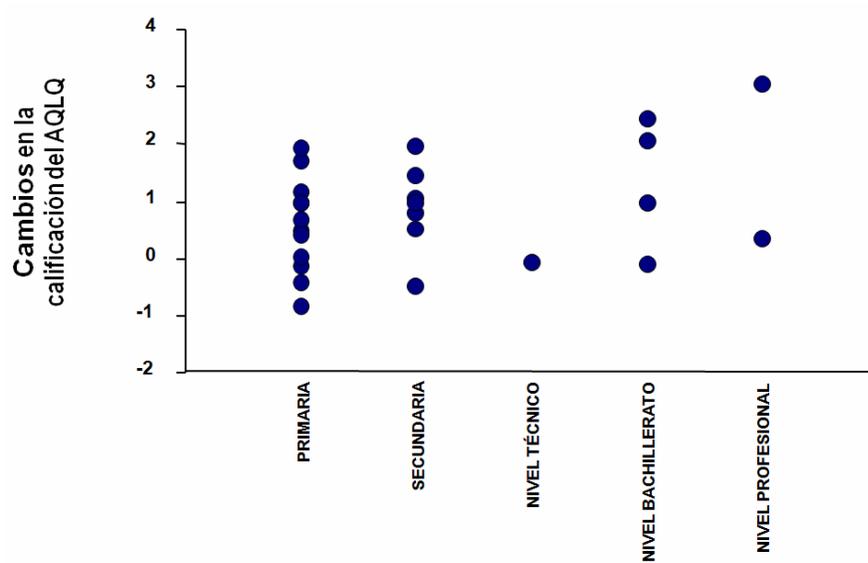
Gráfica 10.

En referencia a la Influencia del estado civil y la ocupación sobre los cambios en el promedio del Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper (AQLQ), después de la Terapia de Relajación de Jacobson, en comparación con el promedio antes de la terapia. Ninguna de las dos comparaciones tuvo significancia estadística (prueba t de Student no pareada). Ver Gráfica 11.



Gráfica 11.

En cuanto a la Influencia de la escolaridad sobre los cambios en el promedio del Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper (AQLQ), después de la Terapia de Relajación de Jacobson, en comparación con el promedio antes de la terapia. El coeficiente de correlación de Spearman fue de $r_s = 0.25$ ($p = 0.22$). Ver Gráfica 12.



Gráfica 12.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En la presente investigación se utilizó una muestra de tipo accidental, representada por 26 pacientes asmáticos adultos, considerando las características de edad, años de evolución con el asma, sexo, estado civil, ocupación y escolaridad.

A continuación se presenta la interpretación de resultados.

El Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper, evalúa la calidad de vida de los pacientes adultos que padecen la enfermedad de asma, por medio de cuatro esferas (Síntomas físicos, Síntomas emocionales, Limitaciones de actividades físicas y Desencadenantes ambientales), en la presente investigación se demuestra que con la intervención de terapias de relajación de Jacobson, junto con su tratamiento médico, se tiende a mejorar la calidad de vida en los pacientes asmáticos adultos.

En relación a las esferas que evalúa el Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper todas mejoraron en relación al grupo total (n=26).

Asimismo, no se encontró diferencia estadística al comparar la edad de las mujeres con respecto a la de los hombres, ($p = 0.19$, t de Student no pareada a dos colas).

De la misma forma, no se hallaron diferencias al comparar los años de evolución con el asma entre mujeres y hombres, ($p = 0.42$, t de Student no pareada a dos colas).

En cuanto al sexo, se halló que las mujeres tuvieron excelente respuesta en todas las esferas, mientras que en los hombres sólo se observó un mínimo aumento en la calificación posterior a la terapia de relajación en la esfera de

Limitaciones de actividades físicas, ($p = 0.039$ t de Student pareada a dos colas) (Gráfica 10).

En referencia a la influencia del estado civil y la ocupación en cuanto a su calidad de vida después de la terapia de relajación se indica que no se encuentran diferencias estadísticas significativas en cuanto a estas dos variables, lo que nos dice que no se obtuvo ninguna relación aparente en cuanto a su situación marital ni a las actividades a que se dediquen.

Para evaluar si la edad o los años de evolución del asma tenían algún impacto sobre la mejoría de la calidad de vida que se podría lograr después de la Terapia de Relajación, se realizaron análisis de correlación de Pearson entre estas variables (Gráfica 9). Con este análisis encontramos que la edad no influyó en el impacto de la Terapia de Relajación ($r = 0.24$, $p = 0.23$), aunque se observó una ligera tendencia a que mientras mayor era la edad de los pacientes mayor era la diferencia de calificación final del AQLQ con respecto a la calificación inicial. En el caso de los años de evolución hubo una clara tendencia a que los pacientes que han padecido asma durante más tiempo obtuvieron mejor calidad de vida después de la Terapia de Relajación ($r = 0.38$, $p = 0.059$).

Por último en cuanto a la escolaridad de los pacientes asmáticos adultos y su calidad de vida, la prueba estadística (correlación de Spearman) no demostró asociación entre ambas variables ($r_s = 0.25$, $p = 0.22$), si bien se aprecia una ligera tendencia a que mientras más estudios se tienen mayor es la reacción benéfica para las terapias de relajación.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos, se establece que se cumplieron los objetivos de investigación, así mismo se comprobaron las hipótesis planteadas:

1. La muestra utilizada en la presente investigación es no probabilística, pero representativa debido a que las características como: edad, años de evolución con el asma, sexo, estado civil, ocupación y escolaridad son uniformes.
2. El objetivo general se cumplió, al analizar y comparar los resultados del Cuestionario de Calidad de Vida de Juniper, a pacientes asmáticos adultos de la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, antes y después de haber recibido Terapia de Relajación de Jacobson. Este análisis y comparación se determinó a través del uso de medias, a partir de las respuestas de los pacientes asmáticos adultos y comparando cada uno de los grupos.
3. Se determina que los objetivos específicos se cumplieron a partir de:
 - Se analizó si existen diferencias estadísticamente significativas en las calificaciones obtenidas por los pacientes asmáticos adultos de la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, en el Cuestionario AQLQ, en el antes y después de las terapias de relajación de Jacobson.
 - Se comparó las diferencias estadísticamente significativas de las calificaciones obtenidas por los pacientes asmáticos adultos de la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, en cada una de las esferas del Cuestionario AQLQ, antes y después de recibir Terapia de Relajación de Jacobson.

- Se determinaron las diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida de los pacientes asmáticos adultos, de la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, que recibieron Terapia de Relajación de Jacobson, y su influencia de la edad con los años de evolución con el asma.

- Se detectaron las diferencias estadísticamente significativas en las calificaciones obtenidas por los pacientes asmáticos adultos, en cada una de las esferas del Cuestionario AQLQ, de acuerdo al sexo, antes y después de recibir Terapia de Relajación de Jacobson.

- No se reconocieron diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida de los pacientes asmáticos adultos, de la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, que recibieron Terapia de Relajación de Jacobson, con respecto a la influencia de su estado civil con su ocupación.

- Se localizaron diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida de los pacientes asmáticos adultos, de la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, que recibieron Terapia de Relajación de Jacobson, de acuerdo a su escolaridad.

Con respecto a las diferencias entre grupos se encontró:

- En relación a las diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las calificaciones obtenidas en el Cuestionario AQLQ, en relación al antes y después de recibir terapia de relajación. Sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo que nos dice que si se tuvo un impacto favorable en cuanto a los resultados de la evaluación de la calidad de vida de los pacientes que participaron en esta investigación.

- En cuanto a las diferencias estadísticamente significativas con respecto a las calificaciones obtenidas en el Cuestionario AQLQ, en relación al antes y después de recibir terapia de relajación para cada una de las cuatro esferas que evalúa el cuestionario. Si se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en cada una de las esferas que evalúa el cuestionario utilizado en relación a la muestra total (n=26)..
- Asimismo con respecto a las diferencias estadísticamente significativas en relación a la edad y los años de evolución con el asma, entre mujeres y hombres. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.
- En relación a las diferencias estadísticamente significativas con respecto al sexo, para cada una de las esferas del cuestionario AQLQ. Si existieron diferencias estadísticamente significativas en las pacientes asmáticas adultas, reflejando una mejora superior en su calidad de vida en relación con los pacientes hombres, que sólo demostraron una diferencia significativa favorable en la esfera de Limitaciones de actividades físicas.
- En contraste a las diferencias estadísticamente significativas en cuanto al estado civil y la ocupación. No se hallaron diferencias estadísticas significativas en cuanto a estas dos variables; es decir que no se encontró ninguna relación en la que repercutiera su situación marital y la ocupación con respecto a la mejora en su calidad de vida.

En referencia al nivel de asociación con algunas variables, se halló lo siguiente:

- Con respecto a la asociación y la calidad de vida de los pacientes asmáticos adultos en cuanto a su edad, y los años de evolución con el

asma, que recibieron Terapia de Relajación de Jacobson en la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. No se encontró que la edad influyera en relación al resultado por la Terapia de Relajación de Jacobson, no obstante, si se alcanza a detectar una ligera tendencia, que señala que a mayor edad de los pacientes existe mayor diferencia en la calificación del cuestionario AQLQ, mejorando su calidad de vida.

- De acuerdo a los años de evolución con el asma, tampoco se halló una gran influencia, sin embargo, estuvo cerca de alcanzar la significancia, detectando una clara tendencia, por lo que se puede concluir que mientras se cuente con más tiempo con la enfermedad, será mucho mejor el beneficio que se obtenga con la terapia de relajación.
- Con relación a la influencia en la calidad de vida de los pacientes asmáticos adultos con respecto a la escolaridad, que recibieron Terapia de Relajación de Jacobson en la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. No se demuestra asociación entre estas variables, encontrándose sólo una ligera tendencia, sin llegar a ser estadísticamente significativa. Por tanto se puede decir, que a mayor nivel de estudios, se mostró un buen apego a la terapia de relajación y a la mejora en la calidad de vida.

Por lo anteriormente expuesto, se recomienda ampliamente la Terapia de Relajación de Jacobson para los pacientes asmáticos adultos con lo que se confirma lo expuesto por Ritz, 2000, donde sugiere que los pacientes lleven de manera simultánea terapia psicológica que permita controlar los síntomas emocionales (como la ansiedad y la depresión) que provocan determinadas enfermedades.

De igual forma, se corrobora lo dicho por Ritz, 2000, cuando menciona, que especialmente en el sexo femenino existe mayor incidencia de ansiedad y depresión y sin embargo con esta investigación se logró una mejora considerable en cuanto a la esfera de Síntomas emocionales con la primera posición, seguida de los Síntomas físicos y en general en cuanto a las cuatro esferas, existió un incremento en su calidad de vida de las pacientes asmáticas adultas.

Y lo más importante, que considero resaltar de este trabajo, tan satisfactorio, es que se logró sembrar en los pacientes una esperanza viable como alternativa para el manejo de su enfermedad, en medio de un ambiente óptimo, agradable, donde se transmitió de forma directa esa calma y sosiego tan necesarios para el control y dominio de esta enfermedad llamada asma.

APORTACIONES

- Se realizó por primera vez un estudio de la influencia de la Terapia de Relajación de Jacobson, con relación a la calidad de vida de los pacientes asmáticos adultos de la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.
- Se presentó la Terapia de Relajación de Jacobson, como herramienta elemental de autocontrol de crisis asmáticas a los pacientes asmáticos adultos.
- Se puede considerar a la Terapia de Relajación de Jacobson, como tratamiento alternativo en diversas enfermedades que provocan ansiedad y estrés en los pacientes.
- Para los psicólogos que se encuentran trabajando en el área hospitalaria, es importante conocer los aspectos psicológicos que afectan la enfermedad de sus pacientes, para así contrarrestar a los mismos.

SUGERENCIAS

Las sugerencias que se dan con relación a los resultados de la investigación son:

- Ampliar para posteriores investigaciones el número de muestra, para obtener datos representativos mayores.
- Realizar investigaciones con muestra de mujeres y hombres por separado.
- Efectuar este tipo de investigación en las diferentes temporadas del año.
- Correlacionar las variables de consumo de tabaco y alcohol en los pacientes asmáticos adultos.

LIMITACIONES

A continuación se presentan las limitaciones de esta investigación:

- Dificultad para obtener una muestra representativa por la falta de interés en el control del padecimiento del asma en los pacientes adultos de la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.
- Falta de disponibilidad de tiempo para participar en la investigación por la duración del mismo en algunos pacientes asmáticos adultos.
- Inconveniente en cuanto al llenado en los Cuestionarios de Calidad de Vida de Juniper, en algunos pacientes, a los cuales se les auxilió para así evitar confusiones y fallas en los resultados.
- Falta de conocimiento y manejo de la enfermedad del asma en los pacientes asmáticos adultos.

ANEXOS

Invitación

Se llevará a cabo un Protocolo de Investigación de Terapias de Relajación a Pacientes Asmáticos, si le interesa participar favor de registrarse en este volante.

Nombre:	Tels.
---------	-------

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
CLINICA DE ASMA

***Calendario del Protocolo de Investigación de Terapias de Relajación a Pacientes
Asmáticos***

OCTUBRE

Miércoles 16 y Miércoles 30
de 9:00 a 10:30 Hrs.

NOVIEMBRE

Martes 12 y Martes 26
de 9:00 a 10:30 Hrs.

DICIEMBRE

Martes 10
de 9:00 a 10:30 Hrs.

Cancelada por el clima

ENERO

Martes 7 y Martes 28
de 9:00 a 10:30 Hrs.

FEBRERO

Martes 11 y 25
de 9:00 a 10:30 Hrs.

INDICACIONES:

Es necesario:

- **Traer una colchoneta, tapete o cobija, en el cual pueda recostarse.**
- **Acudir con ropa holgada y abrigadora (pans) y zapatos cómodos.**
- **No traer bolsas o artículos voluminosos ya que el espacio es reducido.**
- **Presentarse a cada sesión en el horario señalado, de lo contrario no podrá participar en la sesión ya que se interrumpiría alterando el objetivo de la misma.**

En el Aula 2 de Capacitación.

CALIDAD DE VIDA Y RELAJACION EN PACIENTES ASMATICOS

FORMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Antes de aceptar su participación en este estudio, es importante que lea y comprenda el objetivo, los beneficios y los padecimientos del estudio.

Es importante también que sepa que su participación es totalmente voluntaria y puede negarse a participar en él sin ningún problema, ya que esto no afectará los beneficios a los cuales tiene usted derecho en esta Institución. Su participación es completamente gratuita.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Se ha encontrado que la angustia, tensión y emociones fuertes, se encuentran relacionadas con una disminución en la calidad de vida de los pacientes que padecen asma. El presente estudio pretende medir la calidad de vida por medio de un cuestionario, reducir la tensión por medio de la Terapia de Relajación de Jacobson, con lo cual se pueda identificar si surgen cambios en la calidad de vida en pacientes asmáticos de la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

PROCEDIMIENTO

1. Se realizará una entrevista de primera vez, con el objetivo de cumplir con los criterios de inclusión.
2. Si acepta su participación deberá firmar su carta de consentimiento.
3. Se aplicará primeramente un cuestionario que aporte datos generales del paciente y posteriormente se aplicará el cuestionario de calidad de vida de Juniper, a los pacientes asmáticos, antes de la aplicación de la primera Terapia de Relajación de Jacobson.
4. Los 30 pacientes llevarán a cabo la Terapia de Relajación de Jacobson, 2 sesiones por mes, durante cuatro meses, reuniendo un total de 8 sesiones.
5. Al término de la serie de sesiones de Terapia de Relajación de Jacobson, se aplicará nuevamente el cuestionario de calidad de vida de Juniper, para determinar si existieron cambios en cuanto a la misma.

BENEFICIOS

El beneficio de su participación será conocer más su enfermedad, controlarla mejor, así como saber que tanto ésta, le afecta su calidad de vida.

Este estudio nos permitirá también desarrollar tratamientos específicos de su caso.

La investigación no proporciona ningún daño para usted.

CONSENTIMIENTO

He leído y comprendido la información contenida en este documento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido respondidas a mi satisfacción. Estoy firmando este consentimiento voluntariamente, indicando mi acuerdo para participar en el estudio.

Nombre del paciente _____
No. de Exp. _____ Edad _____ Fecha _____
Diagnóstico _____ Años de evolución _____
Dirección _____
Tel. _____

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
CLINICA DE ASMA

CUESTIONARIO DE DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Fecha: _____

1.Nombre del Paciente: _____

2. No. de Exp. _____

3. Diagnóstico: _____

4. Años de Evolución: _____

5.Edad: _____

6.Sexo: (F) (M)

7.Teléfono: Domicilio: _____ Trabajo: _____ Recados: _____

8.Dirección: _____

9.Estado Civil: _____

10.Ocupación: _____

11.Escolaridad: _____

12.Religión: _____

13. Lugar de Origen: _____

14.¿Desde cuando es usted paciente del INER? _____

15. ¿Actualmente usted fuma? (SI) (NO). Si la respuesta es si, ¿cuántos cigarros fuma al día y desde cuanto tiempo fuma esa cantidad? _____

16. ¿Actualmente usted consume alcohol? (SI) (NO). Si la respuesta es si, ¿qué cantidad consume, con qué frecuencia y a los cuantos años comenzó a tomar? _____



CLINICA DE ASMA

El presente cuestionario tiene como finalidad conocer que tanto su enfermedad en este caso asma ha limitado sus actividades en su vida diaria.

Esto ayudará al grupo de la Clínica de Asma a conocer mejor su enfermedad, a controlarla mejor y a ofrecerle un mejor tratamiento.

Le pedimos contestar todas las preguntas sin dejar en blanco ninguna de ellas, tratando de ser lo más sincero posible.

LE AGRADECEMOS SU COLABORACIÓN

**CUESTIONARIO DE LA CALIDAD DE VIDA PARA PACIENTES CON ASMA.
(AUTOAPLICADO)**

Nombre: _____

Fecha: _____

Edad: _____

ACTIVIDADES

Nos gustaría que piense en la forma en que el asma limita su vida. Piense en 5 actividades que escribirá en la siguiente página. Nos interesan específicamente las actividades que usted hace actualmente y que están limitadas por el asma. Usted podría estar limitado porque hace estas actividades con menos frecuencia, o no tan bien como antes, o porque las disfruta menos. Deben ser actividades que usted haga con frecuencia y que sean importantes en su vida diaria. También deben ser actividades que usted tenga intenciones de hacer regularmente durante el estudio.

A continuación aparece una lista de actividades en las cuales algunas personas con asma se ven limitadas. Esperamos que esta lista le ayude a identificar las 5 actividades más importantes en las que el asma lo ha limitado durante las últimas 2 semanas que terminan hoy.

Por favor escriba sus 5 actividades en forma completa en la siguiente página, estén o no en la lista.

- | | |
|---|--|
| 1.- ANDAR EN BICICLETA | 16.- CANTAR |
| 2.- LIMPIAR O LAVAR SU CARRO | 17.- REALIZAR ACTIVIDADES SOCIALES REGULARES |
| 3.- BAILAR | 18.- REALIZAR EL ACTO SEXUAL |
| 4.- HACER TRABAJOS DE MANTENIMIENTO EN LA CASA | 19.- DORMIR |
| 5.- HACER SUS QUEHACERES DOMÉSTICOS | 20.- HABLAR |
| 6.- HACER TRABAJOS DE JARDINERÍA | 21.- SUBIR LAS ESCALERAS O UNA CUESTA
CORRIENDO |
| 7.- DARSE PRISA O APURARSE | 22.- PASAR LA ASPIRADORA |
| 8.- HACER EJERCICIOS O CORRER | 23.- VISITAR AMIGOS O PARIENTES |
| 9.- REÍRSE | 24.- DAR UN PASEO A PIE |
| 10.- TRAPEAR O LIMPIAR EL PISO | 25.- SUBIR LAS ESCALERAS O UNA CUESTA
CAMINANDO |
| 11.- CORTAR EL PASTO | 26.- TRABAJAR CON MADERA O CARPINTERÍA |
| 12.- JUGAR CON SUS ANIMALES DOMÉSTICOS | 27.- REALIZAR SUS ACTIVIDADES EN EL TRABAJO |
| 13.- JUGAR CON SUS HIJOS O NIETOS | |
| 14.- PRACTICAR DEPORTES | |
| 15.- IR DE COMPRAS AL SUPERMERCADO Y CARGAR SUS
BOLSAS | |

Por favor anote en palabras 5 actividades más importantes en las líneas a continuación y luego díganos cuánta limitación ha causado el asma en cada una de las actividades durante las últimas 2 semanas que terminan hoy marcando con una x la casilla que tiene la categoría apropiada.

¿CUÁNTO LO HA LIMITADO EL ASMA DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS EN ESTAS ACTIVIDADES?.

	Total- mente	Muchí- simo	Mucho	Regular	Un poco	Casi nada	Nada
	1	2	3	4	5	6	7
1.- _____	<input type="checkbox"/>						
2.- _____	<input type="checkbox"/>						
3.- _____	<input type="checkbox"/>						
4.- _____	<input type="checkbox"/>						
5.- _____	<input type="checkbox"/>						

¿CUÁNTO MALESTAR FÍSICO O EMOCIONAL HA SENTIDO DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS?.

	Muchísimo	Mucho	Bastante	Regular	Un poco	Casi nada	Nada
	1	2	3	4	5	6	7
6.- ¿Cuánto malestar físico o emocional ha sentido durante las últimas 2 semanas a causa de la opresión en el pecho?.	<input type="checkbox"/>						

EN GENERAL ¿CUÁNTO TIEMPO DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS...

	Siempre	Casi siempre	Gran parte del tiempo	Parte del tiempo	Poco tiempo	Casi nunca	Nunca
	1	2	3	4	5	6	7
7.- se ha sentido preocupado porque tiene asma?.	<input type="checkbox"/>						
8.- ha sentido falta de aire por el asma?.	<input type="checkbox"/>						
9.- ha tenido síntomas de asma por exponerse al humo del cigarro?.	<input type="checkbox"/>						
10.- ha sentido un silbido o chiflido en el pecho?.	<input type="checkbox"/>						
11.- le ha parecido que tenía que evitar una situación o lugar por el humo del cigarro?.	<input type="checkbox"/>						

¿CUÁNTO MALESTAR FÍSICO O EMOCIONAL HA SENTIDO DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS?.

	Muchísimo	Mucho	Bastante	Regular	Un poco	Casi nada	Nada
	1	2	3	4	5	6	7
12.- ¿Cuánto malestar físico o emocional ha sentido durante las últimas 2 semanas por la TOS?	<input type="checkbox"/>						

EN GENERAL, ¿CUÁNTO TIEMPO DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS...

	Siempre	Casi siempre	Gran parte del tiempo	Parte del tiempo	Poco tiempo	Casi nunca	Nunca
	1	2	3	4	5	6	7
13.- se ha sentido FRUSTRADO por el asma?.	<input type="checkbox"/>						
14.- ha sentido PESANTEZ EN EL PECHO por el asma?.	<input type="checkbox"/>						
15.- se ha sentido PREOCUPADO POR LA NECESIDAD DE USAR MEDICAMENTOS para el asma?.	<input type="checkbox"/>						
16.- ha sentido la necesidad de GARRASPEAR O LIMPIARSE LA GARGANTA?.	<input type="checkbox"/>						
17.- ha tenido síntomas de asma POR EXPONERSE AL POLVO?.	<input type="checkbox"/>						
18.- ha tenido DIFICULTAD PARA INHALAR a causa del asma?.	<input type="checkbox"/>						
19.- le ha parecido que tenía que EVITAR UNA SITUACIÓN O LUGAR POR EL POLVO?.	<input type="checkbox"/>						

	Siempre	Casi siempre	Gran parte del tiempo	Parte del tiempo	Poco tiempo	Casi nunca	Nunca
	1	2	3	4	5	6	7
20.- SE HA DESPERTADO POR LA MAÑANA CON SÍNTOMAS DE ASMA?.	<input type="checkbox"/>						
21.- ha tenido MIEDO DE NO TENER SU MEDICAMENTO PARA EL ASMA A LA MANO?.	<input type="checkbox"/>						
22.- Le ha molestado la DIFICULTAD PARA RESPIRAR?.	<input type="checkbox"/>						
23.- ha tenido síntomas de asma POR EL CLIMA O LA CONTAMINACIÓN?.	<input type="checkbox"/>						
24.- lo ha DESPERTADO POR LA NOCHE el asma?.	<input type="checkbox"/>						
25.- HA EVITADO SALIR O HA LIMITADO SUS SALIDAS POR EL CLIMA O LA CONTAMINACIÓN?.	<input type="checkbox"/>						
26.- ha tenido síntomas de asma por EXPONERSE A OLORES O PERFUMES FUERTES?.	<input type="checkbox"/>						

	Siempre	Casi siempre	Gran parte del tiempo	Parte del tiempo	Poco tiempo	Casi nunca	Nunca
	1	2	3	4	5	6	7
27.- ha tenido MIEDO DE QUEDARSE SIN AIRE O RESPIRACIÓN?.	<input type="checkbox"/>						
28.- le ha parecido que tenía que EVITAR UNA SITUACIÓN O LUGAR POR LOS OLORES O PERFUMES?.	<input type="checkbox"/>						
29.- el asma le ha IMPEDIDO DORMIR BIEN?.	<input type="checkbox"/>						
30.- ha tenido la sensación de ESTAR BATALLANDO PARA RESPIRAR?.	<input type="checkbox"/>						

AHORA VAMOS A PREGUNTARLE DE TODAS LAS ACTIVIDADES (LAS QUE ELIGIÓ ANTES Y OTRAS) ¿QUÉ HIZO O QUÉ HUBIERA QUERIDO HACER DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS?.

¿CUÁNTO LO HA LIMITADO EL ASMA DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS?.

	La mayoría	Muchas	Varias	Algunas	Muy pocas	Casi ninguna	Ninguna (es decir he hecho todas las actividades que quería)
	1	2	3	4	5	6	7
31. - Piense en la totalidad de las actividades que le hubiera gustado hacer durante las últimas 2 semanas. ¿Cuántas de estas actividades ha dejado de hacer a causa del asma?.	<input type="checkbox"/>						

	Totalmente	Muchísimo	Mucho	Regular	Un poco	Casi nada	Nada
	1	2	3	4	5	6	7
32.- En general de TODAS LAS ACTIVIDADES que usted ha hecho durante las últimas 2 semanas ¿cuánto lo ha limitado el asma?.	<input type="checkbox"/>						

Terapia de Relajación de Jacobson aplicada.

A continuación se presentan las condiciones dadas, para la realización de esta terapia, se comentó de manera previa, que se leerían las indicaciones, con un tono suave, guiada por tiempos determinados (numeración señalada por segundos al término de cada instrucción), la posición de la terapeuta se maneja fija, evitando distraer o desconcentrar lo menos posible a los pacientes.

Las indicaciones a seguir fueron:

Recuéstate, tus ojos están cerrados, tus brazos a los costados, tus dedos abiertos, hazte sentir bien y cómodo, si los pensamientos de interferencia perturban tu mente, dite a ti mismo, para, hazlos a un lado y concéntrate en lo que estamos haciendo.

Lo primero que vas a hacer es apretar los músculos de la parte más baja de tu cuerpo, voltea tus pies hacia dentro, torcidos hacia dentro, separando ligeramente los talones, aprieta tus dedos, presiona tus pies hacia abajo apuntando con los dedos hacia el frente, ahora hacia arriba en dirección a ti, con este movimiento aprieta los músculos a lo largo de tu espinilla y de tus pantorrillas, al mismo tiempo aprieta tus caderas, aprieta los músculos de tus glúteos, **NO AL MAXIMO**, pero si lo suficiente como para sentir la tensión, estúdiala, estudia la tensión, tenso, tenso, tenso.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ahora relájate, simplemente siente como la tensión se desvanece, concéntrate en relajar los músculos de tus caderas, relaja los músculos de tus piernas, relaja los músculos de tus caderas, relaja tus glúteos. Ahora concéntrate en cada una de las partes de tu cuerpo que vaya yo nombrando:

Dedos relajados, piernas relajadas, caderas relajadas, glúteos relajados, relájate, deja salir toda la tensión.

1 2 3 4 5 6 7 8

Ahora aprieta los músculos de tu abdomen, haz que los músculos de tu abdomen estén tan apretados como si fueran a lanzar una pelota de fútbol a tu estómago, haz que estén bien apretados, estudia la tensión, siente donde esta localizada la tensión, deténla por 10 segundos, deténla, tenso, tenso, tenso. Y ahora relájate, relaja los músculos de tu abdomen, suéltalos, intenta relajar los músculos más internos de tu abdomen, los músculos de tus viseras, deja que se vayan. **ESTAS MÁS Y MÁS, Y MÁS RELAJADO.**

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Y ahora los músculos de tu espalda, arquea tu espalda, arquea lo más que puedas tu espalda hasta que sientas la tensión, intenta localizar la tensión, hay dos

prolongadas columnas de músculos a lo largo de tu espina dorsal, puedes sentir la tensión allí, este donde esté, familiarízate con la sensación de tensión, tu espalda está tensa, tensa, tensa. Y ahora relájate, relaja los músculos de tu espalda, suéltalos, suelta toda la tensión, tu espalda se siente floja y pesada, consérvala así, más y más, y más relajado.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Y ahora los músculos de tu pecho, inhala profundamente y detén el aire, sigue deteniendo la respiración, observa que conforme estás deteniendo la respiración la tensión se empieza a acumular, observa la tensión en los músculos de tu pecho, estúdiala allí, sigue deteniendo tu respiración, reconoce la sensación de la tensión. Ahora lentamente, tan lento como te sea posible, suelta tu respiración, lentamente. Ahora respira fácil y cómodamente, como en un sueño profundo, sigue relajando los músculos de tu pecho, suéltalos, suelta la tensión.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ahora concéntrate en cada parte conforme la vaya mencionando:

Abdomen relajado, espalda relajada, pecho relajado, fuera toda la tensión.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Y ahora los músculos de tus dedos, brazos, y hombros, aprieta el puño de cada mano, mantén tus codos tiosos y rectos, los codos tan tiosos y rectos como una vara, levanta tus brazos por encima de los hombros hasta que sientas la tensión, ahora siente la tensión, estudia la tensión, estudia la tensión en tus dedos, en tus antebrazos, en tus brazos y en tus hombros, mantén la tensión, manténla, manténla, tenso, tenso, tenso. Y ahora relájate, abre los dedos, los brazos a los lados del cuerpo, relájate más, relaja los músculos de tus dedos, suéltalos, relaja los músculos de tus brazos, suéltalos. Y ahora los músculos de tus hombros, suéltalos, dedos relajados, brazos relajados, hombros relajados, deja que tus brazos se sientan flojos y pesados, sigue relajándote.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Y ahora los músculos entre los omoplatos y los músculos de tu cuello, empuja tus hombros hacia atrás hasta que los omoplatos casi se toquen, al mismo tiempo arquea tu cuello hasta que tu mentón señale hacia el techo, siente la tensión, NO TANTO COMO PARA QUE DUELA, estudia la tensión, deja que se acumule.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

Ahora relájate, relaja los músculos entre los omoplatos, deja que la tensión se desvanezca, déjala ir y relaja los músculos de tu cuello, suéltalos, los músculos de tu cuello no están sosteniendo tu cabeza, tu cabeza se está cayendo flácidamente contra el respaldo, fuera toda la tensión, siente como se va.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44

Y ahora los músculos de la parte superior de tu cara, tensa los músculos de la frente, cierra tus ojos y apriétalos, arruga tu nariz, frunce el entreceño, observa donde sientes la tensión, estúdiala, observa que sientes la tensión en la frente entre las cejas y en las mejillas debajo de los ojos. Ahora relájate, deja salir toda la tensión, sólo concéntrate en relajar los músculos de tu frente, deja que se vaya la tensión, relaja tus párpados, conforme se relajan, observarás que empiezan a sentirse pesados, te hacen sentirte somnoliento pero no vas a dormir, debes quedarte

despierto, relaja los músculos de tu nariz, déjalos ir, relaja los músculos de tus mejillas, recuerda que se sentían tensos, suéltalos.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

Y ahora los músculos de tus mandíbulas y tu lengua, muerde fuerte con tus muelas presionándolas hasta que las mandíbulas estén apretadas, siente la tensión en las sienes y alrededor de tus orejas, cada vez que sientas la tensión estúdiala, empuja tu lengua contra la parte trasera de tus dientes frontales, tus quijadas están apretadas, tu lengua está tensa, estudia la tensión, conócela, reconoce la sensación de la tensión, deténla, deténla.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

Ahora relájate, relaja los músculos de tus mandíbulas, suéltalos, relaja tu lengua, más y más relajado.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44

Ahora los músculos alrededor de la parte inferior de tu cara, pon en tensión los músculos alrededor de tu boca y de tu mentón, sonríe en una forma forzada, una gran sonrisa, una mueca, estira tus labios hacia atrás para enseñar tus dientes superiores e inferiores, estira las esquinas de tus labios lo más posible, abre y cierra, siente la tensión en tus labios alrededor de tu boca, en tu mentón, deja que la tensión se acumule, deténla, siéntela, estúdiala, tenso, tenso, tenso.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

Ahora relájate, relaja los músculos alrededor de tu boca y de tu mentón, déjalos ir, deja salir la tensión.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
32 33 34 35 36 37 38 39

Ahora intenta relajar los músculos de tu garganta, relaja la parte suave de tu garganta, relaja la parte de la garganta por donde tragas, relaja tus cuerdas vocales, intenta sacar toda la tensión que está allí.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44

Mantén tus ojos cerrados, todavía estás relajándote, ahora pregúntate, hay alguna tensión en mis piernas, en mis caderas, en mis glúteos, si la hay, suéltala, intenta sacar toda la tensión, más y más relajado.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Ahora pregúntate, hay alguna tensión en mi abdomen, en mi espalda o en mi pecho, si la hay, suéltala, respira fácil y cómodamente como lo haces cuando estás profundamente dormido, toda la tensión fuera.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Y ahora pregúntate, hay alguna tensión en mis dedos, mis brazos o en mis hombros, si la hay, suéltala, deja que tus brazos estén flácidos y pesados.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Ahora pregúntate, hay alguna tensión en mis omoplatos o en mi cuello, si la hay, suéltala y siente como tu cabeza se está cayendo pesadamente sobre el respaldo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Y ahora pregúntate, hay alguna tensión en mi cara, mis quijadas o en mi garganta, si la hay, sácala, fuera toda la tensión, sigue sacándola.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Visualiza la palabra CALMA, léela en una imagen clara, no sólo con la vista, escúchala, si tu mente divaga, tráela siempre de regreso a la palabra CALMA, y mientras mantienes esa imagen en la mente, concéntrate en relajar los músculos de los dedos de tus pies, SUÉLTALOS, relaja los músculos de tus caderas, SUÉLTALOS, relaja los músculos de tus glúteos, SUÉLTALOS, sigue visualizando la palabra CALMA, si a tu mente llegan pensamientos que te distraen, simplemente di, PARA, ALÉJALOS, sólo concéntrate en los músculos de tu pecho, respira fácil y cómodamente, sigue visualizando la palabra CALMA, relaja los músculos de tus dedos, SUÉLTALOS, relaja tus antebrazos, SUÉLTALOS, relaja los músculos de tus hombros, SUÉLTALOS, relaja los músculos de los omoplatos, SUÉLTALOS, relaja los músculos de tu cuello, SUÉLTALOS, relaja los músculos de tu frente, SUÉLTALOS, relaja tus párpados, relaja los músculos de tu nariz, SUÉLTALOS, relaja los músculos de tus mandíbulas, relaja tu lengua, relaja los músculos de tu boca y de tu mentón, SUÉLTALOS, relaja los músculos de tu garganta, fuera toda la tensión, DÉJATE SENTIR FLÁCIDO Y PESADO EN TODAS LAS PARTES DE TU CUERPO, ahora sigue visualizando la palabra CALMA, CALMADO Y RELAJADO, CALMADO Y RELAJADO.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

Si sientes tensión en algún lugar, simplemente suéltala.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44

Ahora voy a contar del 3 al 1, cuando diga 1 te sentarás y abrirás tus ojos, estarás alerta, muy despierto y muy fresco, 3, 2, 1.

Una vez concluida la terapia se dio un tiempo de cinco minutos aproximadamente para reincorporarse, posteriormente comentar las experiencias vividas, donde se acordó un compromiso mutuo de confidencialidad y llevando a cabo el cierre de la sesión.

Formato de recolección y recopilación de resultados.

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DE JUNIPER																
Síntomas Físicos	No. de reactivos correspondientes a cada una de las cuatro esferas.												Total	Media		
	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	29	30				
Síntomas Emocionales	7			13			15			21			27		Total	Media
Limitaciones de Actividades Físicas	1	2	3	4	5	11	19	25	28	31	32	Total	Media			
Desencadenantes Ambientales	9			17			23			26			Total	Media		
												Total Final	Media Final			

Este formato se utilizó para facilitar la recolección de los resultados obtenidos, así como para realizar el conteo final y total de cada una de las cuatro esferas, en las dos aplicaciones del cuestionario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allen K.S. & Steinkohi R.P. (1987). Yoga in a geriatric mental clinic. Actv Adap Aging;9(4):61-8.
2. Álvarez Díaz, T.A. (1992). Acupuntura. Medicina tradicional asiática. Capitán San Luis.
3. Annes, I. (1948). World Health Organization Constitution of the World Health Organization. Ten years of the World Health Organization. Geneva: WHO.
4. Antó, J. M. y Sabria, J. (1993). Epidemiología del Asma Bronquial. España: Doyma.
5. Ashkenazi. R. (1993). Multidimensional reflexology. International Jurnal of alternative and Complementary Medicine. 11(6):8-12.
6. Auriol B. (1992). El yoga y la psicoterapia. Sus aportaciones al equilibrio humano. Barcelona: Herder.
7. Ayuso-Mateos, J.L., Lasa, L. y Vásquez-Barquero, J.L. (1999). Validez interna y externa de la versión española del SF-36. Med. Clin. Barcelona; 113:37-8.
8. Bakalar, N. (2005). Asma: una zona del cerebro se activa ante el estrés emocional. The New York Times. Especial. Extraído el 07 Septiembre, 2005, de <http://www.clarin.com/diario/2005/09/07/sociedad/s-03501.htm>.
9. Bango Domínguez, A.B. y García Mirabal, M. (1999). Efectividad de la Acupuntura en el Tratamiento del Asma Bronquial. Revista Cubana Enfermer. La Habana, Cuba; 15(2):119-22.

10. Barbee, R.A. y Bloom, J.W. (1997). Asthama in the Elderly. E.U.A.: Dekker.
11. Barnes, P.J., Godfrey, S., Mazzei, J.A. y Huerta, J.G. (1999). Asma. España: Martín Dunitz.
12. Barrón R., Torre Blanca, R., Sánchez, C. y Martínez, B. (1998). Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. Salud Pública de México. Instituto Mexicano del Seguro Social. México; 40 (6).
13. Barron S.L. Macfarlane A.J. (1990). Collection and use of routine maternity data. Baillieres Clin Obstet Gynaecol. Dec;4(4):681-97.
14. Bermúdez, J. (1996). Afrontamiento: aspectos generales. Manual de psicología de la personalidad. Buenos Aires: Paidós; p. 177-209.
15. Bernstein, D.A. y Borkovec, T.D. (1973). Progressive Relaxation training: A Manual for the Helping Profession. Champaign: Research Press, Champaign, Illinois. (Traducción, 1983. Bilbao: Desclée de Brouwer).
16. Bernstein, D.A. y Borkovec, T.D. (1983). Entrenamiento en relajación progresiva. Bilbao: DDB.
17. Blumenthal, J.A., Emery, C.F., Madden, D.J., Coleman, R.E, Riddle, M.W., Schnieblk, S., et al. (1991). Effects of exercise training on cardiorespiratory function in men and women 60 years of age. Am J Cardiol;67(15):633-9.
18. Booth B. (1994). Complementary medicine. Naturopathy. Nurs Times. Feb 16-22;90(7):44-6.

19. Bousquet, J., Cauwenberge, P. y Khaltaev, N. (2001). Guía de Bolsillo para el manejo de la Rinitis Alérgica y su Impacto sobre el Asma (ARIA). Informe del taller sobre Rinitis Alérgica y su Impacto sobre el Asma en colaboración con la OMS; 4-23.
20. Breciani, M., Paradis, L., Des Roches, A., Vernhet, H., Vachier, I., Godard, P., Bousquet, J. y Chanez, P., (2001). Rhinosinusitis in severe asthma. The Journal of Allergy and Clinical Immunology; 107(1): 73-80.
21. Brito, F.F., Martínez, A., Palacios, R., Mur, P., Gómez, E., Galindo, P.A., Borja, J. y Martínez, J. (1999). Rhinoconjuntivitis and asthma caused by vine pollen: A case report. The Journal of Allergy and Clinical Immunology; 103(2Pt1): 262-266.
22. Burrows, B., Kundson, R.J., Quan, S.F. y Kettel, L.J. (1984). Enfermedades del Aparato Respiratorio. España: Doyma.
23. Calvert, E. L., Houghton, L. A., Cooper, P., Morris, J., & Whorwell, P. J. (2002). Long-term improvement in functional dyspepsia using hypnotherapy. Gastroenterology, 123, 1778-1785.
24. Cardeña, E. (2000). Hypnosis in the treatment of trauma: a promising, but not fully supported, efficacious intervention. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 48, 225-238.
25. Carey, M. P., & Burish, T. G. (1988). Etiology and treatment of the psychological side effects associated with cancer chemotherapy. A critical review and discussion. Psychological Bulletin, 104, 307-325.

26. Castro R. P., García S. M., Isasi F. C., Méndez P. C. (1994). Cómo construir un cuestionario. Revista ROL de Enfermería. 185, 26-29.
27. Cautela, J. R. y Groden, J. L. (1985). Técnicas de relajación: manual práctico para adultos, niños y educación especial. Barcelona: Martínez Roca.
28. Clark, T.J. H. y Godfrey, S. (1983). Asthma. Londres: Chapman and Hall.
29. Colas, S.C. (2001). Calidad de vida en pacientes con Asma Bronquial. Alergol Inmunol Clin; 16:239-263.
30. Colegio Mexicano de Alergia. (2001). Asma e Inmunología Pediátrica, A.C. Congreso Anual COMAAIPE.
31. Creer, T.L. (1978). Asthma: Psychologic Aspects and Management. Allergy: Principles and Practice. Saint Louis, C. V.
32. Daltaubuit, M., Mejía, J. y Álvarez, R.L. (2000). Calidad de vida, salud y ambiente. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
33. Davis, McKay y Eshelman. (1990). Técnicas de autocontrol emocional. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Práctica. Martínez Roca.
34. De Castro, A. F. (1989). Tai-Chi Chuan, "el cerebro abdominal". Madrid: Cea-Gar. 220 págs. 9,11.
35. De Pablo, J., Subirá, S., Martín, M.J., Valdés, M. y de Flores, T. (1989). Aspectos Psicológicos. Monografías Médicas Jano; 3(6): 425-428.
36. Del Villar G.L. (2007). El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas". Revista Médicos de México; 61(5); 62-63.

37. Des Jardins, T. (1993). Enfermedades Respiratorias. Manifestaciones Clínicas. México: Manual Moderno.
38. Devinsky, O., Vickrey, B., Cramer, J., Perrine, K., Bruce, H., Meador, K. & Hays, R. (1995). Development of the Quality of Life in Epilepsy Inventory: U.S.A: Lippincott-Raven Publishers Philadelphia. Epilepsia 36 (11) 1089-1104.
39. Dyer C.A.E. y Sinclair A.J. (1997). A hospital-based case-control study of quality of life in older asthmatics. Eur Resp J.; 10:337-341.
40. Editora Médica Digital, diciembre 2005. <http://www.asmaonline.com>
41. Elise, M., Le Coq, M.D. et al. (2000). Reproducibility, construct validity, and responsiveness of the “how are you” (HAY), a self-report quality of life questionnaire for children with asthma. Journal of Asthma; 37(l):43-50.
42. Eseverri, J. L., Cozzo, M., Marin, A. y Botey, J. (1998). Epidemiología y cronología de las enfermedades alérgicas y sus factores de riesgo. Allergol. et Immunopathol; 26(3): 87-93.
43. Fernández-Abascal, E. (1997). Procedimientos de desactivación. En E. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.). Cuaderno de prácticas de motivación y emoción. Madrid: Pirámide.
44. Ferrer, M. (1993). Características Clínicas del Asma. J. Roca (Ed), Asma Bronquial. España: Doyma.
45. Fierro, C. y Jiménez, J. (1999). Bienestar y consecuencias de afrontar un evento impactante en jóvenes. Estudios de Psicología; 62:39-54.

46. G. Slavin R. (1992). Asthma and sinusitis. The Journal of Allergy and Clinical Immunology; 90(3):534-537.
47. García, L., González, M.J.F. (2002). Longevidad y calidad de vida. Archivo Geriátrico; 5(2):38-61.
48. Gil, J.G., & Buena-Casal, G. (2001). Hipnosis. Fuentes históricas, marco conceptual y aplicaciones en Psicología Clínica. Madrid: Biblioteca Nueva.
49. Gonsalkorale, W. M., Miller, V., Afzal, A., & Whorwell, P. J. (2003). Long term benefits of hypnotherapy for irritable bowel syndrome. Gut, 52, 1623-1629.
50. González-Celis, R.A.L. (2002). Efectos de Intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos. México: Tesis para obtener el grado de Doctora en Psicología: Facultad de Psicología, UNAM.
51. Grau, J. (1998). En: Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación. II Jornada de actualización en psicología de la salud.- ASOCOPIS- Seccional Valle del Cauca, agosto de 1998 [citado en Internet, enero 2002] www.geocities.com/alapsacol/art02.html.
52. Green, J. P., Barabasz, A. F., Barrett, D., & Montgomery, G. H. Forging Ahead: The 2003 APA Division 30 Definition of Hypnosis. (En prensa) International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis.
53. Green, W.H. y Simona, B.G. (1998). Educación para la Salud. 1ª ed. Cd. México: Editorial Interamericana McGraw – Hill. p. 4-10, 42-46.
54. Grupo WHOQOL (1994). Foro Mundial de la Salud Evaluación de la Calidad de Vida. ¿Por qué calidad de vida?. OMS. Ginebra.

55. Guyatt, G., Veldhuyzen, S.J., Feeny, D. y Patrick, D.L. (1989). Measuring quality of life in clinical Trials: a taxonomy and review. Can Med Assoc J.; 140(12):1441:1448.
56. Harrison. (1994). Principios de Medicina Interna. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.
57. Hyland, M.E., Finnis, S. y Irvine, S.H. (1991). A scale for assessing quality of life in adult asthma sufferers. Journal of Psychosomatic Research; 35(1):99-110.
58. Jacobson, E. (1938). Progressive relaxation. Chicago: University of Chicago Press.
59. Jackson, E. (1974). Coping with crises in your life. New York: Hawthorn Books Inc.
60. Jacobson, E. (1974): Progresive Relaxation. Chicago: The University of Chicago Press.
61. Jain S.C., Rai L.,Valecha A., Jha V.K., Bhatnagar S.O., Ram K. (1991). Effect of yoga training on exercise tolerance in adolescent with asthma. J Asthma;28(6):437-42.
62. Jain S.C., Uppal A., Bhatnagar S.O., Talukdar B. (1993). A study of response pattern of non insulin dependent diabetes to yoga therapy. Diabetes Res Clin Pract;19(1):69-74.
63. Jones, P.W. (1991). Quality of life measurement for patients with diseases of the airways. Thorax; 46:676-682.

64. Jones, P.W. (1998). Health status, quality of life and compliance. Eur Respir Rev; 8:56:243-246.
65. Juniper, F.E., Gordon, H.G., Roberts, S.E., Ferrie, P.J., Jaeschke, R. y Khiller, T. (1992). Evaluation of Impairment of Health related Quality of Life in Asthma: Development of a Questionnaire for use in Clinical Trials. Thorax; 47:76-83.
66. Kerlinger, F. N. (2002). Investigación del Comportamiento. México: Mac Graw Hill.
67. Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 214-220.
68. Kirsch, I. (1996). Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments—another meta-reanalysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 517-519.
69. Lack, G. (2001). Pediatric Allergic Rhinitis and Comorbid Disorders. The Journal of Allergy and Clinical Immunology; 108(1Supp):S9-S15.
70. Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca S.A.
71. Lehrer, P. M., Hochron, N. S., Mc. Cann, B., Swartzman, L. y Reba, P. (1986). Relaxation Decreases Large-Airway by Not Small-Airway Asthma. Journal of Psychosomatic Research; 30(1), 13-15.
72. Levi, D.Y. y Anderson, L. (1995). Psychosocial stress: Population, environment and quality of life. New York: SP. Books Division of Spectrum Publications.

73. Leynaert, B., Neukirch, F., Demoly, P. y Bousquet J. (2000). Epidemiologic evidence for asthma and rhinitis comorbidity. The Journal of Allergy and Clinical Immunology; 106 (5 Supp) S201-S205.
74. Lichstein, K. L. (1988). Clinical relaxation strategies. Nueva York: Wiley.
75. López G. V. y Díaz-Páez W. A. (1998). Efectos del Hatha-Yoga sobre la salud. Parte II. Rev Cubana Med Gen Integr; V. 14 n.5. La Habana Cuba.
76. Loplege, A. y Hunt, S.E. (1998). El problema de la Calidad de Vida en Medicina. España: JAMA;7(1):19-23.
77. Maevckii A.A. (1990). Hatha-yoga en el tratamiento ambulatorio de pacientes con asma bronquial (en ruso). Klin Med;68(1).
78. Meador, K. (1993). Research Use of the New Quality of life in epilepsy Inventory. New York: Raven Press. Epilepsy;34(4) S-34-S38.
79. Mira, J., Belloch, A. y Botella, C. (1986). Asma bronquial. En Psicología clínica: trastornos bio-psico-sociales. Valencia: Promolibro; p. 49-84.
80. Montgomery, G. H., DuHamel, K. N., & Redd, W. H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 48, 138-153.
81. Montgomery, G. H., David, D., Winkel, G., Silverstein, J. H., & Bovbjerg, D. H. (2002a). The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A meta-analysis. Anesthesia and Analgesia, 94, 1639-1645.
82. Moos, R. (1976). Human adaptation; coping with life crises. Lexington, Mass: DC Health & Co.

83. Moos, R. y Billings, A. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects. Nueva York: Free Press, Macmillan.
84. Morfin, M.B. (2001). Dermatitis atópica, fisiopatogenia, cuadro clínico y diagnóstico. Revista Alergia, Asma e Inmunología Pediátrica;10(1):12-14.
85. Nagendra H.R., Nagarathna R. (1986). An intergrated approach of yoga therapy for bronchial asthma. J Asthma;23(3):123-37.
86. Naughton, M.J., Shumaker, S.A., Anderson, R.T. y Czajkocuski, S.M. (1996). Psychological Aspects of Health-Related Quality of life and Pharmacoeconomics Clinical Tials. New York: Lippincott Raven; p. 117-131.
87. Patterson, D. R., & Jensen, M. P. (2003). Hypnosis and clinical pain. Psychological Bulletin, 129, 495-521.
88. Peat, J.K. (1996). The Epidemiology of Asthma. Curr Opin Pulm Med; 2:7-15.
89. Pérez, M.J. (2000). Comorbilidad rinosinusitis y asma. Revista Alergia México; 47(4):119-120.
90. Petersen L.N., Faurschoy P., Olsen O.T. & Svendesen U.G. Foot zone therapy and bronchial asthma-a controlled clinical trial. Ugeskr Laeger. Jul 20;154(30):2065-8. Danish.
91. Quezada, Z.R. (2001). Asma aprenda a virvir con ella. México: Trillas; p.15.

92. Redd, W. H., Montgomery, G. H., & DuHamel, K. N. (2001). Behavioral intervention for cancer treatment side-effects. Journal of National Cancer Institute, 93, 810-823.
93. Rhue, J. W., Lynn, S. J., & Kirsch, I. (1993). Handbook of Clinical Hypnosis. Washington, DC: American Psychological Association.
94. Richards, J.M. y Hemstreet, M.P. (1994). Measures of life quality role performance and functional status in asthma research. Am J Respir Crit Care Med; 149:531-539.
95. Rietveld, S., Everaerd, W. y Creer, T.L. (2000). Stress induced asthma: a review of research and potential mechanisms. Rev Clinical & Experimental Allergy (aug); 30(8): 1058-1066.
96. Ritz, T.S. y DeWilde, S., Costa M. (2000). Emotions and stress increase respiratory resistance in asthma. Psychosomatic Medicine (may-jun);62(3):401-412.
97. Rodríguez, R. M. (2001). Calidad de Vida en Asma: Aplicación de instrumentos de medida en la práctica clínica. Alergol Inmunol Clin; 16:239-263.
98. Roses, P.M. (2005). Calidad de vida y longevidad un Nuevo reto para la salud pública en las Américas. Rev. Panam salud Pública; 17 (5/6):295-296.
99. Sahai I.C. (1993). Reflexology--its place in modern healthcare. Prof Nurse. Aug;8(11):722-5.
100. San Martín H. (1992). Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas. Prensa Médica Mexicana. Tomo I. México.

101. Schafer, T. y Ring, J. (1997). Epidemiology of allergic diseases. Allergy; 52(38 Suppl):14-22.
102. Schultz, J.H. (1931). Das autogene Training (Konzentrierte Selbstenspannung). Stuttgart: Verlag. Traducción al español en Ed. Científico-Médica.
103. Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. Ciencia y Enfermería; IX(2): 9-21.
104. Secretaría de Salud (En Red). Disponible en: www.salud.gob.mx
105. Sen A. (2000). La perspectiva de la libertad. En: Desarrollo y Libertad. Santafé de Bogotá: Planeta; 29:53.
106. Shaw J. (1987). An ABC of alternative medicine. Reflexology. Health Visit. Nov;60(11):367.
107. Simren, M., Ringstrom, G., Bjornsson, E. S., & Abrahamsson, H. (2004). Treatment with hypnotherapy reduces the sensory and motor component of the gastrocolonic response in irritable bowel syndrome. Psychosomatic Medicine, 66, 233-238.
108. Sing R.H. (1986). Evaluation of some Indian traditional methods of promotion of mental health. Activ Nerv Sup; (1):67-9.
109. Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). The benefits of psychotherapy. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

110. Smith, T. G., (1988). Introduction, In: Smith TG, editor, Measuring Heatl: a Practical Approach. London: John Wiley.
111. Sproule, B., Davis, P. y Gamer, E. (1984). Lo Esencial de las Enfermedades Respiratorias. México: Manual Moderno.
112. Terzián, C. I. (1992). Ejercicios Terapéuticos Chinos. Manual Oficial de la República Popular China. Argentina: Ibis.
113. Testa, M.A. y Simonson, D.C. (1996). Assessment of Quality of Life Outcomes. *N Engl J Med*; 334:835-840.
114. Toribio, P.E. (2001). Conjuntivitis alérgica, alergenos. *Revista Alergia, Asma e Inmunología Pediátrica*; 10(1):15-19.
115. Urbina, M.A. (1998). Manual de Enfermedades Respiratorias. México: Méndez Editores.
116. Vázquez, M.I. y Buceta, J.M. (1996): Tratamiento Psicológico del Asma Bronquial. Madrid, Pirámide.
117. Vázquez, N.F., Govea GC. (1992). Epidemiología de las enfermedades alérgicas en la zona conurbada Tampico-Ciudad Madero-Altamira. *Revista Alergia México*; 39(3):51-55.
118. Vega, L. (2000). La salud en el contexto de la nueva salud pública. 1ª ed. México: Manual Moderno. p. 3-12, 87-100.
119. Velamazán G. A. (2000) Una revisión sobre la efectividad de la reflexología. *Medina Naturista*; N°:1:9-16.

120. Velarde J.E., Ávila F.C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública de Mex; 44(4):346-358.
121. Velarde J.E., Ávila F.C. (2002a). Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. Salud Pública de Mex; 44:448-463.
122. Vignola, A.M., Chanez, P., Godard, P. y Busquet, J. (1998). Relationships between rhinitis and asthma. Allergy; 53:833-839.
123. Wolpe, J. (1958): Psychoterapy by Reciprocal Inhibition. Stanford University Press.
124. Woods, R.K., Thien, F., Raven, J., Walters, E.H. y Abramson, M. (2002). Prevalence of food allergies in young adults and their relationship to asthma, nasal allergies and eczema. Annals of Allergy, Asthma and Immunology; 88(2): 183-189.