

Efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre ansiedad, depresión y severidad del asma en adultos

Effect of a cognitive-behavioral intervention on anxiety, depression and severity of asthma in adults

Isaías Vicente Lugo González

Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. UNAM

Leonardo Reynoso Erazo

División de Investigación y Posgrado, UIICSE. Facultad de
Estudios Superiores Iztacala. UNAM

Margarita Fernández Vega

Subdirección de Enseñanza. Instituto Nacional de
Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas. INER.

Las intervenciones psicológicas en pacientes con asma intentan: 1) favorecer la prevención de crisis asmáticas, 2) incrementar el control sobre la enfermedad, 3) mejorar el estado emocional, 4) mejorar la función pulmonar y 5) mejorar la salud general y calidad de vida.

Este trabajo tuvo como propósito evaluar el efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre síntomas de ansiedad depresión y severidad del asma en adultos.

Participaron seis pacientes adultos con asma de la clínica de asma del INER. Se implementó una intervención psicológica con base en un diseño N=1, utilizando tres estrategias psicológicas (imaginación guiada, psicoeducación y solución de problemas) divididas en ocho sesiones (Preintervención, intervención, postintervención y seguimiento).

Dentro de los principales resultados se encontró incremento estadísticamente significativo en el Flujo Espiratorio Pico y una disminución estadísticamente significativa de los síntomas de ansiedad y depresión en la mayoría de los participantes.

Dados los resultados se concluye que la intervención psicológica fue efectiva para los participantes. Así mismo, se hace necesaria la implementación de intervenciones psicológicas estructuradas en conjunto con los tratamientos médicos de base, esto para favorecer mejores resultados en el tratamiento de los pacientes con asma y un constante trabajo interdisciplinario.

Palabras clave: ansiedad, depresión, severidad del asma, intervención cognitivo-conductual

Psychological interventions in patients with asthma try: 1) promote the prevention of asthma attacks, 2) increase control over the disease, 3) improving emotional state, 4) improve lung function and 5) improve the overall health and quality of life.

This study was aimed to evaluate the effect of a cognitive-behavioral intervention on anxiety, depression symptoms and severity of asthma in adults.

Six adults participated patients with asthma clinic INER asthma. A psychological intervention based on a design N=1 is implemented using three psychological strategies (guided imagery, psychoeducation and problem solving) divided into eight sessions (Pre-intervention, intervention, postintervention and monitoring).

Among the main results statistically significant increase in peak expiratory flow and a statistically significant decrease in symptoms of anxiety and depression in most participants found.

Domicilio para correspondencia: Isaías Vicente Lugo González.

Calle Cedros. Andador 7C. Lote 7. Manzana 7. Condominio C. Colonia Polígono 5. C.P. 55176. Ecatepec de Morelos. Estado de México. e-mail. isaiasvice@hotmail.com

Agradecimientos: El presente trabajo fue posible gracias a la beca otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

Una versión parcial y preliminar de este trabajo formó parte de la tesis de maestría del primer autor bajo la dirección del segundo. Isaías Vicente Lugo González, desarrollo y aplicación de intervención, análisis de datos y redacción. Leonardo Reynoso Erazo, seguimiento, asesoría y supervisión del trabajo. Margarita Fernández Vega, asesoría de información médica en Neumología.

Given the results it is concluded that psychological intervention was effective for participants. Likewise, the implementation of psychological interventions structured in conjunction with medical treatments base is necessary, this to favor better results in the treatment of patients with asthma and constant interdisciplinary work.

Keywords: anxiety, depression, asthma severity, cognitive-behavioral intervention.

El asma se define como una enfermedad respiratoria crónica, de etiología multicausal en la que se presenta una inflamación y obstrucción de las vías aéreas. En ella se manifiesta una continua reactividad y sensibilidad a diversas estimulaciones que generan la obstrucción del flujo aéreo de forma generalizada, reversible y variable en intensidad. Los síntomas característicos son: disnea, sibilancias, opresión torácica, tos y expectoración (Global Initiative for Asthma [GINA], 2015; National Heart, Lung, and Blood Institute [NHLBI], 2007; Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax [SMNYCT], 2005).

El asma es una de las enfermedades crónicas que se presentan de forma más frecuente en todo el mundo, generando problemas importantes de morbilidad y mortalidad y afectando alrededor 10% de la población adulta (García, Fernández, Martínez, Franco y Pérez, 2012; GINA, 2015; SMNYCT, 2005; World Health Organization [WHO], 2011).

Las guías nacionales e internacionales sobre asma han identificado factores de vital importancia para mejorar el control de la enfermedad. Uno de ellos es el manejo de los aspectos psicológicos de la enfermedad; como por ejemplo la depresión, la ansiedad y la forma de afrontar los problemas psicosociales derivados del padecimiento (Fernández, Amaya y Martínez, 2009; GINA, 2015; Ortega y Fernández, 2009; SMNYCT, 2005). En este contexto, se ha observado que los pacientes asmáticos presentan niveles más elevados de ansiedad y depresión que la población general; favoreciendo problemáticas en la adhesión al tratamiento, la función pulmonar, la exacerbación de síntomas, la calidad de vida y el control del padecimiento (Di Marco et al., 2010; Goodwin, Fergusson & Horgood, 2004; Lehrer, Feldman, Giardino, Song & Schmaling, 2002; Opolski & Wilson, 2005).

Dado el impacto negativo que tienen los factores psicológicos en el asma, es necesario implementar estrategias de intervención psicológica como parte del tratamiento interdisciplinario que favorezcan un mejor control del asma y del estado emocional de los pacientes.

Algunos de los objetivos de las intervenciones psicológicas en este padecimiento son: 1) favorecer la prevención de crisis asmáticas o disminuir la intensidad de las exacerbaciones, 2) incrementar la sensación de control sobre la enfermedad, 3) mejorar el estado emocional, 4) mejorar la función pulmonar y 5) impactar positivamente en la salud general y calidad de vida del paciente (DeGood, Crawford & Jongsma, 1999; Yorke, Fleming & Shuldhan, 2007).

Dichos objetivos se orientan a minimizar el impacto físico y emocional de la enfermedad, afrontar las dificultades del día a día y mejorar el control que el paciente tiene de su padeci-

miento (Lorig & Holman, 2003; McGowan, 2005), siempre haciendo énfasis en la necesidad de aprender y practicar las habilidades que sean necesarias y enfocadas a modificar comportamientos asociados a la enfermedad.

Existen diferentes tipos de intervenciones psicológicas que han mostrado efectividad, dentro de las cuales destacan las de orientación conductual que se centran en diversas áreas de la enfermedad, siendo las principales las siguientes: 1) utilización de los servicios de salud, 2) síntomas de asma, 3) medidas de función pulmonar, 4) estado emocional y 5) calidad de vida (Yorke et al., 2007; Van Lieshout & MacQueen, 2008).

Objetivo

Este trabajo tuvo como propósito evaluar el efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre síntomas de ansiedad depresión y severidad del asma en adultos.

MÉTODO

Participantes

Se invitó a participar a 25 pacientes con asma atendidos en la clínica de asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER). 14 aceptaron participar, 10 iniciaron la intervención y seis pacientes concluyeron la misma.

Muestreo

Se utilizó un muestreo no probabilístico de sujetos voluntarios (Hernández, Fernández y Baptista, 2008).

Criterios de inclusión

Participantes con diagnóstico de asma confirmado, con síntomas de asma frecuentes bajo tratamiento médico con referencia de malestar emocional, con dificultades para el manejo de la enfermedad (de acuerdo a neumólogo tratante), que aceptaran participar en el protocolo de investigación, que manifestaran no tener dificultad para acudir a las sesiones de intervención, saber leer y escribir, sin problemas auditivos aparentes, que contaran con algún reproductor de CD, que no estuviesen en intervención psicológica y/o psiquiátrica concomitante y que no hubieran participado en alguna intervención psicológica previa en el INER.

Criterios de eliminación

Faltar a más de una sesión o dejar de acudir a las sesiones de intervención.

Diseño

Se empleó un diseño N=1 con replicas individuales. Estos diseños posibilitan la comparación del sujeto antes y después del tratamiento, por lo que resulta de gran valor en el escenario clínico (McGuigan, 1996; Siegel y Castellan, 2014).

Escenario

La intervención se realizó en el consultorio cero de Psicología en la Clínica de Asma del INER, llevando a cabo sesiones semanales con una duración aproximada de 90 minutos.

Variables

Variables independientes:

Intervención psicológica cognitivo-conductual con empleo de las siguientes tres estrategias psicológicas:

Psicoeducación: estrategia que se caracteriza por brindar información de manera activa sobre la enfermedad y el tratamiento que se va seguir (Bauml, Frobese, Kraemer, Rentrop, Ptschel-Walz, 2006) Además de implicar una relación entre el proceso de enfermedad, la conducta del paciente, sus pensamientos, emociones y la manera en cómo cada uno de estos aspectos interactúan entre sí.

Imaginación guiada: estrategia para favorecer la relajación basada en la visualización de imágenes y escenas con componentes auditivos, olfatorios, kinestésicos y propioceptivos (Cooper & Stollings, 2010; Johnsen & Lutgendorf, 2001; Louie, 2004; Overholser, 1991).

Solución de problemas: estrategia utilizada para favorecer la habilidad de resolver problemas de una manera organizada y planeada. Incluye el seguimiento de una serie de pasos para la identificación de un problema, proponer alternativas para resolver el problema, evaluar los pros y contras de cada decisión, tomar una decisión, y realizar un plan para llevar a cabo la solución elegida (A.M Nezu, Nezu, 2008; A.M Nezu, Nezu & D'Zurilla, 2007).

Variables dependientes:

Médicas

Flujo Espiratorio Pico (FEP): prueba espiratoria realizada con un dispositivo de plástico en forma de tubo que cuenta con una escala numérica (60-800 lit/min), usado para valorar la función pulmonar y representa la velocidad máximo del flujo en una exhalación forzada. Aspectos importantes en esta variable son la capacidad respiratoria, el grado de obstrucción bronquial e hiperreactividad bronquial; se utiliza para determinar la severidad del asma y evaluar el control de la enfermedad (Lorig, 2007; NHLBI, 2007; SMNYCT, 2005; Stokes & Bush, 2000).

Severidad del asma: relaciona entre síntomas de asma, obstrucción de las vías aéreas la variabilidad en la función pulmonar (GINA, 2015; NHLBI, 2007; SMNYCT, 2005).

Psicológicas

Síntomas de ansiedad: respuestas cognitivas, conductuales y emocionales subjetivas caracterizadas por anticipación al peligro y activación elevada (Barragán, Parra, Contreras y Pulido, 2003).

Síntomas de depresión: respuestas subjetivas caracterizadas por un estado de ánimo depresivo, una disminución general de la energía, deterioro en el plano motivacional, enlentecimiento o agitación motora, etcétera (Vázquez, 2002).

Aparatos y materiales

Sillón tipo Reposet.

Audífonos.

Reproductor MP3.

NetBook.

Presentación en Power Point.

Flujómetro.

Hoja consentimiento bajo información.

Hoja de registro de protocolo.

Archivo de audio en CD: ejercicio de imaginación guiada, con una duración de 19 minutos, dividido en las siguientes áreas: inducción-introducción sobre indicaciones generales de respiración e imaginación, respiración-relajación corporal, respiración-imaginación (incluía aspectos de visualización de imágenes y escenas con componentes kinestésicos y propioceptivos sobre sensación, síntomas respiratorios y función respiratoria) (Dobson, Bray, Kehle, Theodore & Peck, 2005; Lahman et al., 2009; Peck, Bray & Kehle, 2003).

Manual Educativo de Aspectos Médicos y Psicológicos para el Paciente con Asma (N. Islas, Fernández, Salas, e Islas, 2011): Manual teórico-práctico que se encuentra dividido en dos partes: 1) aspectos médicos y características del asma y 2) aspectos psicológicos y emocionales en el asma.

Manual de solución de problemas para pacientes con asma: Manual teórico-práctico sobre solución de problemas en el que se abarca la orientación al problema y los cinco pasos para resolver un problema, está basado en el *Manual de solución de problemas para padres* de Reynoso et al. 2009.

Instrumentos

Entrevista para pacientes con asma: adaptada de la entrevista de salud para pacientes con asma (Islas, 2011), incluye datos generales del paciente, aspectos clínicos del asma, control del asma y aspectos psicológicos.

Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983): constituida por 14 preguntas; siete para síntomas de ansiedad y siete para síntomas de depresión. Tiene la finalidad de evaluar dicha sintomatología en personas encontradas en el contexto hospitalario, sin patología psiquiátrica aparente. Uno de los aspectos positivos de este instrumento es que deja fuera la sintomatología somática de la ansiedad y la depresión, lo que evita confusiones con algunos síntomas de enfermedades físicas. Se responde con una escala tipo Likert de 0-3 dependiendo de la intensidad de los síntomas, mientras

más alta la puntuación más se manifiesta la sintomatología. Se ha utilizado en México y en otras latitudes para valorar sintomatología depresiva y ansiosa en diversos padecimientos pulmonares, incluida el asma (DiMarco et al., 2010; Espinosa et al., 2006; López et al., 2000; Martín, 2005; Morales, Alfaro, Sánchez, Guevara y Vázquez, 2007; Noguera, Pérez, Barrientos, Robles y Sierra, 2013).

Procedimiento

Los pacientes que participaron en la investigación fueron captados por el neumólogo de la clínica de asma y el responsable de la investigación durante consulta externa, tomando en cuenta los criterios de inclusión. Una vez captado el paciente se le explicaba de manera verbal los objetivos de la investigación realizada y el interés por su participación. Posteriormente se leía el consentimiento bajo información donde se especificaban todas y cada una de las actividades a llevar a cabo, horarios, objetivos de cada una y la aceptación de la investigación por el comité de ciencia y bioética del INER. Una vez hecho esto, el paciente valoraba su participación en la investigación, se tomaba una decisión, se programaba la primera sesión, se firma del consentimiento bajo información y se le indicaba al paciente que no utilizara su broncodilatador antes de la primera sesión de evaluación (preintervención).

En lo que respecta a la estructura de la intervención y las actividades durante cada sesión, se organizaron de la siguiente manera:

Sesión 1. Preintervención en Imaginación guiada: 1) Evaluación inicial: aplicación de entrevista para pacientes con asma, HADS y flujometría (tres mediciones), 2) Realización del ejercicio de imaginación guiada mediante un protocolo en audio: se indicaba al paciente que se recostaría en el sillón tipo Reposit, se daban indicaciones sobre qué hacer antes de iniciar el ejercicio, durante y al finalizarlo, se conectaban los audífonos al reproductor mp3, se ayudaba al paciente a colocarse los audífonos y se realizaba una prueba inicial de sonido de la grabación. Al finalizar el ejercicio se esperaba unos minutos y se daban indicaciones de respiración, movimientos corporales y de regreso paulatino posterior al ejercicio, 3) Cierre de sesión: se preguntaba sobre lo que había experimentado el paciente y se preguntaba sobre contenidos específicos de la grabación. Posteriormente se entregaba un CD grabado con el ejercicio de imaginación guiada para su realización diaria con instrucciones específicas.

Sesión 2 y 3. Intervención en Imaginación guiada-Psicoeducación: 1) Inicio de sesión: revisión de actividades y retroalimentación, 2) Inicio de intervención psicoeducativa sobre asma con el Manual Educativo de Aspectos Médicos y Psicológicos para el Paciente con Asma y con una presentación visual de apoyo en Power Point con contenidos similares a los del manual, 3) Flujometría, realización del ejercicio de imaginación guiada mediante un protocolo en audio, 4) Cierre de sesión: se preguntaba sobre lo que había experimentado el paciente y la mejoría del ejercicio y se hacía énfasis en la práctica diaria del ejercicio de imaginación guiada.

Sesión 4, 5 y 6. Intervención en Imaginación guiada-Solución de problemas: 1) Inicio de sesión: revisión de actividades y retroalimentación, 2) Inicio de intervención práctica en solución de problemas con el Manual de solución de problemas para pacientes con asma, se iban desarrollando cada uno de los tópicos de la estrategia de intervención (introducción, orientación al problema, lista de problemas, detección de barreras, identificación del problema, elaboración de soluciones, evaluación de soluciones, toma de decisiones y plan de acción para resolver y afrontar los problemas identificados), 3) Flujometría, realización del ejercicio de imaginación guiada mediante un protocolo en audio, 4) Cierre de sesión: se preguntaba sobre lo que había experimentado el paciente y la mejoría del ejercicio.

Sesión 7. Postintervención en Imaginación guiada: 1) Evaluación: aplicación de entrevista para pacientes con asma, HADS y flujometría, 2) Realización del ejercicio de imaginación guiada mediante un protocolo en audio, 3) Cierre de sesión: se hacía énfasis en la práctica diaria del ejercicio de imaginación guiada hasta el seguimiento. Para finalizar se programó la sesión de seguimiento cuatro semanas después.

Sesión 8. Seguimiento: 1) Evaluación: aplicación de entrevista para pacientes con asma, HADS y flujometría, 2) Cierre de sesión: agradecimiento por participar en la investigación y retroalimentación final.

RESULTADOS

Para el análisis de los resultados, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20 para Windows, llevándose a cabo análisis descriptivos y de comparación intra-sujetos con la prueba de los signos.

En lo que respecta a la entrevista utilizada para las diversas evaluaciones, contaban con apartados como son: datos generales del paciente, antecedentes de asma, aspectos psicológicos y atención especializada. En la Tabla 1 se muestran las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que participaron en la investigación.

Sobre la atención médica y psicológica especializada, una paciente reportó haber recibido atención psicológica (16.6%) y tres, atención psiquiátrica (50%). Dicha atención no se relacionó con el manejo de asma ni con entidad psiquiátrica actual, y el tiempo de haber recibido la atención tuvo un promedio de dos años.

Las principales comorbilidades en las seis pacientes fueron hipertensión, reflujo, diabetes y gastritis, otras de ellas fueron rinitis, hipotiroidismo y una paciente tenía problemas maxilofaciales, problemas de columna o hígado graso.

En cuanto a la severidad de la enfermedad, se encontró que la mayoría de las pacientes tenían una severidad mayor antes de la intervención que al finalizar la misma. Solo con la excepción de la paciente tres, quien se encontró en la misma clasificación durante toda la intervención. En lo que respecta al seguimiento, solo la paciente uno redujo sintomatología de la enfermedad, lo que favoreció encontrarse en una menor categoría en cuanto a la severidad se refiere. El resto de las pacientes quedaron clasificadas en la misma severidad entre el final de la

Tabla 1.
Características sociodemográficas y clínicas de los participantes

Variable	Categoría	N	%
Sexo	Femenino	6	100
Edad	X		49.5
Estado civil	Casado	5	83.3
	Unión libre	1	16.7
Ocupación	Hogar	5	83.3
	Secretaria	1	16.7
Escolaridad	Primaria	1	16.7
	Secundaria	1	16.7
	Técnica	1	16.7
	Preparatoria	1	16.7
	Licenciatura	1	16.7
	Posgrado	1	16.7
	Residencia	Ciudad de México	3
	Estado de México	3	50
Comorbilidades	Hipertensión	3	50
	Diabetes	2	33.3
	Gastritis	2	33.3
	Reflujo	2	33.3
	Rinitis	1	16.6
Tiempo con asma	X		10.33

Nota: X= Media

intervención y el seguimiento. En la Tabla 2 se muestra la severidad de la enfermedad de las seis pacientes durante la preintervención, postintervención y seguimiento.

El automonitoreo es de vital importancia para que el paciente pueda estar mejor controlado, por ello la importancia de la identificación de situaciones, condiciones o estímulos que desencadenen síntomas de asma.

Existen desencadenantes comunes para los pacientes, por ejemplo, enfermarse de gripe, olores fuertes, cambios de temperatura, los animales, la humedad y el polvo. Ahora bien, cuatro de las seis pacientes refirieron presentar síntomas al sentirse preocupadas, tristes, ansiosas o estresadas (66.6%). Esto es de gran relevancia ya que normalmente se hace énfasis en la detección de estímulos físicos que provoquen síntomas, pero se deja de lado situaciones que impliquen estados emocionales o comportamientos específicos como probables desencadenantes de síntomas de asma.

En el área informativa y educativa de las seis pacientes, solo dos refirieron haber sido informadas por sus médicos sobre asma (33.3%), tres sobre los cuidados cotidianos (50%), una sobre crisis de asma (16.6%), dos sobre los medicamentos (33.3%) y cuatro sobre su uso (66.6%). Así mismo, sólo una reportó haber sido informada sobre el uso del flujómetro (16.6%), ninguna sobre el uso de registro de síntomas y del mismo modo sobre aspectos psicológicos del asma.

Sobre este último tema, es de gran relevancia mencionar que la presencia de síntomas de asma puede generar un impacto negativo en el estado de ánimo de algunos pacientes, también se puede generar dicho impacto, ya que los síntomas de asma llegan a interferir o truncar diversas áreas de la vida de cada paciente. Las seis pacientes reportaron en la preintervención como las áreas de vida más afectadas el estado de ánimo, la economía, vida sexual (100%); además cuatro pacientes reportaron también las labores del hogar, la vida social y la rela-

Tabla 2.
Severidad de asma en la preevaluación, postevaluación y seguimiento.

Participantes	Preintervención	Postintervención	Seguimiento
1	Severa	Leve	Intermitente
2	Moderada	Intermitente	Intermitente
3	Intermitente	Intermitente	Intermitente
4	Moderada	Leve	Leve
5	Moderada	Intermitente	Intermitente
6	Moderada	Leve	Leve

ción de pareja (66.6%). En la postintervención cinco pacientes continuaron reportando la economía (83.2%), dos el estado de ánimo (33.3%) y una la relación de pareja (16.6%). Para el seguimiento se mantuvieron las mismas cinco en la economía (83.2%) y en la relación de pareja (16.6%).

Como se observa, existen cambios en la percepción de áreas afectadas para cada paciente por síntomas de asma.

Ahora bien, continuando con los aspectos emocionales, la evaluación de ansiedad y depresión es un factor central en el paciente con asma, ya que son las principales consecuencias de tipo psicológico en ellos. En la Tabla 3 se muestran los resultados que se obtuvieron en los tres momentos de evaluación.

Durante la preintervención, cinco de las seis pacientes mostraron datos de ansiedad importantes y en la postintervención ninguna mostró datos de ansiedad importante; excepto la paciente cuatro quien se encontraba en el límite para poder clasificarla en el rubro de ansiedad. Los cambios en las puntuaciones obtenidas fueron estadísticamente significativos en las cinco pacientes. En lo referente al seguimiento, algunas pacientes obtuvieron la misma puntuación que la finalizar la intervención, otras incrementaron las puntuaciones pero no de forma significativa.

Durante la preintervención cuatro de las seis pacientes presentaron datos de depresión y solo la paciente cuatro, a pesar de haber obtenido menor puntuación sigue mostrando datos de la misma. Los cambios en las puntuaciones, en cinco de las seis pacientes, fueron estadísticamente significativos. Para el seguimiento algunas pacientes incrementaron levemente las puntuaciones, sin embargo se puede decir que existe un mantenimiento de los resultados.

Función pulmonar

Como se mencionó, el FEP es una de las formas para valorar capacidad respiratoria, obstrucción bronquial, severidad del asma y el control que el paciente tiene de su enfermedad. Cada paciente tiene un valor del FEP ideal o esperado, esto en función del sexo, edad en años y estatura en centímetros del paciente. Mientras más alejado se encuentre el valor obtenido en una flujometría, del FEP ideal, se puede hablar de un inadecuado control u obstrucción bronquial.

En la Tabla 4, se muestran los cambios obtenidos en el FEP (en porcentaje del ideal), para cada una de las pacientes durante las tres mediciones.

Tabla 3.

Puntuaciones en el HADS en la preintervención, postintervención y seguimiento.

Participantes	Ansiedad Preintervención	Ansiedad Postintervención	p	Ansiedad Seguimiento
1	17	1	*.000	2
2	2	2	---	1
3	9	4	*.021	4
4	16	8	*.002	8
5	12	6	*.010	6
6	13	3	*.000	4

Participantes	Depresión Preintervención	Depresión Postintervención	p	Depresión Seguimiento
1	8	1	*.005	2
2	3	1	.162	0
3	10	1	*.001	3
4	15	8	*.005	4
5	10	0	*.000	0
6	5	1	*.042	4

Nota: * $p < .05$

Tabla 4.

Porcentaje de FEP obtenido en la preintervención, postintervención y al seguimiento.

Participantes	FEP Ideal	FEP Pre intervención	FEP Preintervención (%)	FEP Postintervención	FEP Postintervención (%)	p	FEP Seguimiento	FEP Seguimiento (%)
1	357	200	56%	230	64%	*.005	240	67%
2	393	280	71%	390	99%	*.000	395	100.5%
3	380	360	94%	410	107%	*.001	400	105%
4	423	230	54%	270	63%	*.003	300	70%
5	391	325	83%	370	94%	*.001	370	94%
6	423	400	94%	450	106%	*.001	450	106%

Nota: * $p < .05$

Como se observa, los cambios obtenidos en el FEP, expresados en porcentaje, al finalizar la intervención (siete semanas) fueron estadísticamente significativos. Así mismo, para el seguimiento (cuatro semanas después), la mitad de las pacientes incrementó un porcentaje mínimo con respecto al final de la intervención, dos de ellas se mantuvieron en el mismo porcentaje y sólo una decrementó el porcentaje obtenido al finalizar la misma.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Este trabajo tuvo como objetivo evaluar el efecto de una intervención psicológica cognitivo-conductual sobre la severidad del asma, síntomas de ansiedad y depresión en pacientes adultos.

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede concluir que el efecto de dicha intervención psicológica se orientó hacia la disminución de la severidad de la enfermedad, los síntomas de ansiedad y depresión, un incremento en el FEP y una mejoría clínica observable sesión tras sesión.

Tomando en cuenta los resultados encontrados, es de gran importancia recalcar que la intervención psicológica implementada en esta investigación, se llevó a cabo siempre en contacto con el equipo médico de la clínica de asma. Esto debido a que las intervenciones psicológicas implementadas en el contexto de la salud y principalmente las que se encuentran bajo el marco conceptual Cognitivo Conductual y de la Medicina Conductual, son llevadas a cabo siempre a la par y en conjunto con el tratamiento médico. Esto debido a que en las enfermedades crónicas, como el asma, se encuentran inmersos factores físicos, psicológicos y medioambientales; por lo tanto, se hace necesario un trabajo interdisciplinario para la atención a estos padecimientos (Reynoso, Seligson, Barrientos y Miranda, 2005).

Los tres componentes de la intervención psicológica implementados son frecuentemente utilizados y se ha asociado con un mejor ajuste psicológico sobre la enfermedad en pacientes con asma (Caballero, Fernández, Salas, Chapela y Sánchez-Sosa, 2009; Guillén, 2012; Juárez, 2010), además de favorecer y asegurar un cambio en el comportamiento de los pacientes, es decir, una modificación en lo que acostumbraban hacer para enfrentar su enfermedad; leer y discutir sobre información del padecimiento, identificar causas de enfermedad, síntomas, tipos de medicamento y aspectos psicológicos, registrar síntomas, practicar ejercicio de imaginación guiada, realización de flujometría, registrar el uso de medicamento, solucionar problemas concomitantes en otras áreas de su vida (Ritz, Meuret, Trueba Fritzsche & von Leupoldt, 2013).

Como se ha mencionado, el uso de estrategias educativas es básico y es uno de los pilares más importantes dentro del tratamiento del asma (Salas, Almagro y Chapela, 2005). En esta intervención, la estrategia educativa (dirigida a los aspectos de la enfermedad y los de tipo psicológico), se centró en que el paciente detectara desencadenantes físicos, situacionales y emocionales, que identificara medicamentos y la función de los mismos e identificar diversas conductas de automanejo (llevar

un diario de síntomas, usar flujómetro, detectar y evitar desencadenantes, practicar ejercicio de imaginación guiada-relajación, etcétera). Esto inevitablemente incrementa la sensación de control sobre la enfermedad y por añadidura impacta de forma positiva en el estado de ánimo del paciente.

En lo que respecta a las estrategias psicológicas usadas, la imaginación guiada fue dirigida a la disminución de síntomas de ansiedad, y al incremento del FEP. Es importante remarcar que los estados de relajación que se generan con la realización y la práctica de la imaginación guiada van a impactar en la presencia o disminución de síntomas de ansiedad. Ya que esta estrategia se centra en cómo la persona puede crear experiencias sensoriales internas con componentes auditivos, olfatorios, kinestésicos y propioceptivos (Johnsen & Lutgendorf, 2001; Louie, 2004; Overholser, 1991), mismas que puedan producir cambios fisiológicos (Epstein, 2004). Dichos cambios se asocian con un decremento en la frecuencia respiratoria, respiraciones profunda y relajación muscular generalizada (Louie, 2004). En este sentido, se puede deducir que con la práctica cotidiana de esta estrategia, los cambios favorecidos por la relajación muscular y el tipo de respiración, ayudarán a una menor presencia de síntomas de asma y a contar con una mejor función pulmonar como se ha descrito en la literatura (Dobson et al., 2005; Freeman & Welton, 2005; Lahman et al., 2009; Peck et al., 2003).

En cuanto a la estrategia para la solución de problemas se refiere, es importante recordar que los pacientes con asma se enfrentan a diversas situaciones asociadas a la enfermedad y en otras áreas de su vida, mismas que requieren poner en práctica conocimientos y habilidades específicos (sobre la enfermedad y diversos problemas) con la finalidad de minimizar la aparición de consecuencias en la enfermedad y sobre su estado psicológico. Dicha estrategia se centra en fomentar una percepción de los problemas como solucionables y a desarrollar habilidades para resolverlos, así con ello, reducir la probabilidad de desarrollar problemas psicológicos y favorecer el afrontamiento efectivo de situaciones estresantes cotidianas (Malouff, Thorsteinsson & Schute, 2007; Bell & D'Zurilla, 2009). En el contexto de la enfermedad, es un componente primordial para el afrontamiento (Caballero et al., 2009; Guillén, 2012; Islas, 2011; Juárez, 2010), ya que existe una asociación entre la habilidad para solucionar problemas y el ajuste a problemas de salud y de tipo emocional. Esta habilidad se ha considerado como un predictor de resultados positivos en el proceso salud-enfermedad y en alteraciones del estado de ánimo resultantes de condiciones de enfermedad crónicas (Elliot & Hurst, 2008).

En éste contexto de acuerdo con Ritz et al. (2013) las intervenciones en medicina conductual individualizadas han incluido componentes cognitivo-conductuales dentro de las que destacan las estrategias para el entrenamiento en relajación, intervenciones educativas y entrenamiento en estrategias de afrontamiento han dado lugar a reducciones importantes en síntomas de ansiedad, síntomas depresivos y mejorías en el FEP, del mismo modo que los resultados aquí reportados.

En la intervención psicológica aquí expuesta, se optó por utilizar un número limitado de estrategias psicológicas y la forma de implementarla se orientó a una perspectiva escalonada o secuencial. Tomó en cuenta las individualidades de cada paciente, sin embargo una de sus prioridades fue conformarse como un protocolo de aplicación repetida para diversos pacientes con asma. Es necesario mencionar que dadas las circunstancias de la aplicación, se decidió utilizar un diseño N=1, comúnmente utilizados en la investigación clínica. Sin embargo, para poder acceder a una mayor perspectiva de los resultados obtenidos, se hace necesaria la implementación de intervenciones con grupo control, ya que de ésta forma se tiene la posibilidad de la intervención psicológica contra con el tratamiento estándar o con otra forma de intervención.

REFERENCIAS

- Barragán, B., Parra, C., Contreras, M., y Pulido, P. (2003). Manejo de la ansiedad mediante la combinación de desensibilización sistemática, con relajación muscular, relajación autógena y biorretroalimentación. *Suma Psicológica*, *10*(2), 135-152. Doi: 10.14349/sumapsi2003.97
- Bauml, J., Frobose, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Ptschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, *32*(1), 1-9. Doi:10.1093/schbul/sbl017
- Bell, A., & D'Zurilla, T. (2008). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *29*, 348-353. Doi:10.1016/j.cpr.2009.02.003
- Caballero, N., Fernández, M., Salas, J., Chapela, R., y Sánchez-Sosa, J. J. (2009). Efecto de una intervención psicológica cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y la ansiedad en pacientes asmáticos. *Revista Española de Asma*, *1*(4), 6-15.
- Cooper, K., & Stollings, S. (2010). Guided imagery for anxiety. *Journal of Palliative Medicine*, *10*, 606-607. Doi: 10.1089/jpm.2010.9834
- DeGood, D., Crawford, A., & Jongsma, A. (1999). Asthma. En: D. DeGood, A. Crawford, & A. Jongsma (Aut) *The behavioral medicine planner* (pp.29-36). EUA: John Wiley and Sons.
- Di Marco, F., Verga, M., Santus, P., Giovannelli, F., Busatto, P., Neri, M., Girbino, G., Bonini, S., & Centanni, S. (2010). Close correlation between anxiety, depression, and asthma control. *Respiratory Medicine*, *104*, 22-28. Doi: 10.1016/j.rmed.2009.08.005
- Dobson, R., Bray, M., Kehle, T., Theodore, L., & Peck, H. (2005). Relaxation and guided imagery as an intervention for children with asthma: a replication. *Psychology in the Schools*, *42*(7), 707-720. Doi: 10.1002/pits.20119
- Elliot, T., & Hurst, M. (2008). Social problem solving and health. *Biennial Review of Counseling Psychology*, *1*, 287-306. Doi:10.1901/jaba.2008.1-295
- Epstein, G., Halper, J., Manhart, E., Birdsal, C., McGee, M., Baron, K., & Lowenstein, S. (2004). A pilot study of mind-body changes in adults with asthma who practice mental imagery. *Alternative Therapies*, *10*(4), 66-70. Recuperado de <http://www.alternative-therapies.com/index.cfm/>
- Espinosa, F., Parra, M., Segura, N., Toledo, D., Menez, D., Sosa E., y Torres, A. (2006). Ansiedad y depresión en asmáticos adultos en comparación con sujetos sanos. *Revista Alergia México*, *53*(6), 201-206. Recuperado de <http://revistaalergia.mx/>
- Fernández, V. M., Amaya, B. L., y Martínez, P. J. (2009). Educación en asma. *Neumología y Cirugía de Tórax*, *68*(S2), S176-S185. Recuperado de www.medigraphic.com/
- Freeman, L., & Welton, D. (2005). Effects of imagery, critical thinking, and asthma education on symptoms and mood state in adult asthma patients: A pilot study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *11*(1), 57-68. Doi:10.1089/acm.2005.11.57.
- García, C., Fernández, R., Martínez, D., Franco, F., y Pérez, J. (2012). Prevalencia y riesgos asociados con pacientes adultos con asma de 40 años o más de la Ciudad de México: estudio de base poblacional. *Salud Pública de México*. *54*, 425-432. Recuperado de <http://saludpublica.mx>
- Global Initiative for Asthma. (2015). *Global strategy for asthma management and prevention*. Recuperado de www.ginasthma.org
- Goodwin, R., Fergusson, D., & Horwood, L. (2004). Asthma and depressive and anxiety disorders among young persons in the community. *Psychological Medicine*, *34*, 1465-1474. Doi: 10.1017/S0033291704002739
- Guillen, C. (2012). *Efecto de una intervención cognitivo-conductual basada en solución de problemas para el control del asma* (Tesis de maestría inédita), Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2008). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill.
- Islas, N. (2011). *Efecto de una intervención cognitivo-conductual para el control del asma en pacientes mal controlados* (Tesis de maestría inédita). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.
- Islas, N., Fernández, M., Salas, J., e Islas, P. (2011). *Manual educativo de aspectos médicos y psicológicos para el paciente con asma*. Manuscrito inédito. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.
- Johnsen, E., & Lutgendorf, S. (2001). Contributions of imagery ability to stress and relaxation. *Annals of Behavioral Medicine*, *23*(4), 273-281. Doi:10.1207/S15324796ABM2304_6
- Juárez A. (2010). *Evaluación de una intervención psicológica para mejorar la adherencia terapéutica sobre la calidad de vida de pacientes con asma* (Tesis de maestría inédita). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.

- Lahman, C., Nickel, M., Schuster, T., Saver, N., Ronel, J., Noll-Hussong, M., Tritt, K., Nowak, D., Rohricht, F., & Loew, T. (2009). Functional relaxation and guided imagery as complementary therapy in asthma: A randomized controlled clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 233-239. Doi: 10.1159/000214445
- Lehrer, P., Song, H., Feldman, J., Giardino, N., & Schmalings, K. (2002). Psychological aspects of asthma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 691-711. Doi: 10.1037//0022-006X.70.3.691
- López, J., Vázquez, V., Arcila, D., Sierra, A., González, J., y Salín R. (2000). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, 54(5), 403-409. Recuperado de <http://www.imbiomed.com>
- Lorig, K., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7. Doi: 10.1207/S15324796ABM2601_01
- Lorig, R. (2007). *The respiratory system*. En: J. Cacioppo, L. Tassinary & G. Berntson (Eds) *The Handbook of Psychophysiology* (pp. 231-244). UK: Cambridge University Press.
- Louie, S. W. (2004). The effects of guided imagery relaxation in people with COPD. *Occupational Therapy International*, 11(3), 145-159. Doi: 10.1002/oti.203
- Malouff, J., Thorsteinsson, E., & Schutte, N. (2007). The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 46-57. Doi:10.1016/j.cpr.2005.12.005
- Martin, C. (2005). What does the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) really measure in liaison psychiatry settings?. *Current Psychiatry Reviews*, 1, 69-73. Doi: <http://dx.doi.org/10.2174/1573400052953510>
- McGowan, P. (2005). Self-management: A background paper. Recuperado de 2012 de http://telushealth.org/en/solutions/docs/Healthcare_self_management.pdf
- McGuigan, F. (1996). *Psicología experimental: Métodos de investigación*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Morales, T., Alfaro, O., Sánchez, S., Guevara, U., y Vázquez, F. (2007). Ansiedad y depresión por dolor crónico neuropático y nociceptivo. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(5), 479-484. Recuperado de <http://www.redalyc.org/>
- National Heart, Lung, and Blood Institute. (2007). National asthma education and prevention program. Expert panel report 3: guidelines for the diagnosis and management of asthma. Recuperado de www.nhlbi.org
- Nezu, A. M., y Nezu, C. M. (2008). Entrenamiento en solución de problemas. En V. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 327-553). España: Siglo XXI.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & D'Zurilla, T. J. (2007). *Solving life's problems: A 5-step guide to enhanced well-being*. USA: Springer.
- Noguera, M. J., Pérez, T., Barrientos, V., Robles, R., y Sierra, J. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS); Validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 29-37. Recuperado de <http://www.redalyc.org/>
- Opolski, M., & Wilson, I. (2005). Asthma and depression: a pragmatic review of the literature and recommendations for future research. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1(18), 1-7. Doi: 10.1186/1745-0179-1-18
- Ortega, J. A., y Fernández, V. M. (2009). Diagnóstico de asma. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 68(S2), S116-S122. Recuperado de www.medigraphic.com/
- Overholser, J. (1991). The use of guided imagery in psychotherapy: Modules for use with passive relaxation training. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 21(3), 159-170. Doi: 10.1007/BF00973115
- Peck, H., Bray, M., & Kehle, T. (2003). Relaxation and guided imagery: A school-based intervention for children with asthma. *Psychology in the Schools*, 40(6), 657-675. Doi: 10.1002/pits.10127
- Reynoso, L., Cortés, A., López, M., Guillén, C., López, M., Lugo, I., Paredes, E., y Rojas, J. (2009). *Manual de solución de problemas para padres*. Manuscrito inédito. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM.
- Reynoso, L., Seligson, I., Barrientos, I., y Miranda, F. (2005). *Medicina Conductual: Un modelo de atención a la salud*. Manuscrito inédito. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM.
- Ritz, T., Meuret, A. E., Trueba, A. F., Fritzsche, A., & von Leupoldt, A. (2013). Psychosocial factors and behavioral medicine interventions in asthma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(2), 231. Doi: 10.1037/a0030187
- Salas, J., Almagro, J., y Chapela, R. (2005). Programas de educación, esquemas de tratamiento. En: J. Salas, R. Chapela y M. Vargas. *Asma: Enfoque integral para Latinoamérica* (pp. 237-256). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Siegel, S., y Castellan, N. J. (2014). *Estadística no Paramétrica*. México: Editorial Trillas.
- Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax. (2005). Consenso mexicano de asma. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 64(SI), S7-S44. Recuperado de www.medigraphic.com/
- Stokes, J., & Bush, R. (2000). *Environmental asthma diagnostic approaches*. En: R. Bush (Ed) *Environmental Asthma* (pp. 183-204). EUA: Marcerl Dekker.
- Van Lieshout, R., & MacQueen, G. (2008). Psychological factors in asthma. *Allergy, Asthma and Clinical Immunology*, 4(1), 12-28. Doi: 10.1186/1710-1492-4-1-12
- Vázquez, F. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema*, 14(1), 516-522. Recuperado de <http://www.redalyc.org/>

- World Health Organization. (2011). *Asthma*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/>
- Yorke, J., Fleming, S., & Shuldham, C. (2007). Psychological interventions for adults with asthma: A systematic review. *Respiratory Medicine*, *101*, 1-14. Doi:10.1016/j.rmed.2006.04.003
- Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*, 361-370. Doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x