



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

---

---

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**EFFECTOS DE INTERVENCIONES COGNITIVO-  
CONDUCTUALES SOBRE LA ADHESIÓN  
TERAPÉUTICA Y LA REGULACIÓN EMOCIONAL  
DE PACIENTES CON ENFERMEDADES  
GASTROINTESTINALES Y ASMA**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

**NANCY PATRICIA CABALLERO SUÁREZ**

DIRECTOR DEL REPORTE: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

COMITÉ TUTORIAL: DR. JAVIER NIETO GUTIÉRREZ

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS

MTRO. FERNANDO VÁQUEZ PINEDA

MÉXICO, D. F.

MAYO, 2009



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

A la **Universidad Nacional Autónoma de México** por permitirme continuar con mi desarrollo profesional y personal.

Al **Dr. Juan José Sánchez Sosa**, por guiarme durante toda la maestría, por su tiempo, apoyo, enseñanzas y consejos no sólo para la elaboración de este trabajo sino para mi formación profesional. Lo admiro, respeto y aprecio, muchas gracias.

Al **Dr. Javier Nieto**, al **Dr. Samuel Jurado**, a la **Dra. Angélica Riveros** y al **Mtro. Fernando Vázquez**, por sus correcciones, comentarios y sugerencias que me ayudaron a afinar este trabajo.

Al **Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias**, fue muy agradable trabajar ahí durante un año.

Al **Dr. Martín Herrera** por darle gran importancia al trabajo del psicólogo en ámbitos hospitalarios, por su apoyo, motivación y buen humor.

A la **Dra. Margarita Fernández** por el apoyo incondicional, por confiar en mí y mi trabajo, por sus enseñanzas, consejos y por hacer posible mi proyecto de investigación, pero sobre todo por reiterarme la importancia del compromiso y la dedicación.

A la **Dra. Rocío Chapela**, por incluirme en su equipo de trabajo, por su gran apoyo para realizar mi proyecto de investigación, por dejarme aprender de ella, quien es un excelente médico y un mejor ser humano.

A la **Dirección de Enseñanza del INER**, en especial al **Dr. Jorge Salas**, por todo el apoyo.

A la **Dra. Elizabeth Ferreira**, por su excelente inducción cuando inicié la residencia en el INER, por su tiempo, sus consejos y enseñanzas.

A la **Asociación de Asma A. C.**, a todas las voluntarias (**Rocío, Petra, Ida, Paula, Araceli, Tere, Marbella, Norma, Guille, Sr. José, Gustavo**) y en especial a la presidenta la **Sra. Elsa Rodríguez** por todo el apoyo, por compartirme sus conocimientos, experiencias y por confiar en mi trabajo.

A **Areli** y **Sandy**, por orientarme, y ayudar a integrarme a la Clínica de Asma.

Al personal administrativo del INER: **Geo, las dos Lauras, Blanca, Leo, Reyna, Manolo, Jaime, Nestor**, por su amabilidad, cordialidad y apoyo. Quiero agradecer especialmente a **Martha, Elena** y **Anabel** por su amistad.

A mi colega **Fernando Austria** por sus asesorías, pero más por su amistad y buen humor, que hicieron más divertido mi paso por el INER.

A mi querida maestra **Rebeca Sánchez**, por todas sus enseñanzas y su apoyo en el ámbito profesional y personal.

A todos los **pacientes** que participaron y que hicieron posible este trabajo.

**Quiero agradecer y dedicar este trabajo a mis seres queridos que estuvieron a mi lado y que su apoyo me motivo a concluir la maestría.**

**Mamá y Papá:** han sido dos años difíciles para la familia, sin embargo, nos han permitido crecer como personas y como familia, además adquirir muchas enseñanzas; agradezco que me hayan enseñado la fortaleza para seguir adelante, agradezco su amor, apoyo, guía, comprensión y compañía, lo cual me ha permitido concluir esta meta, quiero que lo disfruten tanto como yo. Los amo.

**Juancho y Mamá María:** son personas muy significativas en mi vida, quiero agradecerles el estar siempre pendiente de mí y el apoyo incondicional, son parte importante de este logro. Los amo.

**Pato y Nacho:** sus enseñanzas me han motivado a mejorar en el ámbito personal y profesional, les agradezco el que estén a mi lado, su cariño y el apoyo incondicional.

**Miguel Ángel:** gracias por estar a mi lado y ser parte de una meta más, por todo lo que hemos compartido, por aprender de ti y contigo. Tu apoyo y comprensión fueron importantes para seguir con la maestría y con mi vida, lo diré aquí también, gracias por no soltarme de la mano y sobre todo no dejarme caer. Te amo.

**Lety:** amiga tu compañía fue muy importante, gracias por “reactivar” la amistad y convertirte en mi confidente, gracias por escucharme, aconsejarme y estar a mi lado, sin tu presencia me hubiera sido muy difícil seguir adelante. Te quiero.

**Haydeé e Ivonne:** gracias por todo lo que compartimos, momentos tristes, frustrantes, estresantes, pero también divertidos, agradables, reflexivos y alegres. Gracias por apoyarme en los momentos difíciles y por motivarme a seguir.

**Tere, Luisa y Marilucy:** gracias por su amistad y apoyo incondicional.

**Betsa, Rocío e Italivy:** gracias por compartir divertidas aventuras durante dos años y medio, espero que la experiencia de vivir aventuras juntas continúe.

Agradezco a las personas que estuvieron a mi lado cuando las necesite: **Nayhelli, Blanca, Mónica, Porfirio, Panchito, Roberto.**

Gracias a la familia **Ramírez Domínguez**, por las muestras de afecto, por abrirme las puertas de su casa y permitirme compartir con ellos momentos agradables y divertidos. Tengo presente que han estado conmigo y mi familia en momentos difíciles y eso es muy valioso para mí, gracias.

Dedico este trabajo a dos personas que me dejaron muchas enseñanzas y que recuerdo con mucho cariño: **Mariana y Alfredo.**

Dedico este trabajo con mucho cariño a: **Inci, Zoraida (“Chiquis”), Alfredo, Zair y Alejandro.**

# ÍNDICE

Resumen .....	I
Abstract .....	II
Introducción .....	III
Estudio uno: Efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y regulación emocional en pacientes con enfermedades gastrointestinales .....	1
Antecedentes .....	2
Método .....	12
Resultados .....	27
Discusión .....	39
Estudio dos: Efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y los niveles de ansiedad de pacientes asmáticos .....	45
Antecedentes .....	46
Método .....	56
Resultados .....	69
Discusión .....	109

Reporte de actividades profesionales .....	119
Medicina Conductual .....	120
Primer año de residencia: Hospital Juárez de México .....	127
Segundo año de residencia: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias .....	156
Competencias alcanzadas .....	172
Referencias .....	174
Anexos .....	188

## RESUMEN

Las enfermedades gastrointestinales (EG) y el asma constituyen problemas serios de salud por su prevalencia, por el sufrimiento que generan, por el deterioro que causan en la calidad de vida del paciente y su familia, y por los costos que entraña su tratamiento. Si estas enfermedades no se controlan provocan limitaciones graves en la vida del paciente, además de que una adhesión terapéutica defectuosa o insuficiente y la presencia sostenida de emociones negativas intensas interfieren con el tratamiento médico de la enfermedad. Con objeto de abordar los aspectos psicológicos de estos padecimientos, se llevaron a cabo dos investigaciones. En el **Estudio 1** se evaluó la efectividad de una intervención cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y la regulación emocional de pacientes con EG. Participaron tres mujeres, una con gastritis, otra con reflujo gastro-esofágico y una con ambos padecimientos. Se utilizó un diseño de sujeto único para estudio de casos. Se empleó un autoregistro conductual para recolectar datos de adhesión, frecuencia e intensidad de emociones y de síntomas, además del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario estado-rasgo de la expresión del enojo (IEREE). Finalmente, también se obtuvieron indicadores fisiológicos durante sesiones en que se intervino con protocolos de relajación profunda. Las pacientes presentaron cambios favorables en conductas de adhesión y regulación emocional lo cual repercutió en la disminución de sus síntomas. En el **Estudio 2** se evaluó la efectividad de una intervención cognitivo-conductual sobre la adhesión y los niveles de ansiedad de pacientes asmáticos. Participaron 14 mujeres y 1 hombre con diagnóstico confirmado de asma. Se realizó un ensayo clínico con 15 réplicas individuales del efecto del tratamiento. Se utilizó un sistema de autorregistro conductual para registrar conductas de adhesión, frecuencia de emociones y de síntomas; se hicieron registros de indicadores fisiológicos y se aplicó el BAI. Los resultados revelaron cambios estadísticamente significativos en las variables estudiadas.

**Palabras clave:** enfermedades gastrointestinales, asma, adhesión terapéutica, regulación emocional, intervención cognitivo-conductual.



## ABSTRACT

Some gastro-intestinal (GI) and respiratory tract diseases constitute severe health problems due to their prevalence, the high level of suffering they produce, the severe quality of life deterioration they cause in both patients and their immediate families, and the high costs of their treatment. If these diseases are not controlled they lead to acute limitations in the patients' functioning. In addition, low therapeutic adherence and the presence of intense sustained negative emotions tend to interfere with medical treatment. In order to address some key psychological aspects of these illnesses two clinical research studies were conducted. **Study I** examined, through a single subject design, the effectiveness of a cognitive-behavioral intervention on therapeutic adherence and emotional self-regulation on three women, one with gastritis, one with aoesophagic reflux and one with both diseases. Behavioral self-recording was used to collect data on adherence, frequency and intensity of emotions and symptoms and two questionnaires: the Beck Anxiety Inventory and the Spielberger state-trait anger expression scale. Finally psychophysiological indicators were recorded during sessions involving deep relaxation procedures. All patients showed significant improvement on adherence behaviors and emotional self-regulation which, in turn, seem to have led to symptom reduction. **Study II** examined the effectiveness of a cognitive-behavioral intervention on therapeutic adherence and anxiety of asthmatic patients. A total of 14 women and 1 man with confirmed asthma diagnostic participated. The study involved a clinical trial with 15 individual replications of the treatment effects. Data on therapeutic adherence, frequency of emotional reactions and symptoms were collected through behavioral self-recording. Other measurements also included the BAI and psycho-physiologic indicators. Results revealed statistical significant improvement on all studied variables.

**Key words:** digestive-tract diseases, asthma, treatment adherence, emotional regulation, cognitive behavioral intervention.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas son trastornos orgánico-funcionales que persisten por largo tiempo y que obligan a una modificación en el modo de vida del paciente. Una enfermedad crónica es también degenerativa cuando la función o la estructura de los tejidos u órganos afectados empeoran con el transcurso del tiempo (Beneit, 1992).

Las enfermedades crónico degenerativas representan un importante problema de salud pública en México debido a su alta prevalencia e incidencia y porque actualmente son las principales causas de muerte. Además del sufrimiento y el deterioro en calidad de vida que ocasionan, su atención genera un enorme gasto económico y personal. El incremento de las enfermedades crónicas está relacionado con el cambio del perfil epidemiológico en el que están involucrados varios factores como el control eficaz de algunas enfermedades infecciosas, los cambios en estilos de vida y el envejecimiento de la población.

Esta problemática de salud necesita abordarse de manera interdisciplinaria ya que estos padecimientos suelen requerir tratamientos médicos prolongados y complejos que entrañan un alto requisito de respuesta para pacientes y familiares. No sólo incluye tomar medicamentos sino también cambiar estilos de vida y modificar conductas de riesgo (Hotz, Kaptein, Pruitt, Sanchez-Sosa & Willey, 2003). Adicionalmente, diversos factores psicológicos como las reacciones emocionales y el estilo de afrontamiento que cada paciente adopta ante su padecimiento, y factores psicosociales como la presencia o ausencia de apoyo social, pueden tener efectos determinantes sobre el control de la

enfermedad o la recuperación de la salud y sobre el nivel de sufrimiento y disfunción que genera (Sánchez Sosa, 2002a). Estos factores además afectan la adhesión terapéutica y, por tanto, la efectividad de los tratamientos médicos. En efecto, la adhesión a los tratamientos médicos es una variable fundamental para que las enfermedades crónicas puedan controlarse y así disminuir complicaciones médicas y gastos en salud, además de que al estar controlada la enfermedad, la calidad de vida del paciente suele mejorar.

Durante todo el proceso de la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, aparición de complicaciones, etc.), es común que aparezcan emociones negativas como depresión, ansiedad, miedo, enojo, entre otras. Las emociones negativas intensas pueden generar sufrimiento adicional e interferir con la adhesión terapéutica, lo que tiene como consecuencia poco control de la enfermedad y aparición de complicaciones a corto plazo. Por lo tanto, las emociones negativas asociadas a la enfermedad médica y un manejo defectuoso del estrés son también variables importantes a las que se les debe poner atención para que no interfieran con el control de la enfermedad y el paciente pueda afrontarla de manera adecuada (Cohen, 1979).

Durante la Residencia de la Maestría en Medicina Conductual se tuvo la oportunidad de realizar dos investigaciones en donde se examinó la efectividad de intervenciones cognitivo-conductuales para mejorar las variables mencionadas (adhesión al tratamiento médico y emociones negativas asociadas a la enfermedad), uno de los estudios se realizó con pacientes con enfermedades gastrointestinales y el otro se realizó con pacientes con asma. De esta manera se pretende contribuir con datos relevantes para atacar el problema de salud que representan algunas enfermedades crónicas

degenerativas, con un enfoque interdisciplinario en el que participen médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales, entre otros profesionales de la salud.

El presente informe tiene la finalidad de dar a conocer las investigaciones realizadas en el Hospital Juárez de México y en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, sedes de la Residencia en Medicina Conductual, de la Maestría en Psicología, de la UNAM.

En la primera parte se presenta la investigación *Efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y regulación emocional en pacientes con enfermedades gastrointestinales (Estudio 1)*, realizada en el Hospital Juárez de México.

En la segunda parte se presenta la investigación *Efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y los niveles de ansiedad de pacientes asmáticos (Estudio 2)*, realizada en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Finalmente, en una tercera parte se presenta la descripción de las actividades académicas y clínicas realizadas en ambas sedes, así como el conteo de pacientes atendidos y sus características, esto con la finalidad de resaltar las habilidades y conocimientos adquiridos durante la residencia, así como la importancia de la presencia de psicólogos entrenados en Medicina Conductual dentro de instituciones de salud que aporten conocimientos para enfrentar el problema de salud que representan las enfermedades crónico degenerativas.

# ESTUDIO 1

Efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y regulación emocional en pacientes con enfermedades gastrointestinales.

## ANTECEDENTES

Los trastornos gastrointestinales constituyen uno de los problemas clínicos más frecuentes, que están adquiriendo una creciente importancia debido a su alta prevalencia (12% entre los adultos en los Estados Unidos y un predominio similar en el mundo) y un alto costo económico, social y personal (Mertz, 2003). De hecho, un alto porcentaje de las consultas de atención primaria y las consultas de gastroenterología las ocupan estos pacientes, además de que la respuesta al tratamiento médico es incompleta en una proporción elevada de individuos, los síntomas no ceden o reaparecen ocasionando cambios importantes en su vida cotidiana (Díaz-Rubio, 2002; Fernández, 1993).

La gastritis, la úlcera péptica (gástrica o duodenal) y la enfermedad por reflujo gastroesofágico son condiciones frecuentes, que se caracterizan por ser crónicas y recidivantes, además de generar síntomas molestos en extremo (dolor, vómito, diarrea, ardor, etc.), por lo que el bienestar de los pacientes se deteriora gravemente. Adicionalmente, los pacientes con estas enfermedades pueden tener consecuencias graves por la erosión progresiva de la mucosa intestinal, si no se tratan adecuadamente lo más frecuente es que ocurran hemorragias internas o perforación de alguna parte del intestino o del estómago, lo que puede llevar a la muerte del paciente. Estos padecimientos representan, además, un factor de riesgo para el desarrollo de tumores malignos, principalmente cáncer de estómago, esófago o colón (Manual CTO de Medicina y Cirugía, 2000; Moreira, Ramos y López, 2001). Por lo tanto, resulta crucial un adecuado tratamiento que reduzca la gravedad y persistencia de los síntomas, disminuya complicaciones, y mejore la calidad de vida del paciente (Mertz, 2003).

En México las úlceras, gastritis y duodenitis en el año 2005 sumaron 1,433,592 casos; la mayor frecuencia se presenta en el grupo de edad de 25 a 44 años (530,772 casos), lo cual indica que la mayoría de los pacientes con estos padecimientos se encuentran en edad productiva. En el Distrito Federal, en el mismo año se registraron 112,833 casos, de tal forma que representa el segundo estado con mayor prevalencia de estas enfermedades, sólo después del Estado de México (Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/SSA, 2005).

La gastritis crónica es una inflamación del revestimiento del estómago que se presenta gradualmente y que persiste por periodos prolongados. Es una lesión relativamente benigna inflamatoria de la mucosa gástrica, susceptible de originar la desaparición progresiva de glándulas gástricas (atrofia gástrica). Los principales signos y síntomas son: dolor en la zona central del abdomen superior (epigástrico, “boca del estómago”), ardor, náuseas, inflamación, pérdida de peso, indigestión abdominal, pérdida del apetito, vómito con o sin sangre o con un material similar a granos de café, heces negras e hipo (Manual CTO de Medicina y Cirugía, 2000; Moreira, Ramos y López, 2001).

La úlcera péptica es una lesión que afecta a la mucosa que recubre el estómago y el intestino, es una herida más o menos profunda localizada frecuentemente en el estómago (úlcera gástrica) o en la primera porción del intestino delgado, el duodeno (úlcera duodenal). El síntoma más frecuente es el malestar en la zona central del abdomen superior, con sensación de hambre dolorosa o acidez en el estómago, náuseas, vómito y ardor en la zona central del tórax (Moreira, Ramos y López, 2001).

La gastritis crónica puede estar ocasionada por irritación prolongada debido a anemia perniciosa (un trastorno autoinmune), degeneración del revestimiento del estómago por la edad o por reflujo biliar crónico. Actualmente se considera que son dos las causas principales tanto de la gastritis como de la úlcera péptica: la infección por la bacteria *Helicobacter pylori* y el consumo de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (Moreira, Ramos y López, 2001).

El tratamiento para los trastornos digestivos como la úlcera péptica y la gastritis crónica tiene en común aspectos como:

- Tratamiento farmacológico para controlar síntomas: dolor abdominal, diarrea, estreñimiento, acidez.
- Tratamiento farmacológico para eliminar la infección por *Helicobacter pylori*, en caso de que sea la causa del trastorno.
- Suspensión de los fármacos antiinflamatorios, en caso de que sea la causa del trastorno.
- Recomendaciones higiénico-dietéticas: no automedicarse, evitar sedentarismo, comer en horarios establecidos (sin periodos prolongados de ayuno), evitar alcohol, tabaco, café, chocolate, refrescos, seguir dieta baja en grasa y rica en proteínas con aumento de fibra dietética.
- Tratamiento psicológico para que el paciente regule sus reacciones emocionales mediante el manejo del estrés, mismo que agrava los síntomas (Tarraga, 2004).

El reflujo gastroesofágico consiste en el movimiento (reflujo) del contenido del estómago al esófago. La enfermedad por reflujo gastroesofágico no tiene una definición precisa pero suele ser crónica; se puede definir por la presencia



de síntomas (ardor que asciende hasta la boca) o lesiones inflamatorias del esófago, que se aprecian endoscópicamente y que son secundarias al reflujo gastroesofágico. Las lesiones inflamatorias reciben el nombre de esofagitis y no la presentan todos los enfermos con ardor. El síntoma más frecuente es la pirosis o ardor con sensación de quemazón por detrás del esternón, que asciende hasta la boca. Este síntoma aparece en el 75% de los pacientes, y se presenta especialmente después de las comidas y puede alterar el sueño. Otros síntomas son poco frecuentes: detención del alimento en su trayecto hacia el estómago, dolor al paso de la comida por el esófago, inflamación de la laringe, ronquera, tos, etc. En las etapas avanzadas del padecimiento la disfagia es la molestia más notable, esta es progresiva y lenta y afecta al estado nutricional del paciente (Gómez, 2003; Moreira, Ramos y López, 2001).

El tratamiento médico incluye fármacos para disminuir/suprimir la acidez gástrica y para acelerar el vaciado esofágico y del estómago; además de recomendaciones higiénico-dietéticas como no fumar, no tomar alcohol, realizar comidas no abundantes, reducir el consumo de alimentos ácidos y condimentados, entre otros. Por tratarse de una enfermedad crónica puede requerir tratamiento muy prolongado (Moreira, Ramos y López, 2001).

Los pacientes con trastornos digestivos generalmente son poco adherentes al tratamiento y a las recomendaciones médicas debido a que estos trastornos se caracterizan por periodos de ausencia de sintomatología y periodos de agravamientos de la misma, de modo que el paciente abandona el tratamiento al desaparecer los síntomas y se hacen comunes las recaídas (Reynoso y Seligson, 2005).

Aunado a lo anterior, se ha reconocido que la ansiedad, el enojo y el estrés son elementos implicados en los trastornos digestivos como desencadenantes o exacerbantes de los síntomas (Mayer, Naliboff & Chang, 2002; Nadales, 1998; Sharma, Ghosh & Spielberger, 1995). Pacientes vistos en las clínicas, particularmente los atendidos por síndrome del intestino irritable (SII), parecen presentar frecuentemente estrés y problemas similares asociados con su enfermedad (Mertz, 2003). Por lo tanto, la incidencia de estrés como condición agravante de la sintomatología es evidente, aunque no se considera directamente un factor etiológico.

Como resultado de los avances metodológicos y técnicos generados, así como del progresivo incremento de la investigación en el ámbito de la medicina conductual, numerosos trastornos gastrointestinales (particularmente la incontinencia fecal, el SII, las úlceras pépticas y ciertas alteraciones de la motilidad esofágica) han pasado a ser analizadas desde una perspectiva bioconductual, en donde los factores psicológicos juegan un papel fundamental no sólo en la etiología y curso de los trastornos digestivos, sino también en su prevención y tratamiento efectivo (Simón, 1996; Simón y Duran, 2000).

Se ha reconocido la existencia de por lo menos tres mecanismos conductuales que pueden estar implicados en la etiología y/o mantenimiento de los trastornos gastrointestinales (Whitehead & Schuster, 1985).

1. La respuesta de estrés, considerada como una reacción psicofisiológica compleja ocasionada por eventos ambientales aversivos o amenazantes, habitualmente se acompaña de estados subjetivos de ansiedad o depresión y

que se considera una característica común a muy diversos trastornos psicofisiológicos que preceden al comienzo y/o exacerbación de los síntomas (Simón, 1996; Simón & Duran, 2000).

En la respuesta al estrés, existen muchas diferencias individuales tanto en el umbral necesario para desencadenar las reacciones emocionales y psicósomáticas como en la especificidad y manifestación predominante de la misma en un sistema psicofisiológico concreto. Así, la hipótesis del estrés ha recurrido al concepto de vulnerabilidad, entendido como una tendencia o predisposición psicobiológica a reaccionar de forma intensa (hiperactividad psicofisiológica) y con un patrón específico de respuestas ante los eventos ambientales estresantes. Dentro de este contexto, hay que considerar que la activación producida por el organismo puede ser reducida a través de estrategias de afrontamiento adecuadas al estresor, con lo que se trasladaría el papel de la vulnerabilidad a la competencia aprendida, así como al hecho de la evaluación subjetiva que el individuo hace de las situaciones amenazadoras (Cohen, 1979; Simón, 1996).

Los resultados de la investigación sobre la contribución del estrés en los trastornos gastrointestinales han llevado a la aplicación de diversas técnicas de modificación de conducta con el objetivo de dotar a los individuos de habilidades de afrontamiento y de regulación emocional.

2. Los procesos de condicionamiento clásico explican la ocurrencia de determinadas reacciones psicofisiológicas en circunstancias aversivas o que provocan ansiedad sólo a ciertos sujetos en función de su historia de aprendizaje, de tal manera que, muchos síntomas gastrointestinales ocurren

con frecuencia en situaciones no estresantes. En este sentido, diversos resultados señalan que la motilidad del colón puede ponerse bajo el control de estímulos ambientales por medio de condicionamiento clásico (DiCara, Braum & Papas, 1970). El hecho de que el condicionamiento clásico pueda explicar la ocurrencia de los síntomas en algunos sujetos con trastornos gastrointestinales, apoya la utilización de algunos programas de tratamiento como la desensibilización sistemática (Whitehead & Schuster, 1985).

3. El condicionamiento operante alude al aprendizaje de un comportamiento de enfermedad crónica en función de contingencias de reforzamiento específicas. La conducta de enfermedad se conceptualiza como cualquier actividad emprendida por un individuo que se percibe a sí mismo como enfermo, para definir el estado de su salud y describir un remedio adecuado (Cohen, 1979; Sarafino, 1990).

El condicionamiento operante no sólo explica los efectos referentes al aprendizaje y mantenimiento de las conductas de enfermedad, sino también al aprendizaje y la modificación de respuestas fisiopatológicas específicas en pacientes con alteraciones gastrointestinales. En esta dirección, los experimentos realizados con técnicas de biofeedback sugieren que es posible modificar diversas respuestas gastrointestinales (Cohen, 1979; Simón y Durán, 2000).

A partir de la explicación del inicio, aumento y mantenimiento de síntomas en los trastornos digestivos a través de los tres mecanismos conductuales mencionados, se han empleado varias técnicas de modificación de conducta para complementar el tratamiento médico de los trastornos gastrointestinales,

las cuales incluyen entrenamiento de la reducción de ansiedad (biofeedback, técnicas de relajación), entrenamiento en habilidades de afrontamiento y manejo del estrés (reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, solución de problemas, habilidades interpersonales) y extinción de respuestas de ansiedad mediante desensibilización sistemática, manejo de contingencias, etc. (Sánchez-Sosa, 2008).

Diversos resultados de investigación han mostrado que la psicoterapia, específicamente la modalidad cognitivo-conductual (Blanchard, et al., 1992; Blanchard, Radnitz, Schwarz, & Neff, 1987; Blanchard, Schwarz & Neff, 1988; Lynch & Zamble, 1987; Lynch & Zamble, 1989; Neff, 1986; Neff & Blanchard, 1987; Schwarz, Blanchard & Neff, 1986), el control de estrés (Bannett & Wilkinson, 1985; Voirol & Hipolito, 1987) y la hipnosis (Whorwell, Pior & Faragher, 1984; Whorwell, Pior & Colgan, 1987) resultan efectivas para el tratamiento de trastornos gastrointestinales; los tratamientos conductuales pueden resultar más efectivos que el control médico para algunos tipos de incontinencia fecal, vómito, úlceras pépticas y ciertas alteraciones de la motilidad esofágica (Whitehead, 1992).

Neff y Blanchard (1987) evaluaron la efectividad de tratamientos cognitivo-conductuales para pacientes con SII, que incluyen psicoeducación, entrenamiento en relajación muscular progresiva, biofeedback y entrenamiento en habilidades de afrontamiento al estrés a lo largo de doce sesiones distribuidas en ocho semanas (dos sesiones en las primeras cuatro semanas y una sesión en las cuatro restantes). Un primer estudio, realizado por estos autores, con cuatro pacientes tuvo como resultado la disminución de los síntomas en dos de los cuatro pacientes y un mantenimiento de esta mejora a

lo largo de dos años de seguimiento. Un segundo estudio mostró la efectividad del tratamiento al compararse con una condición de registro de síntomas únicamente, los resultados para el grupo de tratamiento incluyó la mejora de los síntomas en seis de diez participantes.

Se han hecho diversas réplicas del programa de tratamiento propuesto por Neff y Blanchard (1987), (Blanchard, et al., 1992; Blanchard, Radnitz, Schwarz, & Neff, 1987; Blanchard, Schwarz & Neff, 1988; Lynch & Zamble, 1987; Lynch & Zamble, 1989; Neff, 1986; Schwarz, Blanchard & Neff, 1986). En general, los resultados denotan una respuesta favorable en un 50-60% de los pacientes y el mantenimiento de la mejoría a uno y cuatro años de seguimiento.

Otros estudios han revelado que el entrenamiento en asertividad, biofeedback y relajación profunda también reducen la frecuencia e intensidad de los síntomas de pacientes con úlcera (Brooks & Richardson, 1980). Sin embargo, los tratamientos conductuales prácticamente se han abandonado ante la aparición de tratamientos farmacológicos altamente efectivos para el control de las úlceras pépticas (Whitehead, 1992). A pesar de dichos tratamientos médicos el tratamiento psicológico para estos pacientes resulta clave ya que el tratamiento médico va acompañado de modificaciones en la dieta y en conductas de riesgos (fumar y beber alcohol, café), además de la ya documentada relación entre emociones y reacciones fisiológicas.

Considerando la importancia de los trastornos gastrointestinales y los principales hallazgos en la literatura de investigación acerca de su relación con aspectos psicológicos, continúa siendo indispensable un tratamiento adecuado,

tanto médico como psicológico, que reduzca la frecuencia y gravedad de los síntomas y evite complicaciones: el paciente tendrá que tomar sus medicamentos, adherirse a un régimen alimenticio, realizar ejercicio regularmente y regular sus emociones, entre otras actividades.

A pesar de los resultados favorables informados en las investigaciones, en cuanto a la reducción de sintomatología, la gran mayoría de los estudios han descuidado las variables de adhesión a la toma de medicamentos y la modificación de estilos de vida tales como régimen alimenticio inadecuado, sedentarismo y conductas de riesgo (fumar, beber alcohol, tomar café) que representan elementos importantes para el tratamiento integral de trastornos gastrointestinales y que ayudarían a reducir aún más y/o más rápido la frecuencia, duración e intensidad de los síntomas.

De esta manera, el objetivo de la presente investigación fue evaluar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual sobre la adhesión al tratamiento y la regulación emocional de pacientes con gastritis, úlcera péptica o enfermedad por reflujo gastroesofágico.

La hipótesis principal plantea que la intervención cognitivo-conductual:

- Aumentará la adhesión terapéutica (medicamentos, régimen alimenticio, conductas de riesgo) en los pacientes con gastritis, úlcera péptica o enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- Disminuirá la frecuencia e intensidad de emociones negativas (ansiedad, enojo) en los pacientes.
- Disminuirá la frecuencia e intensidad subjetiva de síntomas en los pacientes.

## MÉTODO

### **Participantes.**

Se invitó a participar a diez pacientes que acudieron al Servicio de Endoscopía del Hospital Juárez de México a realizarse estudio de endoscopía para confirmar un diagnóstico clínico de gastritis crónica, úlcera péptica o reflujo gastroesofágico.

- 4 aceptaron participar pero no acudieron.
- 3 no aceptaron participar.
- 3 aceptaron participar y concluyeron la intervención.

### *Criterios de inclusión.*

1. Pacientes adultos, hombres y mujeres, diagnosticados con alguna de las siguientes enfermedades:

- Gastritis
- Úlcera péptica (gástrica o duodenal)
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico

2. Con diagnóstico confirmado por endoscopía.

3. Que se encontraban bajo tratamiento médico en el Hospital Juárez de México.

### *Criterios de exclusión.*

1. Pacientes que estuvieran expuestos a otra intervención psicológica.

2. Pacientes que se retiraran voluntariamente del estudio.

Las Tablas 1 y 2 presentan los datos sociodemográficos de los pacientes, así como tipo de enfermedad, tiempo de evolución, tiempo y tipo de tratamiento.



**Tabla 1**

Características sociodemográficas de los participantes.

	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Edo. civil</b>	<b>Escolaridad</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Diagnóstico</b>
Paciente 1	F	61	Casada	Carrera técnica	Hogar	ERGE
Paciente 2	F	48	Casada	Secundaria	Hogar	Gastritis crónica
Paciente 3	F	69	Casada	Primaria	Hogar	ERGE Gastritis crónica

**Tabla 2**

Diagnóstico, tiempo de evolución y tratamiento de los padecimientos de los pacientes.

	<b>Tiempo de diagnóstico</b>	<b>Tiempo con tratamiento</b>	<b>Tipo de tratamiento</b>
Paciente 1	5 años	3 años	Medicamentos y modificación de hábitos.
Paciente 2	8 años	2 meses	Medicamentos y modificación de hábitos.
Paciente 3	8 años	4 años	Medicamentos y modificación de hábitos.

**Diseño.**

Se utilizó un diseño de caso único (n=1) en el que se examinaron 3 réplicas individuales del efecto clínico de la intervención (McGuigan, 1997).

**Variable independiente.**

1. Intervención para incrementar adhesión terapéutica y regulación emocional.

*Definición conceptual.* Intervención psicológica basada en técnicas cognitivo-conductuales, educativa de entrenamiento en habilidades para el cuidado de la salud.

*Definición operacional.* La intervención se integra por seis módulos:

1. Psicoeducación, 2. Adhesión al medicamento, 3. Adhesión al régimen alimenticio, 4. Adhesión al ejercicio físico, 5. Regulación emocional y 6. Prevención de recaídas. La intervención se administró en sesiones grupales programadas semanalmente, cada sesión duró aproximadamente 90 minutos en las que se instrumentaron las intervenciones pormenorizadas más adelante en la sub-sección de Procedimiento.

### **Variables dependientes.**

1. Adhesión terapéutica.

*Definición conceptual.* Proceso por el cual el paciente realiza una serie de esfuerzos, que ocurren durante el curso de la enfermedad, para alcanzar las demandas conductuales relacionadas con el tratamiento impuesto para cada padecimiento (Hotz, Kaptein, Pruitt, Sánchez-Sosa & Willey, 2003).

*Definición operacional.* Autoregistro diario de las siguientes conductas:

- Toma de medicamento: los pacientes registraron el horario en que tomaban su medicamento y la dosis que utilizaban. Se verificó en su receta médica cómo estaba indicado el medicamento y se obtuvo el porcentaje semanal de toma adecuada, comparando su registro con la dosis y el horario que había indicado el médico, de tal forma que el 100% significa que el paciente tomó su medicamento tal cual lo indicó el médico durante la semana.
- Régimen alimenticio: los pacientes registraron el número de veces que cumplían con su régimen alimenticio (alimentos permitidos) y anotaban el

horario en que realizaban sus comidas. Se obtuvo el porcentaje semanal de seguimiento adecuado del régimen, de tal forma que si el paciente cumplía comiendo alimentos permitidos en los horarios establecidos (desayuno, colación [comida ligera o refrigerio], comida, colación y cena) se consideraba que había cumplido con su régimen alimenticio al 100%.

- Realización de ejercicio: los pacientes registraron la frecuencia y la duración con que realizaban actividad física.
- Conductas de riesgo (beber alcohol, tomar café, fumar): los pacientes registraron la frecuencia con que realizaban conductas de riesgo como tomar café, tomar refresco, tomar bebidas alcohólicas, fumar.

## 2. Ansiedad.

*Definición conceptual.* Estado emocional displacentero de miedo o aprensión, bien en ausencia de un peligro o amenaza identificable, o bien cuando dicha alteración emocional es claramente desproporcionada en relación a la intensidad real del peligro. Se caracteriza por una gran variedad de síntomas somáticos como temblor, hipertonia muscular, hiperventilación, sudoración, palpitaciones, etc. Aparecen también síntomas cognitivos como aprensión e inquietud, hipervigilancia y otros síntomas relacionados con la alteración de la alerta, tales como dificultad para concentrarse, distractibilidad e insomnio (Farré, Laceras y Casas, 2001).

*Definición operacional.* Respuestas de los participantes al Inventario de Ansiedad Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI), autoregistro diario en el carnet de la frecuencia e intensidad con la sintieron la emoción (en una escala del cero al diez, donde cero significa no sentir ansiedad y 10 significa estar muy

ansioso), indicadores fisiológicos (frecuencia cardíaca y tensión arterial) medidas antes y después del entrenamiento en relajación.

### 3. Enojo.

#### *Definición conceptual.*

Enojo estado. Fenómeno emocional marcado por sentimientos de naturaleza subjetiva, de intensidad variable que van de una leve molestia o irritación a la intensa furia e ira; generalmente está acompañado por tensión muscular y activación del sistema nervioso (Spielberger, 1988).

Enojo rasgo. Disposición a percibir un amplio rango de situaciones como frustrantes o molestas, así como una tendencia a responder a tales situaciones con elevaciones frecuentes de enojo estado (Spielberger, 1988).

*Definición operacional.* Respuesta de los participantes al Inventario Estado-Rasgo de la Expresión del Enojo (IEREE) y autoregistro diario en el carnet de la frecuencia e intensidad con la sintieron la emoción (en una escala del cero al diez, donde cero significa no sentir enojo y 10 significa estar muy enojado).

### 4. Síntomas de la enfermedad.

*Definición conceptual.* Dolor, ardor, inflamación, diarrea, estreñimiento, meteorismo, náuseas, vómito, acidez.

*Definición operacional.* Autoregistro diario en el carnet, de la frecuencia e intensidad con la que percibieron los síntomas (en una escala del cero al diez, donde cero significa que no hay molestia y 10 significa que el síntoma es muy molesto).

## **Instrumentos.**

- Registro conductual en forma de un cuadernillo tamaño pasaporte coloquialmente denominado “carnet” que contenía espacios señalados con pictogramas que representaban cada conducta a registrar y espacios para marcar la ocurrencia de cada una, suficientes para una semana. El carnet se utilizó para la evaluación de adhesión terapéutica, frecuencia e intensidad de emociones y síntomas. Este carnet se diseñó con las variables que la literatura señala como las más relevantes para pacientes con los padecimientos en cuestión y se basó en el propuesto por Cortazar-Palapa, Riveros y Sánchez-Sosa (2004) para pacientes diabéticos e hipertensos. Estos sistemas de autorregistro están diseñados para facilitar un registro conductual confiable, aun en pacientes con baja escolaridad y ya han mostrado niveles razonables de confiabilidad en otros estudios recientes (Sánchez Sosa & Alvarado, 2008).

- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Versión en español del Beck Anxiety Inventory (BAI) que es una de las escalas de auto-aplicación para evaluar sintomatología ansiosa más utilizada en la última década (véase Anexo 2). Esta escala fue desarrollada por Beck en 1988 para evaluar específicamente la gravedad de los síntomas de ansiedad en una persona. El BAI consta de 21 reactivos, cada uno de los cuales se califica en una escala de cuatro puntos, en donde 0 significa “poco o nada” y 3 gravemente (“severamente”) del síntoma en cuestión; la suma de los puntos indica la intensidad de la ansiedad de la siguiente manera:

1. de 0 a 5 ansiedad mínima
2. de 6 a 15 ansiedad leve
3. de 16 a 30 ansiedad moderada
4. de 31 a 63 ansiedad grave ("severe")

Las propiedades psicométricas del BAI se han estudiado tanto en población general como psiquiátrica, adolescentes y adultos, y ha demostrado tener alta consistencia interna (alfa superior a .90), así como validez convergente adecuada (correlaciones mayores a .50) y validez divergente moderada (correlaciones menores a .60) (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001).

- Inventario estado-rasgo de la expresión del enojo (IEREE).

Versión en español del State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI; Spielberger, 1988) validado y estandarizado para adolescentes mexicanos por Vázquez-Casals (1994). Es un instrumento de papel y lápiz compuesto por 35 reactivos y consta de tres escalas: enojo estado, enojo rasgo y expresión del enojo. Cada escala tiene diez reactivos. La escala de enojo estado mide la intensidad auto-percibida de enojo en un momento particular, la escala enojo rasgo mide las diferencias individuales en la disposición a experimentar enojo y la escala de expresión enojo se refiere a la forma en que el sujeto demuestra el enojo. Las tres escalas poseen una adecuada validez de constructo y una consistencia interna de .81 (Véase el Anexo 3).

- Entrevista semiestructurada (Anexo 4).

Diseñada especialmente para esta investigación con el objetivo de recabar información sobre datos generales, diagnóstico, tratamiento y estilo de vida.

- Carta de consentimiento informado (Anexo 5).

Realizada conforme a lo estipulado en el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología [SMP], 2007), establece las características del estudio en el que el paciente participa, los beneficios potenciales y los compromisos que adquiere. Hace énfasis en la confidencialidad de los

resultados, en que el aceptar participar y la permanencia en el estudio es voluntaria y si el paciente decidía retirarse del estudio no habría consecuencia alguna.

### **Materiales de apoyo a la intervención.**

- Rotafolio o pizarrón, hojas blancas.
- Plumas, lápices, gises, plumones.
- Imágenes del sistema digestivo y fotografías de endoscopías.
- Trípticos con información de cada sesión.
- Esfigmomanómetro digital automático.

### **Procedimiento.**

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital Juárez de México, con el apoyo de los Jefes de Servicio de Medicina Interna y Endoscopía. El procedimiento se estableció por etapas:

#### *Etapa inicial.*

Los pacientes se reclutaron en la sala de espera del servicio de endoscopía del Hospital Juárez de México. Se invitaba a participar a los pacientes una vez que se corroboraba su diagnóstico de gastritis crónica, úlcera péptica o enfermedad por reflujo gastroesofágico, a través de su estudio endoscópico.

Los pacientes escuchaban una descripción general de la intervención en la que se hacía énfasis en el papel de los factores psicológicos y conductuales sobre su enfermedad y tratamiento y se les explicaban los potenciales beneficios que podrían obtener si aceptaban participar. Una vez que el paciente aceptaba

participar en la intervención se leía junto con él una carta de Consentimiento Informado (véase el Anexo 5) y se le pedía que la firmara.

Posteriormente, se instruía a cada participante en el llenado del carnet, se describía cada conducta que tenía que registrar, cómo lo tenía que hacer y por cuánto tiempo, dando ejemplos con su medicamento prescrito y sus actividades del día anterior. Se le entregaba un carnet para que registrara durante una semana y se le daba una cita, indicando el lugar del hospital dónde tenía que asistir.

A la siguiente semana se realizaba una entrevista semiestructurada de manera individual para recabar datos generales, antecedentes de la enfermedad, tratamientos recibidos, medicamentos y dosis, y estilo de vida. Además se realizaba la evaluación inicial de manera individual, correspondiente a la línea base, esto incluía la aplicación de instrumentos BAI, IEREE y el registro en el carnet una semana más.

#### *Etapa intermedia.*

A la siguiente semana, después de la evaluación, se iniciaba la aplicación de la intervención la cual se administró en sesiones grupales programadas semanalmente, cada sesión duró aproximadamente 90 minutos, todas las sesiones se llevaron a cabo en un aula del edificio de Enseñanza del hospital. La intervención estuvo compuesta por los siguientes módulos:

- **Psicoeducación.** El objetivo de este módulo fue que al final el paciente pudiera identificar la importancia del tratamiento psicológico y la relación entre su enfermedad y su comportamiento. En este módulo se proporcionaba



información a los pacientes acerca de su enfermedad y su interacción con sus emociones, cogniciones y conductas. A través de términos sencillos e imágenes se les explicaba a los pacientes su enfermedad, los síntomas, el tratamiento y las posibles complicaciones, de tal forma que se mostraba la relevancia de involucrarse con el tratamiento y de realizar cambios en su estilo de vida.

- Adhesión al medicamento. El objetivo de este módulo fue que el paciente adquiriera estrategias para tomar adecuadamente su medicamento y seguir las indicaciones médicas. En este módulo se utilizaron técnicas como:

- Entrenamiento en solución de problemas. Se utilizó la técnica de solución de problemas (D’Zurilla & Godfried, 1971; Nezu & Nezu, 1991) para ayudar a los pacientes a identificar y resolver los problemas por los cuales no toman su medicamento o no siguen las indicaciones del médico, como lo son olvidos, no tener dinero para conseguir medicamento, no entender las indicaciones del médico, no asistir a citas médicas, entre otros. A través de esta técnica se identificaron las principales barreras para la adhesión al tratamiento médico y se buscaron opciones de solución para enfrentarlas y mejorar la adhesión.
- Reestructuración cognitiva. Esta técnica se utilizó con el objetivo de identificar y modificar pensamientos y creencias distorsionadas (Beck, 2000) relacionadas con el tratamiento médico que interfieren con la adhesión.
- Control de estímulos. El objetivo de esta técnica fue entrenar a los pacientes en estrategias que les facilitaran seguir las indicaciones médicas. Esta técnica implica la manipulación del ambiente para presentar información nueva o señales de referencia para que el paciente

lleve a cabo la conducta deseada, en este caso, la toma de medicamentos (Rodríguez, 1999). Durante este módulo, se les plantaba a los pacientes que para evitar olvidar su medicamento podían reacomodar su ambiente (casa, oficina) y ocupar señales directas (dejar su medicamento en su buró, en la cocina; preparar paquetes de dosis individuales del medicamento para cargar en la bolsa, etc.) o indirectas (alarmas en reloj o celular, notas recordatorias, etc.).

- Manejo de contingencias (Skinner, 1969). A través de reforzamiento positivo, reforzamiento negativo, modelamiento, se intentó incrementar la cantidad y frecuencia de conductas de salud, como el tomar adecuadamente los medicamentos y acudir a las citas médicas, además de disminuir las conductas indeseables como la automedicación, los olvidos, el uso de remedios caseros en lugar de medicamentos.
  
- Adhesión al régimen alimenticio y al ejercicio físico. El objetivo de este módulo fue que los pacientes conocieran la importancia de seguir un régimen alimenticio y de realizar ejercicio físico, además de adquirir estrategias para realizar y mantener estas conductas:
  - Entrenamiento en solución de problemas. Esta técnica se utilizó en este módulo para identificar y enfrentar los problemas o barreras que los pacientes presentan para seguir su régimen alimenticio y realizar actividad física. Por ejemplo, el no comer refrigerio, no hacer ejercicio por no tener tiempo, no seguir la dieta por falta de dinero, entre otros; al final se propusieron opciones para resolver esos problemas.
  - Entrenamiento en habilidades sociales (Caballo, 1991). Se entrenó a los pacientes para que desarrollara habilidades que les facilitaran

seguir su régimen alimenticio como el ser asertivo y decir que no ante la invitación de alimentos no permitidos en reuniones sociales o fiestas, el pedir apoyo a amigos o familiares para consumir alimentos permitidos.

- Disminución de requisito de respuesta, aproximaciones sucesivas (Skinner, 1969). Se pretendía que los pacientes modificaran su régimen alimenticio y la cantidad de actividad física a través de incrementos o cambios graduales y de hacer más sencilla y agradable la realización de esas conductas.
- Regulación emocional (ansiedad y enojo). El objetivo de este módulo fue que los pacientes aprendieran estrategias de regulación emocional, que les permitiera enfrentar de forma adecuada su enfermedad:
  - Reestructuración cognitiva (Beck, 2000). Esta técnica se utilizó para entrenar a los pacientes a identificar la relación entre sus pensamientos, emociones y conductas, y cómo los pensamientos, cuando son distorsionados, pueden intensificar las emociones. Después se entrenó a los pacientes a identificar y modificar las distorsiones cognitivas que incrementaban o intensificaban emociones negativas, principalmente la ansiedad y el enojo.
  - Entrenamiento en solución de problemas. En el caso de que el paciente experimentara ansiedad o enojo y no tuviera distorsiones cognitivas, se utilizaba la técnica de solución de problemas para identificar y delimitar la situación generadora de la emoción y buscar opciones de solución para enfrentar la situación problema.
  - Entrenamiento en habilidades sociales. Con esta estrategia se enseñó a los pacientes habilidades para la adecuada expresión de emociones,

asertividad, comunicación efectiva (componentes no verbales, lingüísticos y para lingüísticos), hacer peticiones.

- Entrenamiento en relajación diafragmática y autógena. Se utilizó para disminuir las repuestas fisiológicas que acompañan a la ansiedad o el enojo, que permiten al paciente enfrentar adecuadamente la situación generadora de ansiedad o enojo. Se pretendía que una vez que los pacientes dominaran las habilidades de relajación en un ambiente controlado (como el consultorio o una habitación sin ruido), pudieran aplicarlas en situaciones reales.

La respiración diafragmática es un ejercicio sencillo en el que se entrena al paciente a respirar profundamente a través de su diafragma, lo que permite disminuir la tasa de respiración y la demanda de oxígeno, estos cambios son incompatible con la respuesta de estrés.

La relajación autógena consiste en entrenar al paciente a crear un estado de relajación profundo mediante autoafirmaciones positivas dirigidas a varias partes del cuerpo, relacionándolas con diferentes sensaciones de tranquilidad (Schultz & Luthe, 1969).

Para realizar el entrenamiento en relajación, se les explicaba a los pacientes cada una de las técnicas en términos sencillos, después se les pedía adoptar una postura cómoda y colocar una mano en el pecho y otra en el abdomen para que identificaran los movimientos de su respiración, se modeló como tenían que inhalar y exhalar, se les dio retroalimentación de manera individual, se les indicó cuántas veces tenían que realizar el ejercicio y los tiempos para inhalar y exhalar, finalmente se les mencionaron frases para ejemplificar la relajación autógena. Los ejercicios de relajación, se realizaron una vez que los pacientes dominaban las técnicas, se realizaron durante dos sesiones,

en cada una se tomaron los indicadores fisiológicos antes y después del ejercicio y dichos ejercicios fueron guiados por el terapeuta.

- **Prevención de recaídas.** En este módulo se examinaban las metas alcanzadas por el participante durante la intervención, se reafirmaban las técnicas aprendidas y se analizaban opciones para prevenir recaídas. La prevención de recaídas tiene el objetivo de identificar y prevenir las situaciones de alto riesgo para recaer en conductas no saludables, es importante educar sobre las recaídas y establecer con el paciente que una recaída no es un error, sino una forma de aprender y poner en práctica las estrategias adquiridas (Witkiewitz & Marlatt, 2004).

Durante toda la intervención se realizaron mediciones semanales a través del carnet de adherencia. Además se obtuvieron las mediciones fisiológicas, registradas por el terapeuta, antes y después de las sesiones en las que se realizaron los ejercicios de relajación. Para medir la tensión arterial y la frecuencia cardíaca se utilizó el esfigmomanómetro digital.

#### *Etapa final.*

A la siguiente semana, después de que concluyó la intervención se realizó la evaluación final consistente en la aplicación de los instrumentos BAI, IEREE. Se entregaron al paciente cuatro carnets en blanco para que los llenara durante las semanas de seguimiento.

#### *Etapa de Seguimiento.*

Esta etapa consistió en la aplicación de instrumentos (BAI, IEREE) después de un mes de haber concluido la intervención. Los pacientes entregaron los

carnets de adherencia que llenaron durante cuatro semanas sin tratamiento, esto con la finalidad de conocer si los cambios obtenidos se mantuvieron a través del tiempo y se generalizaron, o si hubo recaídas.

Los datos obtenidos a través de los carnets que se entregaban semanalmente en donde los pacientes registraban diario, se resumieron a un dato por semana: dos de línea base, seis de tratamiento y tres de seguimiento.

## RESULTADOS

Para observar los cambios clínicos en las tres pacientes que participaron a continuación se presentan los datos resumidos en tablas y figuras que muestran los cambios en cada una de las variables en estudio.

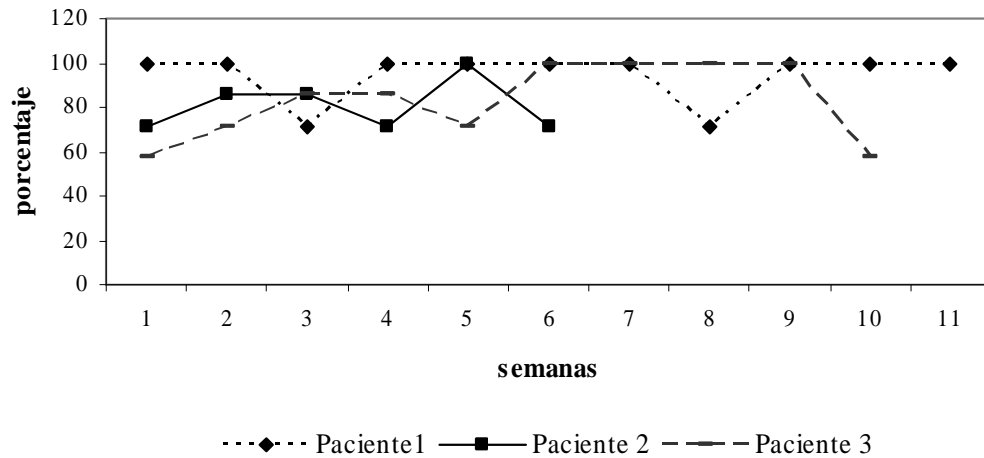
Primero se presentan los datos obtenidos con los registros conductuales en relación a toma de medicamentos, seguimiento del régimen alimenticio y conductas de riesgo (adhesión al tratamiento). Posteriormente se presentan los datos de las variables de ansiedad y enojo (los datos obtenidos con el registro conductual, con los instrumentos psicométricos y los indicadores fisiológicos). Al final se presentan los cambios en relación a la frecuencia con la que los pacientes reportaron sentir los síntomas de su padecimiento.

Cabe mencionar que la intensidad subjetiva de los síntomas y de las emociones no lo registraron las pacientes por lo que no se reporta en los resultados. Las pacientes sólo reportaron tomar café y refresco como conductas de riesgo, ninguna de las pacientes bebe alcohol ni fuma. Sólo una de las pacientes reportó realizar actividad física, la cual se mantuvo constante en frecuencia y duración a lo largo de la intervención, por lo cual no se reporta en los resultados.

A continuación se muestran los cambios obtenidos por las pacientes en las conductas de adhesión terapéutica.

La Figura 1 muestra el porcentaje en que las pacientes tomaron adecuadamente su medicamento cada semana. La semana 1 y 2 corresponde a la línea base y las semanas 9, 10 y 11 a la fase de seguimiento.

**Figura 1. Toma de medicamentos**

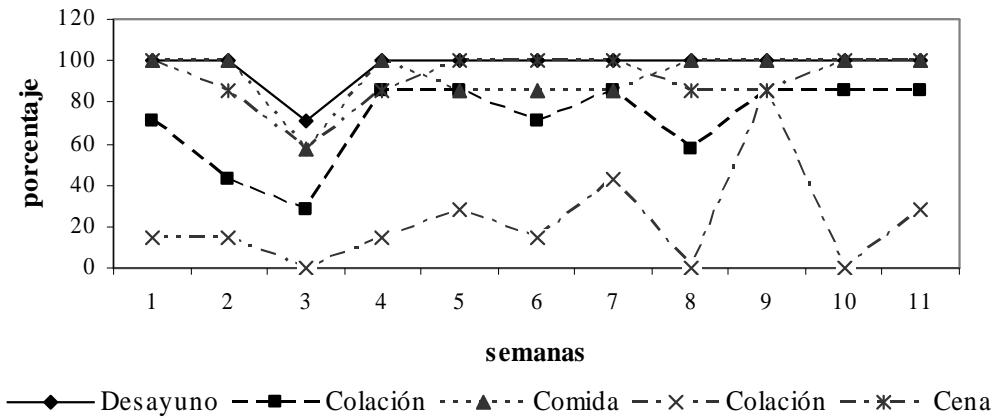


Se observa en la Figura 1 que la paciente 3 es la que más se benefició en cuanto a los cambios en la toma adecuada de medicamentos, cambios que no se mantuvieron en la fase seguimiento. La paciente 1 mostraba desde el principio una adecuada conducta de toma de medicamentos la cual se mantuvo a lo largo de la intervención y hasta el seguimiento. La paciente 2 no presentó cambios favorables en esta conducta.

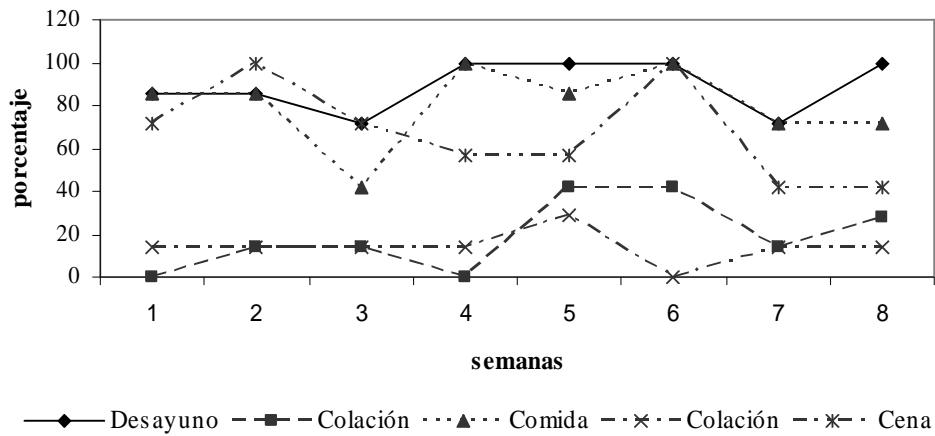
Las Figuras 2, 3 y 4 muestran el porcentaje en que las pacientes siguieron adecuadamente su régimen alimenticio cada semana. Se muestra el porcentaje para cada horario de comida (desayuno, colación, comida, colación y cena). La semana 1 y 2 corresponde a la línea base y las semanas 9, 10 y 11 a la fase de seguimiento.



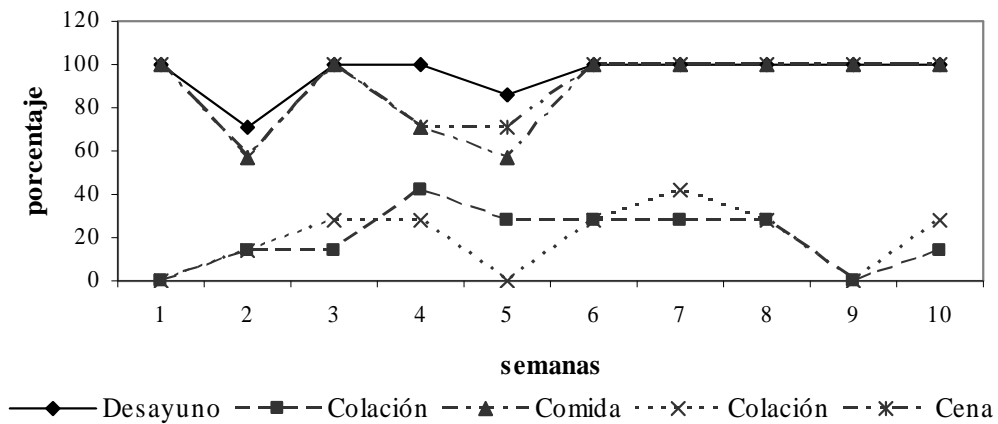
**Figura 2. Regimen alimenticio  
Paciente 1**



**Figura 3. Regimen alimenticio  
Paciente 2**



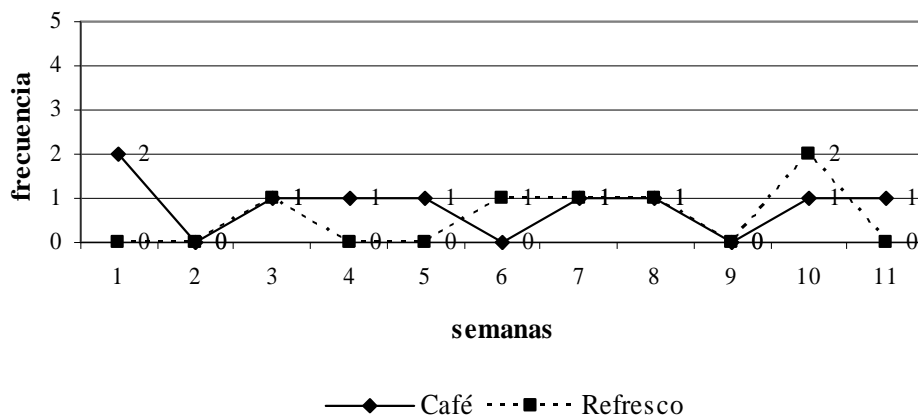
**Figura 4. Regimen alimenticio  
Paciente 3**



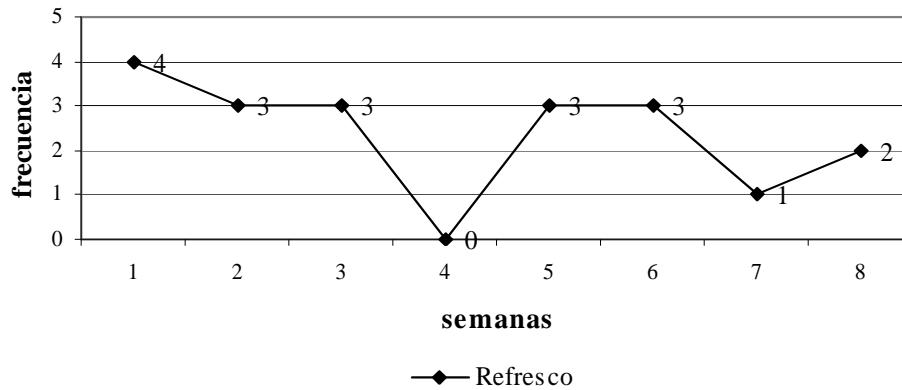
En cuanto al régimen alimenticio fueron los pacientes 1 y 3 los que más se beneficiaron y los que mantuvieron los cambios hasta la fase de seguimiento (Figuras 2 y 4), cumpliendo adecuadamente con desayuno, comida y cena (alimentación recomendada), y específicamente la paciente 1 con un almuerzo al medio día, lo que es muy importante ya que los pacientes no deben pasar muchas horas sin consumir algún alimento. El paciente 2 se mostró inconstante en el seguimiento de su régimen alimenticio (ver Figura 3).

Las Figuras 5, 6 y 7 muestran la frecuencia de conductas de riesgo que cada paciente presentó semanalmente. La semana 1 y 2 corresponden a la línea base y las semanas 9, 10 y 11 a la fase de seguimiento.

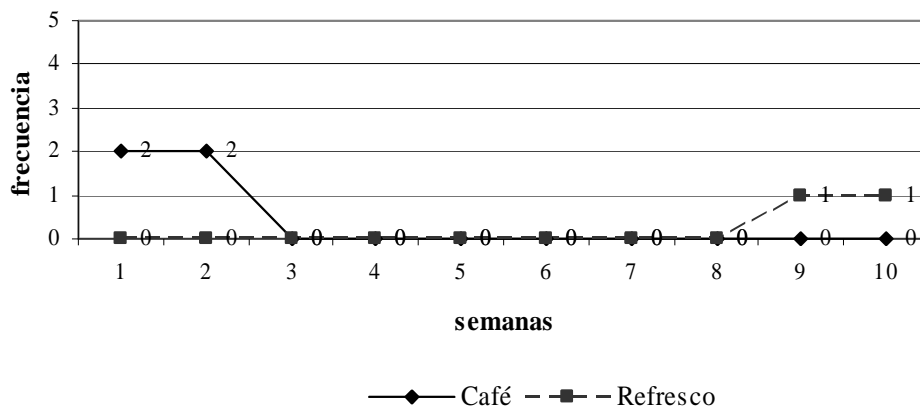
**Figura 5. Conductas de riesgo  
Paciente 1**



**Figura 6. Conductas de riesgo  
Paciente 2**



**Figura 7. Conductas de riesgo  
Paciente 3**



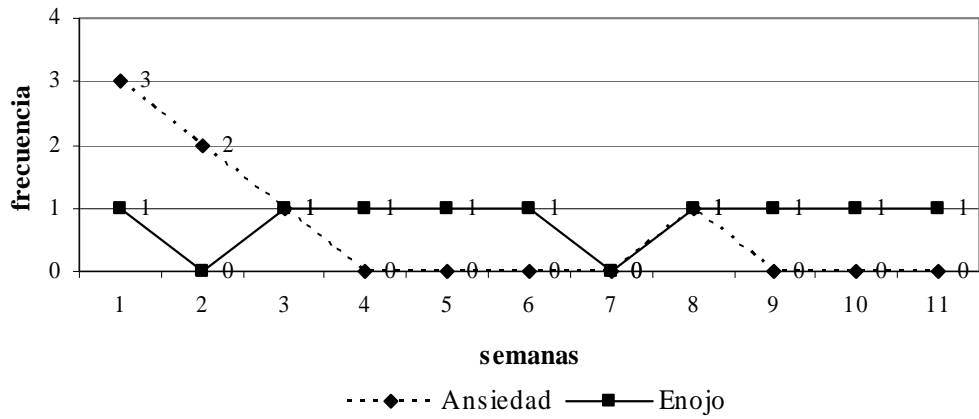
T

anto la paciente 1 como la 3 disminuyeron su consumo de café a lo largo de la intervención y esto se mantuvo en la fase de seguimiento. Ambas pacientes aumentaron su consumo de refresco durante la fase de seguimiento (Figura 5 y 7). La paciente 2, aunque disminuyó su consumo de refresco, fue inconsistente (Figura 6).

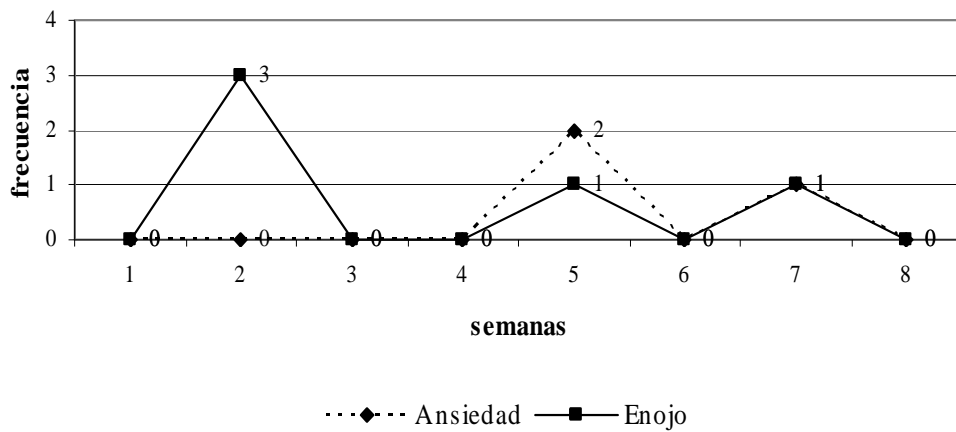
Las Figuras 8, 9 y 10 muestran la frecuencia de emociones negativas (enojo y ansiedad) que cada paciente experimentó semanalmente. La

semana 1 y 2 corresponden a la línea base, y las semanas 9, 10 y 11 a la fase de seguimiento.

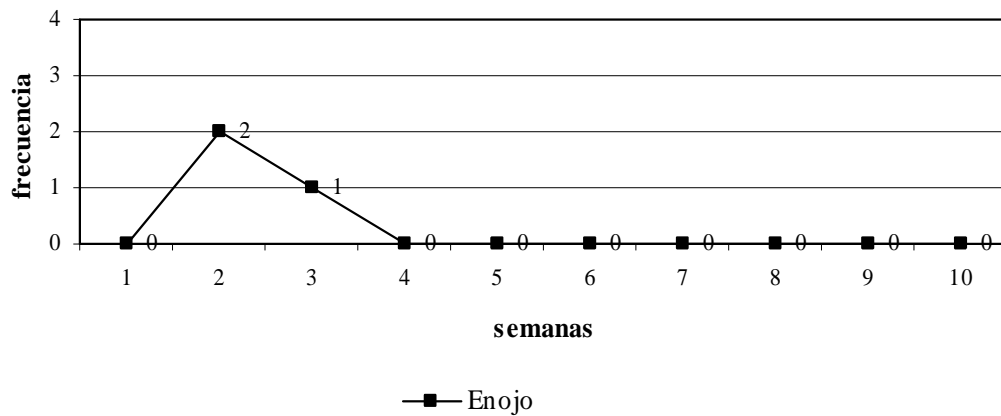
**Figura 8. Frecuencia de emociones  
Paciente 1**



**Figura 9. Frecuencia de emociones  
Paciente 2**



**Figura 10. Frecuencia de emociones  
Paciente 3**



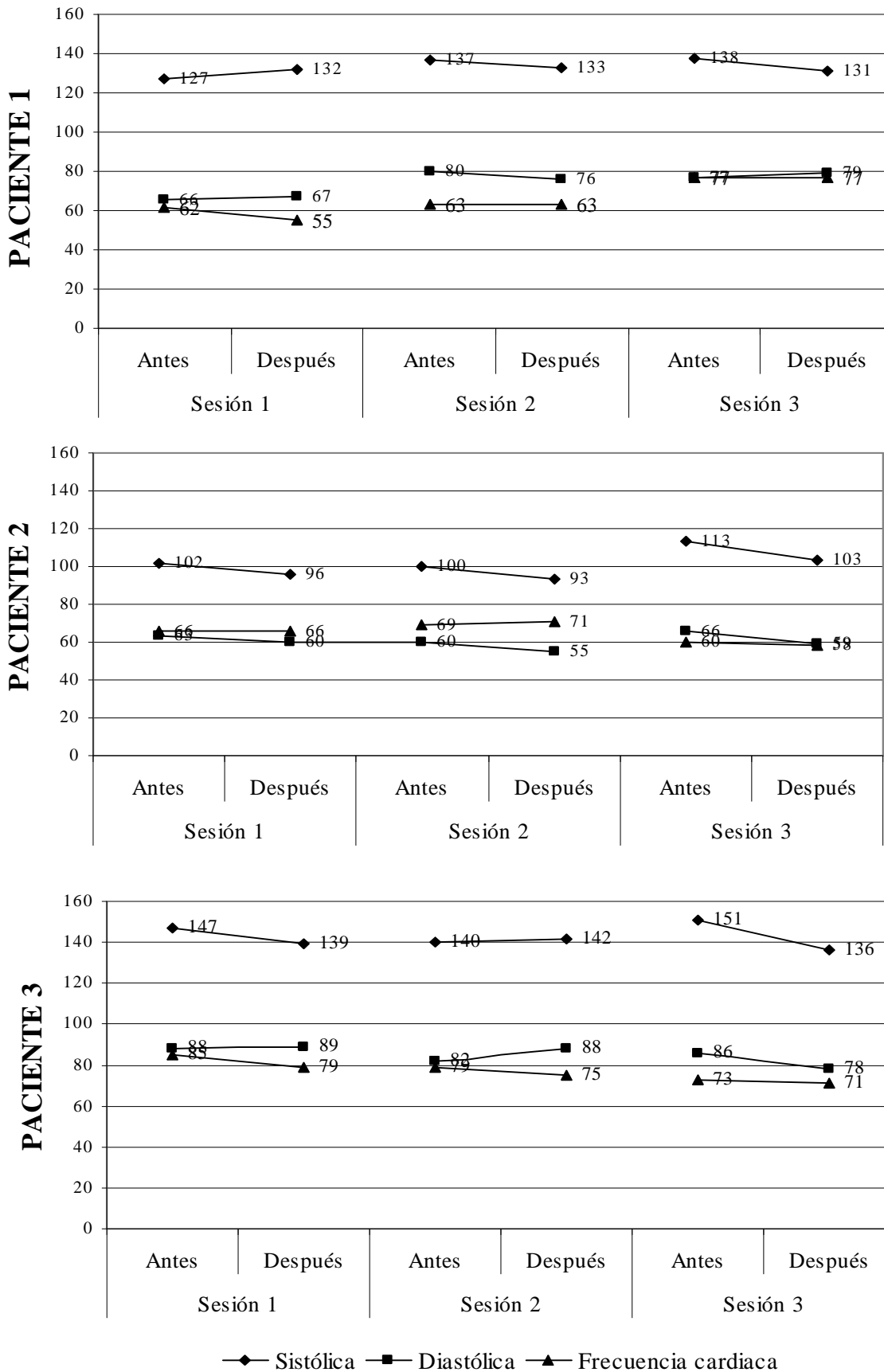
En la Figura 8 se observa una disminución de la frecuencia con que la paciente 1 experimentó ansiedad. En cuanto al enojo prácticamente no registró cambios en la frecuencia semanal.

En la Figura 9 se observa que la paciente 2 presenta una disminución en la frecuencia con la que experimentó enojo a lo largo de la intervención; la frecuencia de ansiedad incrementó al final de la intervención.

La Figura 10 muestra que el paciente 3 sólo registró que experimentó enojo, cuya frecuencia disminuyó a partir de que inició la intervención y se mantuvo hasta el seguimiento.

En relación a los indicadores fisiológicos de relajación (presión arterial sistólica y diastólica y frecuencia cardiaca), que se registraron antes y después de los ejercicios de relajación durante las tres sesiones de regulación emocional, se presentan los resultados en la Figura 11. Se observa que hubo disminución de los indicadores fisiológicos al final de los ejercicios de relajación en la mayoría de las sesiones.

**Figura 11. Indicadores fisiológicos antes y después de los ejercicios de relajación**



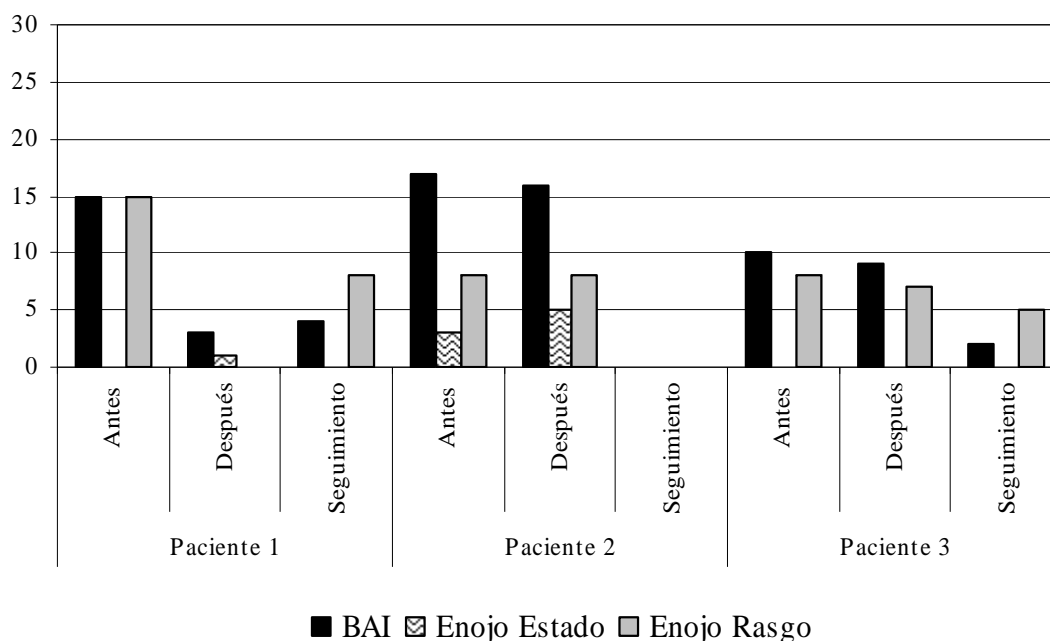
La Tabla 3 muestra los puntajes obtenidos en las pruebas psicométricas aplicadas a los pacientes antes y después de la intervención, así como al concluir la fase de seguimiento. Se encontró que las pacientes 1 y 3 fueron las que más se beneficiaron en cuanto a la regulación emocional, esto se aprecia visualmente en la Figura 12.

**Tabla 3**

Puntajes obtenidos en BAI y IEREE por los pacientes antes y después de la intervención y en el seguimiento.

	Paciente 1			Paciente 2			Paciente 3		
	Antes	Después	Segui- miento	Antes	Después	Segui- miento	Antes	Después	Segui- miento
<b>BAI</b>	15 puntos	3 puntos	4 puntos	17 puntos	16 puntos	_____	10 puntos	9 puntos	2 puntos
	Leve	Mínima	Mínima	Moderada	Moderada	_____	Leve	Leve	Mínima
<b>Enojo Estado</b>	0 puntos	1 punto	0 puntos	3 puntos	5 puntos	_____	0 puntos	0 puntos	0 puntos
<b>Enojo Rasgo</b>	15 puntos	0 puntos	8 puntos	8 puntos	8 puntos	_____	8 puntos	7 puntos	5 puntos

**Figura 12. Puntajes obtenidos en el BAI y IEREE antes y después de la intervención y en el seguimiento**



La paciente 1 pasó de ansiedad leve a mínima al final de la intervención y este nivel se mantuvo en el seguimiento, de la misma manera los puntajes obtenidos en la subescala de enojo rasgo disminuyeron después de la intervención y durante el seguimiento, lo que indica que esta emoción fue regulada.

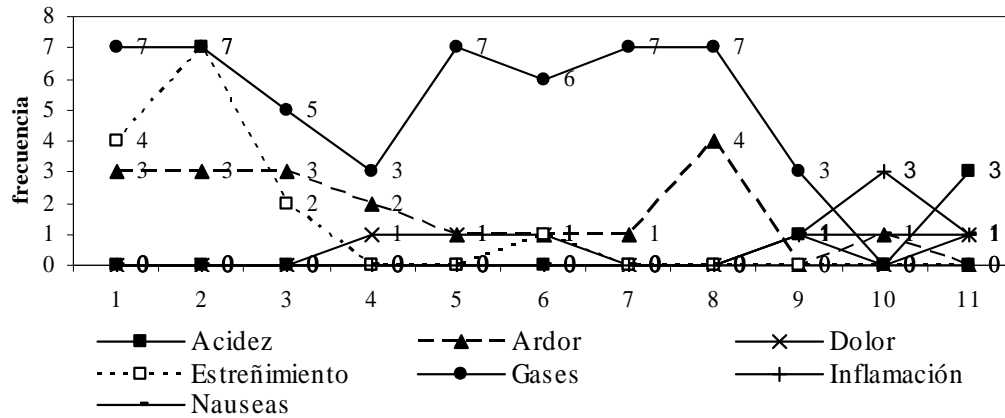
En la paciente 3 también disminuyó el puntaje de ansiedad al final y durante el seguimiento aunque el cambio no fue tan marcado, sucedió lo mismo con el puntaje de la subescala de enojo rasgo.

La paciente 2 permaneció igual en relación al nivel de ansiedad y de enojo rasgo, incluso su puntaje en la escala de enojo estado aumentó al final de la intervención. No se cuenta con medidas de la fase de seguimiento de esta paciente. Es importante mencionar que esta paciente tenía problemas familiares y económicos, desde que inició la intervención y se agravaron hacia el final de la misma.

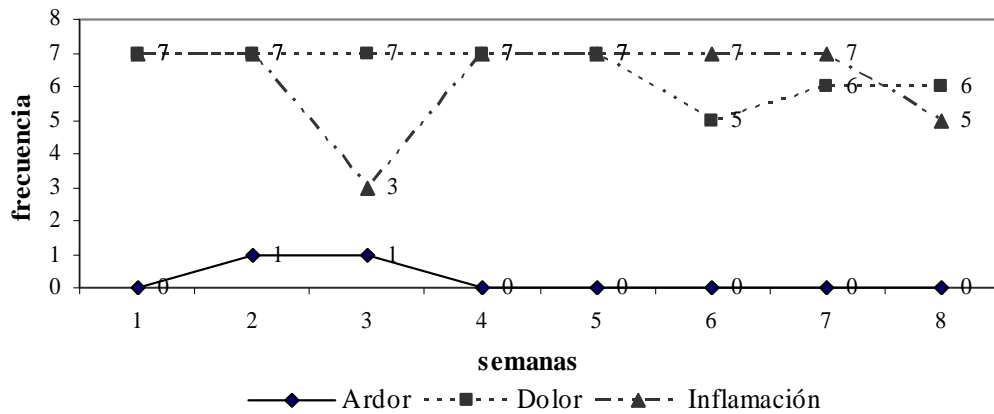
Las Figuras 13, 14 y 15 muestran la frecuencia de síntomas que cada paciente presentó semanalmente. La semana 1 y 2 corresponden a la línea base, y las semanas 9, 10 y 11 a la fase de seguimiento.



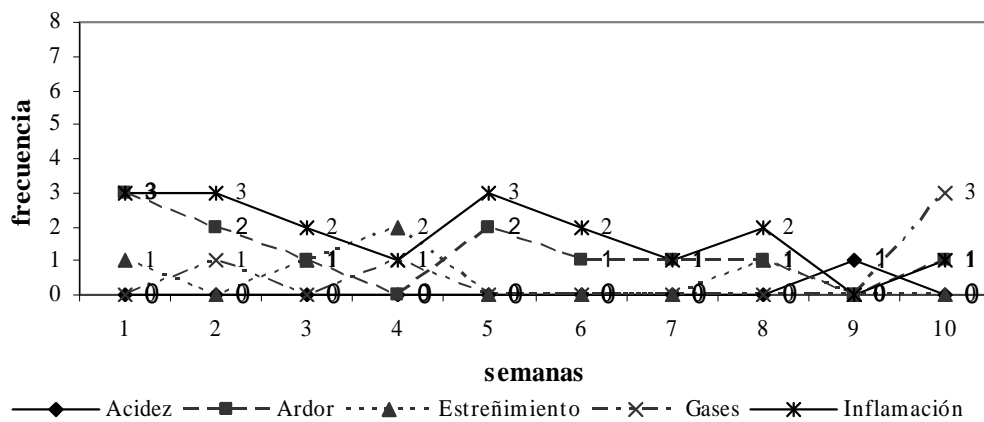
**Figura 13. Frecuencia de síntomas  
Paciente 1**



**Figura 14. Frecuencia de síntomas  
Paciente 2**



**Gráfica 15. Frecuencia de síntomas  
Paciente 3**



La paciente 1 muestra una disminución en los síntomas de gases, inflamación y ardor, en la paciente 3 disminuyeron los síntomas de inflamación y ardor (Figuras 13 y 15), por lo que fueron las pacientes más beneficiadas con la intervención. La paciente 2 no mostró cambios importantes en la frecuencia de sus síntomas (Figura 14).

## DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue evaluar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual sobre la adhesión al tratamiento y la regulación emocional de pacientes con gastritis, úlcera péptica o enfermedad por reflujo gastroesofágico.

En general, los resultados muestran, que la intervención resultó efectiva en dos de las tres pacientes del estudio, ya que mostraron cambios favorables en sus conductas de adhesión al tratamiento médico y adquirieron habilidades para la regulación emocional lo que repercutió en la disminución de sus síntomas.

Dos de las pacientes (1 y 3) mostraron beneficios en su adhesión al tratamiento farmacológico, ya que al finalizar la intervención cumplieron al 100% con las indicaciones del médico en cuanto a la dosis y horario de la toma de su medicamento. Los cambios muestran una tendencia de mejora entre las sesiones 4 y 5, después de impartir el módulo de adhesión a los medicamentos, en la que se entrenó a las pacientes en técnicas como control de estímulos, manejo de contingencias y reestructuración cognitiva, que son técnicas que han demostrado ser efectivas en intervenciones dirigidas a pacientes para mejorar la adhesión terapéutica (Hotz, et al., 2003).

Una conducta también relacionada con la adhesión terapéutica es el seguimiento del régimen alimenticio, ya que es parte complementaria del tratamiento farmacológico en los pacientes con enfermedades gastrointestinales, implica seguir un régimen alimenticio bajo en grasa, alimentos

irritantes y rico en proteínas con aumento de fibra dietética, además de cumplir con horarios establecidos con la finalidad de no dejar pasar más de cuatro horas sin consumir alimentos (Tarraga, 2004).

Dos de las pacientes (1 y 3) mejoraron su seguimiento al régimen alimenticio, ya que después del módulo de adherencia al régimen alimenticio y actividad física mostraron que al menos en sus tres comidas principales (desayuno, comida y cena) cumplieron al 100% con las indicaciones del médico en relación a ingesta de alimentos permitidos y no permitidos. En cuanto a las colaciones se observa una mejoría ya que al principio de la intervención las pacientes no realizaban esta conducta y al final de la intervención comenzaron a tomar refrigerio de forma regular, llegando a cumplir de forma adecuada hasta en un 50-60% con el consumo de refrigerio. Esto indica que las técnicas empleadas en el módulo de adherencia al régimen alimenticio fueron efectivas, dotaron a las pacientes de estrategias para disminuir el costo de respuesta de esta conducta y adherirse a su régimen de alimentación. A partir de esto se puede decir que el desarrollar una conducta nueva que tiene nula probabilidad de aparición porque no existe en el repertorio conductual (como el tomar refrigerio), implica un mayor requisito de respuesta que modificar una conducta ya existente (como el modificar el régimen alimenticio en desayuno, comida y cena).

El evitar realizar conductas de riesgo como automedicarse, sedentarismo, beber alcohol, fumar, tomar café, chocolate y refrescos, son conductas que complementan el tratamiento farmacológico (Tarraga, 2004) y también se relacionan con la adhesión al tratamiento. En este estudio, fueron las pacientes 1 y 3 las que se beneficiaron de la intervención al disminuir sus conductas de

riesgo, consumo de café y refresco, no obstante el tomar refresco fue una conducta que se incrementó durante el seguimiento, lo cual se puede deber a que las semanas de seguimiento coincidieron con semanas de fiestas navideñas y de fin de año, fechas que representan un factor de riesgo para recaídas por la facilidad de acceso a alimentos y bebidas contraindicados para los pacientes con gastritis o ERGE.

Las pacientes 1 y 3 son las que adquirieron estrategias para regular sus emociones negativas y las llevaron a la práctica, ya que al final de la intervención disminuyó la frecuencia con que experimentaron dichas emociones, disminuyó también sus niveles de ansiedad y enojo medidos con las pruebas psicométricas y hubo disminución en los indicadores fisiológicos registrados, lo que indica que las pacientes se relajaron al final de los ejercicios de relajación.

La paciente 2 no mostró cambios en la variable de regulación emocional (ansiedad y enojo), al no tener una adecuada adherencia a sus indicaciones médicas, es probable que tampoco lo tenga a las recomendaciones para su regulación emocional, como lo fue la práctica de la técnica de relajación, de habilidades sociales y de reestructuración cognitiva. Es importante retomar que esta paciente presentó problemas familiares y económicos durante la intervención, que se agravaron al final, aspecto que también pudo dificultar que siguiera las indicaciones médicas y psicológicas.

En la paciente 3 se observan más cambios en el sentido esperado, con lo que se puede afirmar que fue la que obtuvo mayor beneficio de la intervención, esto puede deberse a que tiene dos padecimientos (gastritis y ERGE) y por lo

tanto puede presentar más síntomas que afecten su bienestar y actividades cotidianas, además de que es la paciente que tiene mayor tiempo con la enfermedad (cuatro años); y según Safren (1999) si los síntomas se perciben como más graves o molestos los pacientes tienden a incrementar el cumplimiento de las indicaciones médicas y a involucrarse con su tratamiento.

En la paciente 2 no se observaron cambios en la dirección esperada, lo que puede deberse a que es una paciente que reportó sentir pocos síntomas y tiene poco tiempo con el diagnóstico, los cuales son factores relacionados con la enfermedad que pueden afectar negativamente la adhesión (Safren, 1999; Sánchez-Sosa, 2002b). Además la paciente presentó estados emocionales incompatibles con la adhesión, que por su gravedad no mejoraron con la intervención, muy probablemente requerían de atención psicológica individualizada.

El incremento de la adhesión terapéutica y el contar con estrategias para regular emociones negativas como la ansiedad y el enojo, permitió que la frecuencia de los síntomas percibidos por las pacientes disminuyera. Por lo tanto, la intervención resultó efectiva y se confirman las hipótesis planteadas.

Los resultados de este estudio ocurrieron en la misma dirección que los resultados de estudios internacionales similares, donde se utilizaron técnicas cognitivo-conductuales para manejo de estrés y ansiedad y se tuvo como consecuencia la disminución de los síntomas (Brooks & Richardson, 1980; Neff & Blanchard, 1987; Blanchard, Radnitz, Schwarz, & Neff, 1987; Blanchard, Schwarz, & Neff, 1988; Lynch & Zamble, 1987; Lynch & Zamble, 1989; Neff, 1986; Schwarz, Blanchard & Neff, 1986). La diferencia fue que la

presente investigación incluyó técnicas cognitivo-conductuales, no sólo para la regulación emocional sino también para incidir en conductas de adhesión terapéutica, tanto para el tratamiento farmacológico, como para las indicaciones higiénico-dietéticas que son de importancia porque complementan el tratamiento farmacológico y aseguran que éste sea efectivo.

La intervención diseñada tomó en cuenta los aspectos psicoculturales de la población, se estructuró de manera sistemática al plantear el contenido (técnicas cognitivo-conductuales) en módulos de trabajo específicos, con los que se brindó información y estrategias necesarias para motivar al paciente a realizar cambios en su estilo de vida. Además se proporcionó entrenamiento en habilidades de autocuidado que permitieron al paciente el fácil seguimiento de las indicaciones médicas y tener control de su enfermedad. De tal forma que aplicar esta intervención contribuiría a disminuir las complicaciones generadas por las enfermedades gastrointestinales, los gastos tanto económicos como personales, al mejorar la calidad de vida del paciente.

Si bien los presentes resultados no serían necesariamente generalizables a todos los pacientes que padezcan cuadros clínicos similares a los del presente estudio por los pocos sujetos que participaron en él, los hallazgos son similares a los de otras investigaciones y conllevan beneficios importantes por la reducción de posibles complicaciones de la enfermedad, la disminución de gastos económicos, y por la mejoría en el bienestar del paciente. Además, la evaluación durante el periodo de seguimiento asegura que los cambios realizados por el paciente se mantengan a lo largo del tiempo y sean duraderos.

Sería necesario realizar réplicas en un mayor número de pacientes y observar efectos clínicos y estadísticos.

También sería deseable buscar estrategias que faciliten al paciente el registro de la intensidad de los síntomas así como de sus emociones negativas, para complementar el dato de la frecuencia. Además de completar los datos de autoreporte con estudios médicos (endoscopía), valorando su conveniencia y el tiempo en que dichos estudios se pueden repetir en un paciente.

Sería conveniente evaluar la relación costos-beneficio de realizar la intervención de forma grupal versus individual. Aunque la forma grupal ofrece algunas ventajas como compartir experiencias, soluciones adoptadas a determinados problemas, emociones ante situaciones o problemas similares, la retroalimentación, y porque implican menor costos en tiempo y recursos humanos, algunos pacientes presentan dificultades para aprender o modificar ciertas conductas al ritmo del grupo, pueden tener otros problemas asociados que no les permiten avanzar igual que a los otros miembros del grupo, por lo que tal vez sea necesario emplear estrategias como sesiones individuales para ese tipo de pacientes, como fue el caso de la paciente 2 en este estudio.

Con lo anterior, la presente investigación puede tomarse como un estudio preliminar para posteriores investigaciones y tratar de superar sus limitaciones.



# ESTUDIO 2

Efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y la ansiedad en pacientes asmáticos.

## ANTECEDENTES

El asma es un problema de salud importante en el mundo por su alta prevalencia y porque suele implicar sufrimiento intenso y un alto costo económico, personal y social. Personas de todas las edades y de países de todo el orbe están afectadas por esta enfermedad que, cuando no se controla adecuadamente provoca graves limitaciones en la vida del paciente y en ocasiones puede ser fatal. El asma es un problema relevante no sólo en términos de costos en salud sino también en términos de pérdida de productividad y porque afecta la calidad de vida del paciente y de su familia (Drotar, 2006; Global Initiative for Asthma [GINA], 2006).

El asma se reconoce como una de las enfermedades respiratorias crónicas más frecuentes en todo el mundo. Su prevalencia muestra una amplia variabilidad en los diferentes países; sin embargo, diversos hallazgos de investigación muestran que el número de casos ha aumentado paulatinamente (Salas-Hernández y Cano-Valle, 2006). Se calcula que 300 millones de personas padecen asma, la prevalencia alrededor del mundo varía entre el 1% al 18% de la población en diversos países. Las muertes anuales mundiales por asma se han calculado en 250,000 y la mortalidad no parece relacionarse con la prevalencia. Sin embargo, la mortalidad por asma no es tan grave como los efectos que día a día causa. Aún cuando los efectos se pueden prevenir, las crisis de asma tienden a ocurrir en la población de adultos jóvenes y tanto el sufrimiento como los costos monetarios y laborales se incrementan cuando la condición del paciente es grave (Clínica de Asma/Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias [INER], 2006; GINA, 2006).

En México la prevalencia de asma en el año 2006 fue de 276,468 casos, la mayor frecuencia se presenta en los grupos de edad de 1 a 14 años y de 25 a 44 años, lo cual indica que muchos de los pacientes con este padecimiento se encuentran en edad productiva (Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/SSA, 2006a). En el Distrito Federal en el mismo año se registraron 27,293 casos, lo que la hace una ciudad con una importante prevalencia de este padecimiento ((Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/SSA, 2006b).

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea en la cual participan diversas células y elementos histológicos. La inflamación crónica está asociada a un aumento de la reactividad de la vía aérea ante diversos estímulos que conduce a los episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, particularmente en la noche y por la mañana. Estos episodios se asocian a la obstrucción generalizada pero variable del flujo aéreo pulmonar que es frecuentemente reversible de manera espontánea o con tratamiento (GINA, 2006; Vargas, Sientra-Monge y Salas, 1994).

Los síntomas de la enfermedad resultan muy molestos para los pacientes, ya que ocasionan cambios negativos importantes en su vida cotidiana como: frecuentes visitas al médico, hospitalizaciones, ausentismo escolar o laboral, y se suelen presentar una serie de reacciones emocionales como miedo, ansiedad y depresión, que a su vez pueden incrementar el sufrimiento y provocar deterioro en las relaciones familiares y sociales, y así afectar la calidad de vida del paciente (Drotar, 2006).

El objetivo del tratamiento del asma consiste en ejercer un manejo clínico a través de: controlar a corto plazo las crisis y controlar a mediano o largo plazo la inflamación de las vías aéreas (Vargas, et al., 1994). Así, los procedimientos terapéuticos se dirigen fundamentalmente a mantener los síntomas bajo control, evitar la aparición de las crisis, reducir su gravedad, prevenir la frecuencia de síntomas respiratorios en los periodos intercrisis, y en general, fomentar que el paciente lleve una vida tan normal como sea posible. El tratamiento farmacológico se constituye así en una opción ineludible para el paciente asmático y requiere complementarse con la intervención psicológica cuando las características cognitivas, emocionales y conductuales del paciente lo exijan (Vázquez y Buceta, 1996).

Los tratamientos farmacológicos para tratar el asma se clasifican como controladores o preventivos y de alivio. Los controladores o preventivos incluye medicamentos tomados diariamente por un periodo prolongado para mantener el asma bajo control clínico a través de sus efectos antiinflamatorios. Los medicamentos de alivio o de rescate son medicamentos que se utilizan en caso de requerirse, para actuar rápidamente y aliviar la broncoconstricción y sus síntomas (GINA, 2006).

El tratamiento del asma en adultos puede administrarse en diferentes formas: inhalado, vía oral o parenteral (vía subcutánea, intramuscular o intravenosa). La preferencia individual de los pacientes, su comodidad y facilidad de uso, puede influir no sólo en la eficiencia de la administración sino también en la adhesión del paciente al tratamiento y el control a largo plazo (GINA, 2006).

Gran parte de los pacientes con asma no presentan en su repertorio de comportamientos de autocuidado los que se consideran apropiados para la buena evolución de la enfermedad. Un déficit comportamental que ha recibido atención particular ha sido la baja adhesión al tratamiento farmacológico, ya que el tratamiento apropiado de la enfermedad suele plantear un gran desafío y un alto requisito de respuesta para los pacientes, los médicos y las organizaciones de salud (GINA, 2006, Vázquez y Buceta, 1996).

El apego, cumplimiento o adhesión es el proceso por el cual el paciente realiza una serie de esfuerzos, que ocurren durante el curso de la enfermedad, para alcanzar las demandas conductuales relacionadas con el tratamiento impuesto para su padecimiento (Hotz, Kaptein, Pruitt, Sánchez-Sosa & Willey, 2003). La falta de adhesión a los regímenes terapéuticos suele incluir tomar menos medicamentos, más medicamentos o tomarlos de manera errónea; esta carencia de adhesión está asociada a varios factores como gravedad de la enfermedad, duración del tratamiento, cantidad y dosis de medicamentos, comprensión de la prescripción, estilo de vida del paciente, economía, depresión, ansiedad, escasas habilidades interpersonales, estrategias de enfrentamiento inadecuadas, y problemas en la relación médico-paciente, entre otros (Cochrane, 1996; Safren, 1999; Spector, 2000).

Las carencias en la adhesión tienen consecuencias clínicas y económicas importantes ya que reducen el efecto del tratamiento, incrementan la gravedad de la enfermedad, y pueden resultar en un aumento en la morbilidad o la mortalidad con un subsecuente impacto en sufrimiento humano y en los costos del cuidado de salud (Spector, 2000). Además, la ausencia de comportamientos de autocuidado adecuados es responsable de una mala

evolución de la enfermedad en un alto porcentaje de pacientes con aumento del número y/o la intensidad de las crisis, de las visitas a urgencias y de las hospitalizaciones (Vázquez y Buceta, 1996).

Diversos estudios presentan discrepancias en el cálculo preciso del porcentaje de pacientes no adherentes. Quizá esto es atribuible a la diversidad de definiciones de adhesión, de formas de medición y a variabilidad en la selección de los pacientes. Sin embargo, todos los trabajos coinciden en señalar la existencia de este problema (Vázquez y Buceta, 1996). Los estudios disponibles que presentan mayor confiabilidad informan que los déficits son del 47% en el número de dosis inhalatorias administradas y hasta el 76% de errores en la correcta utilización del inhalador (Cochrane, 1996; Lemanek, Kamps & Chung, 2001; Spector, 2000). Algunos cálculos del nivel general de adhesión en asma, la sitúan en menos del 60% (Kendrick, Higgs, Whitfield & Laszlo, 1993).

En México, un estudio realizado en el INER mostró un alto porcentaje de deserción (una forma de medir adhesión) de los pacientes con asma, el 65.7% de los pacientes desertó de su seguimiento médico en dicho instituto. La gran mayoría de ellos (82.6%) sólo acudió a la consulta inicial, y en el resto de los pacientes el abandono fue progresivo con el paso del tiempo (Fernández-Vega, Vargas, Regalado-Pineda, Chapela-Mendoza y Salas-Hernández, 2005).

La primera condición necesaria, aunque no suficiente, para que el paciente lleve a cabo conductas eficaces en el manejo de la enfermedad, es que posea conocimientos adecuados sobre el asma y su tratamiento. Existe una relación lineal entre el aumento en el conocimiento de la enfermedad y la emisión de

conductas de autocuidado y con frecuencia se observan pocas destrezas conductuales en los pacientes y/o ideas erróneas sobre el asma y su tratamiento que, cuando provocan actitudes negativas hacia éste, interfieren con la puesta en práctica de las estrategias conductuales adecuadas (Campos, et al., 1998; Dunt, Rubinfeld, Feren & McClure, 1987).

Por ello se han realizado investigaciones que examinan la efectividad de intervenciones psicológicas, para mejorar la adhesión al tratamiento médico, además de la educación del paciente sobre su enfermedad. Por ejemplo, un estudio reveló que las estrategias conductuales de control de estímulos, además de las estrategias educativas fueron efectivas para mejorar la adhesión en pacientes asmáticos (Lemanek, et al., 2001). Otros autores han encontrado resultados favorables para mejorar la adhesión al tratamiento médico utilizando estrategias cognitivo-conductuales (Spector, 2000; Van der Palen, Klein & Rovers, 1997; Windsor, et al., 1990).

Los patrones conductuales y emocionales habituales que desarrollan los individuos surgen y se mantienen como resultado de las experiencias diarias y de las interacciones con el ambiente y con otras personas significativas. Cuando estas experiencias se apartan de la normalidad, como ocurre en el caso de enfermos crónicos como los asmáticos al vivir cotidianamente con su enfermedad, se pueden desarrollar patrones alterados de comportamiento (Vázquez y Buceta, 1996).

El asma tiene muchas implicaciones psicosociales para los pacientes y sus familias, éstas pueden ocasionar problemas para la adaptación familiar después del diagnóstico, percepción negativa de la enfermedad y sentirse

“diferente”, entre otros. En el asma, los factores psicológicos producen una variedad de eventos que pueden desencadenar crisis. En los pacientes con asma los principales problemas psicológicos suelen incluir: pérdida de seguridad (por ejemplo de identidad, de independencia), devaluación de la auto-percepción, depresión y ansiedad; de modo que las estrategias e intervenciones empleadas oportunamente son cruciales para disminuir los problemas emocionales y contribuir a un mejor autocuidado (Duff, 2001).

Las variables que han mostrado mayor relevancia en la evolución del asma son las emociones de miedo, a veces extremo. Los pacientes asmáticos que presentan estas emociones tienden a exagerar sus síntomas, reaccionando ante la enfermedad con elevada ansiedad, miedo e incluso pánico, y siguen patrones circulares de falta de adhesión al tratamiento prescrito, con periodos de utilización excesiva de los fármacos y otros en los que toman menos medicación de la necesaria. Este patrón comportamental inadecuado obedece, por un lado, al intento de controlar las crisis con un mayor consumo de medicamentos. Por otro, una vez que se presenta la crisis de asma, estos pacientes centran su atención en los posibles efectos secundarios de los medicamentos y tratan de evitarlos mediante la drástica reducción en su ingestión, lo que puede provocar la aparición de una nueva crisis e iniciar nuevamente el círculo vicioso comportamental descrito (Jurenc, 1988; Vázquez y Buceta, 2006).

Diversas investigaciones sugieren que la ansiedad, la depresión, problemas conductuales y baja autoestima se presentan con mayor frecuencia en pacientes con asma que en la población general. Los pacientes con asma grave o moderada suelen presentar sintomatología ansiosa y depresiva, las cuales se



han identificado como posibles desencadenantes y exacerbantes de los síntomas. También son factores que provocan que el paciente no realice conductas de autocuidado (Goodwin, Fergusson & Horwood, 2004; Jessop, Rutter, Sharma & Albery, 2004; Oguztürk, et al., 2005; Vila, et al. 2003).

A partir de un meta-análisis de la literatura de investigación se ha concluido que las intervenciones cognitivo-conductuales son eficaces para reducir la cantidad y dosis de medicamentos, destacando las terapias de relajación muscular profunda y las técnicas de retroalimentación biológica. Sin embargo por la heterogeneidad de los estudios es difícil dar resultados concluyentes y se recomienda utilizar medidas validas y confiables que permitan evaluar la efectividad de las intervenciones psicológicas en adultos con asma (Yorke, Fleming & Shuldham, 2007).

Otras investigaciones han mostrado la efectividad del entrenamiento en relajación (visualización guiada, respiración diafragmática, relajación muscular progresiva) y la retroalimentación biológica para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes con asma y, como consecuencia, una forma adecuada de enfrentar su enfermedad y disminuir sus síntomas (Dobson, Bray & Kehle, 2005; Kern-Buell, McGrady, Conran & Nelson, 2000; Kotses, et al. 1991; Peck, Bray & Kehle, 2003).

Las técnicas de relajación tienen el objetivo de que el paciente aprenda a controlar sus propios niveles de activación generando una respuesta incompatible con la ansiedad (Vázquez, 2001). La relajación constituye un típico proceso psicofisiológico de carácter interactivo, donde lo fisiológico y lo psicológico interactúan, de tal forma que se deben tomar en cuenta los

componentes fisiológicos (patrón reducido de activación somática y autónoma: disminución de presión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria, aumento de temperatura periférica, disminución de tensión muscular, entre otros), subjetivos (informes verbales de tranquilidad) y conductuales (estados de quiescencia motora) (Vera y Vila, 1991). El objetivo de las técnicas de relajación no es eliminar la activación sino disminuirla para que la ansiedad no interfiera con el buen funcionamiento del individuo.

El carácter episódico, intermitente y a menudo impredecible del asma puede tener un impacto significativo sobre el paciente y su entorno familiar y social. El grado de control sobre los síntomas del asma y por consiguiente el grado en que interfiere la enfermedad en la vida del paciente, parecen ser variables relevantes en la aparición de las alteraciones emocionales y conductuales (Vázquez y Buceta, 1996).

Diversos estudios han mostrado que las estrategias cognitivo-conductuales son adecuadas para formular intervenciones psicológicas en asma, por su énfasis en la reducción del estrés, de la ansiedad y de los déficits conductuales tales como la inhabilidad para resolver problemas que afectan su forma de afrontar su enfermedad. Las técnicas cognitivo-conductuales se han adaptado para enfrentar problemas conductuales como la falta de adhesión, característica de los pacientes que experimentan dificultad para enfrentar su asma (Drotar, 2006; Duff, 2001; Freeman & Welton, 2005).

Considerando la importancia del asma como problema de salud y los resultados de la literatura de investigación sobre las dificultades de los pacientes para adherirse al tratamiento médico, y la necesidad de regular

emociones que pueden precipitar o agravar los síntomas, es indispensable un tratamiento integral, tanto médico como psicológico, que permita reducir la frecuencia y gravedad de los síntomas y mejorar el bienestar del paciente en las diferentes áreas de su vida (familiar, social, laboral, salud, etc.).

De esta manera, el objetivo de la presente investigación fue evaluar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual, adaptada a las características de pacientes mexicanos, sobre la adhesión al tratamiento médico, los niveles de ansiedad y la frecuencia de los síntomas de pacientes asmáticos adultos.

La hipótesis básicamente plantea que la intervención cognitivo-conductual:

- Aumentará la adhesión al tratamiento médico y a las medidas generales recomendadas por el médico.
- Disminuirá el nivel de ansiedad de los pacientes.
- Disminuirá la frecuencia de los síntomas (crisis) en los pacientes.

## MÉTODO

### **Participantes.**

Se invitó a participar a 25 pacientes con diagnóstico confirmado de asma que acudieron a su cita médica a la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER); a algunos se les invitó mientras esperaban su consulta, otros fueron canalizados por el médico tratante o por personal de enfermería.

### *Criterios de inclusión.*

1. Pacientes adultos con diagnóstico confirmado de asma.
2. Pacientes que se encontraran bajo tratamiento médico en la Clínica de Asma del INER.
3. Pacientes que otorgaran su consentimiento informado y voluntario de participación.

### *Criterios de exclusión.*

1. Pacientes que estuvieran expuestos a otra intervención psicológica.
2. Pacientes que se retiraran voluntariamente del estudio.

Cinco pacientes no aceptaron participar y cinco se retiraron voluntariamente del estudio, por lo que participaron 15 pacientes, 14 mujeres y 1 hombre. La media de edad fue de 41.8 años, el tiempo de diagnóstico fue de ocho años en promedio; 12 pacientes se clasificaron con asma moderada persistente, 2 con asma grave persistente y 1 con leve persistente (ver Tabla 1). El tratamiento de todos los participantes consistió en el uso de antiinflamatorios inhalados (medicamentos controladores o preventivos) y broncodilatadores

(medicamentos de rescate o alivio), además de recomendaciones generales (evitar desencadenantes).

La mayoría de los pacientes eran casados, en cuanto escolaridad, 5 pacientes concluyeron la primaria, 5 realizaron carrera técnica 2 terminaron la secundaria, uno tenía licenciatura y uno sólo sabe leer y escribir, sin escolaridad formal. Ocho de los pacientes se dedicaban al hogar, 4 eran comerciantes, 2 empleados y uno estudiante (ver Tabla 1).

**Tabla 1**

Características sociodemográficas de los participantes.

<b>Edad (años)</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Escolaridad</b>	<b>Ocupación</b>
<b>Media (SD)</b>	<b>Frecuencia (%)</b>	<b>Frecuencia (%)</b>	<b>Frecuencia (%)</b>
41.80 (9.90)	Soltero 3 (20)	Primaria 5 (33.3)	Hogar 8 (53.3)
Mínimo 29	Casado 7 (46.7)	Secundaria 2 (13.3)	Comerciante 4 (26.7)
Máximo 58	Divorciado 3 (20)	Bachillerato 1 (6.7)	Empleado 2 (13.5)
	Unión libre 2 (13.3)	Carrera técnica 5 (33.3)	Estudiante 1 (6.7)
		Licenciatura 1 (6.7)	
		Lee y escribe 1 (6.7)	
<b>Diagnóstico</b>		<b>Tiempo de diagnóstico (meses)</b>	
<b>Frecuencia (%)</b>		<b>Media (SD)</b>	
Asma leve persistente 1 (6.7)		107.07 (131.8)	
Asma moderada persistente 12 (80)		Mínimo 1	
Asma grave persistente 2 (13.3)		Máximo 384	

### **Diseño.**

Se planteó un ensayo clínico con 15 réplicas individuales del efecto del tratamiento. Se realizaron comparaciones longitudinales para evaluar los cambios pre y post tratamiento.

### **Variable independiente.**

1. Intervención para incrementar adhesión terapéutica y disminuir ansiedad.

*Definición conceptual.* Intervención psicológica de corte educativo, basada en técnicas cognitivo-conductuales, de entrenamiento en habilidades para el cuidado de la salud.

*Definición operacional.* La intervención se divide en módulos: 1. Psicoeducación, 2. Adhesión al medicamento y seguimiento de medidas generales y 3. Estrategias para disminuir niveles de ansiedad. La intervención se administró en sesiones individuales, de aproximadamente 60 minutos de duración programadas semanalmente.

### **Variables dependientes.**

1. Adhesión terapéutica.

*Definición conceptual.* Proceso por el cual el paciente realiza una serie de esfuerzos, que ocurren durante el curso de la enfermedad, para alcanzar las demandas conductuales relacionadas con el tratamiento prescrito para el padecimiento (Hotz, et al. 2003).

*Definición operacional.* Autoregistro diario de las siguientes conductas en un cuadernillo portátil tamaño pasaporte denominado coloquialmente “carnet”:

- Toma de medicamento: los pacientes registraron el horario en que se aplicaban el medicamento y la dosis que utilizaban. Se verificó en su receta médica cómo estaba indicado el medicamento y se obtuvo el porcentaje semanal de toma adecuada, comparando su registro con la dosis y el horario que había indicado el médico, de tal forma que el 100% significa

que el paciente tomó su medicamento tal cual lo indicó el médico durante la semana.

- Conductas de riesgo:
  - Desencadenantes de los síntomas: una vez que los pacientes identificaron sus desencadenantes, registraron la frecuencia con que se exponían a ellos y los datos se resumieron a frecuencias semanales.
- Uso de medicamento de rescate: los pacientes registraron la frecuencia con que utilizaron el medicamento de rescate (broncodilatador), los datos se resumieron a frecuencias semanales.

## 2. Ansiedad.

*Definición conceptual.* Estado emocional displacentero de miedo o aprensión en ausencia de un peligro o amenaza identificable, o bien cuando la alteración emocional es claramente desproporcionada en relación a la intensidad real del peligro. Se caracteriza por una gran variedad de síntomas somáticos como temblor, hipertonía muscular, hiperventilación, sudoración, palpitaciones, etc. Aparecen también síntomas cognitivos como aprensión e inquietud, hipervigilancia y otros síntomas relacionados con la alteración de la alerta tales como distractibilidad, pérdida de concentración, insomnio (Farré, Laceras y Casas, 2001).

*Definición operacional.* Respuestas de los participantes al Inventario de Ansiedad Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI), autoregistro diario en el carnet de la frecuencia con la que el paciente experimentó la emoción, indicadores fisiológicos (presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y

autoinforme del paciente). Estas mediciones se hicieron antes y después del entrenamiento en relajación.

### 3. Síntomas de la enfermedad.

*Definición conceptual.* Disnea, sibilancias, opresión torácica, tos, flema.

*Definición operacional.* Autoregistro diario en el carnet de la frecuencia con que los pacientes percibieron los síntomas.

### **Instrumentos.**

- Registro conductual en forma de un cuadernillo tamaño pasaporte coloquialmente denominado “carnet” que contenía espacios señalados con pictogramas que representaban cada conducta a registrar y espacios para marcar la ocurrencia de cada una, suficientes para una semana. El carnet se utilizó para la evaluación de adhesión terapéutica (medicamentos y medidas generales), frecuencia de ansiedad y síntomas. Este carnet se diseñó con las variables que la literatura señala como las más relevantes para pacientes con el padecimiento en cuestión y se basó en el propuesto por Cortazar-Palapa, Riveros y Sánchez-Sosa (2004) para pacientes diabéticos e hipertensos y en el Diario personal para pacientes con asma de la Clínica de Asma del INER. (Anexo 6). Estos sistemas de autorregistro están diseñados para facilitar un registro conductual confiable, aun en pacientes con baja escolaridad y ya han mostrado niveles razonables de confiabilidad en otros estudios recientes (Sánchez Sosa & Alvarado, 2008).



- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Anexo 2).

Versión en español del Beck Anxiety Inventory (BAI) que es una de las escalas de auto-aplicación para evaluar sintomatología ansiosa más utilizada en la última década. Esta escala fue desarrollada por Beck en 1988 para evaluar específicamente la gravedad de los síntomas de ansiedad en una persona. El BAI consta de 21 reactivos, cada uno de los cuales se califica en una escala de cuatro puntos, en donde 0 significa “poco o nada” y 3 “gravemente” del síntoma en cuestión; la suma de los puntos indica la intensidad de la ansiedad de la siguiente manera:

1. de 0 a 5 ansiedad mínima
2. de 6 a 15 ansiedad leve
3. de 16 a 30 ansiedad moderada
4. de 31 a 63 ansiedad grave (“severe”)

Las propiedades psicométricas del BAI se han estudiado tanto en población general como psiquiátrica, adolescentes y adultos, y ha demostrado tener alta consistencia interna (alfa superior a .90), así como validez convergente adecuada (correlaciones mayores a .50) y validez divergente moderada (correlaciones menores a .60) (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001).

- Entrevista semiestructurada (Anexo 7).

Diseñada especialmente para esta investigación con el objetivo de recabar información sobre datos generales, diagnóstico, tiempo de diagnóstico, tratamientos anteriores y actual (medicamentos, dosis, etc.).

- Carta de consentimiento informado (Anexo 8).

Realizada conforme a lo estipulado en el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología [SMP], 2007), establece las características

del estudio en el que el paciente participa, los beneficios potenciales y los compromisos que adquiere. Hace énfasis en la confidencialidad de los resultados, en que el aceptar participar y la permanencia en el estudio es voluntaria y si el paciente decidiera retirarse del estudio no habría consecuencia alguna.

### **Materiales de apoyo a la intervención.**

- Rotafolio o pizarrón.
- Hojas blancas.
- Plumas, lápices, plumones.
- Trípticos con información sobre asma.
- Esfigmomanómetro digital automático.
- Cronómetro.

### **Procedimiento.**

El presente estudio se llevó a cabo en el INER, con el apoyo de los médicos adscritos, los médicos residentes, personal de enfermería y trabajo social que participan en la Clínica de Asma. El procedimiento se estableció por etapas:

#### *Etapa inicial.*

Se invitaba a participar a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, canalizados por su médico tratante en consulta externa, en algunas ocasiones se invitó a participar a los pacientes que acudían a la Clínica de Asma, esta invitación se realizaba en la sala de espera de la consulta externa mientras esperaban su consulta.

La invitación se realizaba de forma individual, a cada paciente se le hacía una descripción general de la intervención en la que se subrayaba el papel de los factores psicológicos y conductuales sobre su enfermedad y tratamiento, y se le explicaban los beneficios potenciales que podría obtener si aceptaba participar. Una vez que el paciente aceptaba participar en la intervención se leía junto con él la carta de Consentimiento Informado (véase Anexo 8) y se le pedía que la firmara.

Posteriormente, se instruía a cada participante en el llenado del carnet, describiendo cada conducta que tenía que registrar, cómo lo tenía que hacer y por cuánto tiempo, dando ejemplos con su medicamento prescrito y sus actividades del día anterior. Se le entregaba un carnet para que registrara durante una semana y se le daba una cita, indicando el lugar del instituto a dónde tenía que asistir.

A la siguiente semana se realizaba una entrevista semiestructurada para recabar datos generales, antecedentes de la enfermedad, tratamientos recibidos, medicamentos y dosis. Además se realizaba la evaluación inicial correspondiente a la línea base, esto incluía la aplicación de instrumentos BAI y el registro en el carnet para una semana más.

#### *Etapa intermedia.*

A la siguiente semana, después de la evaluación, se iniciaba la aplicación de la intervención la cual se administró en sesiones individuales programadas semanalmente, cada sesión duró aproximadamente 60 minutos, todas las sesiones se llevaron a cabo en un consultorio de la consulta externa del INER.

Se entregó un carnet semanalmente a cada paciente durante el tiempo en el que se aplicó la intervención.

La intervención estaba compuesta por los siguientes módulos:

- **Psicoeducación.** En este módulo se daba información al paciente acerca de su enfermedad y su interacción con sus emociones, cogniciones y conductas. Al final del módulo el paciente podía identificar la importancia del tratamiento psicológico como complemento del tratamiento médico y la relación entre su enfermedad y su comportamiento.

En la primera sesión de este módulo se explicó la importancia de la psicoeducación, se fomentó la autoeficacia en el paciente para controlar su enfermedad y se presentó información sobre: a) estructuras y funcionamiento del aparato respiratorio, b) definición de asma, c) síntomas de la enfermedad, d) factores de riesgos y posibles causas del asma.

En la segunda sesión del módulo de psicoeducación se brindó información sobre el tratamiento para el asma: a) tipos de tratamientos para el asma, b) tratamiento individualizado, c) beneficios de tomar adecuadamente los medicamentos prescritos por el médico, d) consecuencias de la automedicación. Además se dio información sobre los desencadenantes de los síntomas y las recomendaciones generales que debe de seguir el paciente, así como la importancia de que el paciente identifique los desencadenantes de sus síntomas.

Después de las dos sesiones de este módulo se aplicó el BAI, para evaluar el nivel de ansiedad en los pacientes una vez que recibieron información acerca de su enfermedad.

- Adhesión terapéutica.

1) A los medicamentos: se utilizaron técnicas como entrenamiento en solución de problemas (D’Zurilla & Godfried, 1971; Nezu & Nezu, 1991), reestructuración cognitiva (Beck, 2000), control de estímulos, habilidades sociales (Caballo, 1991), de tal forma que al final de este módulo se esperaba que el paciente tomara adecuadamente sus medicamentos. A través de la técnica de solución de problemas se identificaron las barreras que se les presentan a los pacientes para el uso adecuado de medicamentos y el seguimiento de indicaciones médicas, se buscaron opciones de solución y se evaluaron cuales eran las más viables y adecuadas. Además se identificaron ideas distorsionadas de los pacientes acerca del tratamiento, uso de medicamentos y efectos secundarios del medicamento, las cuales se reestructuraron a través de la información brindada en el módulo de psicoeducación. También se dio entrenamiento en habilidades sociales para mejorar la relación médico-paciente. Finalmente se utilizó el control de estímulo como una estrategia para que los pacientes redujeran olvidos en la toma de su medicamento.

2) A las medidas generales: se utilizaron técnicas como control de estímulos, reestructuración cognitiva y manejo de contingencias (Skinner, 1969), con el objetivo de que al final del módulo el paciente pudiera tomar las medidas generales para prevenir los síntomas (crisis), principalmente no automedicarse y evitar los desencadenantes de los síntomas. Se identificaron las ideas o

creencias distorsionadas de los pacientes acerca de desencadenantes de los síntomas y la automedicación. Se ayudó a los participantes a identificar sus desencadenantes de los síntomas y cómo poder evitarlos a través de solución de problemas y control de estímulos; esta última técnica con la finalidad de que el paciente aprendiera a manipular su ambiente para presentar información nueva o señales de referencia para que realizara la conducta deseada, en este caso, evitar desencadenantes de los síntomas. Además se les explicaba el manejo de contingencias para aumentar o disminuir conductas. Se daba retroalimentación sobre las conductas de adhesión de los pacientes utilizando el carnet.

- Disminución de la ansiedad. En este módulo se enseñaban al paciente estrategias para la regulación emocional: reestructuración cognitiva (Beck, 2000; Geenberger & Padesky, 1998) y entrenamiento en relajación a través de respiración diafrágica y relajación muscular progresiva [RMP] (Jacobson, 1939). Al final de este módulo el paciente tendría la habilidad para regular sus emociones lo que se reflejaba en la disminución de frecuencia de emociones negativas (ansiedad).

Durante la primera sesión de este módulo se le ayudo al paciente a identificar como la ansiedad puede ser un factor de riesgo para desencadenar los síntomas de asma y/o para no adherirse al tratamiento médico, y en consecuencia los beneficios de aprender a regular esta emoción negativa. Se le explicó la relación entre pensamientos-emociones-conductas-síntomas físicos a través de ejemplos de su vida cotidiana. Al final de la sesión se inició el entrenamiento en relajación, se le proporcionó información sobre respiración diafragmática y RMP, se hizo énfasis en su uso como estrategias para regular la ansiedad, se

dieron las indicaciones de cómo se realizan, se modeló como se realizan, y se le pidió al paciente que las practicara en el consultorio para dar retroalimentación y en su casa para lograr el dominio.

En la segunda sesión de éste módulo se identificaron pensamientos distorsionados asociados a situaciones que a los pacientes les generan ansiedad y cómo estos pensamientos incrementan o intensifican las emociones negativas, a partir de la identificación de distorsiones cognitivas se les enseñó a los pacientes a evaluar pensamientos distorsionados y generar pensamientos alternativos como una estrategia para disminuir la intensidad de las emociones negativas. Al final de la sesión se realizó el ejercicio de relajación (respiración diafragmática y RMP) guiado por el terapeuta.

En la tercera sesión de este módulo se realizaron ejercicios con experiencias reales y ejemplos de la vida cotidiana acerca de identificación de pensamientos distorsionados que incrementan la ansiedad y se evaluaron para generar pensamientos alternativos y regular la emoción negativa. Al final de la sesión se realizó el ejercicio de relajación (respiración diafragmática y RMP) guiado por el terapeuta.

Durante la intervención se realizaron mediciones constantes a través de los autoregistros (que también funcionaban como técnica de autocontrol) y de medidas fisiológicas, estas últimas, se registraban por el terapeuta únicamente antes y después de los ejercicios de relajación (dos sesiones).

Para medir la presión arterial y la frecuencia cardiaca se utilizó el esfigmomanómetro digital automático, la frecuencia respiratoria se obtuvo con

ayuda de cronómetro y se obtuvo con el número de respiraciones del paciente en 15 segundos en estado de reposo, que se multiplicaba por cuatro para obtener el promedio de respiraciones en un minuto. Para obtener el autoinforme se preguntaba al paciente ¿qué tan ansioso se siente en este momento en una escala de 0 al 10?, dónde 0 es nada ansioso y 10 muy ansioso.

*Etapa final.*

A la siguiente semana, después de que concluyó la intervención se realizó la evaluación final consistente en la aplicación del BAI. Se entregaron al paciente cuatro carnets en blanco para que los llenara durante las semanas de seguimiento.

*Fase de seguimiento.*

Esta etapa consistió en la aplicación del BAI después de un mes de haber concluido la intervención. Los pacientes entregaron los carnets de adherencia que llenaron durante cuatro semanas sin tratamiento, esto con la finalidad de conocer si los cambios obtenidos se mantuvieron a través del tiempo y se generalizaron, o si hubo recaídas. Sólo 10 de los 15 pacientes regresaron a la fase de seguimiento.

Los datos obtenidos a través de los carnets que se entregaban semanalmente en donde los pacientes registraban a diario, se resumieron a un dato por semana: dos de línea base, seis de tratamiento y cuatro de seguimiento.



## RESULTADOS

Para observar los cambios grupales en las variables:

- Adhesión al tratamiento: adhesión al medicamento, adhesión a las medidas generales y uso de medicamento de rescate. La automedicación se excluyó, ya que los pacientes reportaron no automedicarse.
- Frecuencia de episodios de ansiedad medida a través del registro en el carnet.
- Nivel de ansiedad medido con BAI.
- Frecuencia de síntomas.

Se calculó la probabilidad asociada a las diferencias de las mediciones semanales con la prueba de Friedman para k grupos relacionados, la cual es una prueba no paramétrica seleccionada por no cumplirse los criterios de normalidad en la distribución de los datos, además porque esta prueba es útil cuando se realizan más de dos mediciones en una misma muestra, en este caso k significa las diferentes situaciones en las que se midió a los sujetos.

Para las variables de los indicadores fisiológicos, de las que sólo se tienen mediciones pre y post del entrenamiento en relajación se utilizó la prueba de rangos de Wilcoxon para determinar si existen cambios estadísticamente significativos antes y después de las sesiones de entrenamiento en relajación. La prueba de rangos de Wilcoxon es una prueba no paramétrica seleccionada por no cumplirse los criterios de normalidad en la distribución de los datos, compara las mediciones antes y después de una intervención o tratamiento (variable independiente) en una misma muestra.

Para tomar las decisiones estadísticas se estableció el nivel  $\alpha$  al 0.05.

El análisis estadístico para los datos de seguimiento se realizó por separado, ya que sólo se contó con los datos de diez pacientes y si estos datos se incluían en el análisis se hubieran excluido los de los cinco pacientes que no recolectaron datos de seguimiento.

Para observar los cambios clínicos en cada paciente se presentan figuras que muestran los cambios en cada una de las variables en estudio.

La Tabla 2 muestra los cambios semanales en la toma de medicamento, se observa que durante la semana de línea base los pacientes tomaron adecuadamente su medicamento en un 75%, dicho porcentaje fue aumentando a través de las semanas en las que se aplicó la intervención y al final los pacientes tomaron adecuadamente su medicamento en un 99%, estos cambios resultaron estadísticamente significativos.

**Tabla 2**

Adhesión al medicamento antes, durante y después de la intervención.

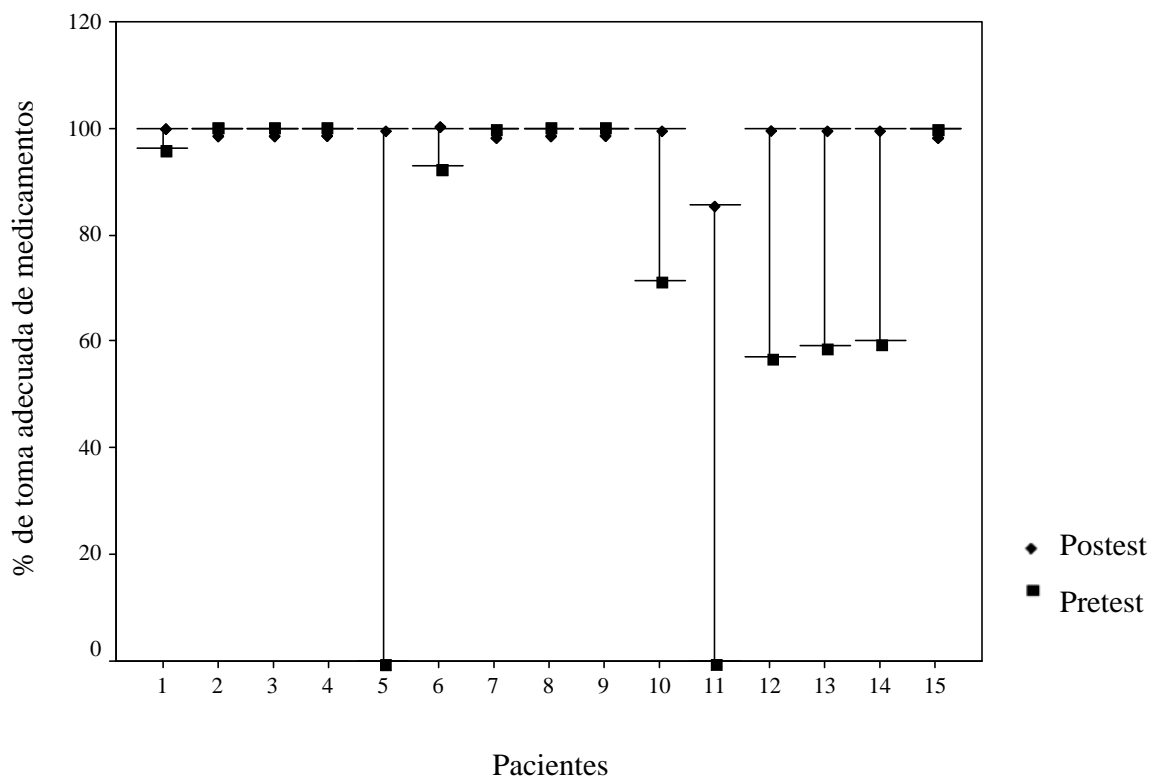
Semana	N	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo	Media del rango		
Línea base 1	15	75.7993	35.05105	.00	100.00	3.07		
Línea base 2	15	85.8113	28.92542	.00	100.00	3.13		
1ra. semana de tratamiento	15	92.8567	25.75394	.00	100.00	4.73		
2da. semana de tratamiento	15	99.0467	3.69224	85.70	100.00	5.23	<b>Prueba de Friedman</b>	
3ra. semana de tratamiento	15	98.0933	7.38449	71.40	100.00	5.07	N	15
4ta. semana de tratamiento	15	96.8207	7.94189	71.40	100.00	4.53	Chi-cuadrada	34.137
5ta. semana de tratamiento	15	93.3333	25.81989	.00	100.00	5.00	Df	7
6ta. semana de tratamiento	15	99.0467	3.69224	85.70	100.00	5.23	Sig.	<b>.000</b>

Durante el seguimiento los incrementos se sostuvieron, por lo que los pacientes cumplieron con su toma de medicamentos al 100% manteniendo los cambios obtenidos al final de la intervención.

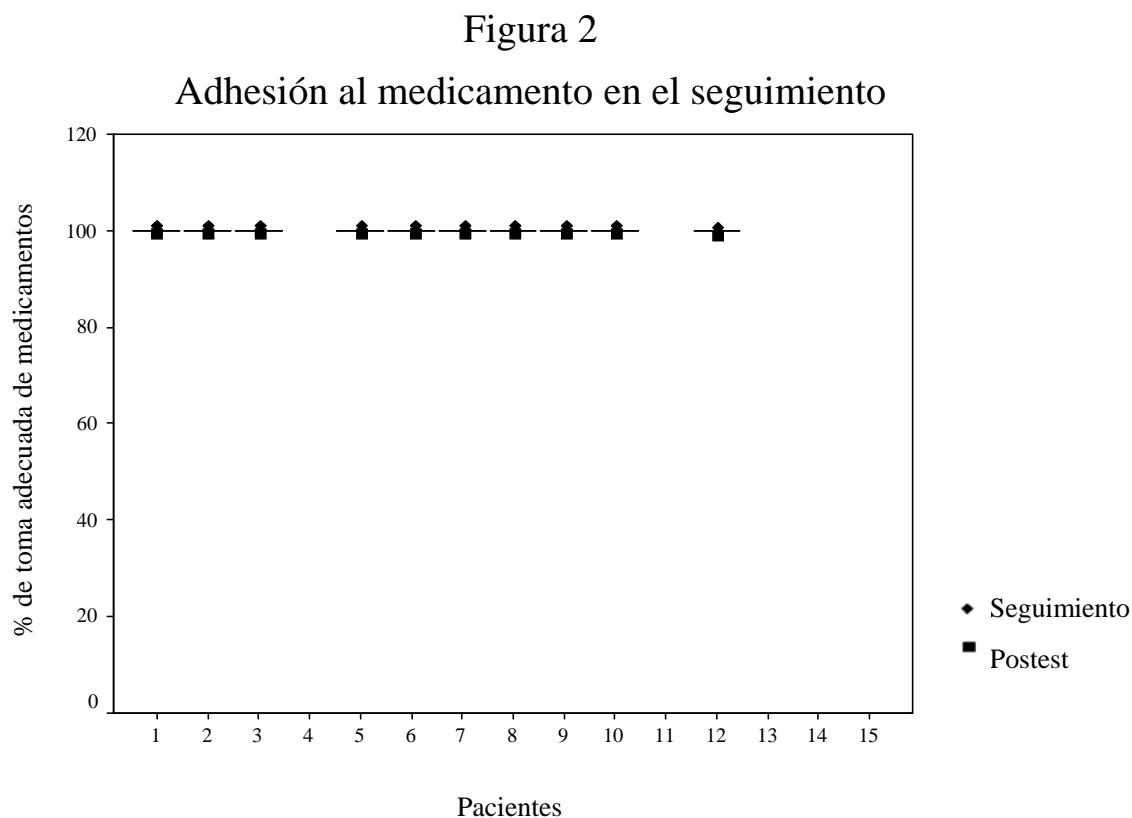
En cuanto a los cambios por paciente, se observa en la Figura 1 que ocho pacientes son los que se beneficiaron de la intervención al mejorar su adhesión, siete de ellos concluyeron la intervención cumpliendo al 100% las indicaciones del médico respecto a su medicación, uno de los pacientes mejoró hasta un 90% y los demás cumplieron desde el principio de la intervención al 100% con la toma de su medicamento.

Figura 1

Adhesión al medicamento antes y después de la intervención



En la Figura 2 muestra los cambios del final de la intervención al seguimiento, los diez pacientes se mantuvieron cumpliendo al 100% su toma de medicamentos.



La Tabla 3 muestra los cambios grupales por semana (de línea base al final de la intervención) del número de veces que los pacientes se exponían a desencadenantes de crisis asmáticas (polvo, olores fuertes o irritantes, humo de cigarro, entre otros). Durante la línea base los pacientes se exponían en promedio 12 veces por semana, dicha frecuencia disminuyó conforme transcurrió la intervención y al finalizar los pacientes disminuyeron su exposición a desencadenantes hasta 4 veces por semana, estos cambios fueron estadísticamente significativos.

Durante las semanas de seguimiento no hubo cambios relevantes en la frecuencia en que los pacientes se expusieron a desencadenantes, mantuvieron una frecuencia de exposición de 2 veces por semana en promedio (ver Tabla 4).

**Tabla 3**

Exposición a desencadenantes antes, durante y después de la intervención.

Semana	N	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo	Media del rango		
Línea base 1	15	12.27	13.317	0	47	6.70		
Línea base 2	15	7.80	10.758	0	38	5.70		
1ra. semana de tratamiento	15	7.33	9.774	0	35	5.20		
2da. semana de tratamiento	15	7.27	10.747	0	35	4.50	<b>Prueba de Friedman</b>	
3ra. semana de tratamiento	15	6.80	10.611	0	35	4.47	N	15
4ta. semana de tratamiento	15	4.33	10.090	0	35	3.03	Chi-cuadrada	39.80
5ta. semana de tratamiento	15	4.53	8.096	0	28	3.40	df	7
6ta. semana de tratamiento	15	4.40	9.006	0	28	3.00	Sig.	<b>.000</b>

**Tabla 4**

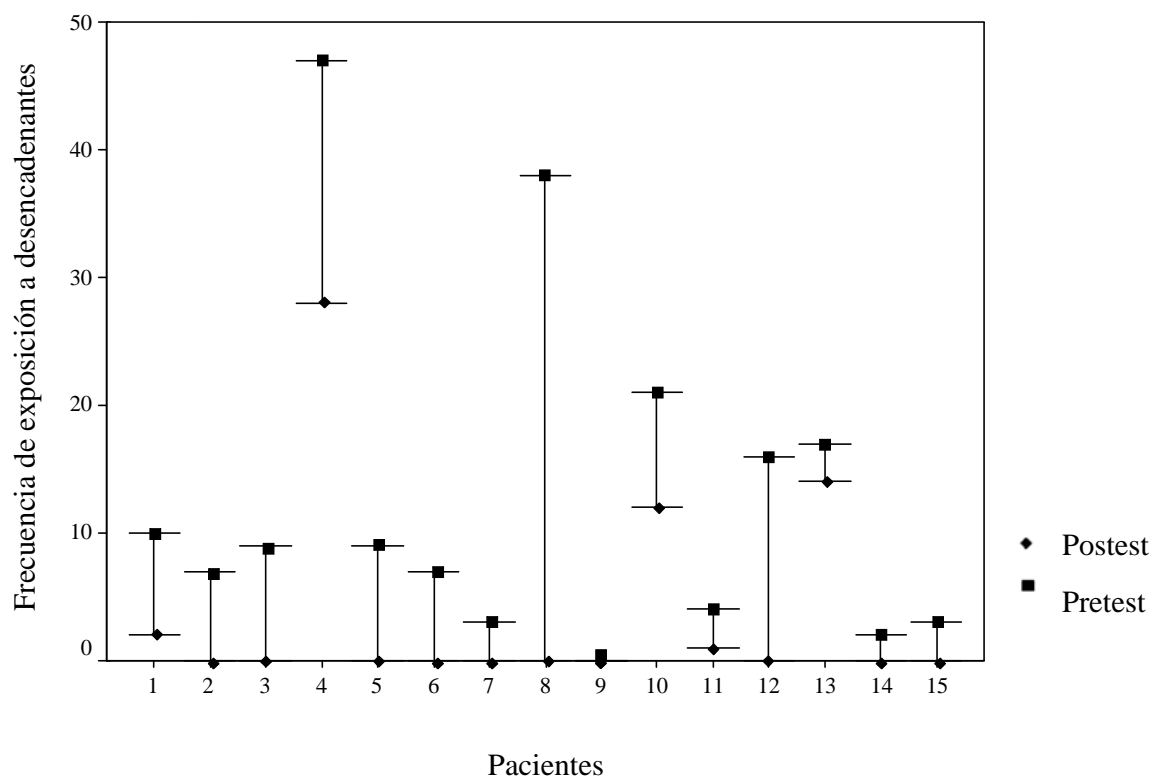
Exposición a desencadenantes al final de la intervención y durante el seguimiento.

Semana	N	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo	Media del rango		
6ta. semana de tratamiento	10	2.30	6.601	0	21	2.90	<b>Prueba de Friedman</b>	
1ra. semana de seguimiento	10	2.80	6.579	0	21	3.30	N	10
2da. semana de seguimiento	10	2.30	6.584	0	21	2.80	Chi-cuadrada	2.636
3ra. semana de seguimiento	10	2.40	6.552	0	21	3.05	df	4
4ta. semana de seguimiento	10	2.50	6.570	0	21	2.95	Sig.	<b>.620</b>

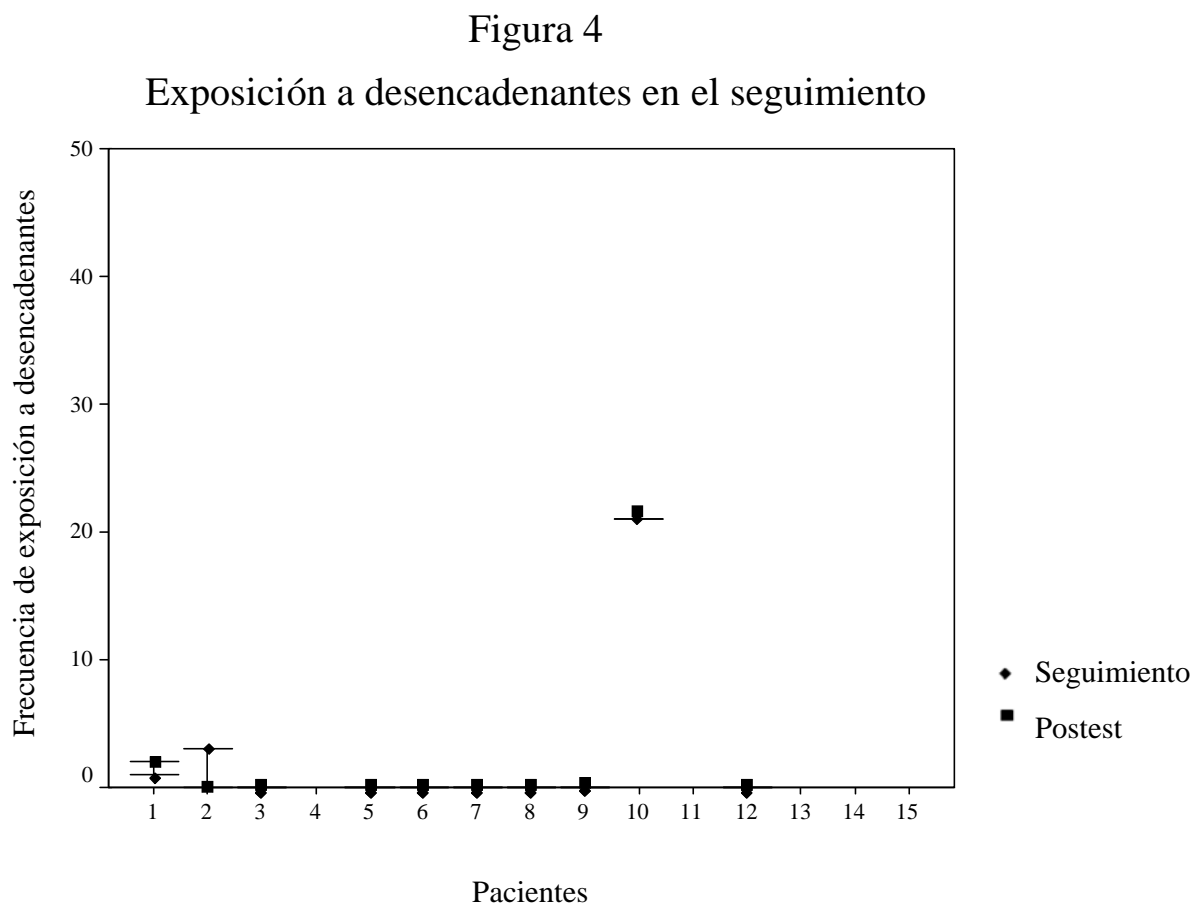
En los cambios por pacientes, se observa en la Figura 3 que todos los pacientes disminuyeron su exposición a desencadenantes al final de la intervención, los pacientes que tuvieron mayor beneficio fueron el 4, el 5 y el 12. Es importante mencionar que la longitud de la línea es proporcional al beneficio que obtuvo el paciente

Figura 3

Exposición a desencadenantes antes y después de la intervención



La Figura 4 muestra que todos los pacientes se mantuvieron en una frecuencia baja de exposición a desencadenantes en el seguimiento, el paciente 1 disminuyó aún más su exposición y el paciente 2 aumentó de cero a tres veces por semana su frecuencia de exposición.



Las tablas 5 y 6 muestran los cambios en el uso de medicamento de rescate. Antes de la intervención, los pacientes usaban esta medicación ocho veces a la semana en promedio, durante las semanas en las que se aplicó la intervención el uso de este medicamento disminuyó, de tal forma que al final de la intervención los pacientes lo utilizaron dos veces por semana en promedio. La disminución en el uso de medicamento de rescate resultó estadísticamente significativa (ver Tabla 5).

**Tabla 5**

Uso de medicamento de rescate antes, durante y después de la intervención.

Semana	N	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo	Media del rango		
Línea base 1	15	8.20	12.582	0	45	5.70		
Línea base 2	15	5.93	7.459	0	28	5.47		
1ra. Semana de tratamiento	15	6.07	9.736	0	30	4.67		
2da. semana de tratamiento	15	5.07	7.401	0	24	4.63		
3ra. Semana de tratamiento	15	4.33	7.678	0	26	4.23		
4ta. Semana de tratamiento	15	6.33	11.932	0	40	4.40		
5ta. Semana de tratamiento	15	4.60	11.102	0	43	3.57		
6ta. Semana de tratamiento	15	2.00	3.817	0	14	3.33		
							<b>Prueba de Friedman</b>	
							N	15
							Chi-cuadrada	16.886
							df	7
							Sig.	<b>.018</b>

Durante las cuatro semanas de seguimiento los pacientes mantuvieron el uso de medicamento de rescate entre dos y tres veces por semana en promedio, por lo que no se observan cambios significativos.

**Tabla 6**

Uso de medicamento de rescate al final de la intervención y durante el seguimiento.

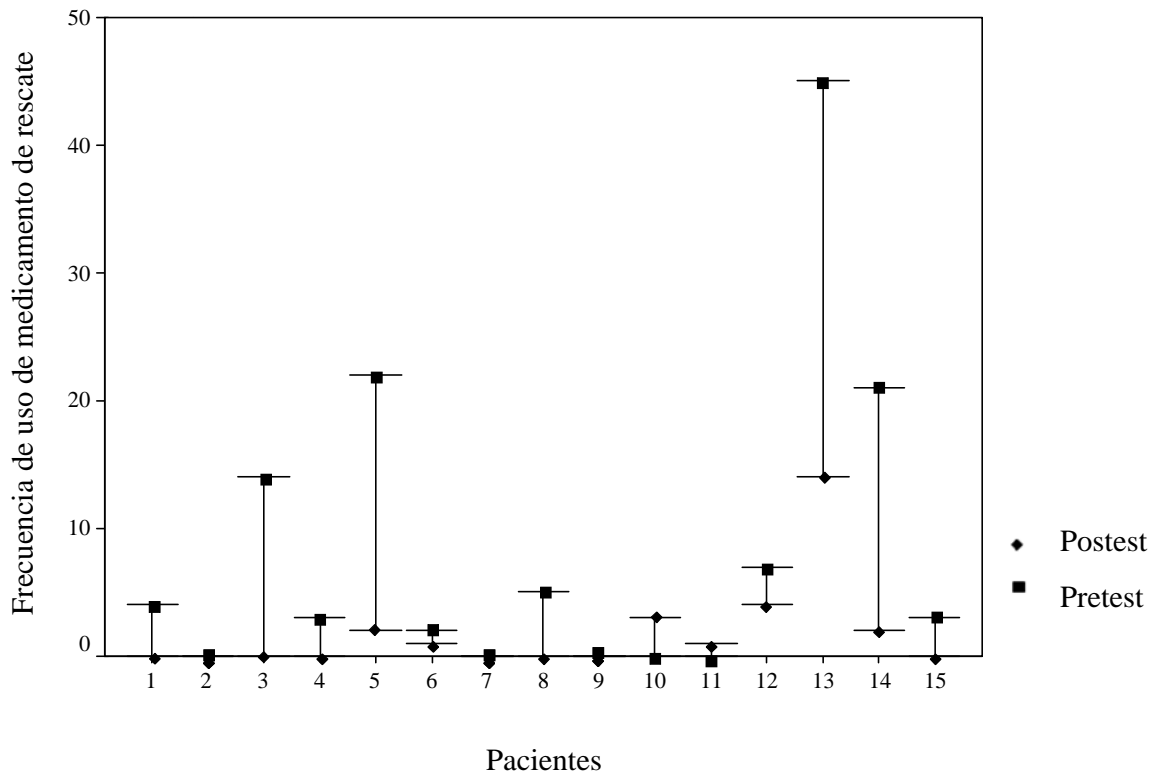
Semana	N	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo	Media del rango		
6ta. semana de tratamiento	10	1.30	2.263	0	7	2.70		
1ra. semana de seguimiento	10	2.00	2.667	0	7	2.95		
2da. semana de seguimiento	10	3.70	7.499	0	24	3.45		
3ra. semana de seguimiento	10	3.40	6.222	0	20	3.35		
4ta. semana de seguimiento	10	1.10	2.424	0	7	2.55		
							<b>Prueba de Friedman</b>	
							N	10
							Chi-cuadrada	5.277
							df	4
							Sig.	.260



En los cambios por paciente en cuanto al uso de medicamento de rescate, se observa en la Figura 5 que nueve de los pacientes disminuyeron la frecuencia con que utilizaron el medicamento de rescate, los paciente que obtuvieron mayor beneficio fueron: 3, 5, 13 y 14, los pacientes 10 y 11 incrementaron el uso de medicamento y tres pacientes se mantuvieron sin utilizar medicación desde el inicio y hasta el final de la intervención.

Figura 5

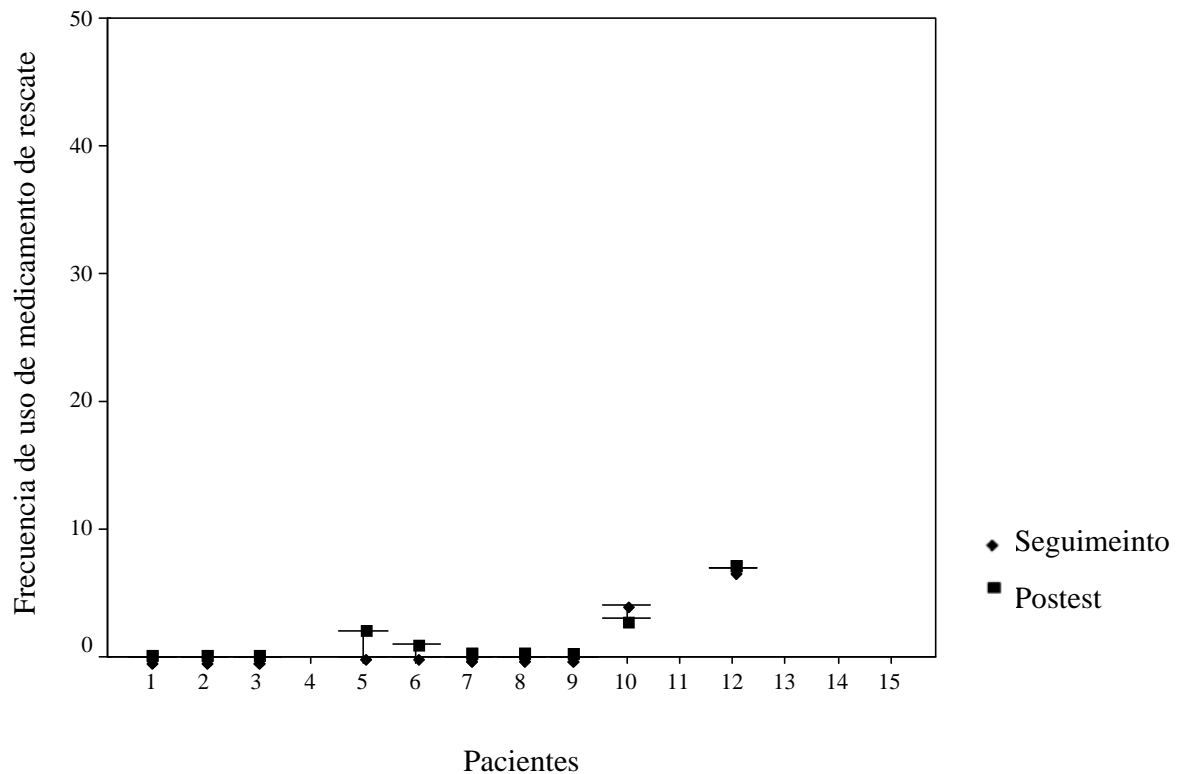
Uso de medicamento de rescate antes y después de la intervención



La Figura 6 muestra que los pacientes durante el seguimiento se mantuvieron utilizando pocas veces el medicamento de rescate, dos de los pacientes disminuyeron su uso a cero y un paciente aumentó de 3 a 4 veces el uso de este medicamento.

Figura 6

## Uso de medicamento de rescate en el seguimiento



Para observar los cambios en ansiedad, se analizaron: la frecuencia de ansiedad reportada por el paciente en su carnet, los puntajes obtenidos en el BAI y las medidas fisiológicas registradas antes y después de las sesiones de relajación.

En cuanto a los cambios en la frecuencia de ansiedad reportada en el carnet se obtuvieron cambios estadísticamente significativos, se puede observar en la Tabla 7 que durante la línea base los pacientes reportaron sentir ansiedad un promedio de 3 a 4 veces por semana y al final de la intervención sólo reportaron sentirla una vez a la semana.

**Tabla 7**

Ansiedad reportada en el carnet antes, durante y después de la intervención.

Semana	N	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo	Media del rango		
Línea base 1	15	3.60	2.444	0	7	5.70		
Línea base 2	15	4.07	2.764	0	7	5.57		
1ra. semana de tratamiento	15	3.53	2.850	0	7	5.23		
2da. Semana de tratamiento	15	2.60	3.376	0	7	4.43	<b>Prueba de Friedman</b>	
3ra. semana de tratamiento	15	2.27	2.915	0	7	4.03	N	15
4ta. semana de tratamiento	15	2.53	3.044	0	7	4.40	Chi-cuadrada	21.466
5ta. semana de tratamiento	15	1.40	2.414	0	7	3.53	Df	7
6ta. semana de tratamiento	15	.80	1.656	0	6	3.10	Sig.	<b>.003</b>

Durante la semanas de seguimiento (ver Tabla 8) los pacientes continuaron reportando sentir una vez a la semana ansiedad, las dos últimas semanas de seguimiento reportaron ya no sentir esa emoción.

**Tabla 8**

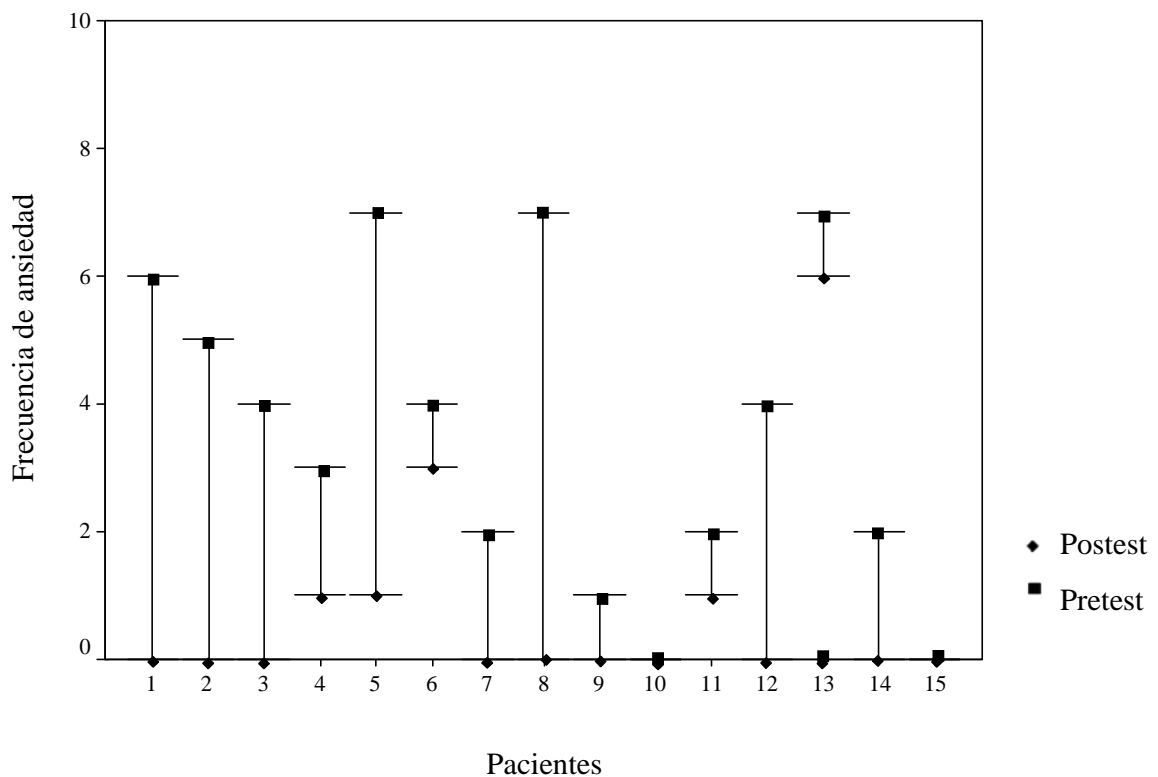
Ansiedad reportada en el carnet al final de la intervención y durante el seguimiento.

Semana	N	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo	Media del rango		
6ta. semana de tratamiento	10	.40	.966	0	3	3.25	<b>Prueba de Friedman</b>	
1ra. semana de seguimiento	10	.70	2.214	0	7	3.05	N	10
2da. Semana de seguimiento	10	.50	1.581	0	5	3.10	Chi-cuadrada	3.444
3ra. semana de seguimiento	10	.00	.000	0	0	2.80	df	4
4ta. semana de seguimiento	10	.00	.000	0	0	2.80	Sig.	.486

En cuanto a los cambios por pacientes, se observa en la Figura 7 que doce de los quince pacientes se beneficiaron de la intervención al disminuir la frecuencia con que experimentaron ansiedad, los que obtuvieron mayor beneficio fueron los pacientes: 1, 2, 3, 5, 8 y 12; tres de los pacientes reportaron en su carnet no experimentar ansiedad.

Figura 7

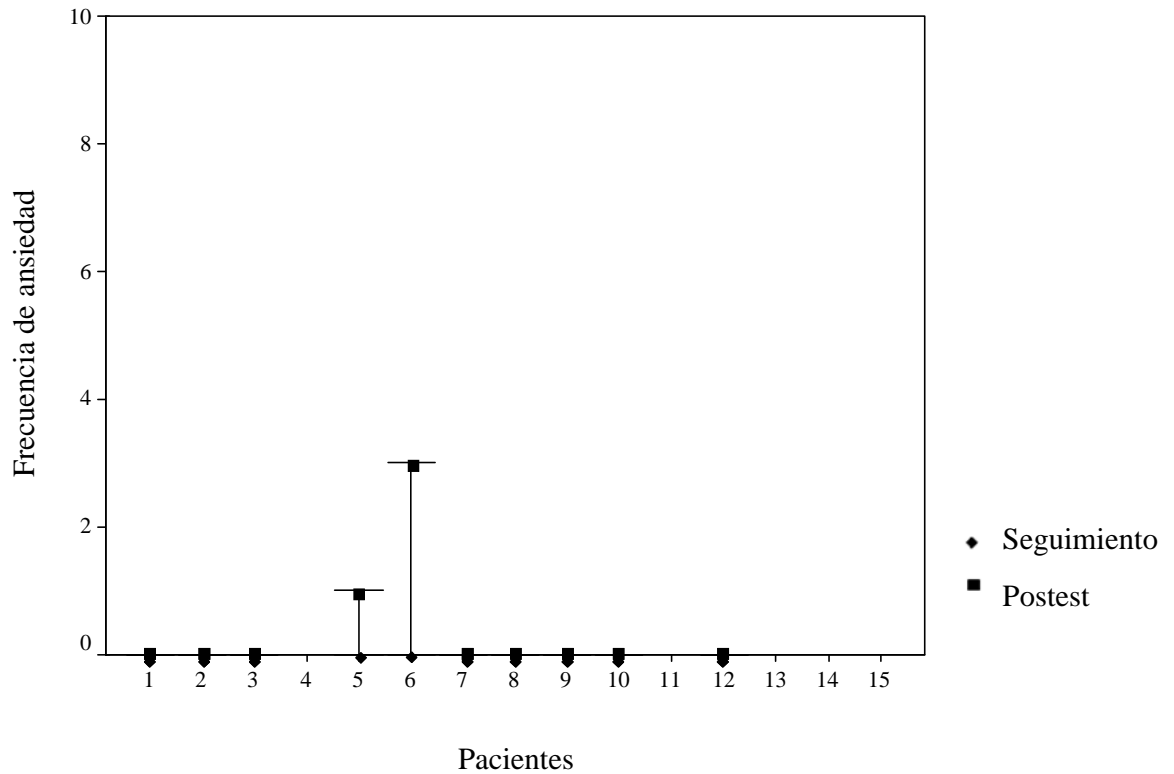
Ansiedad reportada en el carnet antes y después de la intervención



Del final de la intervención a la cuarta semana de seguimiento los pacientes continuaron sin experimentar ansiedad y dos de ellos disminuyeron la frecuencia con que sentían esta emoción a cero (ver Figura 8).

Figura 8

## Ansiedad reportada en el carnet en el seguimiento



La Tabla 9 muestra los cambios en los puntajes obtenidos en el BAI. Antes de la intervención los pacientes obtuvieron una media de 20.27 puntos, lo cual equivale a ansiedad moderada, después del módulo de psicoeducación el puntaje disminuyó a 13 que equivale a ansiedad leve y al finalizar la intervención cognitivo-conductual, el puntaje promedio fue de 7.53 que equivale a ansiedad leve. Esta disminución en el puntaje obtenido en el BAI resultó estadísticamente significativa.

**Tabla 9**

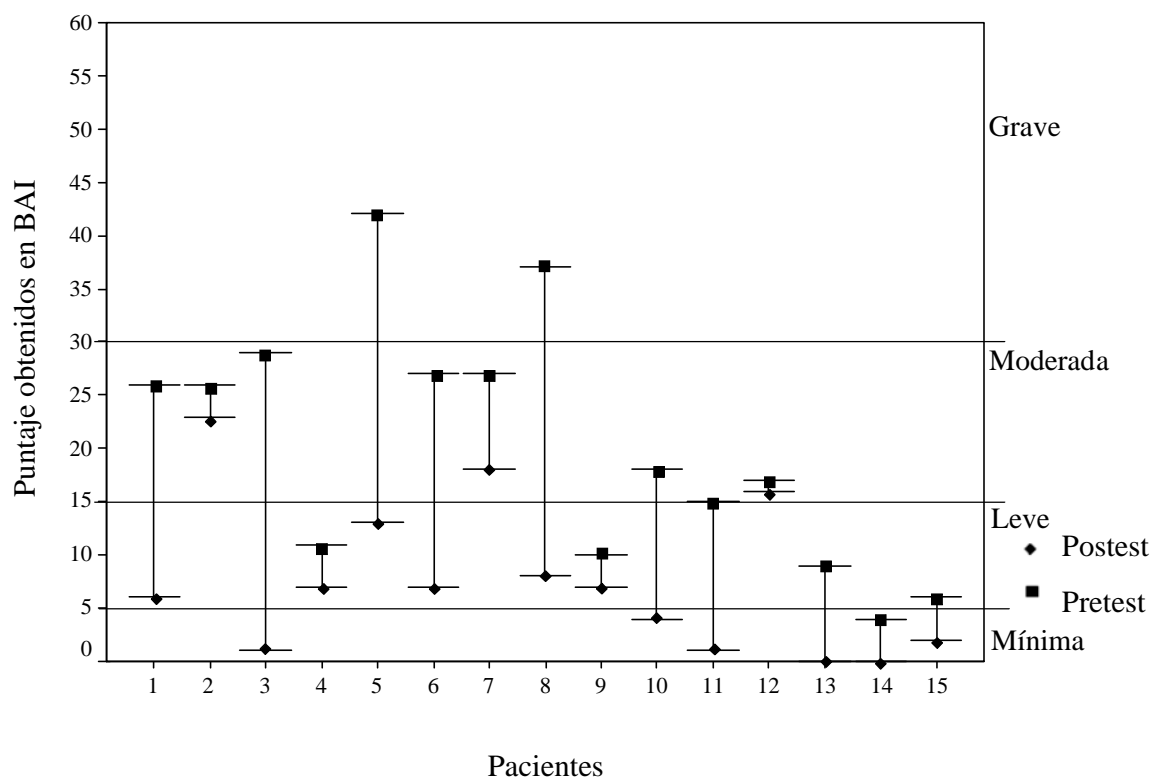
Ansiedad antes, después de la psicoeducación y al final de la intervención.

	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Estándar</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media del rango</b>	<b>Prueba de Friedman</b>	
Antes de la intervención	15	20.27	11.386	4	42	2.90	N	15
Después de la psicoeducación	15	13.00	9.986	0	35	1.83	Chi-cuadrada	21.719
Después de la intervención	15	7.53	7.049	0	23	1.27	Df	2
							Sig.	<b>.000</b>

En la Figura 9 se observan los cambios de cada uno de los pacientes en el puntaje obtenido en el BAI, en todos se observa una disminución de dicho puntaje, siendo los pacientes más beneficiados el 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 y 13. Al inicio de la intervención dos pacientes presentaban ansiedad grave y ocho ansiedad moderada, según en BAI, al final de la intervención sólo tres pacientes presentaron ansiedad moderada, todos los demás presentaron ansiedad leve o mínima.

Figura 9

Niveles de ansiedad medidos con BAI antes y después de la intervención



Al incluir en la comparación a través de la prueba de Friedman la medición de niveles de ansiedad con BAI de seguimiento, se observa que disminuyó aún más el nivel de ansiedad, siendo este cambio estadísticamente significativo (ver Tabla 10).

**Tabla 10**

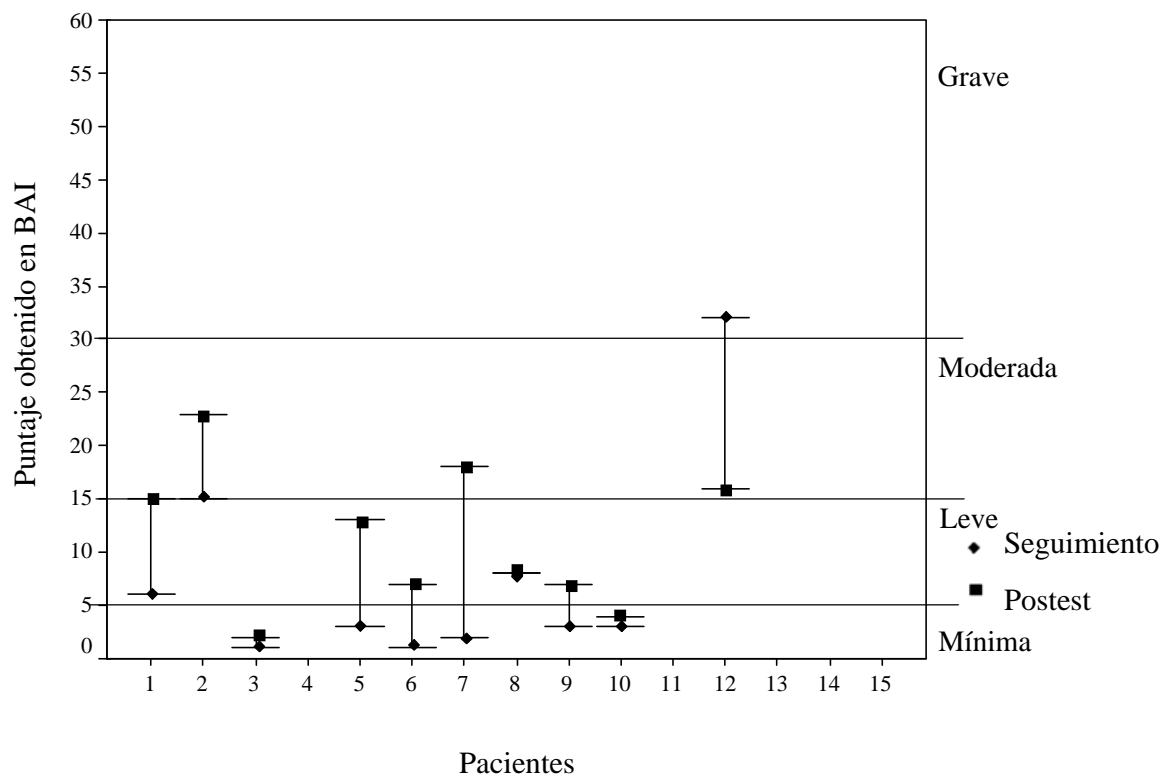
Ansiedad antes, después de la intervención y en seguimiento.

	N	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo	Media del rango	Prueba de Friedman	
Antes de la intervención	10	25.90	9.362	10	42	2.90	N	10
Después de la intervención	10	10.30	6.929	1	23	1.65	Chi-cuadrada	12.667
Seguimiento	10	8.40	9.823	1	32	1.45	df	2
							Sig.	.002

La Figura 10, muestra que en la mayoría de los pacientes durante el seguimiento disminuyó aún más sus niveles de ansiedad, sólo el paciente 12 aumentó su nivel de ansiedad de moderado a grave, cabe mencionar que dicho paciente sufrió eventos de vida estresantes durante las semanas de seguimiento (muerte de un familiar, separación de su esposo).

Figura 10

Niveles de ansiedad medidos con BAI en el seguimiento





La Tabla 11 muestra las comparaciones, a través de la prueba de rangos de Wilcoxon, de los indicadores fisiológicos antes y después de la primera sesión de respiración diafragmática profunda y relajación muscular progresiva.

Ocurrieron cambios estadísticamente significativos en frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y autorreporte de ansiedad. Todos estos indicadores disminuyeron al final de la sesión 1 de relajación. En relación a la presión arterial se observa una disminución notoria tanto en presión sistólica como en diastólica aunque estadísticamente los cambios no resultaron significativos.

**Tabla 11**

Indicadores fisiológicos antes y después de la primera sesión de relajación.

Variables		N	Media de rangos	Suma de rangos	Wilcoxon	
Frecuencia respiratoria después vs. Frecuencia respiratoria antes	Rangos negativos	14	7.50	105.00	Z	-3.307
	Rangos positivos	0	.00	.00	Sig	<b>.001</b>
	Ties	1			.	
	Total	15				
Frecuencia cardíaca después vs. Frecuencia cardíaca antes	Rangos negativos	14	8.36	117.00	Z	-3.252
	Rangos positivos	1	3.00	3.00	Sig	<b>.001</b>
	Ties	0			.	
	Total	15				
Autorreporte después vs. Autorreporte antes	Rangos negativos	10	5.50	55.00	Z	-2.820
	Rangos positivos	0	.00	.00	Sig	<b>.005</b>
	Ties	5			.	
	Total	15				
Presión sistólica después vs. Presión sistólica antes	Rangos negativos	8	8.81	70.50	Z	-1.131
	Rangos positivos	6	5.75	34.50	Sig	.258
	Ties	0			.	
	Total	14				
Presión diastólica después vs. Presión diastólica antes	Rangos negativos	6	7.75	46.50	Z	-.589
	Rangos positivos	6	5.25	31.50	Sig	.556
	Ties	2			.	
	Total	14				

La Tabla 12 muestra las comparaciones, a través de la prueba de rangos de Wilcoxon, de los indicadores fisiológicos registrados antes y después de la segunda sesión de relajación, en la que también se utilizaron las técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva.

Al igual que en la primera sesión de relajación, ocurrieron cambios estadísticamente significativos en frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y autorreporte de ansiedad. Todos estos indicadores también disminuyeron al final de la segunda sesión de relajación. Se observa una disminución clínicamente relevante tanto en la presión sistólica como en la diastólica aunque los cambios no resultaron estadísticamente significativos.

En la Figura 11 se observan los cambios por paciente en frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión arterial, antes y después del entrenamiento en relajación. El indicador fisiológico más sensible a las técnicas de relajación utilizadas fue la frecuencia respiratoria, trece de los pacientes disminuyeron este indicador después de las dos sesiones de entrenamiento, dos no presentaron cambios. En cuanto a la frecuencia cardíaca doce pacientes la disminuyeron y tres la aumentaron. La presión sistólica disminuyó en nueve de los pacientes y la diastólica en diez.

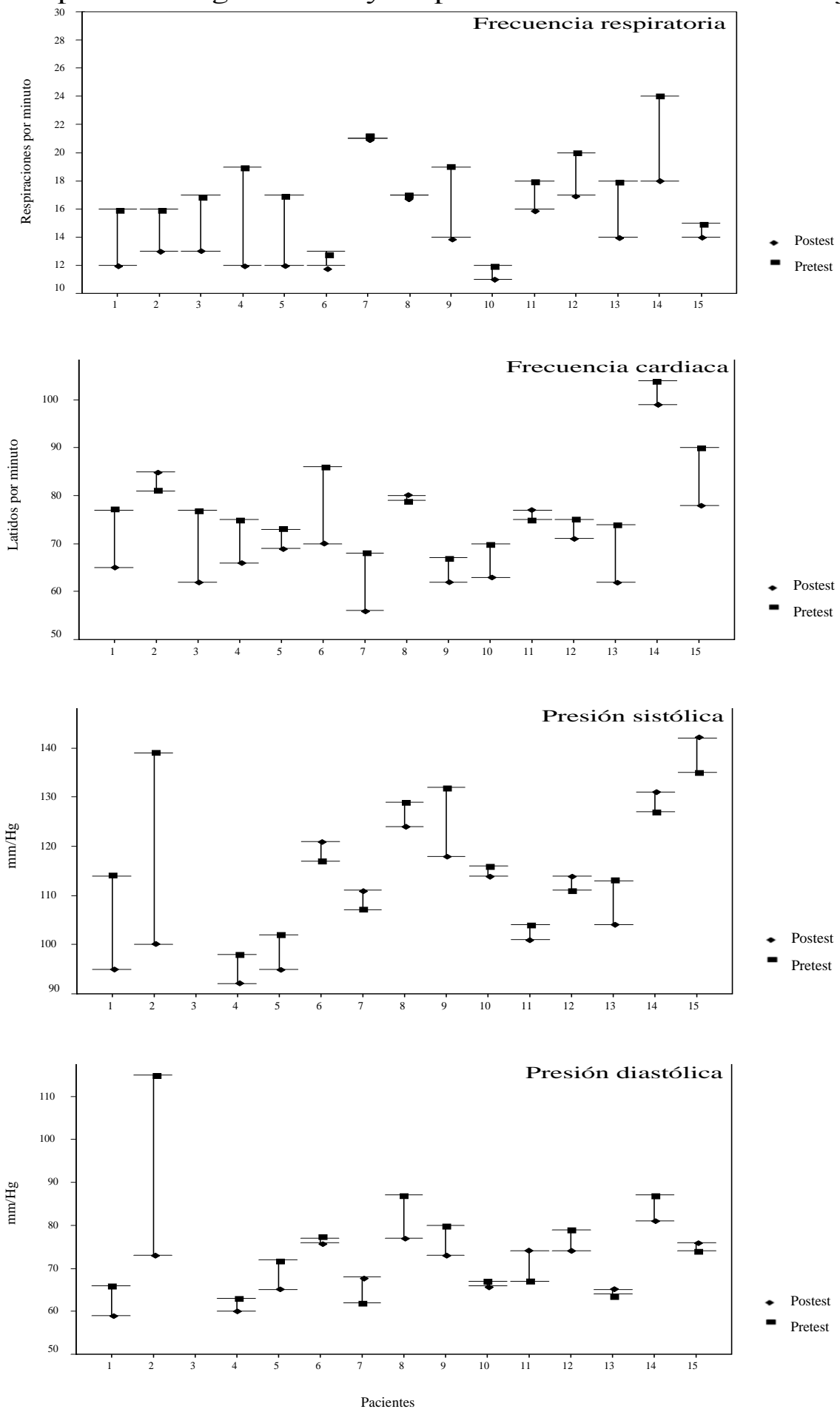
**Tabla 12**

Indicadores fisiológicos antes y después de la segunda sesión de relajación.

Variables		N	Media de rangos	Suma de rangos	Wilcoxon	
Frecuencia respiratoria después vs. Frecuencia respiratoria antes	Rangos negativos	14	8.39	117.50	Z	-3.293
	Rangos positivos	1	2.50	2.50	Sig.	<b>.001</b>
	Ties	0				
	Total	15				
Frecuencia cardíaca después vs. Frecuencia cardíaca antes	Rangos negativos	13	8.42	109.50	Z	-2.818
	Rangos positivos	2	5.25	10.50	Sig.	<b>.005</b>
	Ties	0				
	Total	15				
Autorreporte después vs. Autorreporte antes	Rangos negativos	8	4.50	36.00	Z	-2.536
	Rangos positivos	0	.00	.00	Sig.	<b>.011</b>
	Ties	7				
	Total	15				
Presión sistólica después vs. Presión sistólica antes	Rangos negativos	9	8.39	75.50	Z	-1.445
	Rangos positivos	5	5.90	29.50	Sig.	.148
	Ties	0				
	Total	14				
Presión diastólica después vs. Presión diastólica antes	Rangos negativos	8	6.13	49.00	Z	-1.426
	Rangos positivos	3	5.67	17.00	Sig.	.154
	Ties	3				
	Total	14				

Figura 11

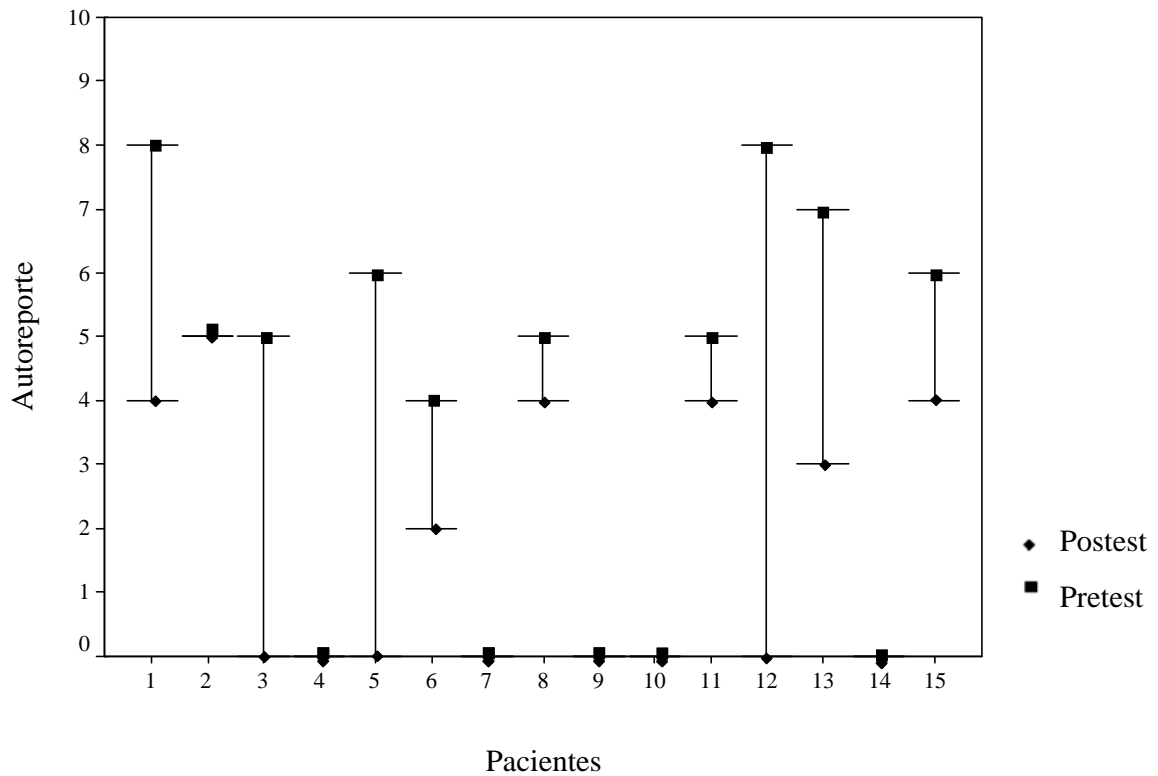
Cambios psicofisiológicos antes y después del entrenamiento en relajación



La Figura 12 muestra los cambios en el autorreporte de ansiedad de cada paciente antes y después del entrenamiento en relajación. Se observa que los pacientes 4, 7, 9, 10 y 14, reportaron no sentirse ansiosos ni antes ni después del entrenamiento en relajación. Los demás pacientes disminuyeron su sensación de ansiedad al final de la relajación.

Figura 12

Autoreporte de ansiedad antes y después del entrenamiento en relajación



A continuación se presentan las tablas y figuras que muestran los cambios en la frecuencia con que los pacientes percibieron sus síntomas de asma. El número de pacientes en los análisis estadísticos es 14 porque un paciente se excluyó al faltarle datos en sus carnets.

La Tabla 13 muestra los cambios semanales de la frecuencia con que los pacientes percibieron falta de aire. Durante la línea base los pacientes reportaron sentir el síntoma en promedio cuatro veces a la semana, este promedio disminuyó hasta una vez por semana al final de la intervención, esta disminución resultó estadísticamente significativa.

**Tabla 13**

Frecuencia de falta de aire, antes, durante y después de la intervención.

Semana	N	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo	Media del rango		
Línea base 1	14	5.29	4.286	0	14	5.96		
Línea base 2	14	3.93	3.293	0	9	5.29		
1ra. semana de tratamiento	14	3.71	2.785	0	7	5.57		
2da. semana de tratamiento	14	2.71	2.730	0	7	4.61		
3ra. semana de tratamiento	14	1.64	2.649	0	7	3.25		
4ta. semana de tratamiento	14	2.64	2.845	0	7	4.07		
5ta. semana de tratamiento	14	2.36	2.437	0	7	4.32		
6ta. semana de tratamiento	14	1.29	2.091	0	7	2.93		
							<b>Prueba de Friedman</b>	
							N	14
							Chi-cuadrada	24.284
							df	7
							Sig.	<b>.001</b>

Durante el seguimiento la percepción de falta de aire se mantuvo entre 1.5 y 2 veces a la semana en promedio, por lo que no resultaron cambios estadísticamente significativos. Sin embargo, clínicamente estos datos son relevantes, al mantenerse la disminución de la frecuencia en que los pacientes percibieron el síntoma durante las cuatro semanas de seguimiento (ver Tabla 14).

**Tabla 14**

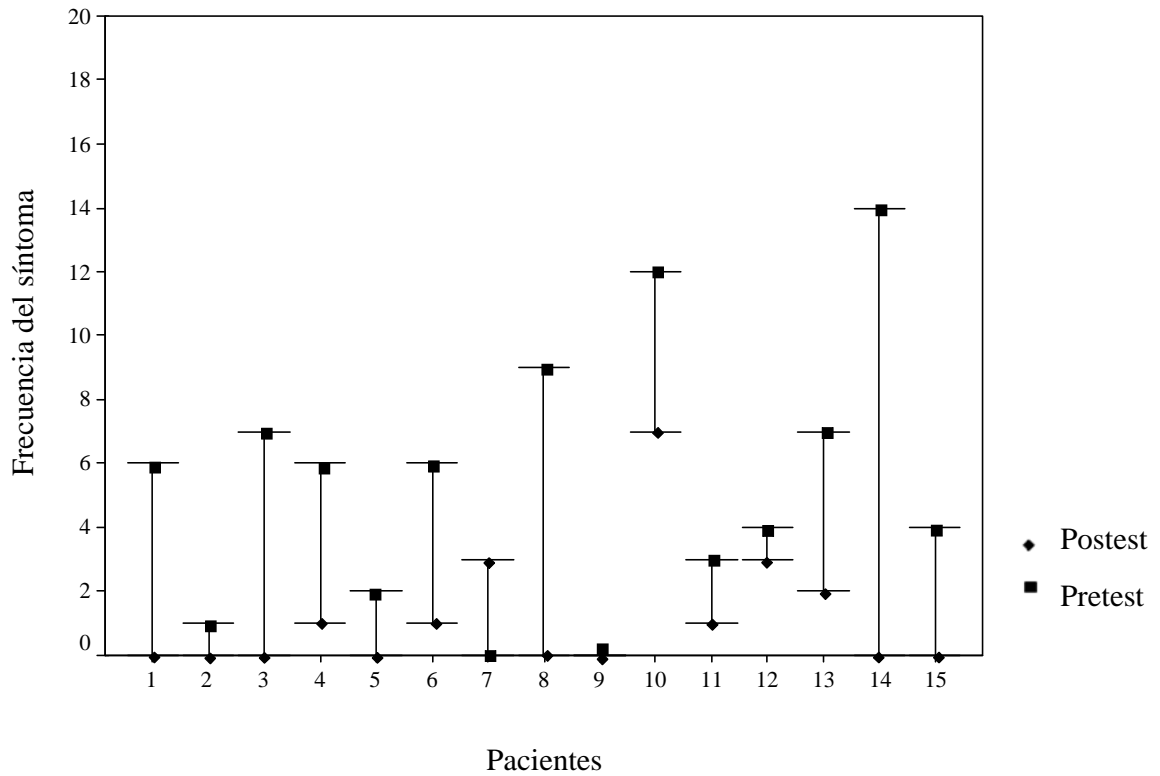
Frecuencia de falta de aire al final de la intervención y durante el seguimiento.

Semana	N	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo	Media del rango	Prueba de Friedman	
6ta. semana de tratamiento	10	1.50	2.415	0	7	2.80		
1ra. semana de seguimiento	10	2.00	2.944	0	7	3.30	N	10
2da. semana de seguimiento	10	2.20	3.327	0	7	3.25	Chi-cuadrada	4.000
3ra. semana de seguimiento	10	1.70	2.627	0	7	2.95	df	4
4ta. semana de seguimiento	10	1.30	2.541	0	7	2.70	Sig.	.406

La Figura 13 muestra que todos los pacientes mostraron disminución de la frecuencia en que percibían falta de aire, los pacientes que mostraron mayor beneficio son: 1, 3, 4, 6, 8, 10, 13, 14 y 15, el paciente 9 reportó no sentir este síntoma ni antes ni después de la intervención.

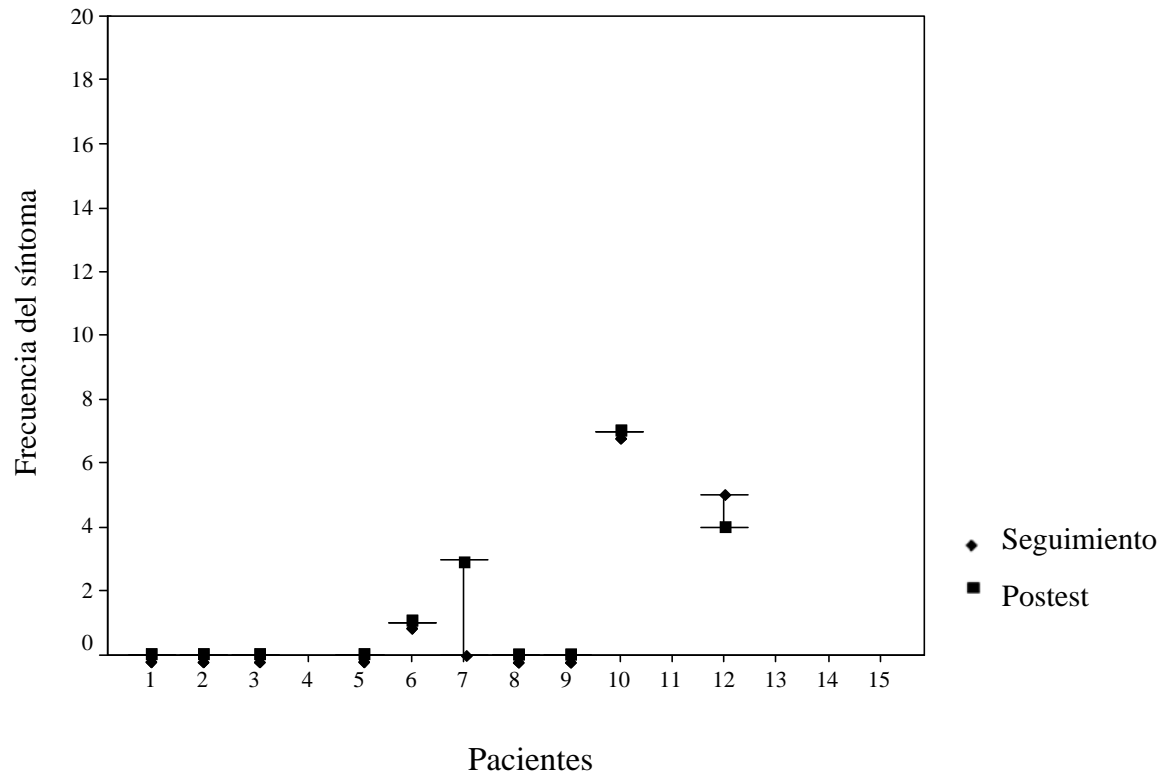


Figura 13  
Falta de aire antes y después de la intervención



Los cambios por paciente se mantuvieron en el seguimiento. En el paciente 7 disminuyó aún más la frecuencia con la que sintió falta de aire y en el paciente 12 hubo un ligero aumento de la frecuencia (ver Figura 14).

Figura 14  
Falta de aire en el seguimiento



En la Tabla 15 se observan cambios irregulares en la frecuencia con que los pacientes reportaron sibilancias, al final de la intervención hubo una clara disminución de la frecuencia con la que reportaron el síntomas aunque los cambios no fueron estadísticamente significativos.

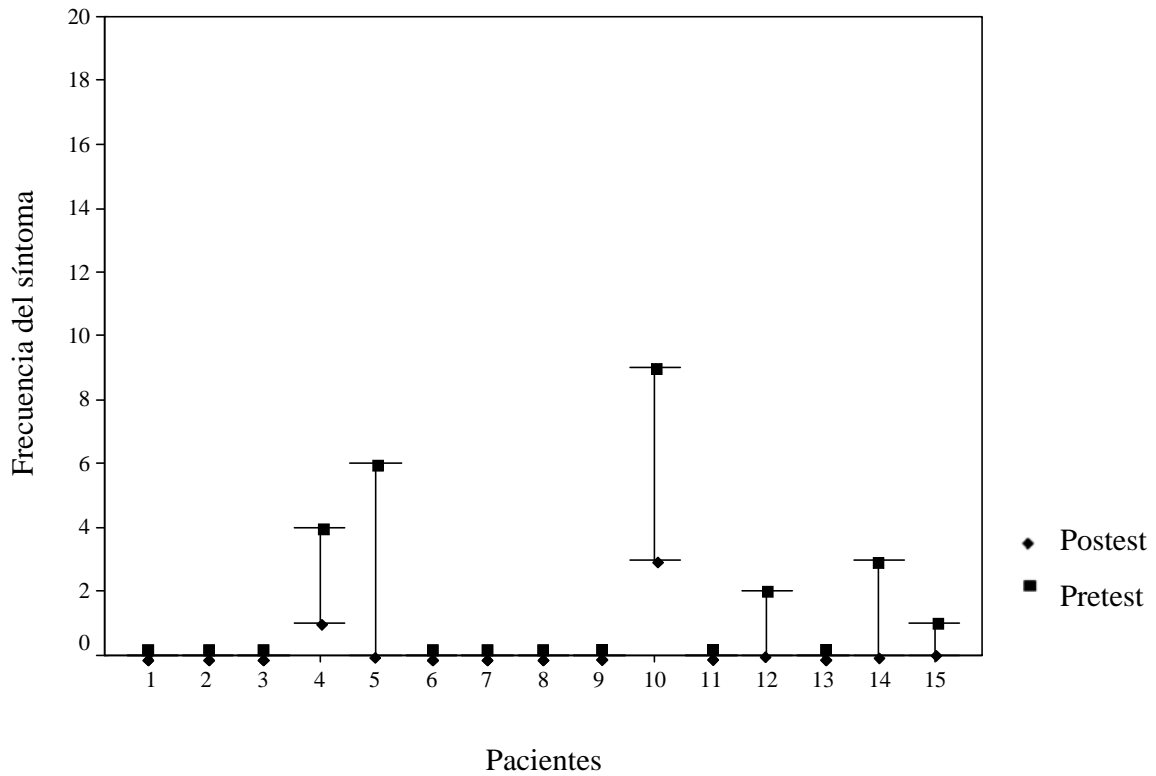
**Tabla 15**

Frecuencia de sibilancias, antes, durante y después de la intervención.

Semana	N	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo	Media del rango		
Línea base 1	14	1.50	2.767	0	9	5.00		
Línea base 2	14	2.29	3.970	0	13	5.43		
1ra. Semana de tratamiento	14	.79	1.888	0	7	4.61		
2da. semana de tratamiento	14	1.43	2.593	0	7	4.68		
3ra. Semana de tratamiento	14	1.00	2.353	0	7	4.25		
4ta. Semana de tratamiento	14	1.36	2.341	0	7	4.57		
5ta. Semana de tratamiento	14	.50	1.286	0	4	3.93		
6ta. Semana de tratamiento	14	.21	.802	0	3	3.54		
							<b>Prueba de Friedman</b>	
							N	14
							Chi-cuadrada	13.500
							df	7
							Sig.	.061

A pesar de no existir diferencias grupales significativas, en la Figura 15 se observa que los pacientes que reportaron sentir sibilancias se beneficiaron con la intervención, ya que al final disminuyó la frecuencia con que sintieron el síntoma.

Figura 15  
Sibilancias antes y después de la intervención



La Tabla 16 muestra que la frecuencia con que los pacientes reportaron sibilancias durante el seguimiento fue en promedio de 1 vez a la semana, estadísticamente estos cambios no fueron significativos.

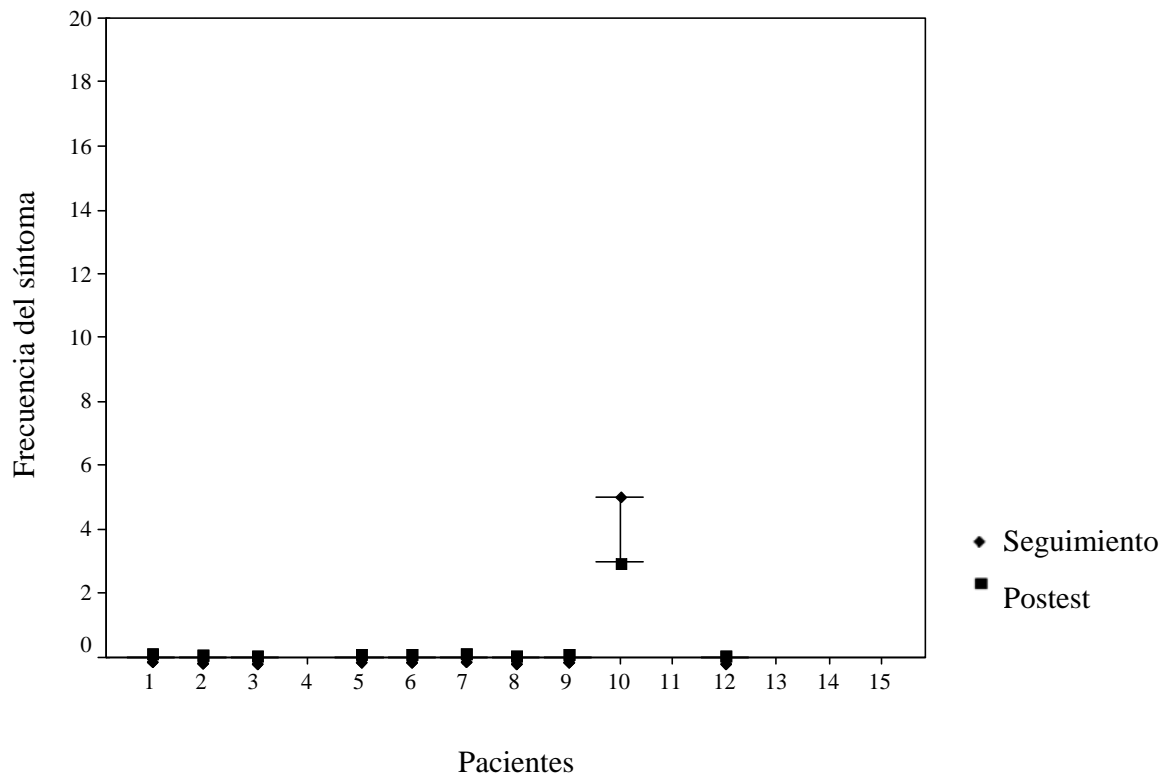
**Tabla 16**

Frecuencia de sibilancias al final de la intervención y durante el seguimiento.

Semana	N	Medi a	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo	Media del rango	Prueba de Friedman	
6ta. Semana de tratamiento	10	.30	.949	0	3	2.70	Chi- cuadrada	2.596
1ra. Semana de seguimiento	10	1.00	2.309	0	7	3.00		
2da. Semana de seguimiento	10	1.20	2.300	0	7	3.30		
3ra. Semana de seguimiento	10	.70	1.494	0	4	3.05		
4ta. Semana de seguimiento	10	.50	1.581	0	5	2.95	Sig.	.627

En cuanto a los cambios del final de la intervención al seguimiento del síntoma sibilancias, se observa en la Figura 16 que los pacientes mantuvieron los cambios que alcanzaron al final de la intervención, sólo en el paciente 10 se presentó un aumento de la frecuencia con que percibió el síntoma.

Figura 16  
Sibilancias en el seguimiento



La Tabla 17 muestra que la frecuencia con que los pacientes percibieron opresión o dolor en el pecho fue mayor en la línea base que al final de la intervención. Durante las semanas de línea base los pacientes reportaron el sentir el síntoma un promedio de 2.5 veces a la semana, al final de la intervención reportaron sentirlo menos de una vez a la semana en promedio. Esta disminución resultó estadísticamente significativa.

**Tabla 17**

Frecuencia de opresión en el pecho, antes, durante y después de la intervención.

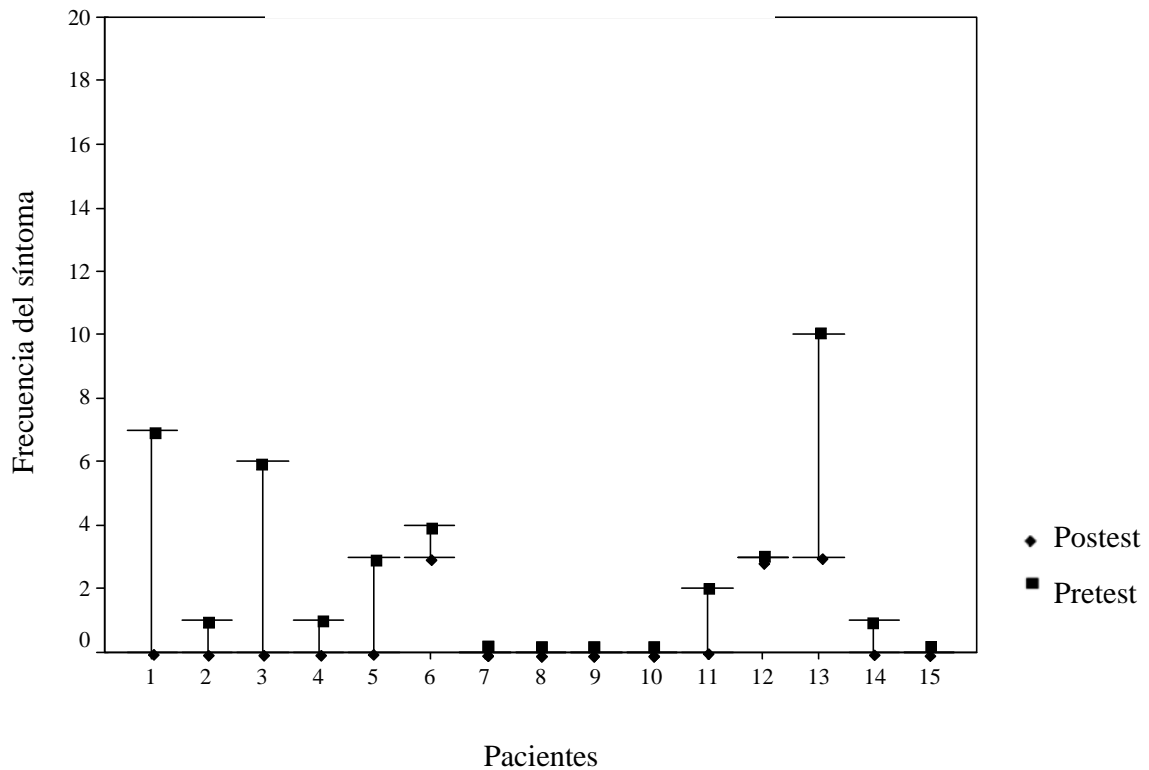
Semana	N	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo	Media del rango		
Línea base 1	14	2.64	3.128	0	10	5.79		
Línea base 2	14	2.21	2.833	0	7	5.21		
1ra. semana de tratamiento	14	1.79	2.636	0	7	5.00		
2da. semana de tratamiento	14	1.71	2.920	0	7	4.61		
3ra. semana de tratamiento	14	1.21	2.392	0	7	4.04		
4ta. semana de tratamiento	14	1.79	2.966	0	7	4.18		
5ta. semana de tratamiento	14	.79	1.929	0	7	3.64		
6ta. semana de tratamiento	14	.64	1.277	0	3	3.54		
							<b>Prueba de Friedman</b>	
							N	14
							Chi-cuadrada	18.108
							df	7
							Sig.	<b>.011</b>

En la Figura 17 se observa que todos los pacientes que reportaron sentir opresión o dolor en el pecho al inicio de la intervención obtuvieron beneficios de la intervención al disminuir la frecuencia con que percibieron el síntoma al

finalizar la intervención. Sólo el paciente 12, no mostró mejoría respecto al síntoma de dolor en el pecho.

Figura 17

Opresión o dolor en el pecho antes y después de la intervención



Durante el seguimiento la frecuencia con que los pacientes sintieron opresión o dolor en el pecho fue de una vez por semana en promedio, por lo que no hubo cambios significativos, los cambios logrados al final de la intervención se mantuvieron (ver Tabla 18).

**Tabla 18**

Frecuencia de opresión en el pecho al final de la intervención y durante el seguimiento.

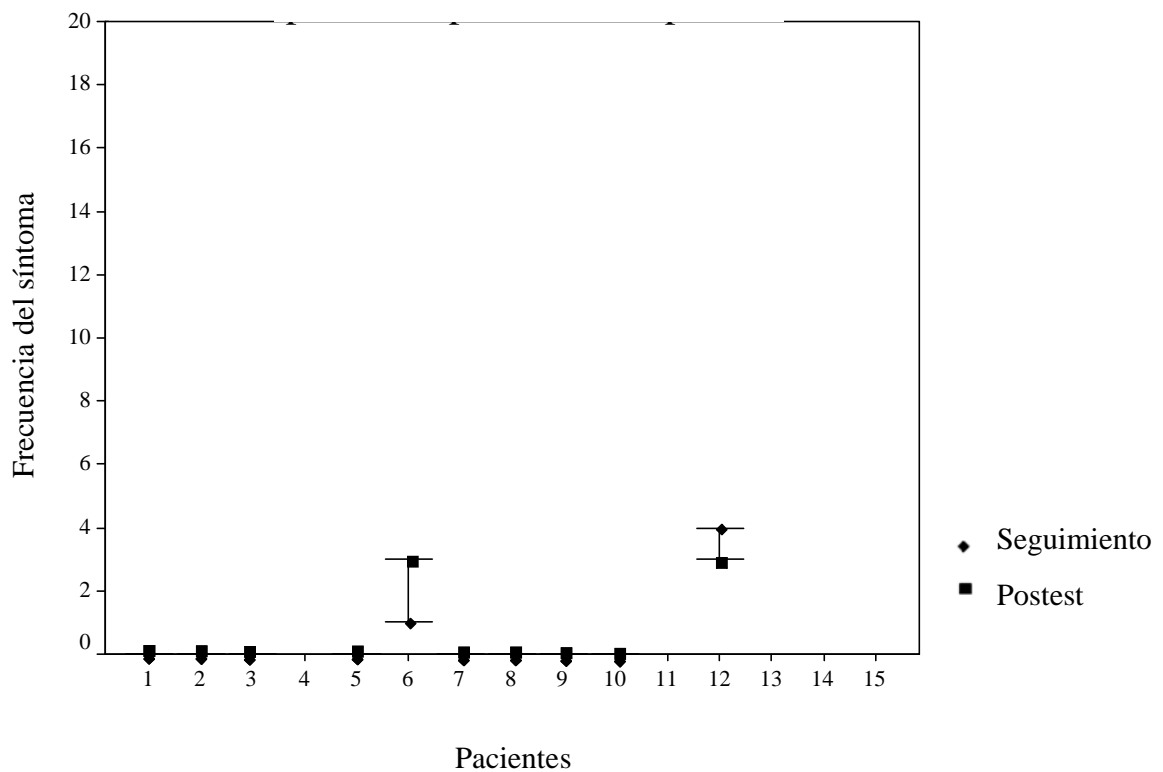
<b>Semana</b>	<b>N</b>	<b>Medi a</b>	<b>Desviación Estándar</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media del rango</b>	<b>Prueba de Friedman</b>	
6ta. semana de tratamiento	10	.60	1.265	0	3	2.90		
1ra. semana de seguimiento	10	1.10	2.424	0	7	3.30	N	10
2da. semana de seguimiento	10	1.00	2.211	0	7	3.25	Chi- cuadrada	5.000
3ra. semana de seguimiento	10	.40	.966	0	3	2.70	Df	4
4ta. semana de seguimiento	10	.50	1.269	0	4	2.85	Sig.	.287

Los cambios del final de la intervención al seguimiento del síntoma opresión o dolor en el pecho, revelaron (véase la Figura 18) que los pacientes mantuvieron la mejoría lograda al final de la intervención. El paciente 6 disminuyó más la frecuencia con que percibió el síntoma y sólo en el paciente 12 se presentó un ligero aumento en dicha frecuencia.



Figura 18

## Opresión o dolor en el pecho en el seguimiento



La Tabla 19 presenta los cambios en la frecuencia con que los pacientes reportaron el síntoma tos. Se observa que durante las semanas de línea base los pacientes reportaron tener tos en promedio 4 veces a la semana, síntoma que disminuyó al final de la intervención, ya que los pacientes reportaron sentirlo 2 veces a la semana en promedio. A pesar de hubo una disminución en la frecuencia con que experimentaron tos, los cambios no resultaron estadísticamente significativos.

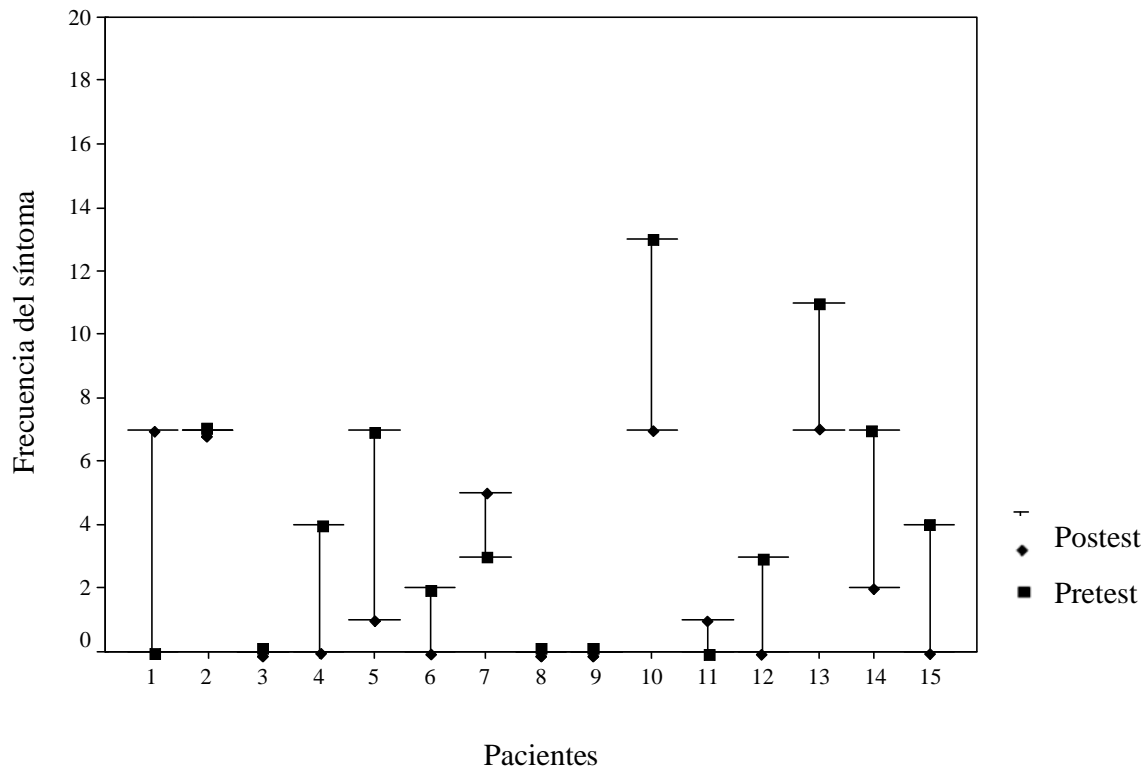
**Tabla 19**

Frecuencia de tos, antes, durante y después de la intervención.

<b>Semana</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Estándar</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media del rango</b>		
Línea base 1	14	4.07	4.323	0	13	5.46		
Línea base 2	14	4.36	4.431	0	14	5.29		
1ra. semana de tratamiento	14	3.14	2.797	0	7	4.82		
2da. semana de tratamiento	14	2.64	3.177	0	7	4.18		
3ra. semana de tratamiento	14	2.07	2.921	0	7	4.07		
4ta. semana de tratamiento	14	2.57	3.155	0	7	4.25		
5ta. semana de tratamiento	14	2.07	2.759	0	7	3.71		
6ta. semana de tratamiento	14	2.64	3.153	0	7	4.21		
							<b>Prueba de Friedman</b>	
							N	14
							Chi-cuadrada	9.745
							Df	7
							Sig.	.204

En relación a los cambios por paciente, se observa en la Figura 19 que en la mayoría de los pacientes disminuyó la frecuencia con la que experimentaron tos al final de la intervención. Sin embargo, en los pacientes 1, 7 y 11 aumentó la frecuencia con que experimentaron tos.

Figura 19  
Tos antes y después de la intervención



En la Tabla 20 se muestran los cambios durante las semanas de seguimiento de la frecuencia con los pacientes reportaron sentir tos. Se observa que la disminución en la frecuencia del síntoma lograda al final de la intervención se mantuvo y al final del seguimiento disminuyó ligeramente, y por tanto los cambios no resultaron estadísticamente significativos.

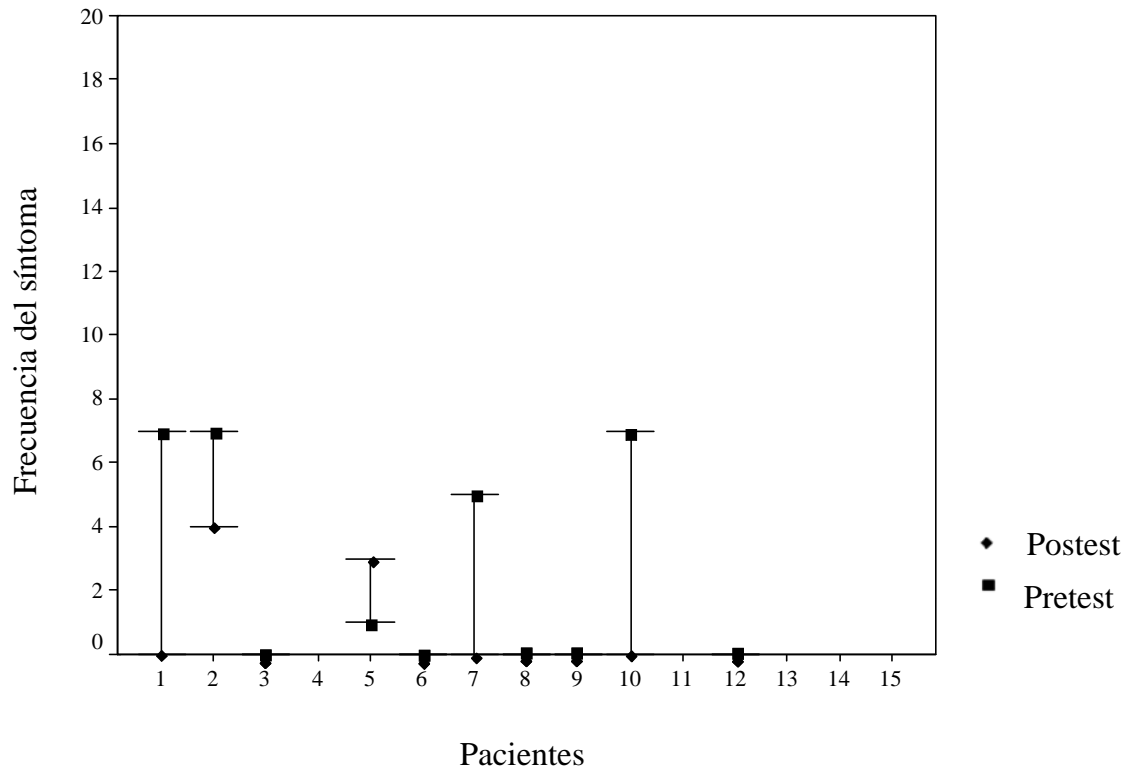
**Tabla 20**

Frecuencia de tos al final de la intervención y durante el seguimiento.

<b>Semana</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Estándar</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media del rango</b>	<b>Prueba de Friedman</b>	
6ta. semana de tratamiento	10	2.70	3.335	0	7	3.50		
1ra. semana de seguimiento	10	1.40	2.951	0	7	3.05	N	10
2da. semana de seguimiento	10	1.10	2.283	0	7	2.95	Chi-cuadrada	4.533
3ra. semana de seguimiento	10	1.20	2.573	0	7	2.90	Df	4
4ta. semana de seguimiento	10	.70	1.494	0	4	2.60	Sig.	.339

En la Figura 20 se observa que, desde el final de la intervención y hasta el seguimiento, la mayoría de los pacientes mantuvieron la mejoría en la frecuencia con que experimentaron tos. Los pacientes 1 y 7 que mostraron un aumento del síntoma durante la intervención, mostraron mejoría en el seguimiento; el paciente 2 que no había mostrado cambios durante la intervención, disminuyó la frecuencia en el seguimiento; el paciente 10 continuó con la mejoría. Sólo el paciente 5, que había mejorado durante la intervención presentó un ligero aumento del síntoma durante el seguimiento.

Figura 20  
Tos en el seguimiento



Al igual que en el síntoma sibilancias, los cambios en la frecuencia con la que los pacientes reportaron tener flemas en las primeras semanas de la intervención fueron irregulares, sin embargo para la quinta y sexta semana se observa disminución de la frecuencia del síntoma (entre una y dos vez por semana en promedio), la cual resultó estadísticamente significativos (ver Tabla 21).

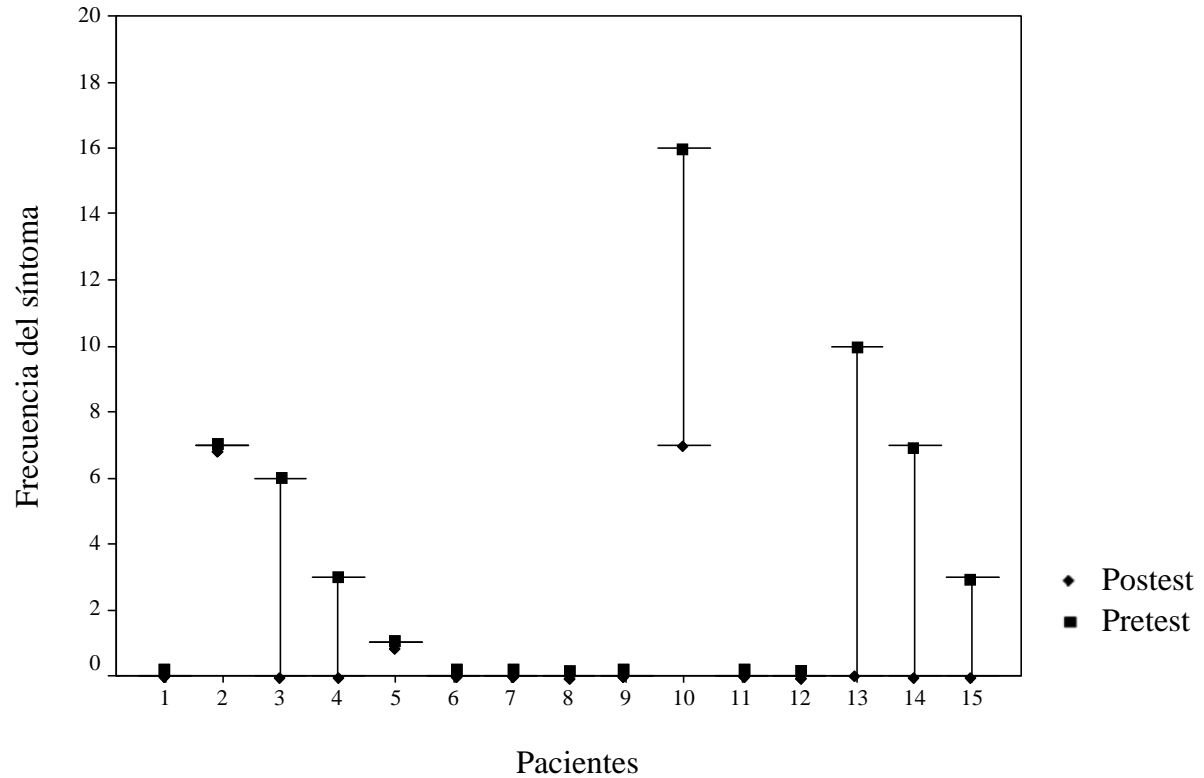
**Tabla 21**

Frecuencia de flemas, antes, durante y después de la intervención.

Semana	N	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo	Media del rango		
Línea base 1	14	3.57	4.972	0	16	4.32		
Línea base 2	14	4.71	4.340	0	14	5.43		
1ra. semana de tratamiento	14	3.71	3.148	0	7	4.79		
2da. semana de tratamiento	14	3.86	4.092	0	12	4.71	<b>Prueba de Friedman</b>	
3ra. semana de tratamiento	14	3.57	3.567	0	7	4.79	N	14
4ta. semana de tratamiento	14	4.14	3.302	0	7	4.86	Chi-cuadrada	14.905
5ta. semana de tratamiento	14	2.36	3.225	0	7	4.04	Df	7
6ta. semana de tratamiento	14	1.07	2.526	0	7	3.07	Sig.	<i>.037</i>

En la Figura 21, que muestra los cambios por paciente, se observa que en los pacientes que reportaron sentir flemas hubo una disminución de la frecuencia con que percibieron el síntoma al final de la intervención. Los pacientes 2 y 5 no reportaron cambios en la frecuencia del síntoma.

Figura 21  
Flemas antes y después de la intervención



Durante las semanas de seguimiento los pacientes reportaron reducción en tener flemas hasta 1 y 2 veces por semana en promedio, cambios que se mantuvieron del final de la intervención al seguimiento, aunque estadísticamente, los cambios no fueron significativos (ver Tabla 22).

**Tabla 22**

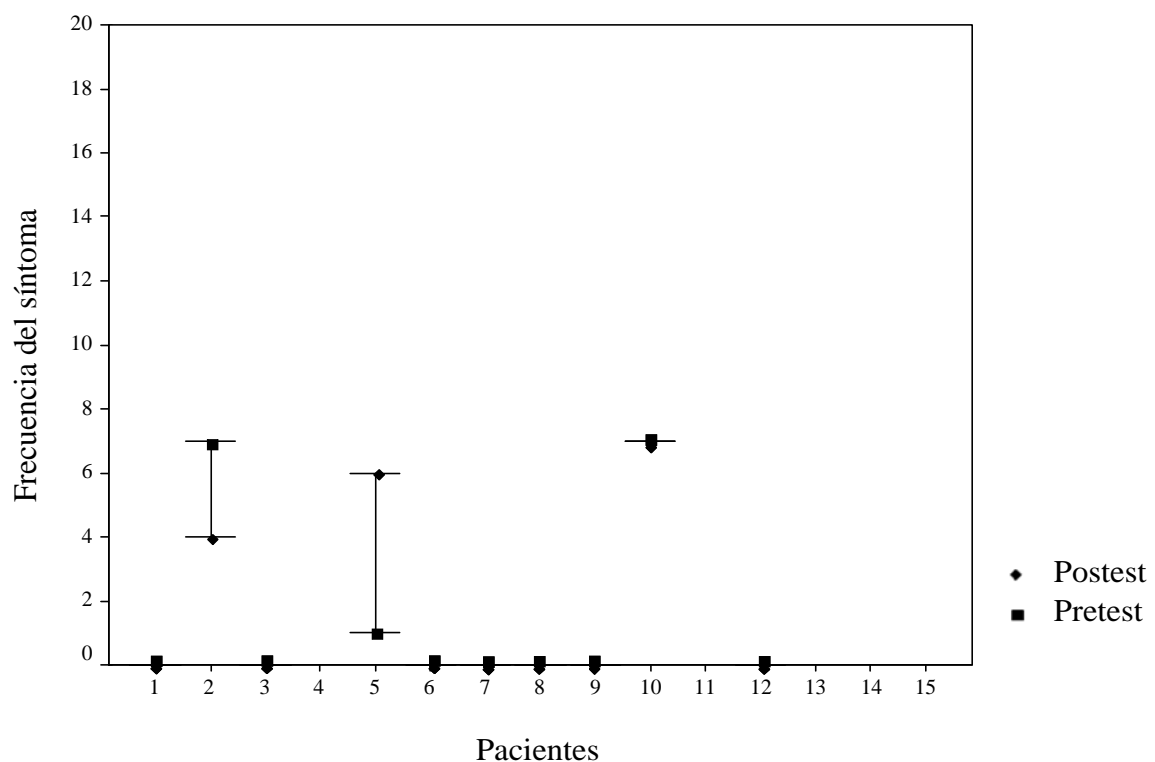
Frecuencia de flema al final de la intervención y durante el seguimiento.

Semana	N	Media	Desviación n Estándar	Mínimo	Máximo	Media del rango	Prueba de Friedman	
6ta. semana de tratamiento	10	1.50	2.915	0	7	2.95	Chi- cuadrada	10
1ra. semana de seguimiento	10	2.00	3.232	0	7	3.20		
2da. semana de seguimiento	10	1.80	2.898	0	7	3.15		
3ra. semana de seguimiento	10	1.50	2.593	0	7	2.85		
4ta. semana de seguimiento	10	1.70	2.830	0	7	2.85		
							df	4
							Sig.	.773

En la Figura 22 se observa que los pacientes mantuvieron en el seguimiento la mejoría lograda al final de la intervención. El paciente 2 que no había mostrado cambios, disminuyó la frecuencia con la que tuvo flemas en el seguimiento, pero en el paciente 5 aumentó la frecuencia con que percibió el síntoma.

Figura 22

Flemas en el seguimiento





## DISCUSIÓN

El presente estudio buscó confirmar y extender los resultados de diversas investigaciones internacionales, sobre intervenciones para mejorar la adhesión terapéutica y disminuir la ansiedad en pacientes con asma, que son factores conductuales y psicológicos en los que se debe incidir para que los pacientes mejoren el control de su enfermedad y disminuyan la frecuencia de sus síntomas.

En términos generales la intervención cognitivo-conductual diseñada resultó efectiva, ya que la mayoría de los pacientes mostraron mejorías notorias en su adhesión al tratamiento y disminución de niveles de ansiedad, lo que probablemente repercutió en la disminución de la frecuencia con la que los pacientes percibieron síntomas de asma dado que éstos también mejoraron.

Los resultados sobre adhesión se hicieron relevantes, incluyeron la toma adecuada de medicamentos, la disminución de la frecuencia de exposición a factores desencadenantes de crisis y la disminución de la frecuencia con que se utiliza el medicamento de rescate.

En este estudio, siete de los pacientes, desde el inicio del estudio reportaron administrarse su medicamento tal como lo había indicado el médico, los ocho pacientes restantes, es decir el 53.3%, no tomaban adecuadamente su medicamento. Éstas constituyen cifras similares a lo reportado en la literatura de investigación en relación a los niveles de adhesión en pacientes con asma (Cochrane, 1996; Kendrick, Higgs, Whitfield & Laszlo, 1993; Lemanek, Kamps & Chung, 2001; Spector, 2000). Esos ocho pacientes se beneficiaron

con la intervención ya que al final de ésta y durante la fase de seguimiento se administraban el medicamento tal y como les indicó su médico, es decir tomaron su medicamento al 100%, excepto uno que sólo logro cumplir con las indicaciones en un 85% al final de la intervención, pero que durante la fase de seguimiento siguió mejorando y logró cumplir al 100%.

Las principales causas por las que los pacientes no se adherían a su tratamiento, reportadas por los participantes de este estudio, fueron falta de recursos económicos para comprar los medicamentos, el desconocimiento de la función de los medicamentos y del por qué tenían que tomarlos a pesar de “sentirse bien”, y creencias distorsionadas acerca del uso de medicamentos, sobre todo en relación a los efectos secundarios de los esteroides. El módulo de psicoeducación y las técnicas de reestructuración cognitiva y solución de problemas del módulo de adhesión a los medicamentos, muy probablemente ayudaron a los pacientes a superar las barreras reportadas, lo que corrobora que estas técnicas son eficaces en la mejora de adhesión terapéutica como se ha señalado en la revisión publicada por la OMS, realizada por Hotz y colegas (2003).

La psicoeducación es fundamental y el primer componente que se debe considerar en el diseño de intervenciones para mejorar adhesión, ya que incrementa la credibilidad, confianza y expectativas sobre el tratamiento, además de que motiva al paciente a llevar a cabo conductas eficaces en el manejo de la enfermedad. En efecto, se ha reportado una relación lineal entre el aumento en el conocimiento de la enfermedad y la utilización de conductas de autocuidado (Campos, et al., 1998; Dunt, Rubinfeld, Feren & McClure, 1987; Safren, 1999), sin embargo se debe complementar con otras técnicas

psicológicas que aseguren y mantengan el cambio conductual, que fue lo que se consiguió con la intervención evaluada en este estudio.

Otro indicador de mejoría en la adhesión terapéutica fue la disminución en la frecuencia de exposición a factores desencadenantes de crisis que se logró al final de la intervención y que se mantuvo a lo largo de la fase de seguimiento. Esta disminución fue más marcada después de la tercera semana de tratamiento psicológico, que corresponde al módulo de adhesión terapéutica, lo que puede indicar que este módulo resultó efectivo para asegurar y mantener el cambio conductual. Ya se ha documentado que el reducir la exposición de un paciente a algunos factores de riesgo o desencadenantes mejora el control del asma y reduce la necesidad de medicamentos (GINA, 2006).

En cuanto al medicamento de rescate (broncodilatador), se observó una disminución en la frecuencia de su utilización al finalizar la intervención, misma que se mantuvo a lo largo de la fase de seguimiento. Esto es resultado de una correcta utilización del medicamento controlador (anti-inflamatorio) y de la disminución de la exposición a desencadenantes. La menor utilización del medicamento de rescate se puede considerar una medida indirecta de la adhesión terapéutica, además de que es un indicador del control de la enfermedad, porque el no utilizar el broncodilatador significa que no hay síntomas. Reducir o eliminar la necesidad de tratamiento de rescate es un objetivo importante para controlar el asma y es una medida del éxito del tratamiento (GINA, 2006).

Estos resultados en la variable adhesión terapéutica, ocurrieron en la misma dirección que los obtenidos por estudios internacionales, donde se han puesto a prueba estrategias cognitivo-conductuales para complementar las intervenciones educativas que tienen por objetivo mejorar la adhesión terapéutica en pacientes con asma (Lemanek, et al., 2001; Spector, 2000; Van der Palen, Klein & Rovers, 1997; Windsor, et al., 1990).

Las conductas que se tomaron como indicadores de mejoría en los niveles de ansiedad fueron la frecuencia con que los pacientes reportaron sentir esta reacción emocional, el puntaje obtenido con el BAI y los cambios en los indicadores fisiológicos registrados después de la sesiones de relajación.

Los tres indicadores mostraron disminución significativa (en los niveles medidos con el BAI la ansiedad disminuyó de moderada a leve, en el registro en el carnet disminuyó la frecuencia con que los pacientes experimentaron la emoción de 4 a 1 vez por semana y en los indicadores fisiológicos disminuyeron la frecuencia respiratoria y la cardiaca al realizar las técnicas de relajación), lo que sugiere que el nivel de ansiedad mejoró al final de la intervención, además que continuó disminuyendo en la fase de seguimiento. Esto muestra que los pacientes continuaron utilizando las estrategias revisadas en el módulo de regulación emocional aún después de concluida la intervención. Los datos de los cambios en los indicadores fisiológicos y en el registro en el carnet de frecuencia de ansiedad robustecen los cambios observados en el instrumento psicométrico utilizado.

Las técnicas de relajación muscular progresiva profunda en este estudio fueron estrategias que el paciente puede utilizar para fomentar su autorregulación

emocional, específicamente regulación de la ansiedad. Para algunos de los pacientes la ansiedad es un desencadenante o agravante de los síntomas o crisis de asma, además de que puede ser un factor que provocan que el paciente no realice conductas adecuadas de autocuidado (Goodwin, Fergusson & Horwood, 2004; Vila, et al. 2003; Jessop, Rutter, Sharma & Albery, 2004; Oguztürk, et al., 2005). Un entrenamiento adecuado en estas técnicas logra reducir la ansiedad, disminuye la activación fisiológica que genera esta reacción, aumenta la capacidad de enfrentamiento activo y la sensación de bienestar (Sánchez-Román, Velasco-Furlong, Rodríguez-Carbajal y Baranda-Sepúlveda, 2006). En este estudio se corroboró que los pacientes realizaron adecuadamente las técnicas de relajación con la consecuente disminución de frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria, registrada antes y después de los ejercicios de relajación. Todo parece indicar que los pacientes las practicaron activamente ya que disminuyeron sus niveles de ansiedad al final de la intervención e incluso durante el seguimiento, además de que también se redujo la frecuencia con que los pacientes reportaron experimentar síntomas.

El hecho de que se observara disminución en los indicadores fisiológicos en sólo tres sesiones de entrenamiento en relajación, se puede deber a que los síntomas para los pacientes asmáticos resultan muy molestos y buscan estrategias que les ayuden a controlarlos, al observar que las técnicas de relajación les ayudan a disminuir su activación tienden a usarlas de manera cotidiana.

En contraste con diversos resultados no concluyentes de en un meta-análisis realizado por York y colegas (2007) sobre la efectividad de las técnicas cognitivo-conductuales para regulación emocional, los resultados del presente

este estudio corroboran que la relajación (respiración diafragmática y relajación muscular progresiva) es una técnica eficaz para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes con asma y, por ende, una forma adecuada de enfrentar su enfermedad, incluso de disminuir sus síntomas, como ya han mostrado otras investigaciones (Dobson, Bray & Kehle, 2005; Kern-Buell, McGrady, Conran & Nelson, 2000; Kotses, et al. 1991; Peck, Bray & Kehle, 2003).

Los cambios observados en la dirección esperada en adhesión terapéutica y niveles de ansiedad, facilitaron que la frecuencia de los síntomas percibidos por las pacientes disminuyera, de tal forma que se corrobora una de las hipótesis planteadas en el presente estudio. Aunque la disminución de la frecuencia tuvo importancia clínica en todos los síntomas (falta de aire, dolor u opresión en el pecho, sibilancias, tos y flemas) sólo en tres de los cinco síntomas la disminución resultó estadísticamente significativa.

En esta investigación las diferencias fueron estadísticamente significativas y clínicamente relevantes por la importancia que tienen las variables estudiadas para el control de la enfermedad y el bienestar del paciente. Quizá la falta de significancia estadística en algunas variables como los síntomas (sibilancias y tos) ocurrió por el tamaño relativamente pequeño del grupo o por el número total de datos para comparación en cada variable. Sin embargo la mayoría de los cambios en el sentido esperado, su magnitud y las consecuencias que esto tiene en bienestar, y disminución de gastos en salud, hace los cambios clínicamente relevantes.

En otro sentido, aunque se trata de un grupo pequeño, se corrobora que en la edad adulta la proporción de mujeres asmáticas es mayor respecto a los hombres, como se ha descrito en la literatura (Cerino, Carballo, Ortiz, Arreguín y Meza, 1995; GINA, 2006; Vargas, et al., 1996).

La mayoría de los pacientes tenían diagnóstico de asma moderada al momento de invitarlos a participar en el estudio. El asma moderada persistente se caracteriza por presencia de síntomas diarios, agudizaciones que afectan la actividad y el sueño, síntomas nocturnos más de una vez a la semana y uso diario de medicamentos de rescate (GINA, 2006), esto indica que los síntomas son frecuentes, muy molestos y limitan las actividades cotidianas de los pacientes, lo cual pudo influir para que los pacientes aceptaran participar en el estudio, permanecieran durante toda la intervención y además mejoraran su adhesión terapéutica. Ya se ha visto que el percibir los síntomas como más graves o molestos tiende a incrementar el cumplimiento de las indicaciones médicas y hacer que los pacientes se involucrarse más con su tratamiento (Safren, 1999).

Los resultados estadísticamente significativos y clínicamente relevantes obtenidos al evaluar la intervención cognitivo-conductual propuesta, muestran que dicha intervención resultó eficaz para mejorar la adhesión terapéutica y disminuir los niveles de ansiedad de pacientes asmáticos, esta mejoría permitió complementar el tratamiento médico y contribuir para disminuir la frecuencia de los síntomas de la enfermedad. Por lo tanto, se puede concluir que las estrategias cognitivo-conductuales empleadas, adaptadas a las características culturales y sociales de los pacientes que asisten al Instituto

Nacional de Enfermedades Respiratorias de México, promovieron el desarrollo de destrezas para el automanejo de su padecimiento.

En la fase de seguimiento no se observaron cambios significativos en las variables en estudio, comparadas con las del final del tratamiento. En algunas conductas continuaron los cambios en el sentido esperado, aunque no en la magnitud ocurrida de antes a después de la intervención; esto implica que los cambios logrados con la intervención se mantuvieron a lo largo de un mes, y podría suponerse que esto se debió a que los pacientes continuaron aplicando y practicando las estrategias aprendidas en la intervención. En este estudio, se estableció un periodo de seguimiento de sólo un mes, por conveniencia y porque la duración del estudio fue de un año, pero sería muy recomendable establecer periodos de seguimiento a tres meses, seis meses y un año, para observar si los cambios se mantienen.

Como se ha documentado en otros estudios, los efectos de este tipo de intervenciones sobre la adhesión terapéutica, los niveles de ansiedad y el control del asma, reducen los costos en salud, ya que al complementar el tratamiento médico y ayudar a controlar la enfermedad de una forma más rápida y duradera, se disminuye el número de visitas a urgencias, las hospitalizaciones, la cantidad de medicamento utilizado, el ausentismo laboral y escolar. Esto se añade al aumento del bienestar del paciente al poder realizar sus actividades sin limitaciones, por lo tanto la intervención puede ser una opción para atacar el problema de salud que representa el asma.

Una de las limitaciones del estudio fue que no se contó con las medidas de flujometría que hubieran servido como una medida objetiva adicional del



control del asma del paciente y sería también un indicador de adhesión terapéutica. Se recomienda que en posteriores estudios se incluya esta medida, buscando la manera de que todos los participantes cuenten con flujómetro y estén entrenados en su uso adecuado, además de que se puede utilizar la espirometría como una medida aún más confiable antes y después de la intervención, del control del asma y medida indirecta de la adhesión al tratamiento.

La flujometría se realiza con un aparato portátil llamado medidor de flujo espiratorio máximo (flujómetro), que mide la velocidad del aire en litros por minuto y refleja principalmente la obstrucción de las vías aéreas centrales (Lomelí-Maldonado, 2004). El flujo espiratorio máximo (FEM) es una herramienta clínica de evaluación de flujo pulmonar, por lo que los pacientes pueden emplear el seguimiento o vigilancia del FEM para controlar su función pulmonar en el hogar, esto les permite anticipar el momento de empeoramiento de su respiración y tomar los medicamentos apropiados o llamar al médico antes de que los síntomas se vuelvan graves (Lara-López, Muñoz,-Maya, Estrada & Ugarte-Vivanco, 2001). La espirometría es la medición del volumen y flujo de aire que sale y entra de los pulmones, con ella se registra y mide la cantidad de aire que entra y sale tanto en régimen de respiración normal como cuando ésta es forzada, en la inspiración y espiración. Esta prueba de función pulmonar se realiza con el espirómetro bajo circunstancias controladas y es un elemento objetivo para la valoración cuantitativa del estado real de la ventilación pulmonar, por lo tanto se utiliza para el diagnóstico y control del asma (Toledo, De la Peña, Yur, García & Rodríguez, 2001).

El tiempo desde el diagnóstico es una variable a considerar para observar cambios debidos a una evolución aparente de la enfermedad. Sería concebible que los pacientes con más tiempo con el diagnóstico hayan desarrollado estilos de afrontamiento más adaptivos, o bien, que tengan dificultades para percibir la gravedad de sus síntomas porque se han habituado a ellos (Sánchez Sosa, 2008). Por otro lado, a los pacientes con poco tiempo con la enfermedad podría resultarles difícil enfrentar la enfermedad al tener que aprender nuevas habilidades y además enfrentar las emociones asociadas al diagnóstico y la aceptación de la enfermedad.

La clasificación de acuerdo a la gravedad del asma o a su control, es una variable que también se puede considerar en la prueba de efectividad de la intervención psicológica, ya que los pacientes con asma moderada o grave tal vez podrían beneficiarse más de la intervención que aquéllos que tienen asma leve o intermitente, dado que el que los síntomas sean muy leves y poco frecuentes suele reducir las conductas de adhesión.

Es importante tomar en cuenta el nivel de adhesión y de ansiedad inicial de los pacientes que participen en estudios posteriores para evaluar que implicaciones tiene esto sobre la efectividad de la intervención.

El costo de los medicamentos para el asma es muy elevado, y resulta un factor importante que disminuye la adhesión al tratamiento médico. El nivel socioeconómico de los pacientes, si bien constituye una variable distal, puede ser un factor a considerar en la evaluación de la efectividad de la intervención.

# REPORTE DE ACTIVIDADES PROFESIONALES

## MEDICINA CONDUCTUAL

Pareciera que la medicina moderna ha incrementado la expectativa de vida a través de la erradicación de las enfermedades infecciosas, el mejoramiento del contexto social, la prevención a través de vacunas y una mejor alimentación. Sin embargo, se está generando en muchos países del mundo una transición epidemiológica que ha surgido como consecuencia del control eficaz de enfermedades infecciosas y la modificación de estilos de vida; lo que ha contribuido al incremento de la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónico degenerativas (como diabetes, enfermedades cardiacas, cáncer, entre otras), que actualmente son las principales causas de muerte, y por tanto, un problema de salud importante (Brannon y Feist, 1997; Reynoso y Seligson, 2005).

A partir de considerar que las conductas del individuo y su estilo de vida afectan la salud y el sentido de bienestar, se ha puesto más atención en la manera de modificar conductas y estilos de vida poco saludables como fumar, comer en exceso, no hacer ejercicio, entre otros (Brannon y Feist, 1997).

Esta problemática de salud debe abordarse de manera interdisciplinaria, ya que las enfermedades crónico degenerativas requieren tratamientos médicos prolongados y complejos que incluyen cambios en el estilo de vida a los que generalmente los pacientes y sus familias no están preparados para desempeñar; además influyen aspectos psicológicos como las reacciones emocionales (depresión, ansiedad, miedo) y el estilo de afrontamiento asociados con la enfermedad. Estos aspectos afectan la adhesión al tratamiento y, por tanto, la efectividad de los tratamientos médicos, que a su vez implican

un mayor número de complicaciones médicas y, económicamente, un mayor gasto en servicios de salud (Hotz, Kaptein, Pruitt, Sanchez-Sosa & Willey, 2003; Sánchez Sosa, 2002a).

Ante esta situación, se ha observado un interés creciente por vincular la psicología con los problemas de salud y enfermedad. Han aparecido nuevas interdisciplinas o subcampos de conocimiento como: la psicología de la salud, la salud conductual, la medicina conductual, la inmunología conductual y muchos otros. Todas estas interdisciplinas tienen como propósito destacar la importancia que revisten los factores derivados del comportamiento individual, en la prevención, terapéutica y rehabilitación de los problemas de salud, tal como se perciben desde la óptica de la medicina clínica y experimental (Latorre y Beneit, 1994).

La psicología, como ciencia de la conducta, tiene mucho que contribuir al campo de la salud y la psicología de la salud se ha vuelto una especialidad de rápido crecimiento dentro de la psicología clínica. La psicología de la salud es un área que incluye la práctica, investigación y enseñanza relacionada con la salud (Phares, 1999).

Muchas de las aportaciones de la psicología de la salud se han dirigido a mejorar las condiciones de vida de las personas que padecen una enfermedad crónica. En este sentido son muy características las investigaciones sobre las estrategias de afrontamiento que los enfermos crónicos ponen en práctica para superar los inconvenientes de su enfermedad, y los estudios que, centrados en las condiciones de vida de los enfermos, intentan mejorar su calidad de vida.

Otra disciplina relevante es la medicina conductual. Deslindar los conceptos de medicina conductual y psicología de la salud constituye el ejercicio más difícil de delimitación conceptual dentro de esta área de conocimiento, ya que, por ejemplo, hasta los años ochenta ambos términos se usaron casi indistintamente para referirse a esta nueva aproximación de tipo biopsicosocial a la salud (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Al margen de este solapamiento inicial, cabe señalar que el término medicina conductual fue utilizado por primera vez en 1973 al aparecer en el título del libro *Biofeedback: Behavioral Medicine* para señalar el uso de de la retroalimentación biológica o biofeedback como una terapia de aprendizaje para algunos desórdenes médicos (por ejemplo, epilepsia, dolor de cabeza tensional, enfermedad de Reynaud), con la finalidad de intervenir desde una perspectiva conductual (Birk, 1973).

La medicina conductual surgió de manera formal en la Conferencia sobre Medicina Conductual llevada a cabo en la Universidad de Yale en 1977. Después, en una reunión llevada a cabo en la Academia Nacional de Ciencias y tomando en cuenta la idea de integración entre pensamiento y tecnología, se le definió como un campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo e integración del conocimiento de la ciencias biomédicas y conductuales; con la aplicación clínica de principios, técnicas y procedimientos de la terapia conductual en la evaluación, tratamiento, rehabilitación y prevención de desórdenes físicos, así como la validación de estos programas en problemas de salud (Schwart, Weiss, 1977; 1978a, 1978b).

A partir de este momento el campo de la Medicina Conductual comenzó a crecer rápidamente, se conformó el Journal of Behavioral Medicine como una revista que fomentaba la investigación interdisciplinaria, así mismo se estableció la Academia de Investigación en Medicina Conductual. Se conformó la Behavioral Medicine Society, una organización profesional que actualmente funciona con más de 3000 miembros sociedad (Reynoso y Seligson, 2005).

A la medicina conductual se le considera un área derivada de la terapia conductual (ya que utiliza métodos de evaluación y técnicas de ésta). El campo de trabajo del psicólogo implica la interacción multidisciplinaria (por ejemplo, entre medicina, sociología médica, antropología cultural, psiquiatría, enfermería, trabajo social y ciencias biológicas). La medicina conductual que en un inicio se enfocaba en el tratamiento de pacientes, actualmente ha extendido la investigación sobre prevención y mantenimiento de la salud, ya que la prevención de la enfermedad a través de cambios conductuales y medioambientales se percibe como uno de los más prominentes medios de controlar algunas enfermedades crónicas que aquejan a la sociedad (Reynoso y Seligson, 2005).

A través del trabajo e investigaciones, los psicólogos han demostrado la importancia de diversos componentes psicológicos de las enfermedades, así como de su interrelación con factores medioambientales. Como resultado de ello, el papel del psicólogo se ha extendido de manera significativa y ha quedado comprobado que la forma que uno vive (estilos de vida) influye en la salud; también se ha evidenciado que los tratamientos médicos por sí solos no reditúan los beneficios necesarios. De modo que se torna imprescindible

identificar y desalentar aquellas conductas que acrecientan el riesgo de enfermedad y favorecer otras que propicien que las personas sean más sanas, lo cual implica un cambio y mantenimiento de un nuevo estilo de vida.

Tomando en cuenta el desarrollo en el campo de la Psicología de la Salud y especialmente en el área de la Medicina Conductual, la Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Medicina Conductual de la Universidad Nacional Autónoma de México, tiene por objetivo desarrollar en el alumno las habilidades requeridas para el ejercicio psicológico profesional especializado en Medicina Conductual, con un enfoque cognitivo-conductual y desde una perspectiva multidisciplinaria.

De esta forma, los estudiantes reciben una educación integral que promueve la calidad en el servicio, en el trabajo y en el desempeño cotidiano con el propósito de elevar el nivel académico del psicólogo.

Para lograr lo anterior, se plantean una serie de actividades dentro de hospitales de primer y segundo nivel de atención. Estas actividades en la residencia están basadas en un modelo de entrenamiento práctico de supervisión clínica en donde se identifican dos tipos de supervisores: el supervisor *in situ*, profesionista contratado por la institución hospitalaria y el supervisor académico universitario, quien interactúa con los estudiantes tanto a través de visitas periódicas a los escenarios clínicos como por medio de la discusión de casos.

La atención psicológica que se brinda dentro de las sedes hospitalarias, a través de terapia cognitivo-conductual, va dirigida a:



- Manejo de la depresión, la ansiedad y los déficits en habilidades sociales y solución de problemas que pueden surgir en los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas.
- Manejo de estrategias de afrontamiento para el control y mantenimiento de la calidad de vida, aun con alguna enfermedad crónico-degenerativa.
- Prevenir complicaciones de la enfermedad, a través de alternativas educativas y conductuales dirigidas a la modificación de estilos de vida.
- Manejo del paciente para favorecer la adhesión terapéutica.
- Manejo del estrés.
- Prevención de algunas enfermedades crónico-degenerativas, sobre todo familiares de pacientes que ya tienen un padecimiento crónico-degenerativo.
- Rehabilitación a través del establecimiento de nuevas conductas protectoras alternativas.
- Uso de la retroalimentación biológica para el control de algunos síntomas.
- Entrenar a los familiares en técnicas de afrontamiento y manejo de contingencias que les permitan mantener la calidad de vida en sus pacientes y en ellos mismos.
- Trabajar con los pacientes y sus familiares en lo relativo a la enfermedad terminal y la muerte.
- Trabajar dentro de un equipo multidisciplinario para dar un tratamiento integral al paciente.

El objetivo del presente reporte es dar a conocer el trabajo realizado por el residente de Medicina Conductual en las sedes hospitalarias, así como los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridas durante estos dos años y

medio, además de comentar las dificultades y problemas presentados, sugiriendo cómo pueden resolverse o enfrentarse en el futuro.

A continuación se describen las actividades realizadas en el programa de residencia. El primer año se trabajó en el Hospital Juárez de México, en el servicio de Medicina Interna y en el segundo año se trabajó en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias dentro de la Clínica de asma.

## PRIMER AÑO DE RESIDENCIA: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

### SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

#### **1. CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE.**

El Hospital Juárez de México (HJM) se fundó el 23 de agosto de 1847 en el edificio del Colegio de los Agustinos de San Pablo, por lo que su nombre inicial fue Hospital de San Pablo, fue hasta el 19 de julio de 1872 que se le dio el nombre de Hospital Juárez.

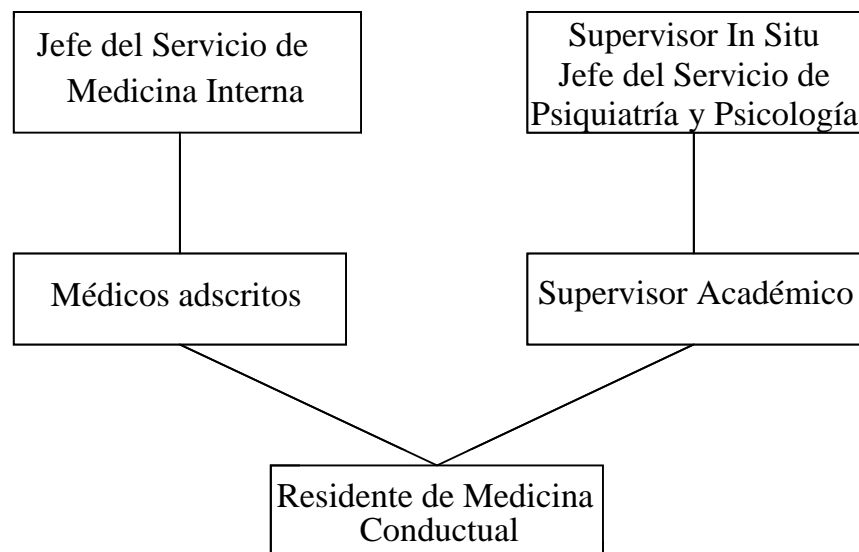
En el año de 1985 como consecuencia del sismo ocurrido en la Ciudad de México el HJM se derrumbó, por lo que fue reconstruido en la zona norte de la ciudad y se reinauguró el 19 de septiembre de 1989 en Av. Instituto Politécnico Nacional No. 5160, Col. Magdalena de las Salinas, Del. Gustavo A. Madero.

El HJM es un organismo público descentralizado, cuya misión es la asistencia de alta especialidad, tanto preventiva como de tratamiento médico quirúrgico, enfocada a todo el ciclo de vida de los pacientes. Se considera un hospital de tercer nivel por su especialización y por sus recursos tecnológicos; cuenta con 19 especialidades y subespecialidades médicas, su superficie es de 61,500 m<sup>2</sup>, donde están construidos siete edificios: 1. Consulta externa; 2. Imagenología; 3. Servicios médicos y administración, 4. Edificio C en donde están:

urgencias, oncología, medicina física y rehabilitación y anatomía patológica; 5. Hospitalización; 6. Investigación y enseñanza; 7. Servicios generales.

El servicio al cual la que suscribe fue asignada en el HJM fue al Servicio de Medicina Interna, bajo la supervisión in situ del Jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología (Dr. Ricardo Gallardo), además del Jefe del Servicio de Medicina Interna y los médicos adscritos de dicho servicio; también se contó con la supervisora académica de una profesora de la UNAM (Dra. Sandra Anguiano), que acudía periódicamente al hospital (ver Figura 1).

**Figura 1.** Líneas de autoridad en el HJM.



## **2. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.**

La Medicina Interna es una especialidad médica que se dedica a la atención integral del adulto enfermo, enfocada al diagnóstico y el tratamiento no quirúrgico de las enfermedades que afectan a sus órganos y sistemas internos,

y a su prevención (Reyes, 2006). El servicio de Medicina Interna se encuentra en el ala norte del tercer piso del edificio de hospitalización y cuenta con cuatro salas de hospitalización, dos para mujeres y dos para hombres, cada sala tiene seis camas, lo que hace un total de 24 camas; pero debido a la gran cantidad de pacientes que ingresan al servicio, generalmente se ocupan las salas de otros servicios como gastroenterología, cardiología y endocrinología.

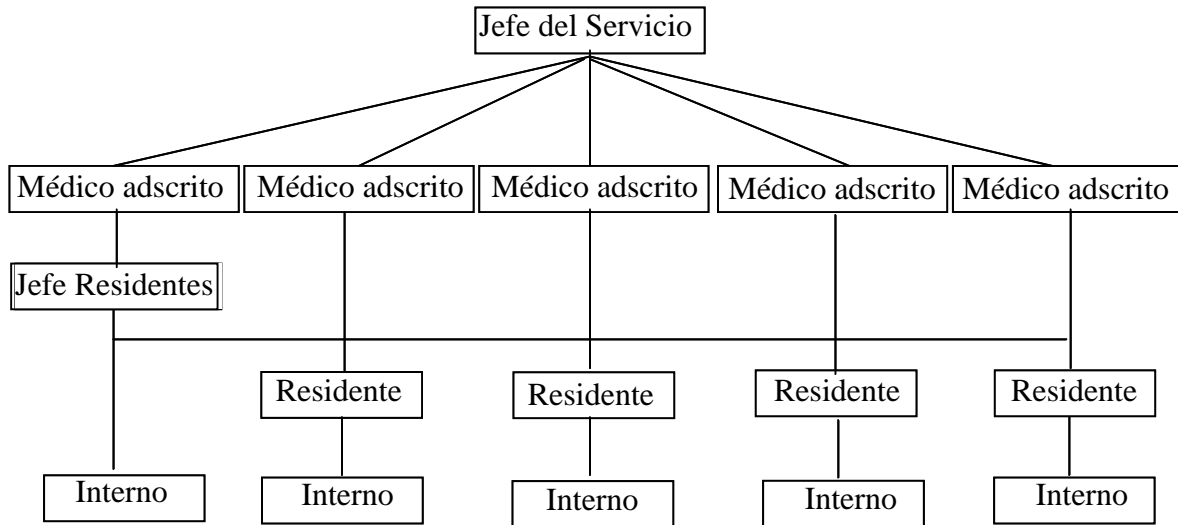
Además de las salas de hospitalización se cuenta con un consultorio para la consulta externa (consultorio 45), el cual se ocupa de lunes a viernes en un horario de 8:00 a 13:00 hrs., aunque el horario puede variar dependiendo de la gravedad y el número de pacientes citados. Los días martes y jueves la consulta es únicamente para pacientes con diabetes, que forman parte de la Clínica de Diabetes del servicio, mientras que los demás días se atiende a pacientes con otros padecimientos.

La mayoría de los pacientes que llegan al servicio de Medicina Interna provienen del servicio de Urgencias y en menor medida de la consulta externa de Medicina Interna y de otros servicios del mismo hospital. Los pacientes se asignan a cada uno de los médicos adscritos conforme ingresan al servicio.

El personal que labora en el servicio de Medicina Interna está conformado por el Jefe de Servicio (Dr. Martín Herrera Cornejo), cinco médicos adscritos (Dra. Velia Martínez, Dra. Claudia García, Dr. José Salud Maldonado, Dr. Fausto González y Dr. Jorge Luís Angulo), cinco residentes médicos, cinco médicos internos (que rotan cada dos meses), el equipo de enfermería y una trabajadora social (ver Figura 2).

Cada médico adscrito trabaja con un médico residente y un médico interno, para atender a los pacientes hospitalizados; además cada médico adscrito atiende pacientes en la consulta externa dos días a la semana.

**Figura 2.** Líneas de autoridad en el Servicio de Medicina Interna.



### 3. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.

Medicina Interna es un servicio que atiende a pacientes con una gran variedad de padecimientos, además de que brinda atención a pacientes que se encuentran en fase de estudio para poder establecer un diagnóstico y después canalizarlos al servicio correspondiente para que reciban el tratamiento adecuado. De tal manera el servicio atiende a pacientes que están hospitalizados por probable linfoma, leucemia, cáncer, VIH-SIDA, insuficiencia renal, lupus eritematoso sistémico, enfermedades metabólicas, entre otras.

El padecimiento más común en la población que ingresa al servicio de Medicina Interna es la diabetes mellitus y sus complicaciones agudas y crónicas.

La diabetes mellitus es un trastorno caracterizado por una secreción anormal y deficitaria de insulina por las células del páncreas, cuya consecuencia inmediata es la tendencia a mantener niveles de glucosa en sangre inapropiadamente elevados (hiperglucemia). La disminución o absoluta falta de secreción de insulina por las células pancreáticas, junto con un exceso en la producción de hormonas circulantes como las catecolaminas, el cortisol y el glucagón, determina la elevación patológica de la glucemia, dando origen a complicaciones muy diversas como retinopatías, neuropatías, alteración en el funcionamiento renal, problemas cardiovasculares, etc. (Polaina-Lorente, 1990)

La diabetes mellitus es actualmente una de las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes, una de las cinco primeras causas de muerte en la mayoría de los países desarrollados y epidemia en muchas naciones en desarrollo o recientemente industrializadas. Actualmente existen más de 150 millones de diabéticos en el mundo y es probable que en el año 2025 se llegue a 300 millones, además su prevalencia esta directamente relacionada con la edad (Secretaria de Salud, 2003). En México la prevalencia de diabetes en los adultos es de 7%, y es mayor en las mujeres (7.3%) que en los hombres (6.5%). En el grupo de 50 a 59 años, dicha proporción llega a 13.5%, 14.2% en mujeres y 12.7% en hombres. En el grupo de 60 a 69 años, la prevalencia es de 19.2%, 21.3% en mujeres y 16.8% en hombres (Instituto Nacional de

Salud Pública [INSP], 2006; Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/SSA, 2007).

Un diagnóstico de diabetes tiene implicaciones en el funcionamiento social y psicológico de los pacientes, ya que como todos los padecimientos crónicos, es una enfermedad que obliga a cambiar radicalmente el estilo de vida y su aceptación es siempre compleja, sobre todo porque los pacientes saben que esta enfermedad se asocia con complicaciones tardías y reduce su esperanza de vida (García, 2003; Oviedo 2003).

La diabetes se asocia frecuentemente con la existencia de trastornos psicológicos que pueden obstaculizar la habilidad de los pacientes para conseguir un autocontrol óptimo.

Las creencias de salud/enfermedad, la percepción de baja autoeficacia, las ideas irracionales sobre la salud caracterizadas por distorsiones cognitivas (por ejemplo, minimización de riesgo personal); los pensamientos automáticos relacionados con la aceptación y no aceptación de la enfermedad y su curso, se relacionan con problemas emocionales y conductuales que influyen de manera importante en el autocontrol de la diabetes (Christenson, Moran y Wiebe, 1999; Robiner y Keel, 1997).

Los sentimientos de tristeza y la depresión de los pacientes diabéticos son mediados por la preocupación por las pérdidas asociadas con el diagnóstico de diabetes, y el impacto en el estilo de vida del paciente. La presencia de depresión clínica que ocurre entre el 15 y un 20% de los pacientes interfiere con un



adecuado autocontrol y control glicémico (Christenson, Moran y Wiebe, 1999).

El control de la diabetes exige al paciente la ejecución de un número importante de conductas, las cuales quedan dentro de lo que se denomina adhesión al tratamiento, entre ellas se encuentran las acciones primordiales para lograr el control de la enfermedad como el tomar el medicamento indicado, asistir a revisiones médica periódicas, seguir un régimen alimenticio, realizar actividad física y evitar ciertas conductas de riesgo como tomar café, fumar, entre otras (García, 2003). El que el paciente realice estas conductas depende de la información que posee sobre su padecimiento, del conocimiento que tiene para llevarlas a cabo y de aprender y desarrollar estrategias para cumplir con las demandas de su tratamiento. Por lo que las intervenciones psicológicas que el residente de Medicina Conductual realiza son de gran ayuda para el paciente y complementan su tratamiento médico.

#### **4. EVALUACIÓN INICIAL DEL SERVICIO.**

Cuando se inicio la residencia en el servicio de Medicina Interna (marzo de 2007) el residente de Medicina Conductual no era totalmente incluido al equipo médico:

- No asistía a las clases o sesiones médicas.
- No tenía espacios para brindar atención en consulta externa.
- Eran pocas las canalizaciones de pacientes por parte del equipo de salud (médicos, enfermeras, trabajadora social).

- A pesar de que sabían de la presencia de psicología, no era tan requeridas sus intervenciones, principalmente por falta de comunicación con el médico acerca del trabajo realizado y el tipo de intervenciones que el psicólogo entrenado en Medicina Conductual puede llevar a cabo con los pacientes.
- El equipo de salud canalizaba a los pacientes con el residente de Medicina Conductual principalmente cuando no cooperaba con el equipo médico, cuando se quería “convencer” al paciente de que se realizara alguna intervención o aceptara un tratamiento médico, o cuando lo observaban desesperado por el tiempo de hospitalización.
- No conocían el tipo de intervenciones que puede realizar el psicólogo entrenado en Medicina Conductual, para favorecer adhesión al tratamiento, conductas de autocuidado, aceptación y adaptación a la enfermedad, que complementan su tratamiento médico y que le permiten al paciente mejorar su calidad de vida.

En el servicio de Medicina Interna se detectó un gran número de pacientes con padecimientos crónico-degenerativos que presentaban deficiencias en el manejo y adaptación a su enfermedad, con altos índices de falta de adhesión al tratamiento, sintomatología ansiosa y depresiva, que hacían más difícil el manejo de su enfermedad.

También se detectó que además de los pacientes hospitalizados, era frecuente que los cuidadores primarios y familiares también requirieran de apoyo psicológico, debido a dificultad para aceptar el diagnóstico, adaptarse a la enfermedad, falta de información sobre la enfermedad, pocas habilidades para relacionarse con el equipo de salud y preguntar sus dudas, problemas para el

reparto de las responsabilidades del cuidado del paciente con el resto de la familia, problemas económicos, duelo, entre otros.

En la mayoría de los casos la relación médico-paciente era deficiente, muchas veces ocasionada por las pocas habilidades de los pacientes para comunicarse con su médico. Cabe destacar que las características sociales, culturales, educativas y económicas de los pacientes que acuden al HJM son en general pobres, factor que dificulta las intervenciones tanto médicas como psicológicas.

## **5. ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS POR EL RESIDENTE DE MEDICINA CONDUCTUAL.**

Las actividades realizadas se llevaron a cabo principalmente en el área de hospitalización, aunque también se trabajó en la consulta externa dando seguimiento a los pacientes captados en la hospitalización y atendiendo a los grupos terapéuticos de pacientes diabéticos y pacientes con enfermedades gastrointestinales.

Las actividades diarias se presentan en la Tabla 1.

**Tabla 1**

Actividades diarias del residente de Medicina Conductual.

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8:00-9:00	Pase de visita	Pase de visita	Hospitalización	Sesión bibliográfica	Pase de visita
9:00-10:00	Hospitalización	Hospitalización	Pase de visita general	Hospitalización	Hospitalización
10:00-11:00		Sesión bibliográfica	Sesión clínica		
11:00-12:00		Clase con médicos	Grupo de pacientes con enfermedades gastrointestinales	Supervisión académica	Grupo de pacientes diabéticos
12:00-13:00		Consulta externa		Consulta externa	
13:00-14:00			Hospitalización		Hospitalización

Las actividades realizadas se dividen en clínicas y académicas, a continuación se describen cada una de ellas.

➤ **Actividades clínicas.**

**Visita diaria a las salas de hospitalización.** Se realizaba junto con cada uno de los cinco médicos adscritos el pase de visita los días lunes, martes, jueves y viernes de 8:00 a 9:00 hrs. aproximadamente, dependiendo del número de pacientes. Durante el pase de visita cada residente de Medicina Conductual acompañaba a un médico adscrito distinto cada día, de tal manera que se visitaba la mayor cantidad de pacientes y se mantenía la comunicación con los cinco médicos. En cada pase de visita estaban presentes el médico adscrito, el médico residente, el médico interno y el residente de Medicina Conductual, de tal forma que frente a la cama de cada paciente los médicos revisaban el expediente, los estudios y después de auscultar al paciente discutían el caso para determinar los procedimientos a seguir para establecer un diagnóstico o para decidir su tratamiento. El papel del residente de Medicina Conductual era

observar y tomar nota de lo más importante del estado médico del paciente (estudios médicos, diagnóstico, evolución, pronóstico), así como identificar alguna necesidad psicológica que requiriera de intervención; al finalizar la discusión de cada caso el médico daba información sobre su estado al pacientes y a su cuidador o familiar, en ese momento también se identificaban necesidades psicológicas en los cuidadores o familiares.

El día miércoles se realizaba pase de visita general en el que estaban presentes el jefe de servicio, los cinco médicos adscritos, los cinco médicos residentes, los cinco médicos internos, los dos residentes de Medicina Conductual y la trabajadora social.

**Hospitalización.** La intervención con los pacientes hospitalizados y/o sus cuidadores primarios consistió, en primera instancia, en hacer contacto con ellos y detectar a los que necesitaran algún tipo de intervención o apoyo psicológico, esto podía llevarse a cabo de diferentes formas:

- Durante el pase de visita diario.
- A partir de la solicitud del jefe del servicio, del médico de base, del médico residente o del médico interno.
- A partir de la solicitud de personal de enfermería o de la trabajadora social.
- A solicitud directa de un paciente o un familiar.

Una vez identificados los pacientes por atender se asignaban entre las dos residentes de Medicina Conductual para realizar entrevista inicial, intervención y seguimiento a cada paciente. Los pacientes en la hospitalización se atendían generalmente en su cama y a los familiares fuera

de la sala de hospitalización, en el pasillo, ya que no se contaba con un espacio adecuado.

Los pasos a seguir para la atención a los pacientes una vez identificados y asignados eran los siguientes:

- Presentación del residente de medicina conductual con el paciente hospitalizado y con el cuidador o familiar que lo acompañaba.
- Explicación de la función del psicólogo en el hospital y la forma en que lo podía ayudar.
- Evaluación del paciente por medio de entrevista y/o pruebas psicológicas.
- De acuerdo a la evaluación, a la enfermedad y a los probables días de hospitalización se realizaba un plan de intervención.
- Realización de las notas de primera vez o subsecuentes en el expediente médico.

Generalmente los pacientes atendidos en la hospitalización eran:

- Pacientes con algún padecimiento crónico degenerativo tratado en el servicio de Medicina Interna y que había requerido hospitalización por alguna complicación de su enfermedad.
- Pacientes que fueron hospitalizados para ser estudiados y recibían un diagnóstico médico como: cáncer, padecimientos hematológicos (leucemia, linfoma, púrpura trombocitopénica), insuficiencia renal, VIH-SIDA, enfermedades poco frecuentes como addison o pénfigo vulgar) y que después de su diagnóstico eran canalizados al servicio donde iban a recibir su tratamiento.

- Pacientes hospitalizados por intento suicida que ingresaron al servicio como medida de seguridad o para tratar o controlar los efectos secundarios propios del intento (lavado gástrico en el caso de consumo de alguna sustancia, vigilancia de heridas o de otras consecuencias sistémicas o neurológicas).
- Pacientes con síntomas de algún trastorno mental clasificado en el DSM-IV, por ejemplo, trastornos relacionados con consumo de sustancias, de la conducta alimentaria, trastornos de ansiedad, del estado de ánimo.
- Cuidadores primarios y familiares de los pacientes hospitalizados.
- También fue frecuente la intervención en crisis por fallecimiento de un paciente (duelo) o por recibir malas noticias (diagnóstico médico, mal pronóstico de una enfermedad, recaídas de la enfermedad, poca efectividad del tratamiento, amputación de miembros, entre otras).

**Consulta externa.** En la consulta externa se daba atención a los pacientes que eran dados de alta de la hospitalización y requerían seguimiento o completar el tratamiento psicológico; el espacio utilizado para esta consulta fue el consultorio 45, después de que los médicos terminaban de atender a sus pacientes citados.

**Grupos.** Desde el inicio de la residencia se dio continuidad a los talleres para pacientes diabéticos, que se habían iniciado tres años antes. Los pacientes fueron captados en la Clínica de Diabetes y en la hospitalización, se incluyeron entre 3 y 5 pacientes en cada grupo. Estos grupos se llevaron a cabo los días lunes de 12:00 a 14:00 hrs., en el aula 1 del Edificio de

Enseñanza y posteriormente los días viernes de 11:00 a 13:00 hrs., en la sala de juntas del tercer piso del edificio de hospitalización.

A la mitad del año se inició el grupo para pacientes con enfermedades gastrointestinales (gastritis crónica, úlcera péptica y enfermedad por reflujo gastroesofágico). Los pacientes fueron captados en el servicio de Endoscopia, sólo se llevó a cabo un grupo al que asistieron 3 pacientes. Las sesiones se impartieron los días miércoles de 11:00 a 13:00 hrs., en el aula 11 del Edificio de Enseñanza.

Estas intervenciones grupales tenían la finalidad de incrementar la adhesión al tratamiento médico y fomentar la regulación emocional.

**Interconsultas.** Se atendían a los pacientes de otros servicios como infectología, endocrinología, neumología o reumatología (servicios que se encuentran en el mismo piso que Medicina Interna), cuando el médico adscrito, el médico residente responsable del paciente, o la trabajadora social lo solicitaba a alguno de los residentes de Medicina Conductual; después de la intervención se realizaba la nota correspondiente en el expediente médico.

**Elaboración de notas clínicas.** Por cada intervención realizada (en hospitalización y consulta externa) por el residente de Medicina Conductual se hacía una nota psicológica en el expediente médico. La nota de primera vez incluye: ficha de identificación, motivo de consulta, historia clínica, examen mental, diagnóstico y plan de tratamiento; para las notas subsecuentes se utiliza el formato SOAP, S: subjetivo (lo que el paciente refiere), O: objetivo (lo que se observa en el paciente/impresión diagnóstica), A: aplicación (las



técnicas utilizadas para realizar la intervención) y P: plan (el plan de tratamiento y sugerencias), además de la ficha de identificación.

**Otras actividades clínicas.** Se llevó a cabo una campaña de detección de ansiedad y depresión en pacientes y cuidadores del HJM, a petición del jefe del servicio de Medicina Interna como parte del festejo del 160 aniversario del hospital.

➤ **Actividades académicas.**

**Sesiones bibliográficas.** Se asistían a dos sesiones bibliográficas semanales, de una hora, una los martes sólo con el supervisor in situ y los residentes de Medicina Conductual y otra los jueves a la que asistían el supervisor in situ, los psicólogos adscritos, y los residentes de medicina conductual.

**Sesiones clínicas.** Un día a la semana durante una hora se exponían casos difíciles o complicados, estos casos eran presentados por los psicólogos adscritos, por los residentes de Medicina Conductual y por los estudiantes de psicología que realizaban su servicio social. Entre todos los asistentes se discutía el caso y se daba retroalimentación al ponente sobre su intervención y plan de tratamiento.

**Supervisión académica.** Cada 15 días acudía al hospital la supervisora académica con la finalidad de revisar los avances del protocolo de investigación, además de recomendarnos bibliografía relacionada con dicho protocolo o con los casos clínicos más relevantes o complicados.

**Clases con médicos del servicio.** Se tomaba una clase a la semana de una hora junto con los médicos del servicio de Medicina Interna, cada clase un médico residente o un residente de medicina conductual exponía un tema asignado por el jefe del servicio, en otras ocasiones representantes de laboratorios farmacéuticos daban la clase e información sobre sus medicamentos.

**Desarrollo de protocolo de investigación.** Durante la residencia se realizó y aplicó el protocolo de investigación titulado “Efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y regulación emocional en pacientes con enfermedades gastrointestinales”, para aplicar el protocolo se trabajo en el servicio de Endoscopia y Medicina Interna.

**Otras actividades académicas.** Temas impartidos en el HJM en sesiones bibliográficas y clases médicas:

- Autocontrol: técnica para modificar conductas, aplicación en pacientes diabéticos.
- La enfermedad crónica: aspectos psicológicos.
- Síndrome de burnout en personal de salud.
- Síndrome de burnout: estrategias para su tratamiento.
- Presentación del cartel “Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes y cuidadores del Hospital Juárez de México” en el XV Congreso Mexicano de Psicología, el 26 de octubre de 2007.

## **6. ESTADÍSTICAS.**

Durante el primer año de residencia en el Servicio de Medicina Interna del HJM se realizaron 585 intervenciones psicológicas, los pacientes atendidos tenían una media de edad de 44.14 años, con un rango de 15 a 86 años de edad, 340 intervenciones se realizaron con mujeres y 245 con hombres, 502 intervenciones se hicieron con pacientes y 73 con cuidadores o familiares; 199 pacientes se atendieron de primera vez y se realizaron 386 intervenciones subsecuentes.

En cuanto al tipo de intervención se realizaron 8 intervenciones en crisis, 154 entrevistas iniciales, 38 evaluaciones, 274 intervenciones de psicoterapia (cognitivo-conductual), 6 sesiones familiares y 105 intervenciones grupales; de estas intervenciones 347 se realizaron en la hospitalización, 205 en la consulta externa y 33 fueron interconsultas (infectología, endocrinología, neumología y reumatología).

La enfermedad médica más frecuente fue la diabetes mellitas tipo 2 (ver Tabla 2), mientras que las problemáticas psicológicas más frecuentes en los pacientes atendidos del servicio de Medicina Interna fueron depresión, falta de adhesión al tratamiento médico y ansiedad (ver Tabla 3).

**Tabla 2**

Frecuencia de padecimientos médicos en el servicio de Medicina Interna.

DIAGNÓSTICO MÉDICO	MES												TOTAL
	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	
Diabetes Mellitus 2	17	16	9	34	5	6	7	17	5	4	10	6	<b>136</b>
VIH/SIDA	10	11	8	9	3	5	11	3	3	2	7	2	<b>74</b>
Lupus eritematoso	10	5	4	5	2	5	3	4					<b>38</b>
Reflujo gastroesofágico									13	2	7	2	<b>24</b>
Cáncer		6	6	1		2	3	2	2				<b>22</b>
Diabetes mellitus 1					2		4	2	5	5	2		<b>20</b>
Insuficiencia renal	1	1	1			4	11			1			<b>19</b>
Gastritis crónica									5	1	8	3	<b>17</b>
Linfoma			2	3	1						5	4	<b>15</b>
Neumonía				6	4	1			1		3		<b>15</b>
Derrame pleural			2		1	9				2			<b>14</b>
Hipoglucemia			1						2	4	3		<b>10</b>
Hipertiroidismo			1		3	3	1				1		<b>9</b>
Absceso en tejidos blandos						1			7				<b>8</b>
Trombosis venosa			4									3	<b>7</b>
Addison								4	2				<b>6</b>
Pénfigo vulgar										3	3		<b>6</b>
Obesidad	1	1	3										<b>5</b>
Pie diabético				3				1		1			<b>5</b>
Temblor rubrico	3										1		<b>4</b>
Hipertensión arterial								4					<b>4</b>
Insuficiencia cardiaca				1						2			<b>3</b>
Insuficiencia hepática					1	1			1				<b>3</b>
Eritroderma	2	1											<b>3</b>
Granulomatosis										3			<b>3</b>
Intoxicación por químicos	1		1										<b>2</b>
Poliomicitis	2												<b>2</b>
Mononeuropatía		2											<b>2</b>
Intoxicación etílica		1		1									<b>2</b>
Pielonefritis						2							<b>2</b>
Hepatitis								2					<b>2</b>
Neurofibromatosis								2					<b>2</b>
Úlcera									2				<b>2</b>
Acidosis metabólica											2		<b>2</b>
Alzheimer	1												<b>1</b>
Síndrome Eisenmeger	1												<b>1</b>
Anemia		1											<b>1</b>
Encefalopatía				1									<b>1</b>
Cirrosis								1					<b>1</b>
Síndrome Sturge Weber										1			<b>1</b>
Púrpura												1	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>45</b>	<b>42</b>	<b>64</b>	<b>22</b>	<b>39</b>	<b>40</b>	<b>42</b>	<b>48</b>	<b>31</b>	<b>52</b>	<b>21</b>	<b>495</b>

En el servicio de Medicina Interna se atienden una gran cantidad de padecimientos, los que se muestran en la Tabla 2 son los que se detectaron en los pacientes a los que se les brindó apoyo psicológico.

Algunos de los padecimientos enlistados no son crónicos, sin embargo se brindaba apoyo psicológico a los pacientes ya que se detectaba alguna necesidad de atención debido a que los pacientes se encontraban en estudio, tenían largos periodos de hospitalización, o por no cooperar con el equipo de salud.

Hay otros padecimientos que corresponderían ser atendidos en otros servicios (oncología, nefrología, hematología) por Residentes de Medicina Conductual, sin embargo se iniciaba su atención en Medicina Interna porque era ahí donde se le daba su diagnóstico, y posteriormente eran canalizados a los servicios donde iban a recibir su tratamiento médico, y donde el residente de Medicina Conductual de ese servicio le daba seguimiento a la atención psicológica.

**Tabla 3**

Frecuencia de padecimientos psicológicos detectados en los pacientes atendidos.

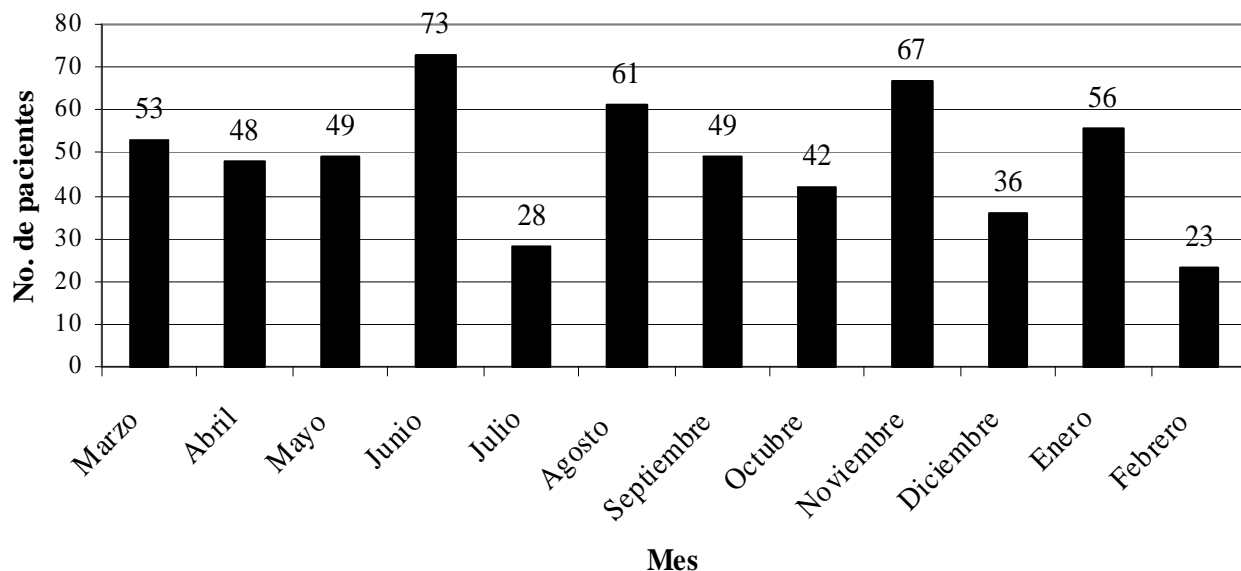
DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO	MES												TOTAL
	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agos To	Septi embre	Octu bre	Novie mbre	Dici embre	Enero	Febre ro	
Depresión	13	16	18	16	8	14	17	6	21	14	18	3	<b>164</b>
Falta de adhesión	17	9	8	30	5	6	9	18	25	5	17	5	<b>154</b>
Ansiedad	8	7	13	15	8	29	12	10	3	13	9	4	<b>131</b>
Trastornos de la alimentación	4	3	4	4	3	3	1						<b>22</b>
Rasgos de personalidad que afectan a la enfermedad médica						5	5					3	<b>13</b>
Ataque de pánico									4	3	4	2	<b>13</b>
Abandono familiar	1	3	3	5									<b>12</b>
Duelo			1			2	3	1			3		<b>10</b>
Abuso de sustancias				1		1	2	3	1			2	<b>10</b>
Trastorno adaptativo	5	2									1	1	<b>9</b>
Déficit en control del enojo											4	3	<b>7</b>
Creencias y estilos de afrontamiento poco adaptativos	2	4											<b>6</b>
Déficit en solución de problemas	2		1										<b>3</b>
Estilos de afrontamiento que afectan al tratamiento		2											<b>2</b>
Demencia inducida por sustancias		1											<b>1</b>
Problemas paterno-filiales		1											<b>1</b>
Estrés postraumático			1										<b>1</b>
Trastornos mentales debidos a enfermedad médica										1			<b>1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>48</b>	<b>49</b>	<b>71</b>	<b>24</b>	<b>60</b>	<b>49</b>	<b>38</b>	<b>54</b>	<b>36</b>	<b>56</b>	<b>23</b>	<b>560</b>

Las problemáticas psicológicas enlistadas en la Tabla 3 fueron las detectadas en los pacientes atendidos y que en la mayoría de los casos están asociadas a los padecimientos médicos enlistados en la Tabla 2.

A continuación se presentan las estadísticas mensuales.

La Figura 1 muestra el número de intervenciones realizadas mensualmente en el servicio de Medicina Interna.

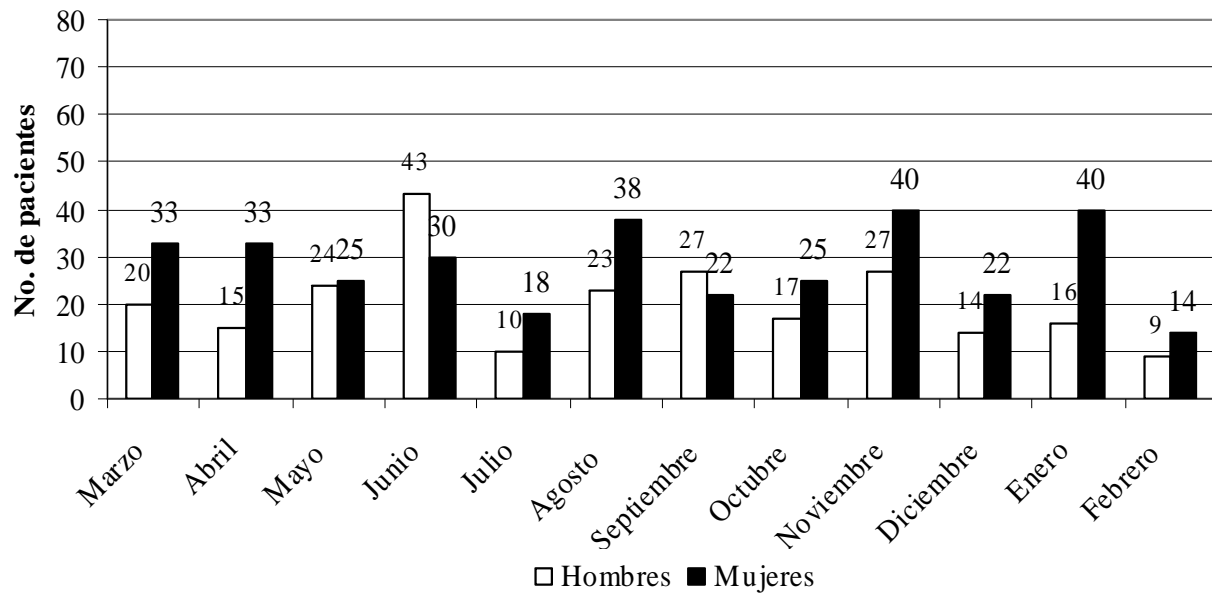
**Gráfica 1. Número de intervenciones realizadas mensualmente**



La Figura 2 muestra la frecuencia del género de los pacientes en los que se realizaron las intervenciones. Se observa que la mayoría de los meses fue más frecuente la atención a mujeres, excepto en los meses de junio y septiembre. Esto puede deberse a factores culturales, ya que en México, es más común que las mujeres expresen sentimientos y malestar emocional que los hombres

(Díaz-Guerrero, 1999), además que las mujeres aceptan más fácilmente el apoyo psicológico que los hombres.

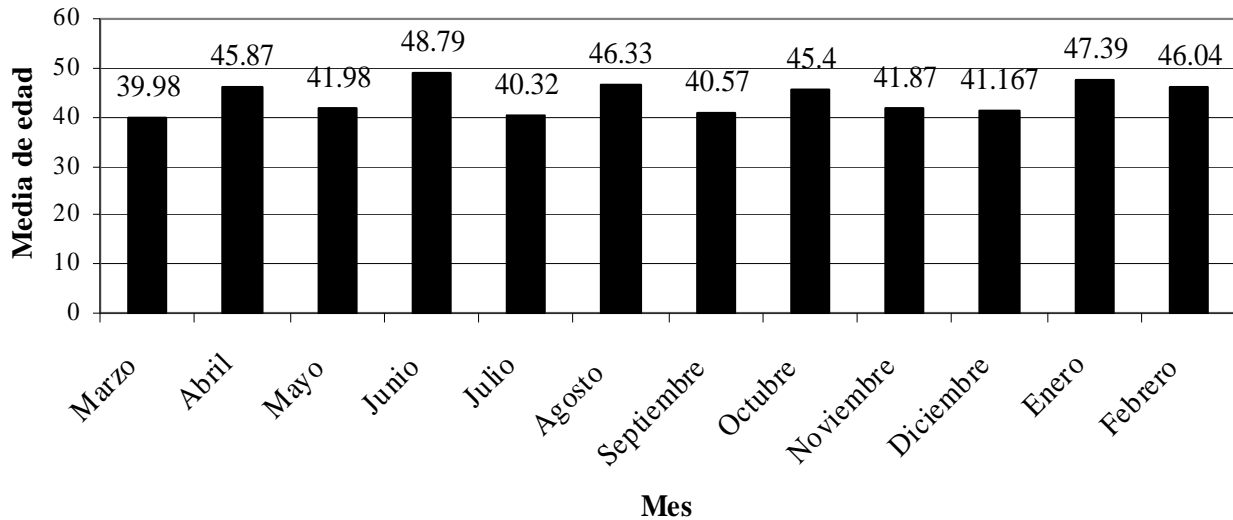
**Gráfica 2. Género de los pacientes atendidos mensualmente**



La Figura 3 muestra la media de edad mensual de los pacientes atendidos en el servicio de Medicina Interna. Al observar las medias de edad cabe mencionar que según el INSP (2006) la proporción mayoritaria en la prevalencia de las enfermedades crónicas no trasmisibles se ubican antes de los 54 años de edad de forma significativa (> 75%); además de que a partir de los 40 años de edad se incrementa el uso de servicios de salud, siendo el grupo de 60 a 69 años el que utiliza con mayor frecuencia los servicios de salud.

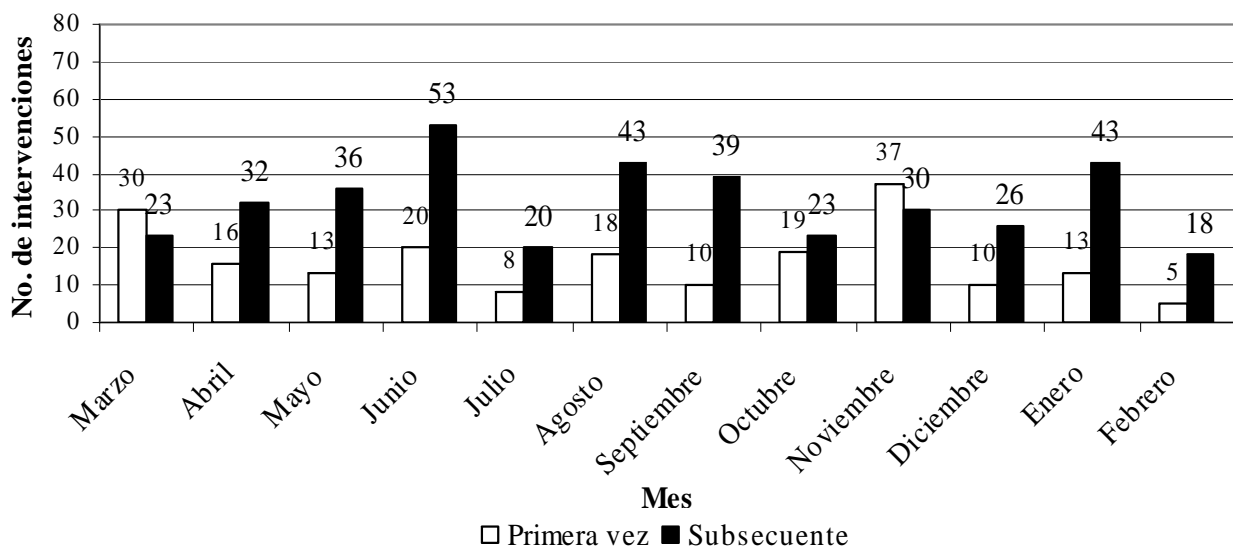


**Gráfica 3. Media de edad de los pacientes atendidos mensualmente**



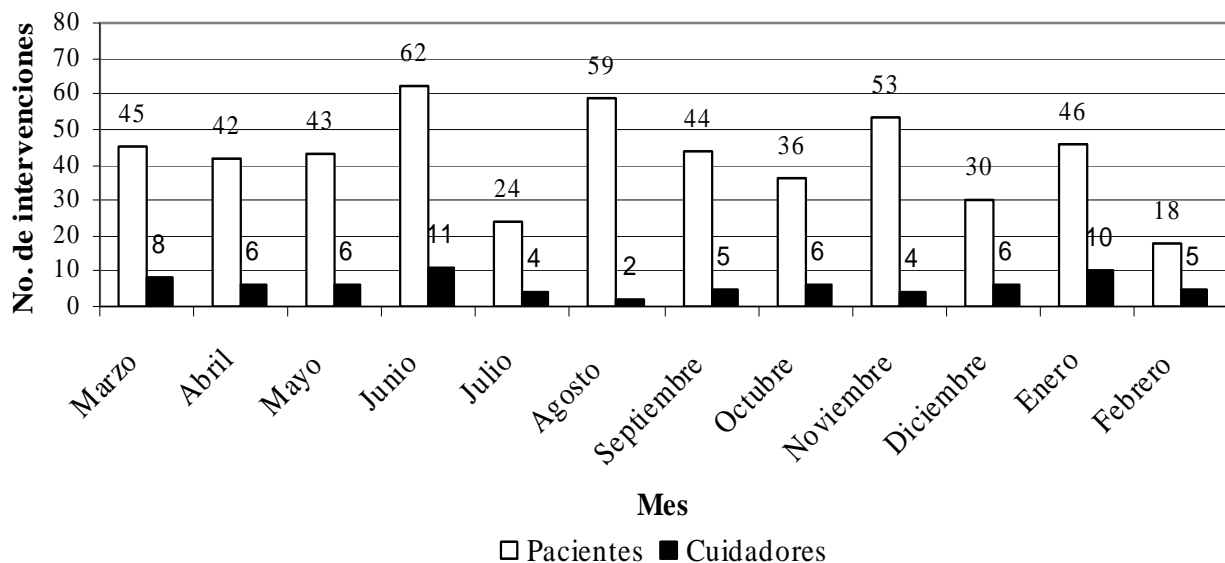
La Figura 4 muestra la frecuencia en cuanto a intervenciones de primera vez y subsecuentes realizadas mensualmente, como es de esperarse la mayor frecuencia en todos los meses es de atención a pacientes subsecuentes.

**Gráfica 4. Número de intervenciones psicológicas de primera vez y subsecuentes realizadas mensualmente**



La Figura 5 muestra la frecuencia de intervenciones realizadas en pacientes y en cuidadores o familiares, la mayor cantidad de intervenciones se realizó en pacientes, esto debido a que los médicos canalizaban principalmente a los pacientes, además de que algunos familiares o cuidadores estaban con el paciente sólo en los horarios de visita establecidos por el hospital y no eran tan accesibles para realizar intervenciones.

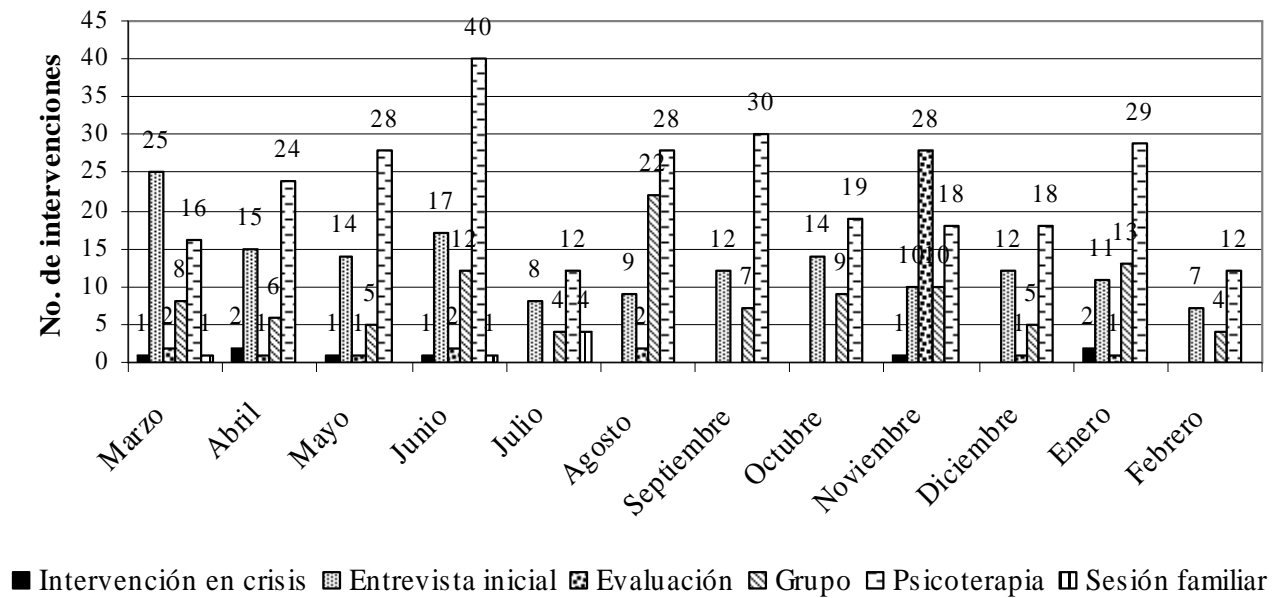
**Gráfica 5. Número de intervenciones en pacientes o cuidadores realizadas mensualmente**



En la Figura 6 se observa la frecuencia de los diferentes tipos de intervenciones psicológicas realizadas. En todos los meses los tres tipos de intervenciones más frecuentes fueron psicoterapia (modalidad cognitivo-conductual), entrevista inicial e intervención grupal. Durante el mes de noviembre incrementó el número de evaluaciones ya que se apoyó al servicio

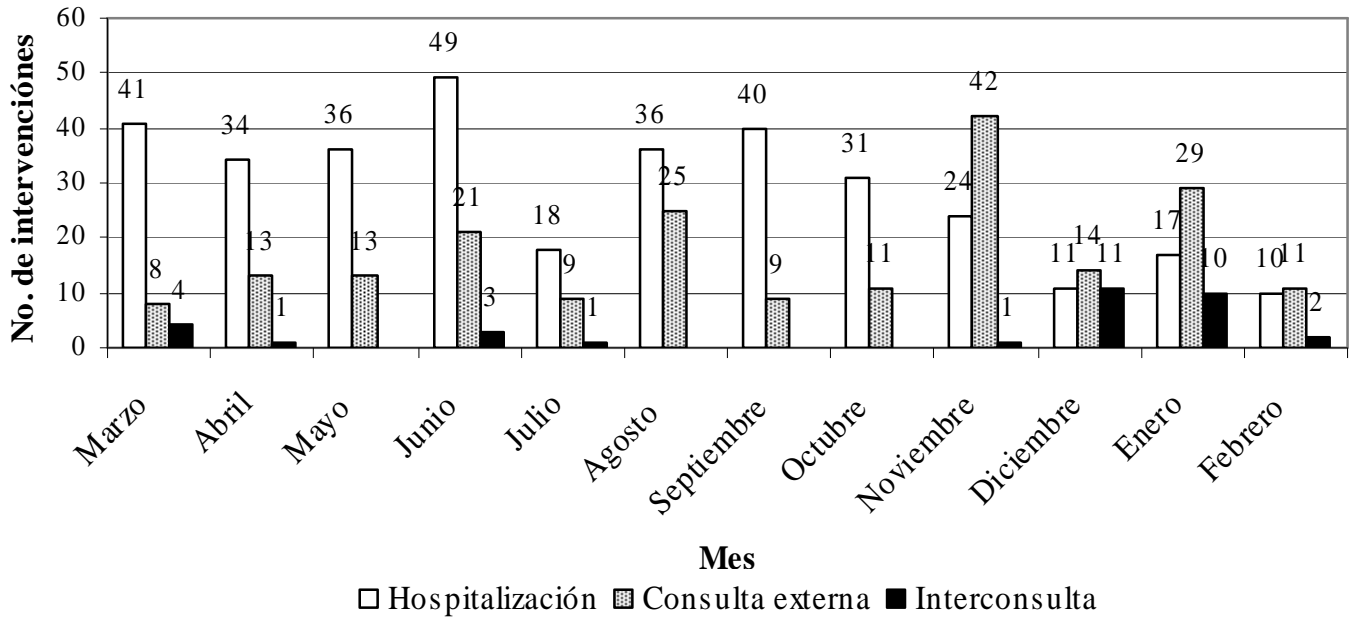
de Psiquiatría y Psicología en la evaluación psicométrica para la selección de médicos residentes.

**Gráfica 6. Tipo de intervenciones realizadas mensualmente**



En la Figura 7 se observa que la mayoría de las intervenciones se realizaron en la hospitalización. Al final del año incrementaron las intervenciones en consulta externa ya que se consiguió un espacio fijo, el consultorio 45, para brindar la atención a los pacientes. También incrementaron las interconsultas, ya que los médicos de otros servicios ya nos ubicaban y reconocían como residentes de Medicina Conductual.

**Gráfica 7. Número de intervenciones según el lugar donde se realizaron mensualmente**



## 7. EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades tanto clínicas como académicas realizadas durante el primer año de residencia permitieron a los residentes de Medicina Conductual interactuar más con el equipo médico y formar parte de éste. A través de dichas actividades se demostraron los beneficios que obtiene el paciente en salud física y psicológica, con un tratamiento interdisciplinario; de esta manera se ganaron espacios (como el consultorio 45 para la consulta externa y la sala de juntas del tercer piso de hospitalización para las intervenciones grupales) para brindar atención a los pacientes y espacios para interactuar con los médicos y dar a conocer el trabajo del residente de Medicina Conductual (clases y sesiones médicas).

Al inicio de la residencia las actividades clínicas fueron difíciles por la falta de un espacio físico para que fueran llevadas a cabo, lo que implica menor oportunidad de dar un apoyo psicológico en un ámbito adecuado (privacidad) o bien se traducían en la negación de los paciente de la aceptación del apoyo psicológico.

Sin embargo, las actividades clínicas resultaron adecuadas para la obtención de las competencias profesionales propuestas para el residente de Medicina Conductual, ya que la población a la que se tuvo acceso es amplia y con una diversidad de problemáticas que invitan al alumno a aplicar sus conocimientos teóricos, y a pesar de las limitaciones siempre se buscó la manera de llevarlas a cabo lo mejor posible con apoyo de los médicos y el jefe de servicio.

Con lo que respecta a las actividades académicas, los temas revisados en las sesiones bibliográficas no concuerdan con el marco conceptual de la Medicina Conductual e incluso los temas de exposición que se revisaban no eran acordes con las problemáticas a las que el residente se enfrenta en el ambiente hospitalario (en relación al tipo de padecimiento ni médico ni psicológico, por ejemplo se revisaban temas sobre terapia psicoanalítica, teorías del apego, trastornos de personalidad); sin embargo, se intentó proponer y exponer temas relacionados con el trabajo diario y con el marco conceptual que maneja el residente de Medicina Conductual, para lo cual se nos brindó el apoyo, aunque no se recibió la retroalimentación esperada y deseada por parte del supervisor in situ y su equipo de trabajo.

En cuanto a las sesiones clínicas no fueron tan enriquecedoras, por la misma razón que las sesiones bibliográficas, la diferencia de marcos conceptuales. Cabe recordar que la medicina conductual es un área derivada de la terapia

conductual, en la que el campo de trabajo del psicólogo implica la interacción multidisciplinaria con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, y actuar sobre prevención y mantenimiento de la salud (Reynoso y Seligson, 2005), mientras que el marco conceptual en las sesiones clínicas tenía objetivos y técnicas distintas de intervención. Esta situación ocasionaba, discusiones de las que no se podían obtener conclusiones ni una retroalimentación adecuada en relación a la evaluación de la intervención en los diferentes casos.

La supervisión en el hospital, se enfocó más a cuestiones administrativas, es decir, asistencia, puntualidad, tiempo de permanencia en el servicio, asistencia a sesiones y clases, permisos y vacaciones; la supervisión clínica fue escasa. A pesar de esto, es importante mencionar que siempre se contó con el apoyo del supervisor in situ para cualquier actividad que se le proponía.

La supervisión académica se califica como adecuada, ya que se compartía el marco conceptual de tal forma que la revisión bibliográfica y la revisión de casos clínicos eran de amplia utilidad para el trabajo cotidiano del residente de Medicina Conductual. Sería conveniente que el número de horas de supervisión aumentaran, tanto para aclarar dudas del trabajo cotidiano como para la elaboración y aplicación del protocolo de investigación.

La elaboración y aplicación del protocolo de investigación durante este año, fue difícil, en el sentido de que la gran cantidad de pacientes que se tenía que atender diariamente reducía el tiempo que se le podía dedicar a captar pacientes e invitarlos a participar en el protocolo y llevar a cabo la aplicación, además de que no existían espacios adecuados, y muchos de los pacientes no aceptaban participar porque venían de un estado de la república o vivían muy

lejos del hospital, por lo que se les dificultaba el acudir semanalmente a las sesiones del protocolo. A pesar de estos inconvenientes, el servicio de Endoscopia brindó el apoyo para facilitar el reclutamiento de pacientes.

SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA:  
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS  
CLÍNICA DE ASMA

**1. CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE.**

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) fue fundado en 1936 con el nombre de Sanatorio para Enfermos Tuberculosos de Huipulco. En el año de 1959 cambió su nombre a Hospital para Enfermedades Pulmonares de Huipulco, amplió su cobertura a pacientes con otras enfermedades pulmonares y fue la sede para formar las primeras generaciones de especialistas en Neumología.

En 1975, se convierte en Instituto Nacional de Enfermedades Pulmonares, con las tareas de asistencia médica y enseñanza así como de investigación científica y técnica en la especialidad de neumología.

Hasta 1982, funcionó como Unidad desconcentrada de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y, conforme al decreto Presidencial publicado el 14 de Enero de ese año, se convirtió en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

La misión del INER es mejorar la salud respiratoria de los individuos y las comunidades a través de la investigación, la formación de recursos humanos y



la atención médica especializada. Su visión es ser la entidad nacional normativa en salud respiratoria y el principal sitio de enseñanza, investigación, promoción y atención de alta especialidad, con competitividad nacional e internacional.

El INER cuenta con las siguientes especialidades Neumología, Neumología Pediátrica, Cirugía Cardiorácica, Alergia e Inmunología y Otorrinolaringología; además de los siguientes servicios: neumología adultos, neumología pediátrica, terapia intensiva respiratoria, broncoscopía, urgencias respiratorias, rehabilitación respiratoria, fisiología respiratoria, imagenología, hemodinamia, anestesiología, cirugía torácica y patología.

Para la atención especializada y más organizada a los pacientes, el INER cuenta con las siguientes clínicas: enfermedades intersticiales del pulmón, tuberculosis y enfermedades pleurales, de la vía aérea (asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica), tabaquismo, trastornos respiratorios del dormir, dolor, traquea, tumores malignos del tórax, de Samter (paciente que presentan poliposis nasal, intolerancia al ácido acetil-salicílico y asma bronquial de difícil control) y el Centro de Investigación de Enfermedades Infecciosas (CIENI). Los pacientes son canalizados a alguna de estas clínicas después de haber establecido su diagnóstico.

El servicio al cual la que suscribe fue asignada fue a la clínica de asma, bajo la supervisión in situ del Jefe del Departamento de Formación de Personal de Salud de Posgrado (Dra. Margarita Fernández Vega) y que es parte de la clínica de asma; también se contó con la supervisión académica de un profesor de la Facultad de Psicología, UNAM. (Dr. Javier Nieto Gutiérrez).

## **2. CARACTERÍSTICAS DE LA CLÍNICA DE ASMA.**

La clínica de asma esta conformada por un equipo de médicos neumólogos especialistas en asma, dos enfermeras, una trabajadora social, un técnico en espirometría, una psicóloga y la Asociación de Asma. La clínica atiende a los pacientes con diagnóstico de asma en la consulta externa, les da seguimiento, educación para controlar su enfermedad, y los incluyen en protocolos de investigación si es que cumplen ciertos criterios. Por lo tanto cumple una doble función, clínica y de investigación.

En cuanto a la función clínica se atiende a los pacientes en el área de consulta externa en un horario de 9:00 a 15:00 hrs., los pacientes son atendidos por médicos residentes de neumología que rotan por ese servicio, los acompaña una enfermera y son supervisados por un médico adscrito.

En cuanto a la función de investigación se atienden a los pacientes que participan en algún protocolo de investigación, el médico adscrito responsable es la Dra. María del Rocío Chapela, quien cuenta con el apoyo de un técnico en espirometría, una enfermera y una trabajadora social. Este equipo se localiza en los consultorios de la antigua consulta externa, y atienden a los pacientes en un horario de 9:00 a 15:00 hrs. El área de psicología tiene un consultorio asignado junto al equipo de investigación.

Los voluntarios que conforman la Asociación de Asma A. C. colaboran con la Clínica de Asma, los voluntarios son pacientes con asma dedicados a apoyar a todos los pacientes asmáticos a controlar su enfermedad, ya que venden el medicamentos a menor precio, dan talleres educativos dos veces a la semana y

organizan eventos especiales para la convivencia de los pacientes y la difusión de información para el control del asma.

### **3. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.**

El asma es una enfermedad de los bronquios, que se presenta cuando se estimulan por infección, frío, cambios de clima, medicamentos (p.e. ácido acetilsalicílico), ejercicio, menstruación, inhalación de alérgenos, etc., se recupera espontáneamente o con tratamiento médico y se manifiesta con tos, silbidos en el pecho, dificultad para respirar, sensación de ahogo, ansiedad e irritabilidad.

Es una de las enfermedades respiratorias crónicas más frecuentes en todo el mundo, que produce grandes costos económicos y personales, con frecuencia provoca en el paciente hospitalizaciones, visitas a servicios de urgencias, ausencia escolar, incapacidad laboral, alteración en la vida cotidiana y en la dinámica familiar.

Se calcula que 300 millones de personas padecen asma, las muertes anuales mundiales por asma se han estimado en 250,000 y la mortalidad no parece relacionarse con la prevalencia (Global Initiative for Asthma, GINA, 2006; Clínica de Asma/Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, INER, 2006). En México la prevalencia de asma en el año 2006 fue de 276,468 casos (Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/SSA, 2006a). En el Distrito Federal en el mismo año se registraron 27,293 casos, lo que la hace una ciudad con una importante

prevalencia de este padecimiento (Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/SSA, 2006b).

El asma como otras enfermedades crónicas puede originar malestar psicológico. Los problemas psicológicos más comunes en los pacientes con asma son: altos niveles de ansiedad, depresión, enojo e irritabilidad, deterioro en la autoeficacia, aislamiento por restricción de actividades.

El asma no sólo tiene repercusiones en el paciente, sino que puede afectar a todo su sistema familiar. Los problemas psicológicos más comunes en los familiares del paciente con asma son: ansiedad, depresión, sobreprotección (sobre todo en niños y adolescentes), problemas económicos, modificación y limitación de actividades cotidianas.

Además de las consecuencias psicológicas que trae el recibir el diagnóstico de asma y enfrentar la enfermedad, las emociones, sobre todo las negativas, juegan un papel importante en el mantenimiento y aumento de los síntomas, ya que para algunos pacientes las emociones son desencadenantes de sus síntomas, para algunos pacientes las emociones mantienen los síntomas o los hacen más graves, por otra parte, las emociones negativas impiden que realicen conductas de salud y entonces dejan de ir al médico o dejan de tomarse los medicamentos manteniendo hábitos poco saludables.

Es por eso importante contar con un tratamiento psicológico que complemente el tratamiento médico y le facilite al paciente aceptar y controlar su enfermedad.

#### **4. EVALUACIÓN INICIAL DEL SERVICIO.**

Al ser un año en el que se restableció el convenio entre la UNAM y el INER (marzo de 2008), la Clínica de Asma no sabía que actividades realizaría el residente de Medicina Conductual, por lo tanto se tuvo que hacer una detección de necesidades en el área que se asignó para trabajar, que fue la consulta externa.

Se detectó que la mayoría de los pacientes no tienen información sobre la enfermedad, se les dificulta seguir las indicaciones médicas, y les genera ansiedad tener una crisis de asma. Considerando lo anterior y con la revisión de los trabajos de investigación en asma con orientación cognitivo-conductual se planteó el protocolo de investigación y se dedicó la mayor parte del tiempo del segundo año de residencia al desarrollo y aplicación de dicho protocolo.

A pesar de que los médicos no conocían el trabajo del residente de Medicina Conductual se mostraron interesados en el protocolo de investigación y brindaron el apoyo para su aplicación.

#### **5. ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS POR EL RESIDENTE DE MEDICINA CONDUCTUAL.**

Las actividades realizadas se llevaron a cabo en la consulta externa, aunque ocasionalmente se atendía algún paciente durante su hospitalización.

➤ **Actividades clínicas.**

**Consulta externa.** En la consulta externa se atendía a los pacientes asmáticos que eran referidos por su médico tratante (residente o adscrito), por personal de enfermería, por trabajo social o por recomendación de los participantes de la Asociación de Asma. Siempre se contó con un consultorio o espacio adecuado para atender a los pacientes. Los pacientes también se captaron invitándolos a participar en el protocolo de investigación mientras esperaban su consulta médica.

**Hospitalización.** Se atendía a un paciente durante su hospitalización cuando la Dra. Fernández hacía la petición, esto sucedía cuando detectaba: pacientes con algún problema psicológico (ansiedad, depresión, enojo), pacientes poco adherentes a su tratamiento médico, pacientes con secuelas de paro respiratorio por crisis de asma casi fatal, pacientes con asma de difícil control o pacientes en tratamiento psiquiátrico. La Dra. Fernández presentaba al residente de Medicina Conductual con el médico tratante del paciente y le informaba a éste que el área de psicología iba a valorar al paciente, posteriormente se le informaba al médico tratante los resultados de la entrevista y el plan con el paciente, ya que no se realizaban notas clínicas en el expediente médico.

**Elaboración de notas clínicas.** Como no fue posible que el residente de Medicina Conductual realizara notas en el expediente médico, por el proceso de cambio de expedientes en papel a expedientes electrónicos, se diseñaron formatos de entrevista inicial y notas de seguimientos, en donde se registraban las intervenciones realizadas con los pacientes. El formato de entrevista inicial

incluye: datos generales, datos sobre la atención médica, datos sobre la atención psicológico y/o psiquiátrica, motivo de consulta, impresión y actitud general, examen mental, antecedentes importantes y familiograma, historia del problema, impresión diagnóstica, motivación al tratamiento y conclusión; para las notas subsecuentes se utilizó el formato SOAP, S: subjetivo (lo que el paciente refiere), O: objetivo (lo que se observa en el paciente/impresión diagnóstica), A: aplicación (las técnicas utilizadas para realizar la intervención) y P: plan (el plan de tratamiento y sugerencias), además de la ficha de identificación. La elaboración y el diseño de estos formatos fueron aprobados por el supervisor in situ y el supervisor académico.

**Cursos para pacientes asmáticos.** Una actividad muy importante para la clínica de asma es brindar educación sobre la enfermedad a los pacientes, por lo que ofrece cursos-talleres una vez al mes, en los cuales participan médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos y los voluntarios de la Asociación de Asma. Durante el segundo año de residencia se participó en estos cursos impartiendo temas como “regulación emocional”, “adhesión terapéutica”, “técnicas de relajación”, “modificación de pensamientos distorsionados”.

**Actividades para pacientes asma.** Durante el año se participó en eventos como “El día mundial del asma” y “Reunión anual de pacientes con asma y sus familiares”, que básicamente son reuniones tipo festejo en donde los pacientes tienen convivencia con otros pacientes, médicos, enfermeras, trabajadora social y psicóloga de la Clínica de Asma; se entregan juguetes a los niños asmáticos, se rifan flujómetros o cámaras espaciadoras, entre otras actividades recreativas.

➤ **Actividades académicas.**

**Sesión general.** Se asistía a la sesión general del Instituto los días miércoles de 12:00 a 13:00 hrs. A la cual asistían todos los médicos residentes y algunos médicos adscritos, había sesiones anatomo-clínicas, casos clínicos, presentación de resultados de investigación, conferencias magistrales y sesiones culturales.

**Supervisión académica.** Cada 15 días había reunión con el supervisor académico con la finalidad de revisar los avances del protocolo de investigación, además de recomendar bibliografía relacionada con dicho protocolo o con los casos clínicos más relevantes o complicados.

**Desarrollo de protocolo de investigación.** Durante la residencia se realizó y aplicó el protocolo de investigación titulado “Efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y los niveles de ansiedad de pacientes asmáticos”.

**Otras actividades académicas.**

- Asistencia a las XXXVI Jornadas Médico Quirúrgicas del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Atención al enfermo respiratorio cónico”, llevadas a cabo del 2 al 5 de septiembre del 2008 en el INER.
- Participación como profesora invitada en el “1er. Simposium Internacional de síndrome de Samter. Un enfoque multidisciplinario”, con el tema “Atención psicológica a pacientes con EREA”, realizado en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias del 18 al 20 de septiembre del 2008.



- Ponente del cartel “La incidencia de un tratamiento cognitivo conductual sobre la adhesión de pacientes diabéticos a sus tratamientos”, el 1 de octubre de 2008 en el XVI Congreso Mexicano de Psicología.

## **6. ESTADÍSTICAS.**

Durante el segundo año de residencia en la Clínica de Asma se realizaron 455 intervenciones psicológicas, 436 en 64 pacientes y 19 en 5 cuidadores o familiares. Se atendieron a 60 mujeres y 7 hombres, con una media de edad de 40.80 años, con un rango de 5 a 71 años. En la clínica de asma sólo se atienden adultos, pero se hicieron algunas excepciones, atendiendo a un niño y dos adolescentes, ya que sus padres lo solicitaron. La diferencia en cuanto al género se debe a que el asma es mucho más frecuente en mujeres cuando se presenta en edad adulta y más frecuente en varones cuando se presenta en la infancia (GINA, 2006).

De los 64 pacientes atendidos en la Clínica de Asma, 56 tenían diagnóstico médico de asma, tres tenían diagnóstico de Enfermedad Respiratoria Exacerbada por Aspirina (EREA), una paciente tenía tuberculosis, una alergias, y tres pacientes eran sanos pulmonares pero personal médico los refirió para realizar valoración psicológica (ver Tabla 4).

**Tabla 4**

## Diagnóstico médico.

Diagnóstico médico	Frecuencia	Porcentaje (%)
Asma	56	87.5
EREA	3	4.6
Tuberculosis	1	1.6
Alergias	1	1.6
Sano pulmonar	3	4.6
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100.0</b>

En cuanto a los diagnósticos psicológicos asociados a enfermedad médica se encontró que los padecimientos más frecuentes fueron: ansiedad, depresión y falta de adhesión terapéutica (ver Tabla 5).

**Tabla 5**

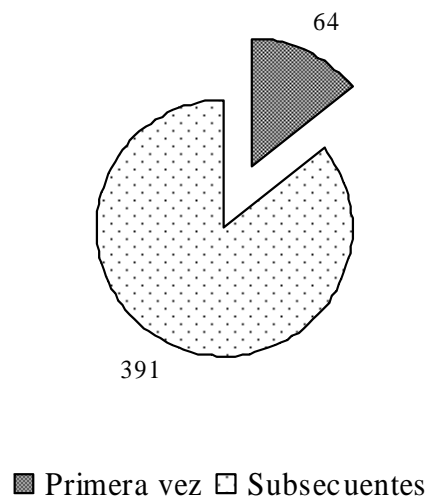
## Diagnóstico psicológico.

Diagnóstico psicológico	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ansiedad	18	28.6
Depresión	17	27.0
Falta de adhesión terapéutica	13	20.6
Déficit en regulación emocional	6	9.5
Trastorno adaptativo	2	3.2
Déficit en solución de problemas	1	1.6
Déficit en habilidades sociales	1	1.6
Trastorno bipolar	1	1.6
Problemas de conducta	1	1.6
Trastorno de la conducta alimentaria	1	1.6
Problemas de pareja	1	1.6
Trastornos de la personalidad	1	1.6
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>

Del total de las intervenciones psicológicas realizadas durante el segundo año de residencia, 452 se llevaron a cabo en la consulta externa y sólo tres en hospitalización. Siempre se contó con un consultorio o espacio adecuado para atender a los pacientes.

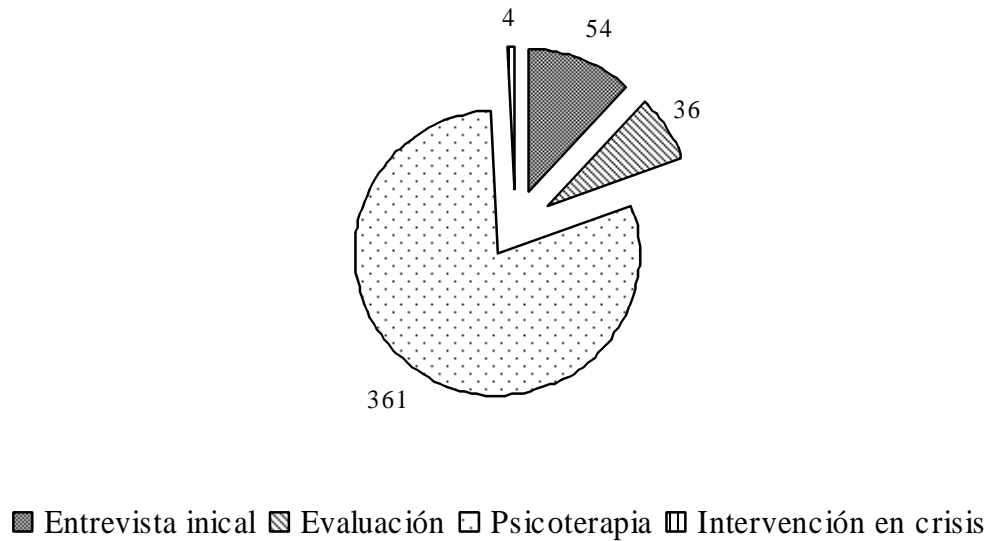
De las 455 intervenciones, 64 fueron de primera vez, el resto fueron subsecuentes (ver Figura 8).

**Figura 8. Número de intervenciones psicológicas de primera vez y subsecuentes**



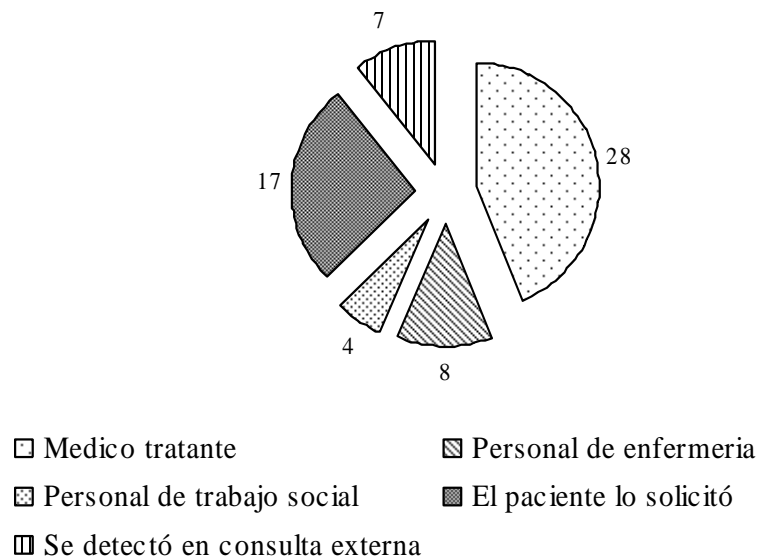
La Figura 9 muestra que de las 455 intervenciones realizadas 361 fueron psicoterapia (modalidad cognitivo-conductual), 54 entrevistas iniciales, 36 sesiones de evaluación y 4 intervenciones en crisis.

**Figura 9. Tipo de intervenciones psicológicas realizadas**



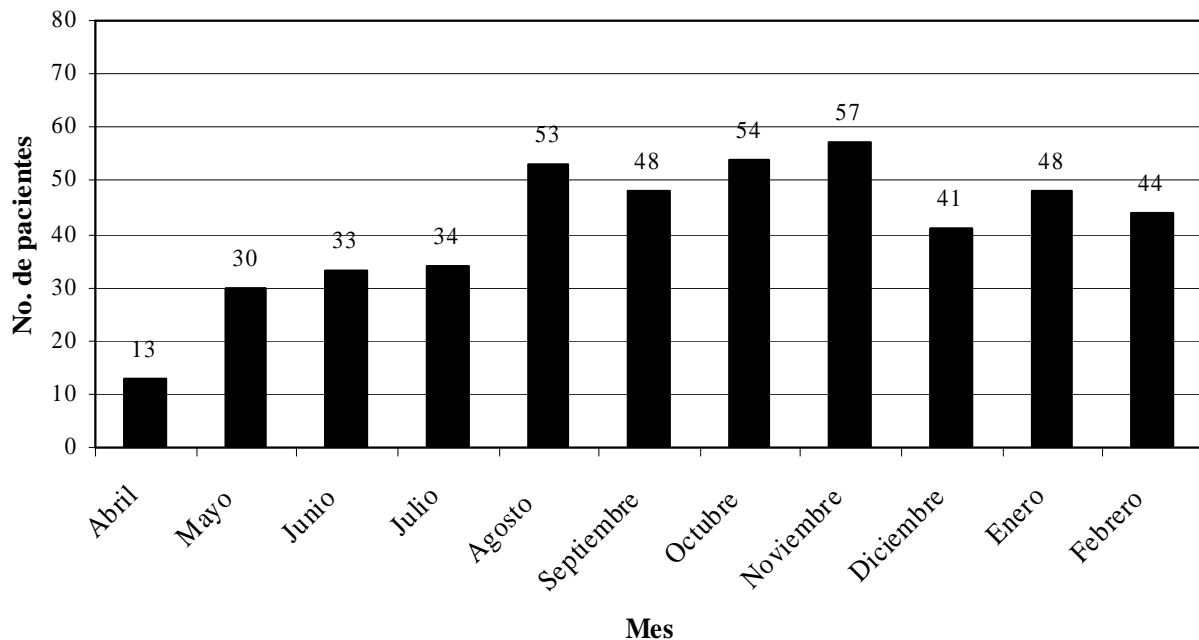
La mayoría de los pacientes fueron referidos por personal médico de la Clínica de Asma (43.8%), el 26.6% de los pacientes solicitaron el servicio psicológico por ellos mismos, el resto los refirió personal de enfermería, trabajo social y se detectaron mientras esperaban sus consulta (ver Figura 10).

**Figura 10. Número de pacientes según su referencia**



En la Figura 11 se observa el número de pacientes atendidos mensualmente en la Clínica de Asma. En el mes de marzo no se realizaron intervenciones ya que fue un mes de adaptación, detección de necesidades y elaboración del protocolo de investigación para su registro en el Comité de investigación y bioética del INER. Los meses en los que se atendió un mayor número de pacientes fueron agosto, octubre y noviembre.

**Figura 11. Número de intervenciones realizadas mensualmente**



## **7. EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS.**

Las actividades clínicas realizadas durante el segundo año de la residencia permitieron dar a conocer el trabajo del residente en Medicina Conductual al equipo de médicos de la Clínica de Asma y ganar reconocimiento por parte de ellos al trabajo del psicólogo dentro del ámbito hospitalario, al demostrar los beneficios que obtiene el paciente en salud física y psicológica, con un tratamiento interdisciplinario.

Al inicio del segundo año, a pesar de que se contaba con el apoyo de los médicos, fue difícil integrarse a su equipo, ya que no conocían el trabajo del residente en Medicina Conductual, estaban acostumbrados al trabajo del psicólogo bajo otros enfoques o teorías y no de forma interdisciplinaria. Por lo tanto, se tuvo la labor de dar a conocer la forma de trabajo del residente en Medicina Conductual y fue bien aceptada, además de que al ver los resultados del trabajo se brindó mayor apoyo y se involucró al residente en más actividades dentro de la Clínica de Asma.

Para realizar las actividades clínicas siempre se tuvo el apoyo en cuanto a espacios, materiales, y la disposición de los médicos para el trabajo interdisciplinario, de tal forma que el residente pudo obtener y mejorar sus competencias profesionales, al trabajar de cerca con el equipo médico y al trabajar con una población de pacientes con características muy específicas.

En las actividades clínicas se obtuvieron buenos resultados, tomando en cuenta los beneficios que los pacientes obtuvieron con un tratamiento psicológico cognitivo-conductual que complementó su tratamiento médico, estos beneficios fueron incremento en adhesión a su tratamiento (toma

adecuada de medicamentos), aumento de conductas de salud (como asistencia a citas médicas para control de su enfermedad) y disminución de conductas de riesgo (como exposición a desencadenantes, automedicación), además de la disminución de niveles de ansiedad, tristeza, enojo, entre otras emociones negativas.

Durante el segundo año no se participó en muchas actividades académicas, únicamente en la sesión general del Instituto y en algunas reuniones en las que se revisaban artículos médicos, por lo que sería importante fomentar este tipo de actividades.

La supervisión en el hospital, se enfocó a cuestiones administrativas, como asistencia, puntualidad, tiempo de permanencia en el servicio, asistencia a sesiones, permisos y vacaciones; ya que el supervisor in situ fue médico y aunque brindaba asesoría cuando se le pedía, no podía supervisar casos difíciles o resolver dudas del ámbito psicológico.

La supervisión académica se califica como adecuada, y se enfocó sobre todo a la revisión del protocolo de investigación, al principio fue muy estrecha y una vez que se registró el protocolo y se comenzó a aplicar fue más espaciada, se solicitaba cuando surgían dudas en la aplicación.

El supervisor in situ le dio mucha importancia a la elaboración y aplicación del protocolo de investigación durante este año, de hecho se daba prioridad a esta actividad antes que a la atención de pacientes, siempre estuvo al tanto de los avances y brindó el apoyo necesario para la elaboración, registro y aplicación del protocolo.

## **COMPETENCIAS ALCANZADAS**

El contacto directo con una gran cantidad de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas permitió poner en práctica los conocimientos teóricos y perfeccionar las habilidades clínicas, además de adquirir nuevas. Además, permitió observar, en diversas variantes, las problemáticas conductuales y emocionales que presentan los pacientes con estas enfermedades.

La falta de supervisión clínica estrecha no fue impedimento para adquirir habilidades y competencias clínicas, además de metodológicas, ya que la supervisión académica y el apoyo de los compañeros de la residencia fue de gran ayuda para la adquisición y dominio de estas competencias.

En resumen, las habilidades y competencias alcanzadas durante la residencia fueron las siguientes:

- Identificar las necesidades psicológicas de los pacientes crónicos, así como los problemas psicológicos que presentan con mayor frecuencia.
- Conocer, aplicar y adaptar las técnicas cognitivo-conductuales a los diferentes problemas psicológicos que presentan los pacientes con alguna enfermedad médica, así como evaluar los resultados obtenidos.
- Desarrollar programas de evaluación y diagnóstico en pacientes con enfermedad crónicas.



- Desarrollar programas de intervención en pacientes con enfermedad crónica a nivel individual y grupal.
- Se logró fundamentar el trabajo psicológico con bases metodológicas adecuadas, mediante la realización de protocolos de investigación que evaluaron la efectividad y conveniencia de programas de intervención cognitivo-conductuales.
- Trabajar dentro de un equipo interdisciplinario con el objetivo de mejorar la salud física y psicológica del paciente.
- Identificar las problemáticas psicológicas y conductuales de los cuidadores o familiares de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, intervenir en ellos para complementar el tratamiento del pacientes y facilitar algunos cambios conductuales y emocionales.

## REFERENCIAS

- Amigo, I.; Fernandez, C. y Pérez, M. (1998). *Manual de psicología de la Salud*. (p.p. 93-108). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva*. Conceptos básicos y profundización. Barcelona: Gedisa.
- Beneit, P. (1992). La enfermedad crónica. En. J. M. Latorre y P. J. Beneit (Comp.). *Psicología de la Salud. Aplicaciones para los profesionales de la salud*, (225-237). Argentina: Lumen.
- Bennett, P. & Wilkinson, S. (1985). A comparacion of psychological and medical treatment of the irritable bowel syndrome. *British Journal of Clinical Psychology*, 24, 215-216.
- Birk, L. (1973). Biofeedback. Furor therapeutics. *Seminaries on Psychiatry*, 5, 361-364.
- Blanchard, E.; Radnitz, C.; Schwarz, S. & Neff, D. (1987). Psychological changes associated with self-regulatory treatments of irritable. *Biofeedback & Self Regulation*, 12 (1), 31-37. Recuperado el día 27 de octubre del 2006 de la base de datos de Psycinfo.
- Blanchard, E.; Schwarz, S.; Suks, J. M.; Gerardi, M. A.; Scharff, L.; Greene, B.; et al. (1992). Two controlled evaluations of a multicomponent psychological treatment of irritable bowel syndrome. *Behavior Research and Therapy*, 2, 175-189.
- Blanchard, E.; Schwarz, S. & Neff, D. (1988). Two-year follow-up of behavioral treatment of irritable bowel syndrome. *Behavior Therapy*, 19 (1), 67-73. Recuperado el día 27 de octubre del 2006 de la base de datos de Psycinfo.

- Brannon, L. & Feist, J. (1997). *Health psychology: An introduction to behavior and health* (3<sup>rd</sup> ed.) Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Brooks & Richardson, (1980). Emotional skills training: A treatment program for duodenal ulcer. *Behavior Therapy*, 11, 198-207.
- Caballo, V. E. (2001). El entrenamiento en habilidades sociales. En V. E. Caballo (Comp.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*, (403-443). Madrid: Siglo XXI.
- Campos, C.; Rios, P.; Cisneros, A.; Ordaz, V.; Campos, L.; Ortiz, B.; et al. (1998). Educación a niños asmáticos y sus padres para evitar crisis. *Revista Alergia de México*, 45 (5), p134. Recuperado el día 5 de marzo de 2008 de la base de datos de MedicLatina.
- Cerino, J. R.; Carballo, M.; Ortiz, I.; Arreguín, L. y Meza, A. (1995). Epidemiología de asma, rinitis alérgica y dermatitis atópica. *Alergia e Inmunología Pediátrica*, 4 (6), 176-179.
- Christenson, A.; Moran, P. & Wiebe, J. (1999). Assessment of irrational health beliefs: relation to health practices and medical regimen adherence. *Health Psychology*. 18, 169-176.
- Clínica de Asma (2006). Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, INER. Disponible en [http://portal.iner.gob.mx/inerweb/GEN\\_cont\\_esp.jsp?contentid=1216&version=1&channelid=3](http://portal.iner.gob.mx/inerweb/GEN_cont_esp.jsp?contentid=1216&version=1&channelid=3)
- Cochrane, G. (1996). Compliance and Outcomes in Patients with Asthma. *Drugs*, 12 (6): 12-19.
- Cohen, F. (1979). Personality, stress and the development of physical illness. In G. C. Stone, F. Cohen, N. E. Adler, et al. *Health Psychology: A Handbook*. (pp.77-111). San Francisco: Jossey Bass.

- Cortazar-Palapa, J.; Riveros, R. A. y Sánchez-Sosa, J. J. (2004, septiembre). *Herramientas para la toma de decisiones en terapia cognitivo-conductual en escenarios médicos: el uso del sistema de autoregistro*. Ponencia presentada en el XII Congreso Mexicano de Psicología. Guanajuato, México.
- Díaz-Guerrero, R. (1999). *Psicología del mexicano. Descubrimiento de la etnopsicología*. México: Trillas.
- Díaz-Rubio, R. (2002). Trastornos funcionales digestivos, ¿un problema exclusivo de sociedades occidentales?. *Anales de Medicina Interna (Madrid)*, 19: 1-2. Recuperado el día 30 de octubre de 2006 de <http://www.scielo.isciii.es/scielo.php>
- DiCara, L. V.; Braum, J. J. & Papas, B. A. (1970). Classical conditioning and instrumental learning of cardiac and gastrointestinal responses following removal of neocortex in the rat. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 73: 209-216.
- Dobson, R.; Bray, M. & Kehle, T. (2005). Relaxation and guided imagery as an intervention for children with asthma: a replication. *Psychology in the School*, 42 (7): 707-720. Recuperado el día 25 de febrero de 2008 de la base de datos de Proquest Medical.
- Drotar, D. (2006). *Psychological interventions: Asthma*. En D. Drotar. *Psychological interventions in childhood chronic illness* (pp. 123-138). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Duff, A. J. (2001). Psychological interventions in cystic fibrosis and asthma. *Pediatric Respiratory Reviews*, 2 (4): 350-357. Recuperado el día 25 de febrero de 2008 de la base de datos de Ebsco.

- Dunt, D. R.; Rubinfeld, A. R.; Feren, P. & McClure, B. G. (1987). What patients know about their asthma. *Community Health Studies*, 21:125-130.
- D'Zurilla, T. & Godfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Farré, J.; Laceras, M. y Casas, J. (2001). Enciclopedia de Psicología. Barcelona, España: Océano.
- Fernández, C. (1993). Síndrome del intestino irritable: aproximación conductual a su evaluación y su tratamiento. En M. A. Simón (Ed.). *Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de investigación*. (p.p. 139-157). España: Pirámide.
- Fernández-Vega, M.; Vargas, M.; Regalado-Pineda, F.; Chapela-Mendoza, R. y Salas-Hernández, J. (2005). Características de pacientes asmáticos mexicanos atendidos en la consulta externa. *Revista de Investigación Clínica*, 57 (4): 513-521.
- 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. *Altern Complement Med*, 11 (1): 57-68. Recuperado el día 5 de marzo de 2008 de la base de datos de Medline.
- Secretaria de Salud (2003). Inauguración del 15° Congreso Nacional de la Federación Mexicana de Diabetes. Mensaje del Secretario de Salud, 20 de marzo. Disponible en [http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala\\_noticias/discursos/2003-03-20-FEDERACION-MEXICANA-DE-DIABETES.htm](http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/discursos/2003-03-20-FEDERACION-MEXICANA-DE-DIABETES.htm)
- García, R. (2003). *Reporte de experiencia profesional*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Global Initiative for Asthma (2006). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. Disponible en <http://www.ginasthma.org>.
- Gómez, T. (2003). *Gastroenterología elemental*. México: Méndez Editores.
- Goodwin, R.; Fergusson, D. & Horwood, L. (2004). Asthma and depressive and anxiety disorders among young persons in the community. *Psychological Medicine*, 34, 1465–1474. Recuperado el día 25 de febrero de 2008 de la base de datos de Proquest Medical.
- Greenberger, D. & Padesky, C. (1998). *El control de tu estado de ánimo. Manual de tratamiento de terapia cognitiva para usuarios*. Madrid: Paidós.
- Hotz, S., Kaptein, A., Pruitt, S., Sanchez-Sosa, J. J. & Willey, C. (2003). Behavioural mechanisms explaining adherence: What every health professional should know. In E. Sabate (Ed.) *Adherence to long term therapies: Evidence for action* (pp. 135-149). Geneva: World Health Organization.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Recuperado el día 11 de mayo de 2009 de <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: Universidad of Chicago Press.
- Jessop, D.; Rutter, D. R.; Sharma, D. & Albery, I. P. (2004). Emotion and adherence to treatment in people with asthma: An application of the emotional Stroop paradigm. *British Journal of Psychology*, 2 (95): 127-47. Recuperado el día 25 de febrero de 2008 de la base de datos de ProQuest Medical.

- Jurenc, G. (1988). Identification of Subgroups of Childhood Asthmatics: A Review. *Journal of Asthma*, 25 (1): 15-25. Recuperado el día 25 de febrero de 2008 de la base de datos de Ebsco.
- Kendrick, A. H., Higgs, C. M. B., Whitfield, M. J., & Laszlo, G. (1993). Accuracy of perception of severity of asthma: patients treated in general practice. *British Medical Journal*, 307, 422-424.
- Kern-Buell, C.; McGrady, A.; Conran, P. & Nelson, A. (2000). Asthma Severity, Psychophysiological Indicators of Arousal, and Immune Function in Asthma Patients Undergoing Biofeedback-Assisted Relaxation. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 25 (2): 79-91. Recuperado el día 25 de febrero de 2008 de la base de datos de Proquest Medical.
- Kotses, H., Harver, A., Segreto, J., Glaus, K., Creer, T. & Young, G. (1991). Long-term effects of biofeedback-induced facial relaxation on measures of asthma severity in children. *Biofeedback and Self-Regulation*, 16, 1–21.
- Lara-López, E.; Muñoz,-Maya, I.; Estrada, M. y Ugarte-Vivanco, E. (2001). Valoración clínica y por flujometría de las crisis asmáticas. *Alergia Asma e Inmunología Pediátricas*, 10 (3), 82-87.
- Latorre, J. M. y Beneir, P. (1994). *Psicología de la Salud. Aportaciones para los profesionales de la salud*. Argentina: Lumen.
- Lemanek, K.; Kamps, J. & Chung, N. (2001). Empirically Supported Treatments in Pediatric Psychology: Regimen Adherence. *Journal of Pediatric Psychology*, 26 (5): 253-275. Recuperado el día 25 de febrero de 2008 de la base de datos de Ebsco.

- Lomelí-Maldonado, M. (2004). Clínica, flujometría y oximetría de pulso: evaluación de la gravedad de las crisis asmáticas y su respuesta al tratamiento en niños. *Rev Sanid Milit Mex*, 58(1), 15-17.
- Lynch, P. & Zamble, E. (1987). Stress management training for Irritable Bowel Syndrome: A preliminary investigation. *Clinical Biofeedback & Health: An International Journal*, 10 (2): 123-134. Recuperado el día 27 de octubre del 2006 de la base de datos de Psycinfo.
- Lynch, P. & Zamble, E. (1989). A controlled behavioral treatment study of irritable bowel syndrome. *Behavior Therapy*, 20 (4): 509-523.
- Manual CTO de Medicina y Cirugía*. (2000). Tomo I. Madrid: Cañizares artes figuras.
- Mayer, E.; Naliboff, B. & Chang, L. (2002). Evolving pathophysiological model of functional gastrointestinal disorders: implications for treatment. *Taylor y Frances health science*, 587, 9-3. Recuperado el día 25 de octubre del 2006 de la base de datos de Ebsco.
- McGuigan, F. J. (1997). *Experimental Psychology: Methods of Research* (pp. 283-316). Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.
- Mertz, H. (2003). Irritable Bowel Syndrome. *The New England Journal of Medicine*, 349 (22): 2136-2146, 2086. Recuperado el día 27 de octubre del 2006 de la base de datos de ProQuest.
- Moreira, V.; Ramos, F. y López, A. (2001). *Las enfermedades digestivas. Manual de consejos prácticos*. España: McGraw-Hill.
- Nadales, A. (1998). *Ansiedad y trastornos digestivos*. Recuperado el día 28 de octubre de 2006 de <http://www.gador.com.ar/iyd/ansie2/nadal.htm#7>



- Neff, F. (1986). The psychological treatment of Irritable Bowel Syndrome: Comparison of a multi-component treatment strategy to a waiting list control group. *Dissertation Abstracts International*, 46 (12-B, Pt 1), pp. 4410. Recuperado el día 27 de octubre del 2006 de la base de datos de Psycinfo.
- Neff, F. & Blanchard, E. (1987). A multi-component treatment for irritable bowel síndrome. *Behavior Therapy*, (18), 70-83.
- Nezu, A. & Nezu, C. (1991). Entrenamiento en solución de problemas. En V. E. Caballo (Comp.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*, (527-553), Madrid: Siglo XXI.
- Oguztürk, O.; Ekici, A.; Kara, M.; Erci, M.; Arslan, M.; Iteginli, A.; et al. (2005). Psychological Status and Quality of Life in Elderly Patients With Asthma. *Psychosomatics*, 46 (1): 6-41. Recuperado el día 25 de febrero de 2008 de la base de datos de ProQuest Medical.
- Oviedo, M. L. (2003). *Factores de riesgo, sintomatología y personalidad relacionados con la diabetes mellitus no dependiente de insulina*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- 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. Recuperado el día 25 de febrero de 2008 de la base de datos de Ebsco.
- Phares, E. (1999). *Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica*. 2da. ed. México: Manual Moderno.
- Reyes, H. (2006). ¿Qué es medicina interna?. *Revista Médica de Chile*, 134: 1338-13344.

- Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Robles, R.; Varela, R.; Jurado, S. & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Robiner, W. & Keel, P. (1997). Self care behaviors and adherence in diabetes mellitus. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 2, 40-56.
- Rodríguez, G. (1999). *Fortalecimiento de la adherencia terapéutica*. México: Porrúa.
- Safren, S. A. (1999). Cognitive-behavioral interventions to increase medication adherence. In *Psychiatric Practice: Everyday Solutions* (pp. 191-213). Course. Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School. Boston Continuing Education workshop materials.
- Salas-Hernández, J. y Cano-Valle, F. (2006). Asma. En: F. Cano-Valle, C. Ibarra, J. Morales (Eds.). *Enfermedades respiratorias. Temas selectos*. (p.p.253-270). Madrid, España: ELSEVIER.
- Sánchez-Román, S.; Velasco-Furlong, L.; Rodríguez-Carbajal, R. y Baranda-Sepúlveda, J. (2006). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes medicamente enfermos. *Revista de investigación clínica*, 58 (6), 540-546.
- Sánchez-Sosa, J. J. (2002a). Health Psychology: Prevention of disease and illness; maintenance of health. UNESCO Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS), Psychology. Oxford, UK, <http://www.eolss.net>.
- Sánchez-Sosa, J. J. (2002b). Treatment adherence: The role of behavioral mechanisms and some implications for health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*, 19(1), 85-92.

- Sánchez-Sosa, J. J. (2008). Competencias científicas y profesionales: Cimientos metodológicos y de integración en las ciencias del comportamiento. En: C. Carpio (Coord.) *Competencias profesionales y científicas del psicólogo* (pp.247-282). México: UNAM.
- Sánchez-Sosa, J. J. & Alvarado, A. S. (2008). A behavioral self-recording procedure in the management of breast cancer: A field test with disadvantaged patients. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34(2), 313-331.
- Sarafino, E. (1990). *Health Psychology: Biopsychosocial Interventions*. New York: John Wiley & Sons.
- Schutz, J. A. & Luthe, W. (1969). *Autogenic therapy*. New York: Grune y Stratton.
- Schwartz, G. E. & Weiss, S. M. (1977). What is Behavioral Medicine? *Psychosomatic Medicine*, 39, 377-381.
- Schwartz, G. E. & Weiss, S. M. (1978a). Yale Conference on Behavioral Medicine: a proposed definition and statement of goals *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 3-12.
- Schwartz, G. E. & Weiss, S. M. (1978b). Behavioral Medicine revisited: an amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 249-251.
- Schwarz, S.; Blanchard, E. & Neff, F. (1986). Behavioral treatment of irritable bowel syndrome: A 1-year follow-up study. *Biofeedback & Self Regulation*, 11 (3), 189-198. Recuperado el día 27 de octubre del 2006 de la base de datos de Psycinfo.
- Sharma, S; Ghosh, S. & Spielberger, C. (1995). Anxiety, anger expression and chronic gastric ulcer. *Psychological Studies*, 40 (3), 187-191.

- Simón, M. (1996). Evaluación de los trastornos gastrointestinales. En G. Buela-Casal V. Caballo y C. Sierra (Eds.). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. (p.p. 701-725) .Madrid, España: Siglo XXI.
- Simón, M. y Durán, M. (2000). Trastornos gastrointestinales. En M. J. Buceta; A. M. Bueno y B. Mas, (Eds.). *Intervenciones psicológicas en trastornos de la salud*. (p.p. 268-298). Madrid: DYKINSON.
- Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/SSA (2005). *Casos de Úlceras, gastritis y duodenitis por grupos de edad Estados Unidos Mexicanos*. Recuperado el día 23 de noviembre de 2006, de <http://www.dgepi.salud.gob.mx>
- Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/SSA (2006a). *Incidencia de los casos nuevos de enfermedades por grupo de edad*. Recuperado el día 11 de marzo de 2008, de <http://www.dgepi.salud.gob.mx>
- Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/SSA (2006b). *Incidencia de asma y estado asmático (J45, J46) por grupos de edad y entidad federativa*. Recuperado el día 11 de marzo de 2008, de <http://www.dgepi.salud.gob.mx>
- Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/SSA (2007). *Anuarios de Morbilidad: Veinte causas de enfermedad nacional*. Recuperado el día 11 de mayo de 2009, de <http://www.dgepi.salud.gob.mx>
- Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis*. Nueva York: Apppleton-Century-Crofts.

- Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código ético del psicólogo*. 4ta edición. México: Trillas.
- Spector, S. (2000). Noncompliance with Asthma Therapy – Are There Solutions?. *Journal of Asthma*, 37 (5): 381-388.
- Spielberger, C. (1988). *State-trait anger expresión inventory. Research edition. Professional manual*. Florida: Psychological Assessment Resources.
- Tarraga, P. J. (2004). Trastornos funcionales digestivos. Una visión desde la atención primaria. *Revista de la SEMG*. (61), 78-83. Recuperado el día 30 de octubre de 2006 de [http://www.semg.es/revista/revista\\_61/pdf/revision.pdf](http://www.semg.es/revista/revista_61/pdf/revision.pdf).
- Toledo, N.; De la Peña, J.; Yur, H.; García, M. y Rodríguez, F. (2001). La espirometría como herramienta de diagnóstico. *BFMC*, 2(1) : 21-27.
- Van der Palen, J.; Klein, J. J. & Rovers, M. M. (1997). Compliance with inhaled medication and self-treatment guidelines following a self-management programme in adult asthmatics. *European Respiratory Journal*, 10 (3): p.652.
- Vargas, M. H.; Siembra-Monge, J.J.L.; Díaz-Mejía, G.S.; Olvera-Castillo, R.; De León-González M. y Grupo de Estudio del Asma en el Niño. (1996). Aspectos epidemiológicos del asma infantil en México. *Gaceta Medica de México*, 132 (3), 255-264.
- Vargas, M. H.; Siembra-Monge, J.J.L. y Salas, J. (1994). Diagnóstico y tratamiento del asma. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 7 (1): 53-66.
- Vázquez, G. A. (1994). *Una escala para la medición del enojo en adolescentes*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.

- Vázquez, M. I. (2001). *Técnicas de relajación y respiración*. Guías técnicas. Madrid. Editorial Síntesis.
- Vázquez, M. I. y Buceta, J. M. (1996). *Tratamiento psicológico del asma bronquial*. Madrid: Pirámide.
- Vera, M. N. y Vila, J. (1991). Técnicas de relajación. En V. E. Caballo (Comp.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*, (403-443). Madrid: Siglo XXI.
- Vila, G.; Hayder, R.; Bertrand, C.; Falissard, B.; Blic, J.; Mouren-Simeoni, M.C. & Scheinmann, S. (2003). Psychopathology and quality of life for adolescents with asthma and their parents. *Psychosomatics*, 44 (4): 319-28. Recuperado el día 25 de febrero 2008 de la base de datos de ProQuest Medical.
- Voirol, M. W. & Hipolito, J. (1987). Anthro-po-analytical relaxation in irritable bowel syndrome: Result 40 months later. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 117, 1117-1119.
- Whitehead, W. (1992). Behavior Medicine approaches to gastrointestinal disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, (4), 605-612.
- Whitehead, W. & Schuster, M. M. (1985). *Gastrointestinal disorders. Behavioral and physiological basis for treatment*. Nueva York: Academia Press.
- Whorwell, P. J.; Prior, A. & Cogan, S. M. (1987). Hypnotherapy in severe irritable bowel syndrome: Further experience. *Gut*, 28, 423-425.
- Whorwell, P. J.; Prior, A. & Faragher, E. B. (1984). Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome. *Lancet*, II, 1232-1234.




- Windsor, R.; Bailey, W.; Richarsa, J.; Manzella, B.; Soong, S. & Brooks, M. (1990). Evaluation of the efficacy and cost effectiveness of health education methods to increase medication adherence among adults with asthma. *Am J Public Health*, 80 (12): p. 1519.
- Witkiewitz, K. & Marlatt, G. A. (2004). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems. *American Psychological Association*, 59(4): 224-235.
- Yorke, J.; Fleming, S. & Shuldham, C. (2007). Psychological interventions for adults with asthma: A systematic review. *Respiratory Medicine*, 101 (1): 1-14. Recuperado el día 25 de febrero de 2008 de la base de datos de Ebsco.






# A N E X O S



## ANEXO 1

<p>Fecha de inicio _____</p> <p>Fecha de termino _____</p>	<p><b>HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO</b></p> <p><b>Carnet de adhesión terapéutica</b></p> <p>No. Exp. _____</p> <p>Nombre _____</p> <p>Edad _____</p> <p>Diagnostico _____</p>																																																
<div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px;">   </div> <p>Medicamentos y dosis:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<div style="text-align: center;">  </div> <p>¿Acostumbra a comer colación? _____</p> <p style="text-align: center;"><b>Régimen alimenticio</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Hora</th> <th style="width: 5%;">L</th> <th style="width: 5%;">M</th> <th style="width: 5%;">M</th> <th style="width: 5%;">J</th> <th style="width: 5%;">V</th> <th style="width: 5%;">S</th> <th style="width: 5%;">D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Desayuno</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Mañana</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Tarde</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Noche</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Madrugada</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>	Hora	L	M	M	J	V	S	D	Desayuno								Mañana								Tarde								Noche								Madrugada							
Hora	L	M	M	J	V	S	D																																										
Desayuno																																																	
Mañana																																																	
Tarde																																																	
Noche																																																	
Madrugada																																																	

Ejercicio						
  						
L	M	M	J	V	S	D

Conductas de riesgo							
    							
Conducta	L	M	M	J	V	S	D
Fumar							
Café							
Alcohol							
Refresco							
Automedicación							
Tristeza*							
Ansiedad*							
Enojo*							

Síntomas							
Síntoma	L	M	M	J	V	S	D
Dolor*							
Ardor*							
Inflamación*							
Acidez*							
Nauseas*							
Diarrea							
Estreñimiento							
Gases							
Vómito							

## ANEXO 2

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Abajo hay una lista de los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante **la última semana, inclusive hoy**, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

SINTOMA	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERAMENTE	SEVERAMENTE
Entumecimiento, hormigueo				
Sentir oleadas de calor (bochorno)				
Debilitamiento de las piernas				
Dificultad para relajarse				
Miedo a que pase lo peor				
Sensación de mareo				
Opresión en el pecho, o latidos acelerados				
Inseguridad				
Terror				
Nerviosismo				
Sensación de ahogo				
Manos temblorosas				
Cuerpo tembloroso				
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Asustado				
Indigestión, o malestar estomacal				
Debilidad				
Ruborizarse, sonrojamiento				
Sudoración (no debida a calor)				

## ANEXO 3

### INVENTARIO DE AUTOEVALUACION

#### INSTRUCCIONES

Este cuestionario esta dividido en tres partes. Cada parte contiene un número de afirmaciones que la gente utiliza para describir sus sentimientos y conductas. Por favor, fíjese que cada parte tiene **diferentes instrucciones**. Lea cuidadosamente las instrucciones para cada parte antes de registrar sus respuestas en la hoja de respuestas. No hay respuestas correctas o incorrectas. Al responder a cada afirmación, dé la respuesta que le describa mejor. Si necesita cambiar su respuesta, borre la respuesta incorrecta y marque entonces la correcta.

#### PARTE 1

##### Instrucciones.

Un número de afirmaciones que las personas utilizan para describirse a sí mismas se dan abajo. Lea cada afirmación y entonces marque con una equis (x) el número que indique **como se siente usted exactamente ahora**. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. No permanezca demasiado tiempo en ninguna afirmación, pero dé la respuesta que mejor parezca describir como se siente usted **exactamente ahora**.

Marque: 1 para DEFINITIVAMENTE NO

2 para ALGO

3 para MODERADAMENTE

4 para MUCHO.

#### COMO ME SIENTO EXACTAMENTE AHORA

1. Estoy furioso(a).
2. Me siento irritado(a).
3. Me siento enojado(a).
4. Me dan ganas de gritarle a alguien.
5. Me dan ganas de romper cosas.
6. Estoy muy enojado(a).
7. Me dan ganas de golpear la mesa.
8. Me dan ganas de golpear a alguien.
9. Me dan ganas de decir groserías.
10. Estoy agobiado(a).

#### PARTE 2

##### Instrucciones.

Un número de afirmaciones que las personas utilizan para describirse a sí mismas se dan abajo. Lea cada afirmación y entonces marque con una equis (x) el número que indique **como se siente usted generalmente**. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. No permanezca demasiado tiempo en ninguna afirmación, pero dé la respuesta que mejor parezca describir como se siente usted **generalmente**.

Marque: 1 para DEFINITIVAMENTE NO  
2 para ALGO  
3 para MODERADAMENTE  
4 para MUCHO

### COMO ME SIENTO GENERALMENTE

11. Soy muy temperamental.
12. Tengo un temperamento explosivo.
13. Soy muy enojón(a).
14. Me enoja cuando los errores de los demás me retrasan.
15. Me molesta que no se reconozca mi trabajo.
16. Pierdo los estribos.
17. Me enfurezco cuando me critican frente a otros.
18. Me pongo furioso (a) cuando hago un buen trabajo y no lo reconocen.
19. Soy muy irritable.
20. Cuando pierdo los estribos, soy capaz de pegarle a alguien.

### PARTE 3.

#### Instrucciones.

Todo el mundo se siente enojado o furioso de vez en cuando, pero las personas difieren en las formas en que reaccionan cuando están enojadas. Un número de las afirmaciones que las personas utilizan cuando se sienten **enojadas o furiosas** se dan abajo. Lea cada afirmación cuidadosamente y entonces marque con una equis (x) el número que indique cuán frecuentemente usted **por lo general** reacciona o se comporta de la manera descrita cuando se siente enojado o furioso. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. No permanezca demasiado tiempo en ninguna afirmación.

Marque: 1 para DEFINITIVAMENTE NO  
2 para ALGO  
3 para MODERADAMENTE  
4 para MUCHO

### CUANDO ESTOY ENOJADO O FURIOSO...

21. Controlo mi carácter.
22. No expreso lo que siento.
23. Soy paciente con los demás.
24. Hago comentarios sarcásticos a los demás.
25. Me mantengo calmado(a).
26. Controlo mi manera de actuar.
27. Discuto con los demás.
28. Tiendo a guardar rencores que no le digo a nadie.
29. Me puedo controlar cuando estoy enojado.
30. Estoy mas enojado(a) de lo que estoy dispuesto a admitir.
31. Me calmo más rápidamente que las demás personas.
32. Digo cosas desagradables.
33. Trato de ser tolerante y comprensivo(a).
34. Me irrito más de lo que los demás.
35. Me controlo cuando me siento enojado(a).

## HOJA DE RESPUESTAS DEL INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

### PARTE 1

1. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
2. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
3. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
4. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
5. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
6. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
7. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
8. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
9. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
10. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )

### PARTE 2

11. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
12. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
13. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
14. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
15. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
16. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
17. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
18. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
19. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
20. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )

### PARTE 3

21. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
22. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
23. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
24. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
25. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
26. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
27. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
28. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
29. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
30. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
31. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
32. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
33. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
34. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )
35. ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )

## ANEXO 4

### ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES

#### Datos generales.

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

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

Ocupación: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Expediente: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

#### Información sobre la enfermedad.

¿Qué enfermedades padece? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Desde cuando padece esta(s) enfermedad(es)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Información sobre tratamientos.

¿Desde cuando recibe el tratamiento? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué tratamiento ha recibido? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué medicamentos toma y cada cuando se los toma? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Información sobre hábitos.

¿Hace ejercicio? (SI) (NO)

- a. ¿por qué no realiza ejercicio? \_\_\_\_\_
- b. ¿Le gustaría practicar algún deporte? (SI) (NO)
- c. ¿Estaría dispuesto a practicarlo? (SI) (NO)

En caso de realizar ejercicio:

- d. ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_
- e. ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Normalmente cuantas veces come al día? \_\_\_\_\_

- a. Escriba en las líneas los alimentos que consume en cada comida.

Desayuno \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comida \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cena \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- b. ¿Consume alimentos entre comidas? (SI) (NO)

c. ¿Qué tipo de alimentos consume? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- d. ¿Tiene prohibido algún tipo de alimento(s) (por ejemplo: grasas, irritantes)? (SI) (NO) ¿cuál(es)? \_\_\_\_\_

e. ¿Evita el consumo de los alimentos que usted señaló? (SI) (NO)

¿por qué? \_\_\_\_\_

Señale cuál de las siguientes cosas consume, el número de veces que las toma en una semana y que cantidad:

a. Alcohol (SI) (NO) ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \_\_\_\_\_

b. Cigarrillos (SI) (NO) ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \_\_\_\_\_

c. Drogas (SI) (NO) ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \_\_\_\_\_

d. Café (SI) (NO) ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \_\_\_\_\_

e. Refresco (SI) (NO) ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \_\_\_\_\_



## ANEXO 5

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### **Estimado usuario (a):**

El Hospital Juárez de México en conjunto con la Universidad Nacional Autónoma de México, a través de la Maestría en Psicología con Residencia en Medicina Conductual, lleva a cabo el estudio “Efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y regulación emocional en pacientes con enfermedades gastrointestinales”.

Se le proporciona la siguiente información para que pueda decidir si desea participar en dicho estudio, aclarando que su colaboración es voluntaria y puede negarse a participar; aún si accediera a participar tiene la absoluta libertad para dejar el estudio sin problema o consecuencia alguna.

El propósito del estudio es complementar su tratamiento y mejorar su estado de salud si su diagnóstico es gastritis crónica, úlcera péptica o enfermedad por reflujo gastroesofágico. El estudio consta de tres fases:

1. Evaluación inicial a través de cuestionarios.
2. Aproximadamente ocho sesiones de tratamiento grupal, programadas semanalmente, con una duración de 90 minutos cada una, en las cuales se le proporcionará información y habilidades para el cuidado de su salud.
3. Evaluación final a través de cuestionarios.

En caso de aceptar participar en el estudio es necesario que usted se comprometa a asistir a sus sesiones puntualmente y realice las tareas que se le asignen a lo largo del tratamiento en beneficio del mismo.

Algunas de las sesiones del tratamiento pueden ser observadas y/o grabadas en audio. Estas grabaciones las usa el equipo de terapeutas a fin de monitorear la efectividad y calidad del tratamiento que recibe. La información recabada durante las grabaciones será de carácter estrictamente confidencial y ético.

Los resultados del estudio pueden reportarse en publicaciones científicas, manteniendo la más estricta confidencialidad en lo que se refiere a su identidad personal. Si desea conocer los resultados obtenidos en esta investigación puede adquirirlas a través de su terapeuta.

De antemano muchas gracias por su colaboración.

ACEPTO

NO ACEPTO



\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del usuario

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del terapeuta

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo

FECHA: \_\_\_\_\_

# ANEXO 6

<p><b>NOTAS</b></p> 	 <p><b>INER</b> <b>INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS</b></p> <hr/> <p><b>Carnet de Adhesión Terapéutica</b></p> <p><b>A S M A</b></p> <p>Nombre: _____</p> <p>No. Exp. Médico: _____</p> <p>No. Folio Psicológico: _____</p> <p>Fecha de inicio: _____</p> <p>Fecha de termino: _____ (dd/mm/aa)</p>
---	--

**TOMA DE MEDICAMENTOS**

Medicamentos y dosis:




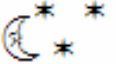
1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_



**Esquema de tratamiento**

- C** = Esquema para cuando esta CONTROLADO
- P** = Esquema para cuando esta PARCIALMENTE CONTROLADO
- N** = Esquema para cuando NO ESTA CONTROLADO

- Cuando esta **C** hay pocas molestias que aparecen de vez en cuando y que se controlan fácilmente.
- Cuando esta **P** hay peligro de descontrol, hay molestias frecuentes que se controlan con los medicamentos.
- Cuando esta **N** hay molestias diariamente (aunque sean pocas), que no se controlan bien con los medicamentos.

Horario	Medicamento	L	M	M	J	V	S	D	Esquema de tratamiento
Mañana 									
Tarde 									
Noche 									
Madrugada 									

# FLUJOMETRÍA

Flujometría ideal: \_\_\_\_\_

Mejor flujometría que ha tenido: \_\_\_\_\_

Horario	L	M	M	J	V	S	D
Mañana ☀							
Noche 🌙							



## SÍNTOMAS Y MOLESTIAS

\* Marcar la intensidad en que siente el síntoma:

1= Poco, 2 = Regular, 3 = Mucho.

Síntoma/Molestia	L	M	M	J	V	S	D
Falta de aire *							
Silbidos *							
Presión o dolor en el pecho *							
Tos *							
Flema *							
Moco nasal *							
Congestión nasal *							
Suspendió sus actividades por asma							
Utilizó medicamentos de rescate							
Ingresó a urgencias							
Ingresó a hospitalización							

## CONDUCTAS DE RIESGO

\* Marcar la intensidad en que siente la emoción

1= Poco, 2 = Regular, 3 = Mucho.

Conducta	L	M	M	J	V	S	D
Automedicación							
Fumar							
Ansiedad *							
Desencadenante	L	M	M	J	V	S	D



## ANEXO 7

### ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA PACIENTES CON ASMA

Fecha: \_\_\_\_\_

#### Datos generales.

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: (M) (F) Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

No. Expediente Médico: \_\_\_\_\_ No. Folio Psicológico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono(s): \_\_\_\_\_

#### Información sobre la enfermedad.

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Médico tratante: \_\_\_\_\_

¿Desde cuando padece esta enfermedad? \_\_\_\_\_

¿Dónde se la diagnosticaron? \_\_\_\_\_

¿Ha requerido asistir a urgencias por el asma? (SI) (NO) ¿cuántas veces en el último mes? \_\_\_\_\_

¿Ha estado hospitalizado a causa del asma? (SI) (NO) ¿cuántas veces en el último mes? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna otra enfermedad importante? (SI) (NO) ¿cuál(es)?

Enfermedad	Desde cuándo	Recibe tratamiento

#### Información sobre tratamiento.

¿Desde cuando recibe el tratamiento? \_\_\_\_\_

¿Qué tratamiento ha recibido? \_\_\_\_\_

¿Qué medicamentos toma y cada cuando se los toma? \_\_\_\_\_

¿Ha presentado algún problema importante (emocional, personal, laboral) asociado a su enfermedad? (SI) (NO) ¿cuál? \_\_\_\_\_

Marcar si su enfermedad están afectando o limitando alguna de las siguientes áreas: Indíquenos con una "X" en que grado: 1= nada 5= más o menos 10= bastante										
Familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Laboral	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Escolar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Social	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexual	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Salud	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Ha recibido información sobre su enfermedad? (SI) (NO) ¿por qué? \_\_\_\_\_

¿Quién se la ha brindado? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido dificultades para seguir su tratamiento? (SI) (NO) ¿cuáles? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las recomendaciones que le dio su médico para controlar su enfermedad?

¿Ha tenido dificultades para seguirlas? (SI) (NO) ¿por qué? \_\_\_\_\_

## ANEXO 8

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Estimado usuario (a):**

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en conjunto con la Universidad Nacional Autónoma de México, a través de la Maestría en Psicología con Residencia en Medicina Conductual, lleva a cabo el estudio Efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y la ansiedad en pacientes asmáticos.

Se le proporciona la siguiente información para que pueda decidir si desea participar en dicho estudio, aclarando que su colaboración es voluntaria y puede negarse a participar; aún si accediera a participar tiene la absoluta libertad para dejar el estudio sin problema o consecuencia alguna.

El objetivo del estudio es evaluar los efectos de una intervención psicológica sobre el nivel de adhesión terapéutica, los niveles de ansiedad y los síntomas de los pacientes, con la finalidad de complementar su tratamiento y mejorar su estado de salud si usted tiene asma. El estudio consta de tres fases:

4. Evaluación inicial a través de cuestionarios.
5. Sesiones de tratamiento psicológico, programadas semanalmente, con una duración de 60 minutos cada una, en las cuales se le proporcionará información y habilidades para el cuidado de su salud.
6. Evaluación final a través de cuestionarios.

Los procedimientos para lograr el objetivo mencionado consistirá en aplicación de técnicas psicológicas lo que no implica ningún riesgo para usted. Además de que la intervención se proporcionará gratuitamente.

En caso de aceptar participar en el estudio es necesario que usted se comprometa a asistir a sus sesiones puntualmente y realice las tareas que se le asignen a lo largo del tratamiento en beneficio del mismo.

Los resultados del estudio pueden reportarse en publicaciones científicas, manteniendo la más estricta confidencialidad en lo que se refiere a su identidad personal. Si desea conocer los resultados obtenidos en esta investigación puede adquirirlas a través de su terapeuta.

De antemano muchas gracias por su colaboración.

ACEPTO

NO ACEPTO

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del usuario

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del terapeuta

FECHA: \_\_\_\_\_