

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

**“EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN
COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL
CONTROL DEL ASMA EN PACIENTES MAL
CONTROLADOS”**

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

PRESENTA:

NOEMÍ LUCERO ISLAS SALAS

DIRECTOR:

DR. ARIEL VITE SIERRA

COMITÉ TUTORIAL:

MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

DRA. MARGARITA FERNÁNDEZ VEGA

MTRA. MARIA CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

MÉXICO, D.F., 2011



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.

El esfuerzo, dedicación y empeño de estos dos años y medio se ven aquí reflejados. A continuación cito a las personas más importantes de mi vida; las cuales han sido un soporte, una motivación y un ejemplo para mí y a quienes DEDICO ESTE TRABAJO:

A DIOS que siempre me guía, que está conmigo y me permite vivir día con día a lado de mi familia, quien me da muestra de que aún en la mayor oscuridad llegará una luz que me dará la esperanza de seguir adelante.

A mi mamá ALTAGRACIA: quien me motiva a alcanzar mis metas profesionales, me da fortaleza y está conmigo en cada paso o decisión, apoyándome y brindándome todo su amor.

A mi papá FERNANDO: Por hacerme entender que puedo lograr lo que me propongo y que debo valorar mucho más la obtención de este grado simplemente porque es importante para mí.

A mis hermanos LULÚ, JEANETTE, FERNANDO (†), TITA y RODOLFO (†): todos ustedes han sido mi ejemplo y guía para superarme y lograr ser lo que ahora soy. Gracias por todo el apoyo anímico y moral...¡los quiero mucho!.

A mis sobrinos adorados MARCO AUGUSTO Y AVRIL: que aunque todavía no saben leer ya en unos añitos estarán leyendo ustedes mismos estas líneas. Quiero que sepan que su llegada alegró y dió un toque diferente a mi vida.

A mi futuro sobrinito que estás por llegar también hay algo para ti, ya espero ver tu carita y tenerte para consentirte y por supuesto también darás un toque a mi vida.

Al amor de mi vida RAÚL: Toda esta etapa de maestría la compartimos y vivimos juntos desde el inicio hasta su fin. Gracias por estar conmigo y brindarme ese soporte para seguir adelante y luchar por mis objetivos profesionales y personales, por entenderme y amarme. Ahora nos esperan cambios a los cuales sé que nos podremos adaptar. ¡TE AMO!

A mis cuñados: IGNACIO Y ALEJANDRO por todo el apoyo brindado a mi persona y familia, ¡muchas gracias!.

A mi mejor amiga: EMIUX por brindarme una verdadera amistad durante tantos años.

**SIN TODOS USTEDES A MI LADO NO HUBIERA LOGRADO TODO ESTO
GRACIAS POR ESTAR A MI LADO...**

Ahora quiero agradecer a:

La **Universidad Nacional Autónoma de México** por nuevamente dejarme ser parte de ella y brindarme las herramientas necesarias para continuar con mi formación profesional.

A mi tutor **Dr. Ariel Vite y Mtro. Leonardo Reynoso** por todas sus aportaciones en mejora de éste trabajo.

A la **Dra. Margarita Fernández**: quien siempre me brindó su apoyo para la realización de éste trabajo y lograr así uno de los objetivos más importantes en mi vida profesional. Gracias por ser mi guía, por brindarme su confianza, escucharme y ser algo más que mi supervisora; así como por compartir todos sus conocimientos que fueron de utilidad para realizar y mejorar este trabajo.

Al **Dr. Jorge Salas**: Por todo el apoyo proporcionado durante mi estancia en el Instituto.

A la **Dra. Jade Romero**: por su valiosa colaboración y formar parte de este trabajo.

A la **Enfermera Juanita**: Por el apoyo proporcionado para poder realizar este trabajo.

A **Martita, Laurita y Blanquita** por ser tan lindas personas y brindarme su cariño y confianza; así como por hacer que mi estancia durante mi segundo año fuera mas llevadera.

A la **Asociación de Asma** y sus integrantes **especialmente a Elsita** quien desde un inicio confió en mi y me hizo parte del trabajo que con los pacientes desarrollan.

A la **Lic. Eva**: por su ánimo y apoyo para que siguiera adelante con mis metas profesionales.

A cada uno de mis pacientes y cuidadores quienes con cada anécdota, situación difícil, lágrimas y sonrisas me mostraron una parte de lo que son y viven día con día por su enfermedad. Todas sus aportaciones fueron importantes para la realización de este trabajo.

¡GRACIAS A TODOS!

*"Si ayudo a una sola persona a tener esperanza,
no habré vivido en vano..." Martin Luther King*

*"El principal objetivo de la terapia
no es transportar al paciente a un imposible estado de felicidad,
sino ayudarlo a adquirir paciencia delante del sufrimiento. "*
J. C. Jung

"Lo que con mucho trabajo se adquiere, más se ama..."

Aristóteles

INDICE

| | |
|---------------------------|---|
| Medicina Conductual | 8 |
|---------------------------|---|

PRIMER AÑO DE RESIDENCIA:

EFFECTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CONGITIVO-CONDUCTUAL EN EL MANEJO DE ESTRÉS, ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOBRECARGA EN EL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL DE PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

| | |
|--|----|
| Resumen | 11 |
| Introducción | 12 |
| Aspectos Psicológicos en el CPI | 14 |
| Estrés | 14 |
| Ansiedad y Depresión | 15 |
| Sobrecarga | 16 |
| Justificación | 18 |
| Método | 19 |
| Resultados | 25 |
| Discusión | 39 |
| Conclusiones | 44 |
| Características de la sede primer año | 46 |
| Estadísticas de pacientes atendidos en el primer año | 53 |
| Caso Clínico del primer año | 63 |
| Competencias alcanzadas por el residente | 68 |
| Evaluación del servicio y supervisión | 69 |
| Recomendaciones | 70 |

**SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA:
EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN CONGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL CONTROL DEL
ASMA EN PACIENTES MAL CONTROLADOS**

| | |
|---|-----|
| Resumen | 72 |
| Asma Bronquial | 74 |
| Aspectos Psicológicos en Asma..... | 77 |
| Programas de Intervención realizados en Asma..... | 79 |
| Justificación | 83 |
| Método | 85 |
| Resultados | 95 |
| Discusión | 123 |
| Conclusiones | 129 |
| Características del segundo año | 132 |
| Estadísticas de pacientes atendidos en el segundo año | 140 |
| Caso Clínico del segundo año | 143 |
| Competencias alcanzadas por el residente | 149 |
| Evaluación del servicio y supervisión | 149 |
| Recomendaciones | 150 |
| Referencias | 151 |
| Anexo Instrumentos Cuidadores | 158 |
| Anexo Instrumentos pacientes con asma | 165 |

MEDICINA CONDUCTUAL

El término Medicina Conductual fue inicialmente utilizado por Birk (1973) expresando la importancia de las técnicas conductuales en problemas como el asma, la epilepsia y dolor de Reynaud entre otros. Surgiendo formalmente en la "Conferencia sobre Medicina Conductual" llevada a cabo en la Universidad de Yale en 1977. Posteriormente en una reunión llevada a cabo en la Academia Nacional de Ciencias y tomando en cuenta la idea de integración se definió a la Medicina Conductual como el campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo e integración de las ciencias biomédicas y conductuales, y del conocimiento de las técnicas relevantes y su aplicación para la salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades (Schwartz & Weiss, 1978). A partir de ese momento el campo de la Medicina Conductual comenzó a crecer rápidamente, a través del trabajo e investigaciones donde se ha demostrado la importancia de diversos componentes psicológicos de las enfermedades, así como de su interrelación con factores medioambientales.

Como resultante, el papel del psicólogo se ha expandido enormemente y se comprueba que la manera en que uno vive (estilos de vida), vivir en áreas altamente contaminadas, el sobrepeso, sedentarismo, fumar, consumir alcohol en exceso y el estrés cotidiano influyen en nuestra salud; por lo que es necesario identificar conductas que decrementen el riesgo de la enfermedad y favorezcan un mejor estado de salud.

El presente reporte describe las actividades realizadas a lo largo de dos años por el residente en Medicina Conductual y esté dividido en dos apartados. En la primera parte se presentan los resultados obtenidos del trabajo titulado "Efecto de un programa de intervención Cognitivo-Conductual en el manejo de estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga en el Cuidador Primario Informal de pacientes oncohematológicos" desarrollado en el Hospital Juárez de México. También se describen las características de la sede, las estadísticas de productividad de los pacientes atendidos durante el primer año de la residencia, la formulación de un caso clínico, así como las competencias alcanzadas y la evaluación del servicio y supervisión.

En la segunda parte se presentan los resultados obtenidos del trabajo titulado "Efecto de una intervención Cognitivo-Conductual para el control del asma en pacientes mal controlados" desarrollado en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER). Donde de igual forma que en el primer apartado se describen las características de la sede, las estadísticas de productividad de los pacientes atendidos, la formulación

de un caso clínico, las competencias alcanzadas y la evaluación del servicio y supervisión para el segundo año de residencia.

**PRIMER AÑO DE RESIDENCIA
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**

EFFECTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN EL MANEJO DE ESTRÉS, ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOBRECARGA EN EL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL DE PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

RESUMEN

Introducción: El Cuidador Primario Informal (CPI) es un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), que no recibe ayuda económica y capacitación previa para la atención del paciente y quien asume la responsabilidad total del paciente ayudándolo en actividades que por edad, discapacidad o enfermedad no puede realizar. Dicho CPI tiene que hacer frente a conflictos familiares y de pareja, problemas laborales, económicos, aislamiento social, disminución del tiempo de ocio entre otras (IMSERSO, 2005; Montorio y Losada, 2005) que de no ser atendidos se traducirán en lo que se conoce como "Síndrome del cuidador", el cual implica sufrimiento emocional y pérdida de la salud. **Objetivo:** Evaluar la eficacia de un programa de intervención Cognitivo-Conductual en la reducción del nivel de estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga en el CPI a través de la enseñanza de técnicas de psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva y solución de problemas. **Método:** Participó una muestra intencional de 16 CPI de pacientes oncohematológicos, 6 pertenecientes al Grupo Control y 10 para el Grupo Experimental. A los cuales se evaluó nivel de estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga; antes de iniciar y una vez finalizado el programa de intervención. **Resultados:** El 93.7% eran del sexo femenino, con edad promedio de 39 años (DE 12.36), 87.4% casadas, 43.6% eran esposas de los pacientes, 56.3% con estudios de primaria y el 81.3% dedicadas al hogar. El 56.2% tenía a su cargo un paciente con leucemia, 18.6% con Púrpura, 12.5% con Mieloma y otro 12.5% con Anemia Aplásica. El 50% reportó cuidar de su paciente desde hace menos de seis meses. Se encontró que la evolución del Grupo Experimental con quien se trabajó el programa de intervención mejoró de forma general, observándose una reducción entre la evaluación pre y post en los niveles de sobrecarga, estrés, ansiedad y depresión; así como una mejora en su calidad de vida. Por su parte en el Grupo Control se observó un incremento o no mejora en relación a sus niveles en estas variables. **Conclusiones:** Los resultados evidencian que el grupo de pacientes que recibió el programa de intervención obtuvo una disminución significativa en sus niveles de estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga así como mejora en su calidad de vida.

Palabras clave: cuidador primario informal, estrés, ansiedad, depresión, sobrecarga.

INTRODUCCIÓN

Debido al progresivo envejecimiento de la población y la mayor supervivencia de personas con enfermedades crónico-degenerativas, ha surgido un aumento en el número de personas que necesitan ser asistidas o cuidadas por otra llamada Cuidador Primario Informal (CPI) (García y Mateo, 1993). Generalmente el CPI es un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), que no recibe ayuda económica y capacitación previa para la atención del paciente y quien asume la responsabilidad total de éste ayudándolo en actividades instrumentales como son en su transporte, actividades de la casa (cocinar, lavar, limpiar, planchar, etc.), desplazamiento en el interior del domicilio o en actividades personales (higiene personal en general), le apoya emocionalmente, ofrece compañía y toma las decisiones más importantes respecto al cuidado, entre otras.

La persona que asume ese rol de cuidador ha de hacer frente a una gran cantidad de tareas que desbordan con frecuencia sus posibilidades reales. Aparte de las dificultades relacionadas con el cuidado de su familiar, tiene que hacer frente a conflictos familiares y de pareja, problemas laborales, económicos, aislamiento social, disminución del tiempo de ocio entre otras (IMSERSO, 2005; Montorio y Losada, 2005) que de no ser atendidos se traducirán en lo que se conoce como "Síndrome del cuidador", el cual implica sufrimiento emocional y pérdida de la salud.

En los últimos años se han realizado estudios centrados en el intento de identificar las variables psicológicas y sociales que inciden en el cuidado de un enfermo como consecuencia de su papel, encontrando que se ven expuestos a una situación de estrés que incrementa el riesgo de padecer diversos problemas físicos y emocionales, especialmente ansiedad y depresión (Fernández-Hermida, Fernández-Sandonis y Fernández-Menéndez, 1990; Schulz, O'Brien, Bookwala y Fleissner, 1995). Cabe mencionar que dentro de las investigaciones realizadas en torno al perfil demográfico y psicosocial e impacto del cuidado en el cuidador, básicamente han sido abordadas en cuidadores de pacientes con algún tipo de demencia, particularmente Alzheimer o bien trastornos de tipo psiquiátrico (Sánchez, Mouronte y Olazarán, 2001), dejando de lado el abordaje de otro tipo de cuidadores como lo son los oncohematológicos.

En el trabajo que se realizó durante el primer año de residencia con pacientes oncohematológicos, se observó en los cuidadores que debido a la prolongada estancia hospitalaria de sus pacientes (que conlleva a un agotamiento físico y psicológico), los cuidados que se requieren y la dependencia a ser cuidados (condiciones de extrema

limpieza y de reposo absoluto), la falta de recursos económicos (para la compra de medicamentos, procedimientos como de aféresis o gastos de hospitalización y de compra de medicamentos de alto costo) y de apoyo (en el cuidado y atención de otros miembros de la familia para el cuidado del paciente), así como la falta de información que tienen en relación a la enfermedad, tratamiento y procedimientos invasivos que se realizan a sus pacientes; están expuestos a situaciones estresantes y en muchas ocasiones muestran signos de padecer una importante problemática emocional (especialmente ansiedad y depresión) que debe ser atendida.

En nuestro país es escasa la atención que se presta a las implicaciones del cuidado que ocurren fuera del ámbito hospitalario, debido a que los profesionales de la salud en su gran mayoría tienden a centrar la atención en el enfermo; sin tener en cuenta los problemas que surgen en su entorno familiar, llegando a desconocer la problemática en la cual se encuentran los cuidadores y el impacto que esto puede tener sobre el estado del paciente y la calidad en la atención que recibe.

Con base en lo antes expuesto y considerando la importancia que tiene el cuidador en el cuidado y asistencia del paciente crónico degenerativo y su alta vulnerabilidad ante el impacto del cuidado, es que se decidió realizar esta investigación en el contexto de conocer cómo es, en que se ve afectado y qué efecto tiene la implementación de un programa Cognitivo-Conductual el cuidador informal de pacientes con enfermedades oncohematológicas.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN EL CPI

A continuación se mencionan los efectos psicológicos más frecuentes que presentan los cuidadores primarios, entre ellos destacan el estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga.

⊙ Estrés

El estrés es un tipo de relación que se establece entre un individuo y su medio ambiente, se da cuando el individuo siente que las exigencias del medio sobrepasan sus posibilidades de poder afrontarlo; y ha sido considerado como un factor que influye en el proceso salud-enfermedad de los individuos (Jiménez, González, Mora y Gómez, 1995).

El cuidado de personas mayores dependientes, enfermas o discapacitadas ha sido identificado como uno de los eventos más estresantes que se dan en el ciclo familiar y para el que se han identificado diferentes y adversas consecuencias. Pues el cuidar de una persona enferma implica afrontar una serie de situaciones estresantes, entre ellas: (1) la dependencia progresiva, (2) las conductas disruptivas que presenta el enfermo, (3) la restricción de la libertad, (4) la pérdida del estilo de vida anterior, (5) el abordaje de nuevas tareas relacionadas con la enfermedad y (6) la interrupción de las tareas relacionadas con las demandas del ciclo vital. Lo anterior implica un gran riesgo en el cuidador primario, por el desequilibrio psicológico y su consecuente agotamiento, que en muchas ocasiones puede desencadenar en enfermedad (Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2002).

El cuidado de personas mayores con demencia ha sido señalado como una situación de estrés crónico debido a que los cuidadores deben enfrentarse a ella durante un tiempo prolongado, con muchas horas de dedicación diaria, y deben realizar continuos esfuerzos para adaptarse a los cambios que se producen en las personas que padecen la enfermedad (Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2002).

En relación con las investigaciones realizadas respecto al estrés de los CPI se ha encontrado lo siguiente:

Carol (2001) en un estudio longitudinal examinó los efectos del estrés y la depresión en 450 CPI de pacientes con enfermedad crónica, así como el impacto en sus familias, encontrando que los cuidadores experimentaron mayores niveles de estrés y síntomas depresivos que quienes no eran cuidadores .

Nereo, Fee y Hinton (2003) realizaron una investigación centrándose en aspectos del estrés en madres de pacientes con distrofia muscular. Los resultados indicaron que las madres experimentan altos niveles de estrés en comparación con madres de niños saludables.

En resumen, el nivel de demanda en familias con una persona discapacitada o con enfermedad crónica es muy elevado; pero este nivel de demandas no se traslada necesariamente en un alto grado de estrés y tensión. Es la interacción entre el suceso estresante, los recursos de la familia y la estimación de la seriedad del suceso, lo que determina el grado en que la familia será vulnerable al estrés y a la crisis. Varias familias o CPI que se enfrenten al mismo tipo de demandas de cuidado pueden considerar estas demandas como intolerables o llevaderas, dependiendo de los recursos materiales y sociales, así como del modo en que se perciba subjetivamente la situación.

⊙ **Ansiedad y Depresión**

La salud mental es el área más afectada en los cuidadores; en diversas investigaciones psicosociales, se ha observado que el CPI reporta mayores niveles de síntomas depresivos y de ansiedad en comparación con personas no cuidadoras (Gallant y Connell, 2003; Yeh, 2002).

La depresión parece ser la más común dentro de los cuidadores, ya que hay estimaciones que reportan que entre el 30% y 59% de los CPI presentan trastornos o síntomas depresivos (Mittelman, Ferris y Steinber, 1995; Moral, Juan, López y Pellicer, 2003). Encontrándose que los CPI presentan más riesgo de ansiedad y depresión cuanto mayor es la dependencia física y deterioro mental del paciente, menor el apoyo social y mayor tiempo cuidando de éste. De acuerdo con algunos estudios, el porcentaje de ansiedad supone entre el 45 al 80% (Carol, 2001, Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2002; Holroyd y Mackenzie, 1996).

En los diversos estudios que se han realizado con CPI se ha encontrado lo siguiente:

Garre, López, Franch, Estrada y Lozano (2002) en su estudio encontraron que la presencia de depresión en el momento basal se asociaba a mayor carga, aparición de sintomatología no cognitiva y a mayor discapacidad funcional. La carga aumentaba en el grupo de pacientes en los que persistió la sintomatología depresiva y en aquellos en que emergió a los 12 meses. Sugiriendo dichos datos que los síntomas depresivos aumentan la discapacidad funcional y que se asocian a una mayor presencia de síntomas no cognitivos; a su vez, la discapacidad funcional y los síntomas no cognitivos aumentan la carga del cuidador.

Moral, Juan, López y Pellicer (2003) en un estudio con 109 CPI de pacientes con demencia reportaron que el 28% de la muestra presentaban depresión, 3% ansiedad y 33% morbilidad psiquiátrica, sugiriendo que en los familiares de primer grado hay mayor probabilidad de padecer depresión que los familiares o amigos más lejanos.

Como se puede observar estos estudios reportan en los CPI, la existencia de factores relacionados con la ansiedad y depresión; presentando éstos más riesgo cuanto mayor es la dependencia física, el deterioro mental del paciente y el tiempo que lleva cuidando de éste; pero hay que considerar además que el grado de deterioro cognitivo o el nivel de dependencia física no constituyen por sí solos elementos esenciales para determinar el nivel de depresión o el distrés psicológico del cuidador.

⊙ **Sobrecarga**

El concepto de carga o sobrecarga es clave en el análisis de las repercusiones del cuidado; desde su aparición ha sido ampliamente utilizado en la investigación gerontológica sobre el proceso de cuidar y sus efectos. Así, el sentimiento de carga del cuidador se ha revelado como un importante factor tanto en la utilización de servicios de larga estancia como en la calidad de vida de los cuidadores (Izal, Losada, Márquez y Montorio, 2003).

La carga del cuidador ha sido definida como los problemas físicos, psicológicos o emocionales, sociales y económicos que sufren los miembros de una familia que cuidan a un enfermo (Vitaliano, Young y Zhang, 2004).

Según Goode, Haley y Roth (Goode, Haley, Roth y Ford, 2008), el CPI se ve sobrecargado como resultado del estrés crónico producido por la lucha diaria contra la enfermedad, la monotonía de las tareas y la sensación de falta de control, entre otros. Caracterizándose de acuerdo con Rodríguez del Álamo (2002) por actitudes y sentimientos negativos hacia el enfermo; desmotivación; depresión-angustia; trastornos psicosomáticos; fatiga y agotamiento no ligado al esfuerzo; irritabilidad; despersonalización y deshumanización; comportamientos estereotipados con ineficiencia en resolver los problemas reales; agobio continuado con sentimientos de ser desbordado por la situación, lo cual finalmente se traduce en altos niveles de estrés.

Para la medición de la sobrecarga se han propuesto escalas como el Zarit Burden Interview (Zarit, Reever y Bach, 1980), el Caregiver Stress Test entre otras. Estudios recientes se centran en analizar la aportación diferencial de cada uno y su utilidad para explorar las circunstancias relevantes de la vivencia de la situación por parte del cuidador.

Babarro, Garrido, Díaz y Casquero (2004) quienes estudiaron el nivel de sobrecarga de una población de 80 cuidadoras informales de pacientes con demencia (40 pacientes que acudían a un centro de día psicogeriátrico y 40 pacientes que permanecían en su domicilio), encontraron que el 79% de las cuidadoras sufrían una sobrecarga intensa. La sobrecarga se veía determinada por la mayor presencia de

alteraciones neuropsiquiátricas, el menor apoyo social y el uso de la estrategia de afrontamiento «huida-evitación», que explicaban el 41 % de la variabilidad en la sobrecarga.

Así también el grado presión percibida por parte del cuidador parece influir en la sobrecarga; siendo mucho mayor el nivel de sobrecarga percibida por aquellos CPI de personas con una alta dependencia cognitiva y con trastornos emocionales o conductuales, como son las demencias, que los que presentan una dependencia instrumental en las actividades de la vida diaria. Alteraciones más importantes en el grado de autonomía y del estado mental de los pacientes crónicos domiciliarios repercuten en un aumento del malestar psíquico del cuidador.

En conclusión, la carga es un concepto clave en la investigación de las repercusiones que en diferentes ámbitos trae al CPI brindar de cuidados a una persona dependiente, con enfermedad crónica o discapacidad. Desde su aparición ha sido ampliamente utilizado en la investigación sobre el proceso de cuidar y sus efectos. Algunos estudios se han centrado en medir la carga del cuidador e identificar las características de la persona que se cuida (estado físico, mental y emocional) y del propio cuidador (estado de ánimo, salud, mecanismos de afrontamiento) que están asociadas con el sentimiento de carga, encontrando que los cuidadores presentan niveles de carga elevado como consecuencia de los cuidados que brindan.

JUSTIFICACIÓN

La literatura científica al respecto, ha puesto de manifiesto las consecuencias a las que se ven sometidos los CPI por el hecho de estar a cargo de una persona con alguna enfermedad, dependencia o discapacidad. Lo que se traduce en altos niveles de estrés, ansiedad, depresión, problemas de salud, así como una amplia variedad de trastornos emocionales y el decremento en el bienestar del individuo.

En el trabajo que diariamente se realizó con pacientes oncohematológicos se observó en los cuidadores que debido a la prolongada estancia hospitalaria de sus pacientes (que conlleva a un agotamiento físico y psicológico), los cuidados que requieren (condiciones de extrema limpieza, y reposo absoluto), falta de recursos económicos (para la compra de medicamentos y procedimientos como de aféresis) y de apoyo (en el cuidado y atención de otros miembros de la familia para el cuidado del paciente), la falta de información que tienen en relación a la enfermedad, tratamiento del paciente y procedimientos invasivos que se realizan a sus pacientes; son situaciones que producen en ellos estrés, ansiedad y depresión.

Con base en lo antes expuesto y considerando que los cuidadores requieren de psicoeducación y entrenamiento referente a cómo manejar el estrés, ansiedad y depresión a la que se ven expuestos; así como de las conductas de autocuidado que deben llevar a cabo para así poder brindar un mejor cuidado y atención a su paciente, es que se consideró realizar esta investigación particularmente en el contexto del cuidado informal de pacientes con enfermedades oncohematológicas con el objetivo de evaluar la eficacia de un programa Cognitivo-Conductual en el manejo de estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga en el CPI; ya que entre más herramientas adquiera el cuidador podrá brindar mejores cuidados a su paciente o familiar.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA:

Se pretendió evaluar la eficacia de un programa de intervención Cognitivo-Conductual en el manejo de estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga en el CPI de pacientes oncohematológicos.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

- ¿Qué efecto tiene la implementación de un programa Cognitivo-Conductual para el manejo de estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga en el CPI?

OBJETIVO GENERAL:

- Evaluar el efecto de un programa de intervención Cognitivo-Conductual en la reducción del nivel de estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga en el CPI a

través de la enseñanza de técnicas de psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva y solución de problemas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Evaluar el nivel de estrés, ansiedad y depresión en el CPI antes y después de la aplicación de un programa de intervención Cognitivo-Conductual.
- Disminuir el nivel de estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga del CPI
- Detectar si existe diferencia significativa en el nivel de estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga posterior a la aplicación del programa de intervención
- Determinar si la implementación de un programa de intervención Cognitivo-Conductual para el manejo de estrés en el CPI disminuye los niveles de estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga de este.

HIPÓTESIS:

Hipótesis Nula:

La aplicación de un programa de intervención Cognitivo-Conductual reducirá los niveles de estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga en el CPI

Hipótesis Alterna:

La aplicación de un programa de intervención Cognitivo-Conductual no reducirá los niveles de estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga en el CPI.

MÉTODO

PARTICIPANTES:

Participó una muestra intencional de 16 CPI de pacientes oncohematológicos cuyo paciente se encontraba hospitalizado en el Hospital Juárez de México; 6 pertenecientes al Grupo Control y 10 al Grupo Experimental.

TIPO DE MUESTREO:

No probabilístico de sujetos voluntarios (Hernández, Fernández y Baptista, 1998); donde los sujetos participantes fueron aquellos que decidieron hacerlo de manera voluntaria, a partir de una invitación hecha por el investigador.

Criterios de Inclusión:

- CPI cuyo paciente tuviera diagnóstico con enfermedad oncohematológica
- Mayor a 18 años
- Ser el responsable directo del cuidado de un paciente y que no reciban remuneración económica por el cuidado que brindaban.

- Que aceptaran participar voluntariamente en el programa

Criterios de Exclusión:

- Que se encontraran actualmente o hayan recibido en algún momento tratamiento psicológico.
- CPI cuyo paciente no estuviera adscrito al Hospital Juárez de México
- CPI con diagnóstico previo de enfermedad psiquiátrica
- Ser menor de edad
- No ser el responsable directo en el cuidado del paciente

Criterios de Eliminación:

- CPI con asistencia al programa menor al 80%
- CPI secundarios que se encontraran turnándose para asistir al programa
- CPI que no concluyeran los tres momentos en el programa de intervención (evaluación psicológica inicial, participación en el programa de intervención y evaluación psicológica final)

ESCENARIO:

La intervención se llevó a cabo en la sala de espera del 3er. piso del Hospital Juárez de México

MATERIALES:

- Presentaciones elaboradas en Power-Point donde se incluyó información relevante para ser trabajada con los CPI.
- Hojas y lápices

INSTRUMENTOS:

- Ficha de Identificación sobre datos sociodemográficos** del paciente y su CPI; elaborada ex profeso para la presente investigación. Donde se recogió información del paciente como es: sexo, edad, escolaridad, diagnóstico, tiempo del diagnóstico, tipo de tratamiento; así como del CPI: parentesco, tiempo que ha cuidado del paciente, número de horas que cuida del paciente, tipo de relación con el paciente, entre otras (véase Anexo).
- Cuestionario de Percepción de Estrés de Cohen, Kamarck y Mermelstein en la versión adaptada por Rojas (2001)**. Instrumento para medir estrés basado en la percepción de control. Este cuestionario consiste en 10 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta; donde 0=casi nunca, 2= algunas veces, 3=frecuentemente, 4=siempre (véase Anexo). El cuestionario se califica

realizando una sumatoria de los 10 reactivos y el total se ubica en los siguientes rangos:

0-13= Poco estresado

14-26= Moderadamente estresado

27 o más= Muy estresado

☑ **La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) de Zigmond (1983).**

Consta de 14 ítems, 7 de ellos evalúan ansiedad y 7 depresión. El sujeto debe responder a cada una de las cuestiones según una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos. Los propios autores tradujeron los ítems a diversos idiomas. La adecuación de los mismos para población española, así como el análisis de fiabilidad y validez del instrumento se llevó a cabo con diferentes muestras, incluyendo enfermos físicos, pacientes psiquiátricos y población general. Es una escala que se utiliza como un instrumento para detectar estados de depresión y ansiedad (véase Anexo). Se consideran los siguientes rangos:

0 a 7 puntos= normal

11 a 14= moderada

15 a 21= grave

☑ **Entrevista de Carga de Zarit (Zarit Burden Interview) [ECZ] Montorio, Izal, López y Sánchez, 1998).**

Instrumento autoadministrado de 22 ítems, cada uno de los cuales se puntúa de 0= nunca, 1= Rara vez, 2=Algunas veces, 3=Bastantes veces, 4= Casi siempre. El ítem 22 ofrece una valoración global de la sobrecarga que percibe el cuidador. Se deben sumar todos los puntos para obtener el nivel de carga; cabe señalar que no existen normas o puntos de corte establecidos, por lo que suelen variar los rangos de sobrecarga (véase Anexo).

VARIABLES:

INDEPENDIENTE:

- **Programa Cognitivo-Conductual para el manejo de estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga**

Definición Conceptual: Programa de intervención psicológica semiestructurado basado en técnicas cognitivas y conductuales, diseñado para generar en el CPI estrategias para el manejo de estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga.

Definición Operacional: Programa en el que se enseñará al CPI el manejo de estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga mediante técnicas de psicoeducación, relajación,

reestructuración cognitiva y solución de problemas para ser aplicado en el ámbito del cuidado del paciente.

DEPENDIENTE:

- **ESTRÉS**

Definición Conceptual: Grado en el que una situación o circunstancia de la vida es evaluada por el individuo como estresante (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983).

Definición Operacional: El nivel de estrés se obtendrá por medio de la adaptación de la escala de Percepción de Estrés en población mexicana; así como por el reporte en Escala Visual Análoga (EVA).

- **ANSIEDAD**

Definición Conceptual: Estado emocional consistente en reacciones de miedo o aprensión anticipatorias de peligro o amenaza, acompañados de activación del sistema nervioso autónomo.

Definición Operacional: Sus puntajes se obtendrán por medio de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) de Zigmond.

- **DEPRESIÓN**

Definición Conceptual: Trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad.

Definición Operacional: Sus puntajes se obtendrán por medio de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) de Zigmond.

- **SOBRECARGA**

Definición Conceptual: Percepción que el cuidador tiene acerca del impacto de su rol en su salud, vida social, personal y situación económica (Zarit, 1996).

Definición Operacional: Valoración o interpretación que hace el cuidador ante los estresores derivados del cuidado. Esto conlleva un mejor o peor ajuste según lo negativo de la valoración y los recursos y habilidades del cuidador (Izal, Losada, Márquez, Montorio, 2001). Obtenida mediante la sobrecarga del cuidador de Zarit en la versión española.

DISEÑO

Se empleo un Diseño no equivalente de grupo control y grupo experimental con pretest-postest (Kazdin, 2001).

PROCEDIMIENTO:

Se realizó una invitación abierta a los familiares de los pacientes (especificando al CPI) que se encontraban en el área de hospitalización, los cuales tenían que cubrir los

criterios de inclusión antes mencionados. A aquellos cuidadores interesados en recibir el programa se le explicaron los objetivos del estudio, posibles beneficios, duración y se subrayó que si en algún momento decidían abandonar la intervención no habría consecuencia sobre la atención que recibiría por el personal de salud. Si el CPI accedía a participar en la investigación se obtenía el consentimiento informado y se le informaba sobre el día, fecha y lugar al que tendrán que acudir para recibir el programa de intervención, conformando éstos el Grupo Experimental. Por otro lado aquellos CPI que no aceptaban participar en el programa se les realizaba la invitación a ayudarnos respondiendo únicamente los cuestionarios de índole psicológico que se le proporcionaran en esa ocasión y posteriormente dos meses después durante alguna de las hospitalizaciones de su paciente, conformándose así el Grupo Control.

La intervención consistió en siete sesiones grupales con duración de hora y media cada una semanalmente. En la primera sesión se realizó la evaluación inicial mediante la aplicación de instrumentos; a partir de la segunda y hasta la sexta sesión se brindó el programa de intervención a los CPI; y en la séptima sesión se finalizó con el cierre y la aplicación de los instrumentos iniciales.

La duración de las sesiones fue de 90 minutos, distribuidas 1 vez por semana. En la Tabla 1 se describen las actividades que se llevaron a cabo en cada una de las sesiones y la técnica psicológica empleada.

Tabla 1. Número de sesión, actividad a realizarse y técnica psicológica empleada

| No. de sesión | Actividades a realizar | Técnica Psicológica |
|---------------|---|------------------------------|
| 1 | - Proporcionar a los participantes el objetivo, alcances, beneficios del programa de intervención. - Se llevó a cabo la aplicación de instrumentos al CPI (pre-evaluación) | |
| 2 | - Brindar información al cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none">• ¿Qué es un Cuidador Primario?• ¿Qué es el estrés y como se manifiesta? | Psicoeducación |
| 3 | - Se analizó el papel de los pensamientos y distorsiones | Reestructuración Cognitiva y |

| | | |
|---|---|---|
| | cognitivas. - ¿Cómo disminuir la ansiedad y depresión? | Psicoeducación |
| 4 | - Se realizó entrenamiento en técnicas de relajación. | Psicoeducación y Modelamiento |
| 5 | - Se trabajó en la búsqueda de alternativas para lograr un manejo de estrés y ansiedad. - Se brindó información al cuidador sobre: <ul style="list-style-type: none"> • ¿qué es la aféresis y para qué sirve?, ¿qué es la médula ósea y cuál se función?, ¿qué es la quimioterapia? | Solución de Problemas y Psicoeducación |
| 6 | - Se enseñó a los cuidadores la importancia de llevar conductas de autocuidado. | Psicoeducación, reestructuración cognitiva y solución de problemas. |
| 7 | - Cierre y aplicación de instrumentos al CPI (post-evaluación) | |

Consideraciones Éticas:

El investigador hizo explícito a las autoridades del Hospital Juárez de México y a los participantes del estudio:

- Los objetivos y propósitos de la investigación.
- Que podían suspender su participación en el estudio en el momento que así lo decidieran, sin que ello afectara la atención que se brindaba a su paciente.
- El anonimato de la información vertida en los instrumentos aplicados.
- Aquellos CPI que decidieran participar, firmarían una Carta de Consentimiento Informado (véase Anexo).

Tipo de riesgo:

Mínimo dado que la información que se recabó se realizó a través de instrumentos y escalas que no requerían de procedimientos invasivos ni de riesgo para los participantes.

RESULTADOS

Para el análisis estadístico de los datos, se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows versión 17.0. Se realizó estadística descriptiva a los datos sociodemográficos y psicológicos de todos los CPI para conocer sus características; así como comparaciones entre los grupos de CPI.

Los resultados de la presente investigación se describirán de la siguiente manera: primero, se presentan las características demográficas de la muestra general de estudio; y segundo, se describen las comparaciones entre los grupos en relación al nivel de estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga antes y después de la aplicación del programa de intervención Cognitivo-Conductual.

1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DEL CUIDADOR PRIMARIO

Se entrevistaron a 16 CPI de pacientes hematológicos hospitalizados, con un rango de edad de 23 a 60 años, cuya edad promedio fue de 39 años (DE 12.36). El 93.7% correspondió al sexo femenino; 87.4% eran casados o vivían en unión libre; el 81.3% se dedicaba al hogar. El 56.3% reportó escolaridad de primaria concluida, seguida de un 18.8% secundaria concluida siendo las categorías mas frecuentes. Por otro lado el 81% de los cuidadores compartía el domicilio con el paciente (ver Tabla 5)

El 94% brindaba cuidados a una sola persona y el 6% a más de dos personas. La edad promedio de los pacientes fue de 44 años (DE=20.18) con un rango de edad de los 18 a los 87 años.

Respecto al diagnóstico del paciente, el 56.2% de los CPI tenía a su cargo un paciente con leucemia aguda (LA), 18.8% con Púrpura Trombocitopénica Autoinmune (PTA), 12.5% con Mieloma Múltiple (MM) y otro 12.5% con Anemia Aplásica (AA); ver Figura 1.

Figura 1. Diagnóstico del paciente a cargo del CPI

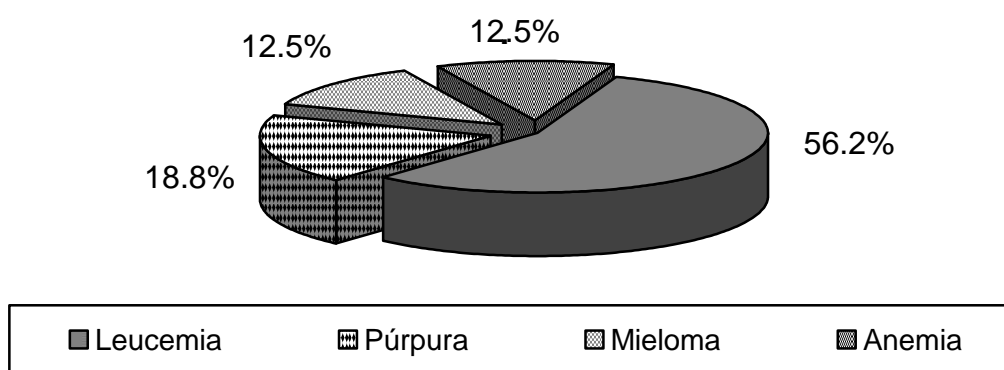
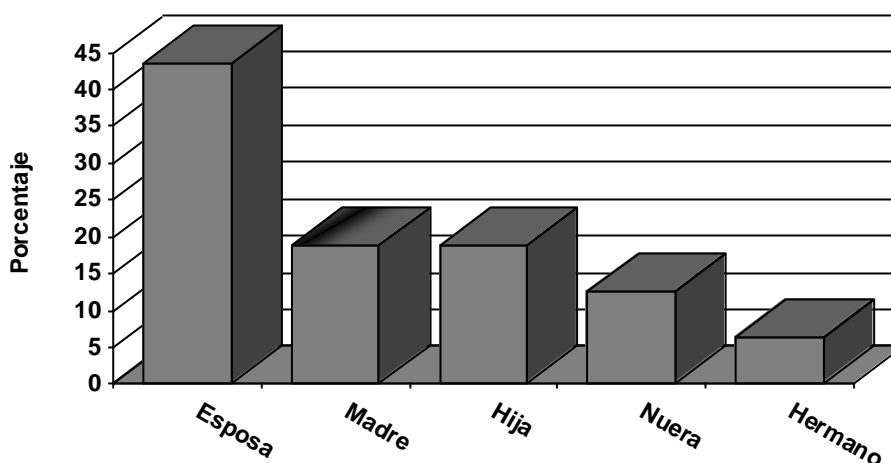


Tabla 2. Características demográficas del CPI

| n= 16 CPI | | n | % |
|-------------------------|-----------------------|----|------|
| Promedio de Edad | X= 39 años (DE 12.36) | | |
| Sexo | Masculino | 1 | 6.3 |
| | Femenino | 15 | 93.7 |
| Estado Civil | Casado/Unión Libre | 14 | 87.4 |
| | Divorciado | 1 | 6.3 |
| | Viudo | 1 | 6.3 |
| | | | |
| Ocupación | Empleado | 2 | 12.4 |
| | Comerciante | 1 | 6.3 |
| | Ama de casa | 13 | 81.3 |
| Escolaridad | Sin estudios | 1 | 6.3 |
| | Primaria | 9 | 56.3 |
| | Secundaria | 3 | 18.8 |
| | Preparatoria | 1 | 6.3 |
| | Carrera Técnica | 2 | 12.5 |

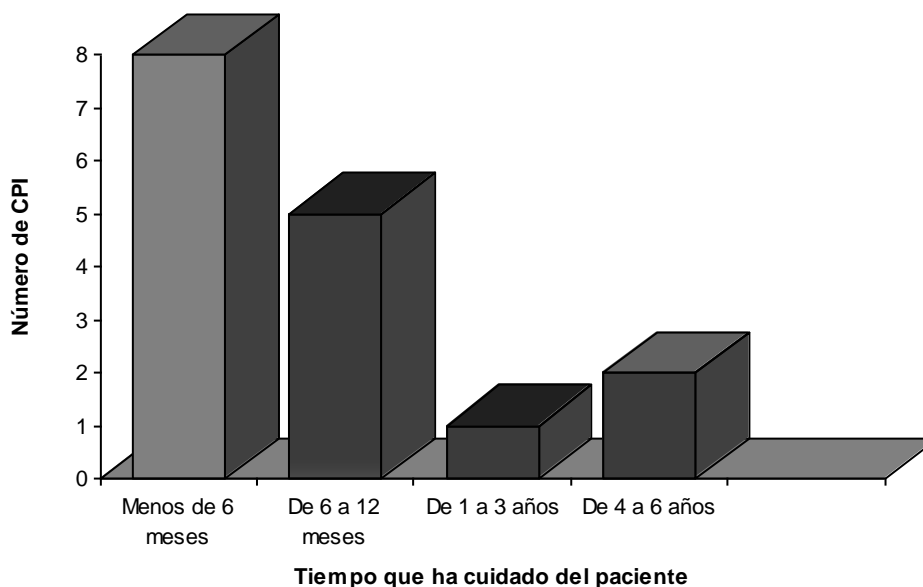
En la Figura 2 se muestra el tipo de parentesco que el CPI tenía con el paciente, observándose un predominio mayor en el desempeño de este rol por parte de las mujeres, siendo principalmente la esposa, hija o madre quien es cuidador del paciente (81.2%); Además se observa que el CPI tenía un vínculo familiar con el paciente, pues en esta muestra no se encontró algún caso que no tuviera este vínculo por ejemplo ser amigo o vecino del paciente.

Figura 2. Parentesco del CPI con el paciente



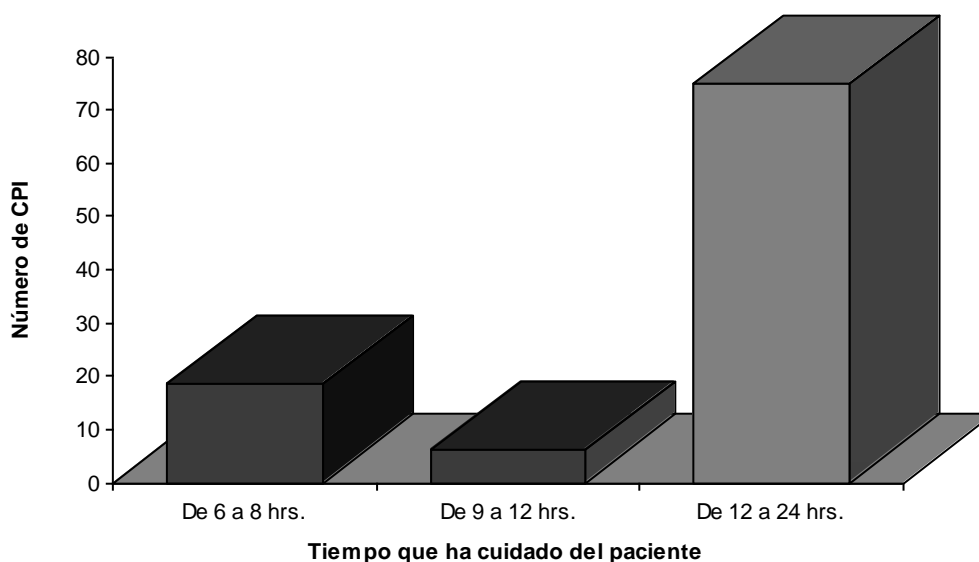
Respecto al tiempo que lleva el CPI de estar a cargo del paciente el 50% reportó estar cuidando de su paciente desde hace menos de seis meses, el 31.3% de seis a doce meses, 6.3% de uno a tres años seguido del 12.5% que han cuidado de su paciente entre 4 y 6 años (ver Figura 3).

Figura 3. Tiempo que el CPI ha cuidado del paciente desde que padece la enfermedad



En la Figura 4 se observa que el 75% de los cuidadores dedican al cuidado del paciente entre 12 y 24 hrs., seguida por aquellos que dedican entre 6 y 8 hrs.





Figura 4. Número de horas que los CPI dedican al cuidado del paciente



En lo que respecta a la información que el cuidador tenía sobre lo que es un cuidador, el 93.8% refirió no tener conocimiento sobre lo que es e implica ser un cuidador.

En la Figura 5 se muestra el nivel subjetivo de percepción al estrés que tuvieron los CPI, se observa que el 56.3% reportó percibir como muy estresante el rol que desempeñan como cuidadores; mientras que sólo el 43.7% lo percibe como totalmente estresante.

Figura 5. Nivel subjetivo de percepción de estrés del CPI respecto a su rol

| Nivel subjetivo de percepción de estrés del CPI | | % |
|---|--------------------------|-------|
|  | Nada estresante | 0 |
|  | Poco estresante | 0 |
|  | Moderadamente estresante | 56.3% |
|  | Totalmente estresante | 43.7% |

2. COMPARACIÓN POR GRUPOS DE CPI EN: GRUPO CONTROL Y GRUPO EXPERIMENTAL

Características sociodemográficas por grupo de CPI

Se realizó la comparación por grupo de cuidadores respecto a algunas variables sociodemográficas, con el fin de analizar si existía alguna variable relacionada con el cuidado que diferenciara a aquellos cuidadores que participaron en la intervención de aquellos que rechazaron su participación (ver Tabla 3). Se analizó, en primer lugar, la posible existencia de diferencias en las variables demográficas y de resultado evaluadas entre ambos grupos.

Es de llamar la atención la media de edad de los cuidadores, donde el Grupo Experimental de CPI tuvo una media de 37.5 años (DE 11.29) y el Grupo Control de 41.3 años (DE 14.76) siendo éste último el grupo de cuidadores de mayor edad.

Tabla 3. Características demográficas por grupo de CPI





| Edad | n=16 | Grupo Experimental | | Grupo Control | |
|---------------------------------|------------------------|--------------------|------|------------------|------|
| | | \bar{X} = 45.6 | Fc % | \bar{X} = 41.5 | Fc % |
| <u>Sexo</u> | Masculino | 1 | 10 | 0 | 0 |
| | Femenino | 9 | 90 | 6 | 100 |
| <u>Edo. Civil</u> | Soltero(a) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Casado(a)/unión libre | 8 | 80 | 6 | 100 |
| | Divorciado | 1 | 10 | 0 | 0 |
| | Viudo | 1 | 10 | 0 | 0 |
| <u>Escolaridad</u> | Sin estudios | 1 | 10 | 0 | 0 |
| | Primaria Concluida | 5 | 50 | 4 | 66.3 |
| | Secundaria Concluida | 2 | 20 | 1 | 16.7 |
| | Preparatoria Concluida | 1 | 10 | 1 | 16.7 |
| | Carrera Tec. Concluída | 1 | 10 | 0 | 0 |
| <u>Ocupación</u> | Hogar | 7 | 70 | 6 | 100 |
| | Comercio | 1 | 10 | 0 | 0 |
| | Empleado | 2 | 20 | 0 | 0 |
| <u>Dx. Paciente</u> | Leucemia | 7 | 70 | 2 | 33.3 |
| | Púrpura | 1 | 10 | 2 | 33.3 |
| | Mieloma | 1 | 10 | 1 | 16.2 |
| | Anemia Aplásica | 1 | 10 | 1 | 16.2 |
| <u>Sexo Del Paciente</u> | Masculino | 4 | 40 | 5 | 83.3 |
| | Femenino | 6 | 60 | 1 | 16.7 |
| <u>Parentesco</u> | Esposa | 4 | 40 | 3 | 50 |
| | Madre | 1 | 10 | 2 | 33.3 |
| | Hija | 2 | 20 | 1 | 16.7 |
| | Hermano | 1 | 10 | 0 | 0 |
| | Nuera | 2 | 20 | 0 | 0 |
| <u>Tiempo de Cuidado</u> | Menos de 6 meses | 5 | 50 | 3 | 50 |
| | De 6 a 12 meses | 3 | 30 | 2 | 33.3 |
| | De 1 a 3 años | 1 | 10 | 0 | 0 |
| | De 4 a 6 años | 1 | 10 | 1 | 16.7 |
| <u>Horas de Cuidado</u> | De 1 a 5 hrs. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | De 6 a 8 hrs. | 3 | 30 | 0 | 0 |
| | De 9 a 12 hrs. | 0 | 0 | 1 | 16.7 |
| | De 12 a 24 hrs. | 7 | 70 | 5 | 83.3 |

Además obsérvese que el estado civil de casados o en unión libre es el predominante entre los grupos de CPI; el nivel de escolaridad de los CPI se concentró principalmente en primaria y secundaria concluida y la mayoría de los CPI reportó dedicarse al hogar; es importante destacar que estas características demográficas por grupo de CPI no difieren de las obtenidas en toda la muestra.

Respecto a los receptores de cuidado el 56.3% fueron hombres, la media de edad de los pacientes fue de 44 años (DE 20.18) y moda de 33 años; en un rango de edad de entre 18 y 87 años. Por grupo de CPI, en el Experimental fue de 45.6 años (DE 15.62) y en el Control de 41.5 (DE 27.72) siendo estos los más jóvenes; sin embargo no se encontraron diferencias significativas. Es de llamar la atención que el Grupo Control brindó más cuidados a pacientes del género masculino que el Experimental, donde la distribución del paciente es más o menos proporcional en ambos sexos.

En relación con el nivel subjetivo de percepción de estrés, se encontró que el 70% del Grupo Experimental considera su rol como totalmente estresante y para el 100% del Grupo Control como muy estresante (ver Tabla 4).

Tabla 4. Nivel subjetivo de percepción de estrés por grupo de CPI

| Nivel subjetivo de percepción de estrés del CPI | | CPI- Grupo Experimental | | CPI- Grupo Control | |
|---|--------------------------|-------------------------|-------|--------------------|--------|
| | | n | % | n | % |
|  | Nada estresante | 0 | | 0 | |
|  | Poco estresante | 0 | | 0 | |
|  | Moderadamente estresante | 3 | (30%) | 6 | (100%) |
|  | Totalmente estresante | 7 | (70%) | 0 | |

COMPARACIÓN EN VARIABLES PSICOLÓGICAS

Los grupos de CPI fueron comparados antes y después de la intervención. Los resultados que se encontraron se describen a continuación por cada una de las variables psicológicas.

Percepción de Carga en el CPI

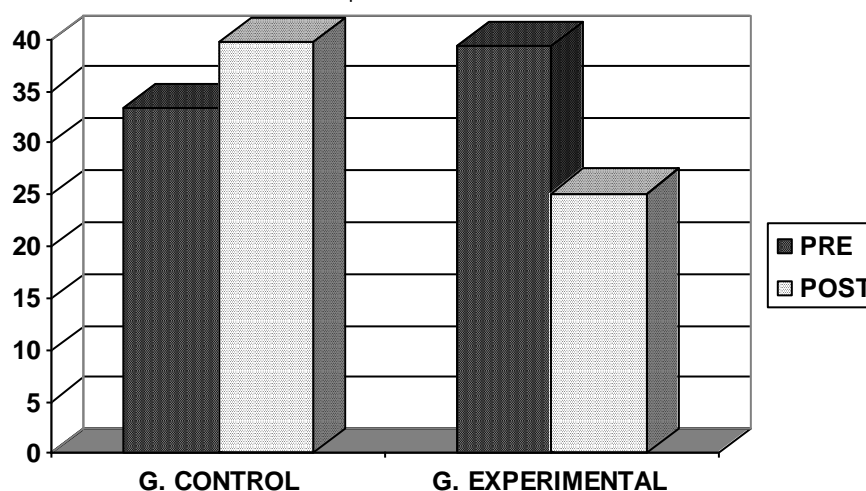
Para valorar la carga que percibía el CPI se utilizó la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (ZBI), que arrojó una puntuación total con un rango de 21 y hasta 56 puntos, es importante destacar que ningún Grupo de CPI obtuvo la puntuación mínima ni máxima posible en dicho instrumento.

Respecto a la media de puntuación total de carga en los grupos de CPI, se encontró que ésta fue mayor en el Grupo Control en la evaluación pre y post intervención la cual fue de intensidad leve y moderada, en comparación con el Grupo Experimental quien en la pre-evaluación fue de moderada y post-evaluación sin sobrecarga observándose una reducción. En la Tabla 5 se muestran las puntuaciones obtenidas por grupo de comparación antes y después del programa de intervención. Se observa en el Grupo Control un incremento post-evaluación en la puntuación total en comparación con el grupo de cuidadores que recibió el programa de intervención donde por el contrario hay una disminución, esto puede observarse más gráficamente en la Figura 6.

Tabla 5. Comparación de medias pre y post intervención

| Evaluación | Grupo Control | Grupo Experimental |
|------------|------------------------------|------------------------------|
| PRE | 33.33 Sobrecarga Leve | 39.40 Sobrecarga Moderada |
| POST | 39.83 Sobrecarga Moderada | 25.10 Sin Sobrecarga |

Figura 6 . Puntuación media pre y post intervención obtenidas en Cuestionario de Percepción de Carga por Grupo de Cuidador



En la Figura 7 puede observarse en la pre-evaluación del Grupo Control cuidadores en todos los niveles de sobrecarga, sin embargo en la post-evaluación se incrementa hasta en un 50% de la muestra el porcentaje de cuidadores que presentó sobrecarga de intensidad severa. Por su parte en el Grupo Experimental el 60% reportó sobrecarga leve y en la post-evaluación el 100% de los cuidadores no presentó sobrecarga (Ver Figura 8).

Figura 7.
Nivel de Sobrecarga Pre y Post intervención en el Grupo Control

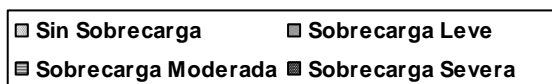
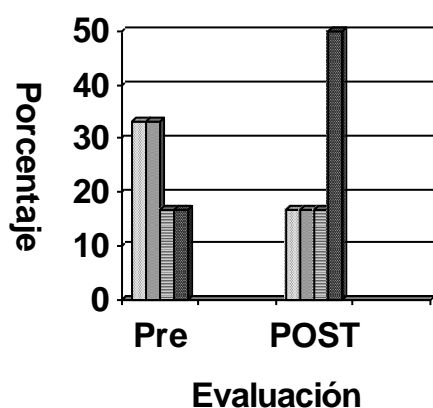
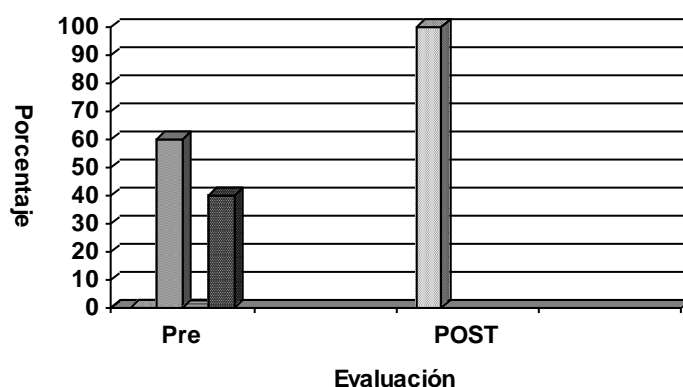


Figura 8. Nivel de Sobrecarga Pre y Post intervención en el Grupo Experimental



Percepción de estrés del CPI

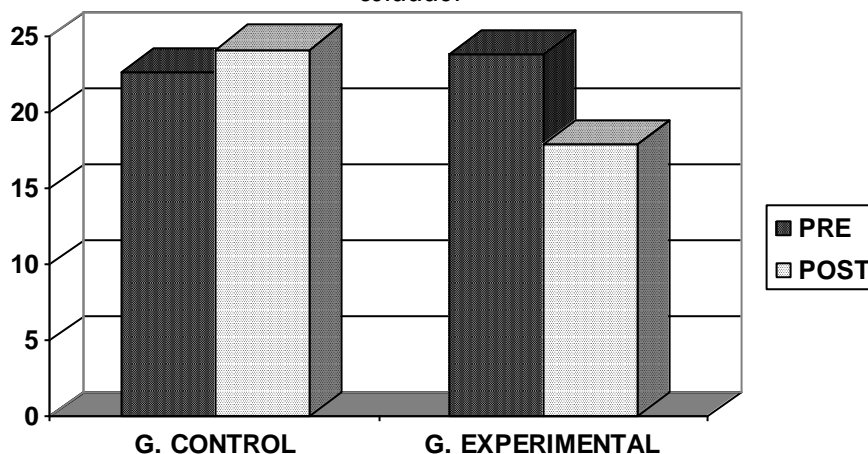
Este instrumento arrojó una puntuación total con un rango de 15 y 30 puntos, ningún grupo de CPI obtuvo la puntuación mínima ni máxima posible. Respecto a la media de puntuación total de percepción de estrés en los grupos de CPI, se encontró que ésta fue inicialmente ligeramente menor en el Grupo Control (nivel de estrés regular); sin embargo en la post intervención se observa un incremento (nivel de estrés moderado) y para el Grupo Experimental una reducción pasando de estrés regular a bajo, ver Tabla 6.

Tabla 6. Comparación de medias por grupo pre y post intervención

| Evaluación | Grupo Control | Grupo Experimental |
|------------|-------------------------|------------------------|
| PRE | 22.6 Estrés Regular | 23.8 Estrés Regular |
| POST | 24.1 Estrés Moderado | 17.9 Estrés Bajo |

En la Figura 9 se muestran las puntuaciones medias obtenidas por grupo de comparación antes y después de la evaluación y programa de intervención. Se observa en el Grupo Control un incremento en la post- evaluación en comparación con el grupo de cuidadores que recibió el programa de intervención donde por el contrario hay una disminución de la percepción de estrés.

Figura 9. Puntuación media pre y post intervención obtenidas en Cuestionario de Percepción de estrés por grupo de cuidador



En las Figuras 10 y 11 se muestra el nivel de percepción de estrés de los CPI pre y post-evaluación, donde el Grupo Control previamente se encontraba en su mayoría entre estrés bajo y regular y post evaluación se observó predominio de estrés regular y moderado; es de llamar la atención que en este grupo se encuentran cuidadores en todas las categorías de nivel de estrés. Por el contrario en el Experimental la mayor parte de los CPI se encontraba en la categoría de estrés regular y post-evaluación en estrés bajo, observándose una disminución.

Figura 10. Nivel de Estrés Pre y Post intervención en el Grupo Control

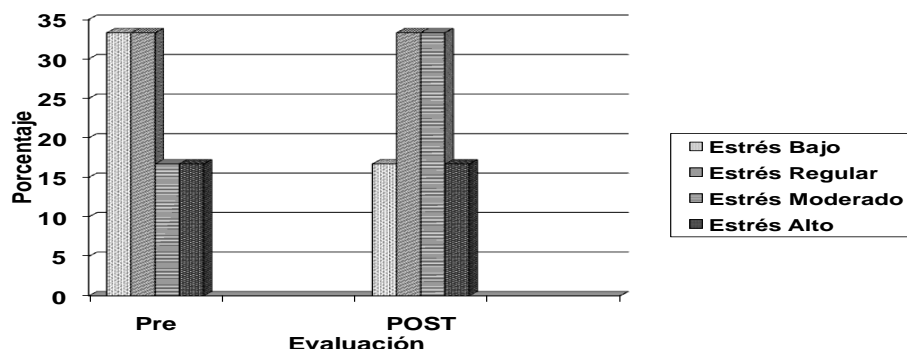
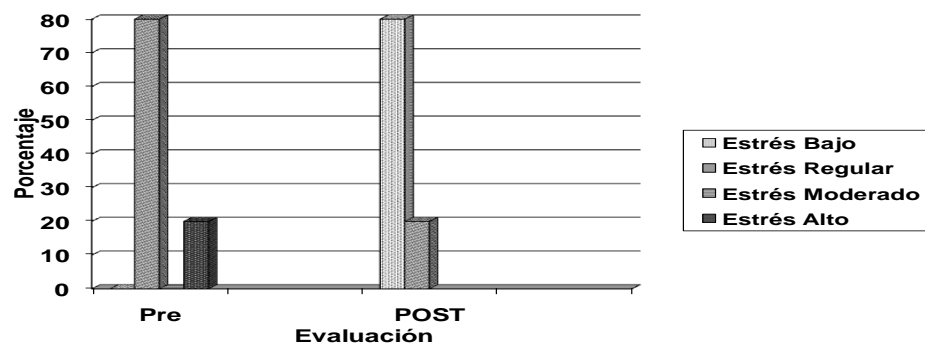


Figura 11. Nivel de Estrés Pre y Post intervención en el Grupo Experimental



Percepción de Calidad de Vida

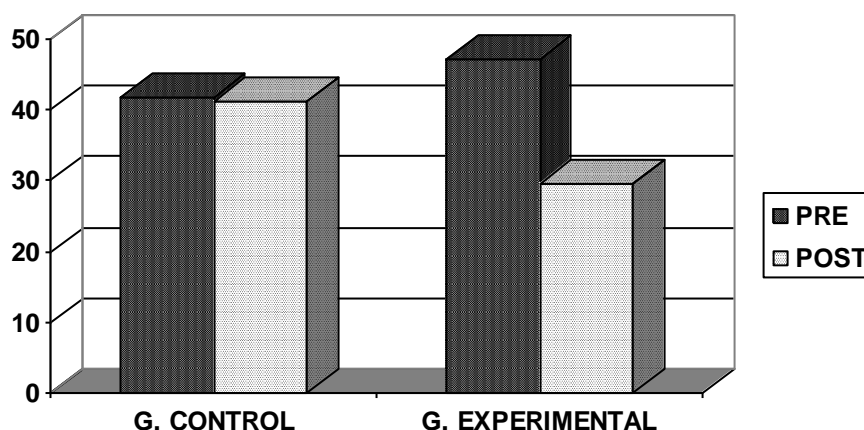
Este instrumento arrojó una puntuación total con un rango de 23 y 54 puntos y ninguno de los cuidadores obtuvo la puntuación mínima y máxima posible en este instrumento. Respecto al nivel de calidad de vida del Grupo Control esta se mantuvo igual como buena en la evaluación pre y post intervención; en comparación en el Experimental que recibió el programa de intervención se observa una mejora pasando de mala a buena (Ver Tabla 7).

Tabla 7. Comparación de medias por grupo pre y post intervención

| Evaluación | Grupo Control | Grupo Experimental |
|------------|-------------------|--------------------|
| PRE | 41.83 CV Buena | 47.3 CV Mala |
| POST | 41.17 CV Buena | 29.5 CV Buena |

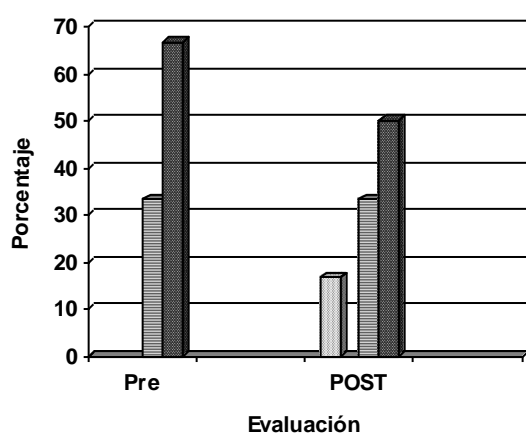
En la Figura 12 se muestran las puntuaciones medias obtenidas por grupo antes y después de la evaluación y programa de intervención. No se observan cambios en el Grupo Control pre y post-evaluación; sin embargo para el grupo de cuidadores que recibió el programa de intervención se observa una disminución y por tanto mejor percepción de su calidad de vida.

Figura 12 . Puntuación media pre y post intervención obtenidas en Cuestionario de Percepción de Calidad de Vida por grupo de cuidador



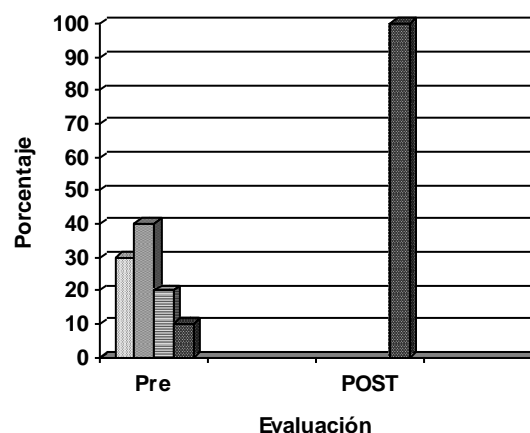
En las Figuras 13 y 14 se muestra el nivel de calidad de vida de los CPI pre y post-evaluación, se observa que en el Grupo Control previamente se encontraban en su mayoría en muy buena y post-evaluación se observó afectación pues se observa cuidadores en la categoría de regular y muy mala. Por el contrario en el Grupo Experimental los cuidadores se encontraban distribuidos en todas las categorías de percepción de calidad de vida siendo predominante la de nivel regular y post-evaluación todos percibían una calidad de vida muy buena.

Figura 13. Percepción de Calidad de Vida Pre y Post Intervención Grupo Control



■ Muy Mala ■ Mala ■ Regular ■ Muy Buena

Figura 14. Percepción de Calidad de Vida Pre y Post Intervención Grupo Experimental



■ Muy Mala ■ Mala ■ Regular ■ Muy Buena

Ansiedad y Depresión

La escala referente a ansiedad arrojó una puntuación total con un rango desde 4 y hasta 19 puntos, no se encontró cuidadores que obtuvieran la puntuación mínima o máxima posible en este instrumento. Respecto a la media de puntuación total se encontró que en la pre-evaluación ésta fue similar en los dos grupos de cuidadores ubicándolos con presencia de sintomatología ansiosa. Sin embargo post- intervención se observa al Grupo Control sin cambio alguno contrario a lo que ocurre en el Experimental donde se observa una reducción pasando de sintomatología ansiosa a ausencia de sintomatología.

El riesgo de padecer ansiedad comienza siendo similar en ambos grupos de CPI y se va reducido entre quienes participaron en el programa de intervención.

La escala de depresión arrojó una puntuación total con un rango desde 4 y hasta 16 puntos. Respecto a la media de puntuación total se encontró que ésta fue similar en los dos grupos de cuidadores ubicándolos con sintomatología depresiva dudosa. Sin embargo post-intervención se observa al Grupo Control sin cambio alguno, contrario a lo que ocurre en el Experimental donde se observa una reducción pasando de sintomatología depresiva dudosa a ausencia de sintomatología, ver Tabla 8.

Tabla 8. Comparación de medias por grupo pre y post intervención

| Evaluación | Grupo Control | Grupo Experimental |
|----------------|--|---|
| ANSIEDAD PRE | 12.3 Sintomatología Ansiosa | 12.8 Sintomatología Ansiosa |
| ANSIEDAD POST | 12.1 Sintomatología Ansiosa | 7.20 Ausencia de sintomatología Ansiosa |
| DEPRESIÓN PRE | 9.8 Sintomatología depresiva dudosa | 11.2 Sintomatología depresiva |
| DEPRESIÓN POST | 9.6 Sintomatología depresiva Dudosa | 6.8 Ausencia de sintomatología depresiva |

En el Grupo Control pre evaluación el 66.6% y en el Experimental el 80% puntuaron en la escala de ansiedad del HAD con sintomatología ansiosa. Post evaluación el Grupo Control continúa sin cambio, contrario a lo que ocurrió en el Grupo Experimental donde el 60% de los CPI presentaba ausencia de sintomatología ansiosa (Ver Figuras 15 y 16).

Figura 15. Percepción de Ansiedad Pre y Post Intervención Grupo Control

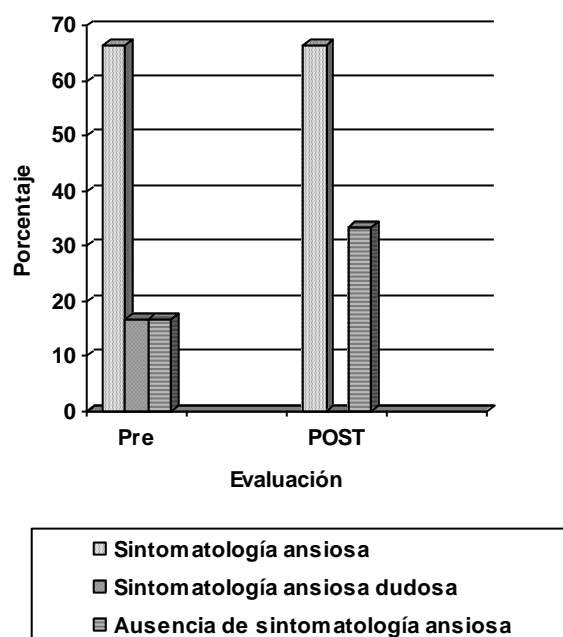
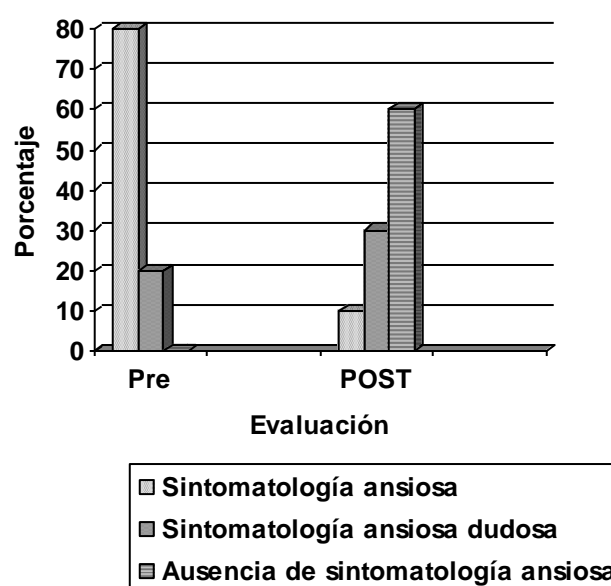


Figura 16. Percepción de Ansiedad Pre y Post Intervención Grupo Experimental



En el caso de la escala de depresión del HAD pre- evaluación, el 50% de los CPI del Grupo Control y 50% del Experimental puntuaron con sintomatología depresiva; post- evaluación 70% presentaba ausencia de sintomatología; para el Grupo Control el 50% presentaba sintomatología depresiva, la cual disminuyó post- evaluación donde se encontró un 70% de CPI con ausencia de síntomas depresivos (Ver Figura 17, 18 y 19).

Figura 17. Percepción de Ansiedad Pre y Post Intervención Grupo Control

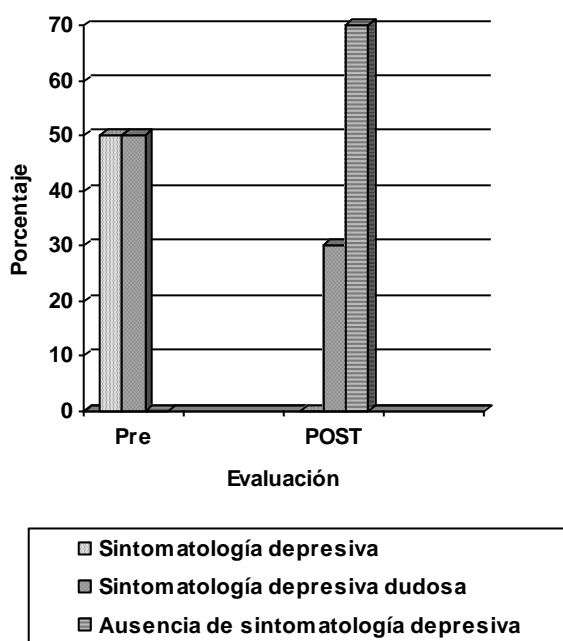


Figura 18. Percepción de Ansiedad Pre y Post Intervención Grupo Experimental

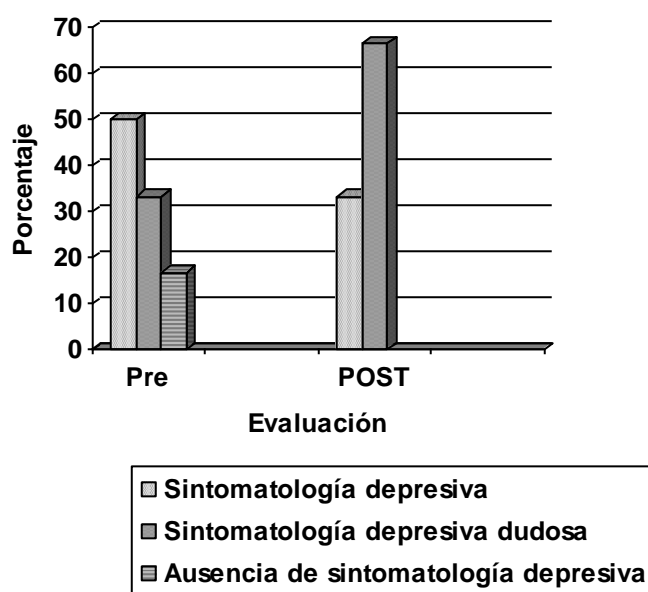
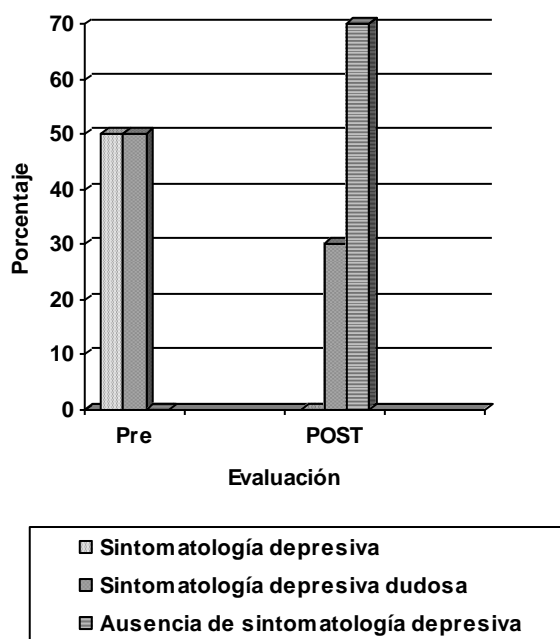


Figura 19. Percepción de Depresión Pre y Post Intervención Grupo Experimental



DISCUSIÓN

El objetivo principal de esta investigación fue conocer el efecto de una intervención Cognitivo-Conductual en el manejo de estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga de cuidadores primarios informales de pacientes oncohematológicos. Entre los principales hallazgos están los que se describen a continuación.

En relación con toda la muestra de estudio se encontró que las características demográficas del CPI fue el de mujer, de 39 años, familiar de primer grado del paciente (esposa, madre o hija), casadas o en unión libre, con estudios de primaria, dedicadas al hogar. Siendo estas características similares a las de otros trabajos realizados en países como España, Canadá y EUA, entre otros y que analizan el sistema informal de cuidados de personas enfermas, dependientes o discapacitadas (Díez, Redondo, Arroniz, Giacchi, Zabala y Salaberri, 1995; Bazo y Domínguez, 1996; Segura, Bastida, Martí-Guadaño y Riba, 1998; Vallés, Gutiérrez, Luquín, Martín y López, 1998; Rubio, Bosch, Soler, Romero y Martín, 2000; National Profile of Family Caregivers in Canada, 2002; IMSERSO, 2005; Morales, Muñoz, Bravo, Iniesta, Montero y Olmos, 2000; Moral, Juan, López y Pellicer, 2003; García, Mateo y Eguiguren, 2004; Lara, González y Blanco, 2008; Islas, Ramos, García y García, 2006; López, 2004; López y Crespo, 2007). Dichos estudios se han realizado en CPI de pacientes con diversos padecimientos, mostrando que las características demográficas del CPI no varían acorde al padecimiento que se aborde ni de un país a otro. Esta investigación no fue la excepción, ya que en relación con la comparación de los dos grupos de CPI en sus características demográficas no se encontraron diferencias indicando que el Grupo Control y Experimental son muy parecidos respecto a éstas; por lo que puede presumirse que todos los casos pertenecen a una misma población y pueden analizarse conjuntamente.

Se observó que el CPI tiene un vínculo familiar con el paciente, pues en esta muestra no se encontró caso alguno que no tuviera dicho lazo como por ejemplo ser amigo o vecino del paciente; lo cual coincide con otras investigaciones que muestran la relevancia del sistema informal como prestador de cuidados de personas dependientes. Comprobándose con ello que la familia es la que más contribuye en el cuidado de las personas con dependencia, discapacidad o enfermedad (IMSERSO, 2005). Así también se confirma que el género femenino sigue predominando entre los CPI, es en las mujeres donde sigue recayendo la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados del enfermo y continúa cumpliendo con este rol que desde hace años se le asigna.

En relación con el tiempo que han dedicado al cuidado del paciente, más del 50% de toda la muestra reportó hacerlo desde hace menos de 6 meses siendo cuidadores en inicio del rol; lo cual podría estar hablando que el proceso de adaptación puede ser estresante y percibido por los CPI como una situación que amerita mucho esfuerzo físico y psicológico de su parte; lo cual se ve reflejado en la evaluación subjetiva de estrés de los cuidadores, dado que todos consideraron de intensidad moderada a totalmente estresante el papel que desempeñan. A este respecto Vitalino, Young y Zhang (2004) mencionan que el cuidado de pacientes con demencia ha sido señalado como una situación de estrés crónico, debido a que los cuidadores deben enfrentarse a ella durante un tiempo prolongado, con muchas horas de dedicación diaria y deben realizar continuos esfuerzos para adaptarse a los cambios que se producen en las personas que padecen la enfermedad (Vitalino, Young y Zhang, 2004), tal y como sucede en los cuidadores de pacientes oncohematológicos, donde al ser la enfermedad de sus pacientes progresiva genera mayor dependencia principalmente por el reposo absoluto que deben guardar los pacientes requiriendo mayor atención y cuidados por parte del cuidador.

Destaca el alto porcentaje de cuidadores que perciben que atender a su paciente o familiar le ocupa de 12 y hasta 24 horas por día; por lo que ser cuidador de un paciente oncohematológico es una actividad que exige dedicación plena, lo que le lleva a tener escasas oportunidades de realizar otro tipo de actividades diferentes a las relacionadas con el cuidado del paciente.

Respecto al nivel subjetivo de percepción de estrés respecto a su rol, éste fue percibido de muy a totalmente estresante en ambos grupos, no observándose cuidadores sin estrés contrario a lo obtenido por Islas (2006), donde la mayor parte de los cuidadores de pacientes con enfermedad respiratoria percibía su rol como poco estresante. Esta diferencia puede ser debida a las características de la enfermedad y las demandas a las cuales se tiene que enfrentar el cuidador de un paciente oncohematológico; debido a que éstos producen una mayor dependencia del paciente y cuidados las 24 horas del día ya que no pueden realizar actividades tan básicas como su higiene, requiriendo mayor ayuda de esta figura. Por otro lado Pérez (2009) encontró en una muestra de cuidadores de pacientes en cuidados paliativos que en el 15% su rol era totalmente estresante y 39% moderadamente, en comparación con esta investigación donde se encontraron niveles más altos de percepción de estrés que iban del 56.3% muy estresante y 43.7% totalmente estresante respecto al rol que desempeñan.

Cabe destacar que las puntuaciones obtenidas en todos los instrumentos por ambos grupos de CPI fueron mayores a las reportadas por Islas (2008) en población de cuidadores de pacientes con enfermedades respiratorias, esta diferencia puede deberse a las características de la enfermedad y la dependencia que produce en el cuidador.

Más del 70% de todos los CPI presentaron carga lo cual coincide con lo reportado por Babarro, Garrido, Díaz, Casquero y Riera Pastor (2004). Esto puede estar explicado por la naturaleza de la enfermedad, donde las de tipo oncohematológicas producen en el paciente mayor incapacidad no permitiéndole realizar actividades por si solo lo que obliga al paciente ser más dependiente de su CPI, y esto a que el cuidador tenga que realizar mayor número de tareas y estar más pendiente de su paciente haciéndolo sentir más sobrecargado.

El Grupo Experimental de CPI pareció beneficiarse con el programa de intervención ya que posterior al programa de intervención se redujo significativamente el nivel de percepción de carga, tal y como lo sucedió en el estudio realizado por Guerrero, Ramos, Alcolado et al. (2008).

Por otro lado, se encontró mayor presencia de sintomatología ansiosa (70%) que depresiva (47%); similar a lo descrito por otros autores como Moral, Juan, López y Pellicer (2003) que reportan que entre el 30 y 60% de los CPI presentan trastornos o síntomas depresivos. Cabe mencionar que se obtuvieron en ambas puntuaciones medias mayores a las reportadas por Cortés, Abián, y Cortés (2008).

Las puntuaciones medias en percepción de estrés de este estudio fueron similares a las reportadas por Losada, Izal, Montorio, Márquez y Pérez (2004), donde se observa en el grupo control una media pre-intervención de 20.3 y post-intervención 30.8 y para el experimental pre-intervención de 24.3 y post 20.9; para el caso de esta investigación fue en el control pre-intervención de 22.6 y post de 24.1 y en el experimental pre 23.8 y post 17.9. Sin embargo en este trabajo se observa una reducción mayor en el grupo que recibió el programa de intervención, lo cual puede deberse a que las técnicas utilizadas no fueron únicamente psicoeducativas sino también de reestructuración cognitiva, solución de problemas, asertividad y relajación.

Respecto a las características psicológicas, se observó homogeneidad en los dos grupos antes de iniciar el programa de intervención y se hacen notorias algunas diferencias al finalizar el programa. El programa de intervención mostró ser eficaz para reducir los niveles de carga, estrés, ansiedad, depresión e incrementar la Calidad de Vida de los cuidadores del Grupo Experimental. Así, al inicio de la intervención el 80% de los

cuidadores presentaban sintomatología ansiosa, 50% sintomatología depresiva, 100% sobrecarga y 40% una percepción de calidad de vida mala; mientras que después del programa de intervención 10% de los cuidadores presentaba sintomatología ansiosa, 30% depresiva, 100% sin sobrecarga y una percepción de calidad de vida muy buena; observándose una reducción entre el pre y post-tratamiento. Hallazgos similares se han encontrado en programas de cuidadores como los reportados por Bourgeois, Schulz, Burgio y Beach (2002); Akkerman y Ostwald (2004) y López (2005).

Por tanto parece necesario seguir ofreciendo a quienes se encuentran brindando cuidados a un paciente con enfermedad crónica como lo son las oncohematológicas, intervenciones psicológicas de corte Cognitivo-Conductual que les brinden herramientas y ayuden a reducir los efectos negativos que el brindar este tipo de cuidados trae a su salud física y psicológica. Conviene además ofrecer estas intervenciones cuanto antes, pues autores como Brodaty, Green y Koschera (2003); Chu et al., 2000 y Mohide et al., 1990) tienen la impresión no corroborada empíricamente de que los cuidadores que llevan ocupando su rol durante menos tiempo obtienen mayores beneficios de las intervenciones. Es decir, las intervenciones para controlar el estrés de los cuidadores cuanto antes mejor, pues si no su impacto puede ser escaso o llegar demasiado tarde.

A través de la evaluación de la satisfacción de los CPI respecto al programa que recibieron, éstos reportaron encontrarse muy satisfechos con la intervención ya que les permitió adquirir herramientas y nuevos conocimientos sobre cómo manejar el estrés y estados emocionales que viven y hacer frente eficazmente a sus problemáticas como cuidadores.

Cabe mencionar que los resultados obtenidos en este trabajo no pueden extrapolarse a otras poblaciones, pues son válidos solamente para el grupo de estudio en cuestión, ya que ni la elección ni el tamaño de la muestra cumplieron con los criterios de validez y se trató de un muestreo no probabilístico.

Se hacen presentes ciertas limitaciones metodológicas que implican posibles sesgos en esta investigación. Los estudios transversales dejan sin explicar muchas cosas por lo que se plantea, la instrumentación de estudios más controlados o longitudinales, para analizar al enfermo y al cuidador; así se podrían analizar las interacciones entre ambos y las consecuencias que trae el brindar cuidados en el CPI. Por otra parte la muestra fue muy pequeña; aunque se conocen las dificultades que hay para conseguir una muestra superior, se recomienda que esta sea mayor en futuros estudios. Además la

muestra fue seleccionada de forma no probabilística por lo que cabe la posibilidad de que existan sesgos de selección.

Asimismo en esta investigación no se incluyó una evaluación del grado de dependencia del paciente que en otras investigaciones se ha llevado a cabo, lo cual es de suma importancia para poder relacionar el grado de dependencia del paciente con la percepción del estado de salud, carga y estrés del CPI; así como con variables demográficas como el tiempo que han sido cuidadores, número de horas que dedican al cuidado entre otras.

La presente investigación genera un avance significativo que se suma a lo reportado en la literatura, pero a diferencia de éstos se realiza en cuidadores de pacientes oncohematológicos una población donde no se ha llevado a cabo mucha investigación al respecto. Un punto a favor de esta investigación es que se incluyó un Grupo Control de comparación el cual estuvo conformado por aquellos CPI que no aceptaron participar en el programa de intervención y que por el contrario aceptaron formar parte de un grupo que no recibiría atención específica a este respecto, sin privarlos de atención psicológica en caso de ser necesario y solicitado por el cuidador o personal de salud. Otros estudios han reportado incluir en lista de espera al Grupo Control para brindársele la atención que requiere y no privarlos de recibir este tratamiento.

CONCLUSIONES

Este trabajo muestra que a pesar de que se ha investigado las repercusiones que trae el cuidado de un paciente en la salud física y psicológica de quien lo cuida, en nuestro país continúa siendo escaso el trabajo con cuidadores, intervenciones y más aún estudios controlados, existiendo una carencia de información.

Por lo que es necesario realizar más estudios relacionados con esta temática pero con otro grupo de padecimientos, ya que la gran mayoría de los hasta ahora realizados han sido enfocados a conocer las demandas que requieren cuidadores de pacientes con enfermedad neurodegenerativa, específicamente Alzheimer. Asimismo adecuar programas de intervención acorde a las necesidades y características específicas de los cuidadores (especialmente su dificultad de tiempo y sobrecarga de actividades adicionales a las del cuidado del paciente). Donde se brinde atención psicológica a los cuidadores preventiva y de tercer nivel y no únicamente se reporten las necesidades que requieren, pues hace falta implementar estrategias para al trabajo con esta población y valorar la eficacia de las intervenciones sobre cuidadores. En palabras de Jordan (1990) ayudar a los cuidadores a mantener su valiosa contribución en el ámbito de los cuidados es tanto un derecho de los cuidadores como una acertada inversión.

Los resultados aportan evidencia para recomendar el empleo de programas de intervención Cognitivo-Conductual como una alternativa viable que no implica altos costos y que puede significar un apoyo importante para disminuir los efectos negativos que acarrea el cuidado de un paciente.

Por lo que la presente investigación representa un acercamiento más para que se promuevan acciones para fortalecer al CPI y se atiendan las necesidades y problemas que surgen durante el desempeño de su función, pues es una población en riesgo que requiere de apoyo institucional para su cuidado.

Tomando en cuenta la importancia que ejerce este cuidador, diversos profesionales (médicos, psicólogos, psiquiatras, enfermeras, etc.) deben abordar desde una perspectiva multidisciplinaria al paciente-cuidador y planificar estrategias de prevención e intervención integral como la propuesta en esta investigación que permitan cuidar de la salud de ambos.

A partir de la información arrojada por esta investigación se propone:

- Hacer visible al personal sanitario en las instituciones de salud la importancia que tiene la figura del CPI como una persona que requiere de toda su atención y cuidado para ayudarlo a enfrentar mejor su rol y los efectos que esto traerá

en su salud física y emocional.

- Realizar evaluaciones psicológicas tomando en cuenta el estrés, ansiedad, depresión, carga, estrategias de afrontamiento y percepción de apoyo social.
- Planear e implementar programas de intervención Cognitivo-Conductuales a nivel familiar, grupal o individual.
- Instaurar dentro de las instituciones de salud grupos de apoyo para cuidadores, que permitan entre los participantes disponer de un espacio con personas común a ellos con similares necesidades e intereses donde puedan compartir experiencias, sentimientos, problemas y encontrar soluciones en conjunto.

Por lo tanto es esencial dotar al cuidador de herramientas para mejorar su habilidad en el cuidado de manera tal que satisfaga las necesidades de la persona enferma, responda a la problemática familiar, mantenga su propia salud y fomente la buena relación cuidador-paciente y por tanto pueda brindar cuidados de calidad.

Dentro de las sugerencias que se hacen para futuras investigaciones están:

Contar con grupos de comparación respecto a la modalidad de intervención ya sea individual o grupal, así como de muestras de personas no cuidadoras (que podrían ser miembros de la familia que no estén implicados en el cuidado del paciente). Realizar sesiones de seguimiento para supervisar que los cambios posteriores al programa de intervención se mantienen, lo cual no se pudo llevar a cabo por falta de tiempo y dificultad de contar con un espacio en donde impartir el programa. Así como contar con muestras de mayor tamaño para dar mayor firmeza a algunas afirmaciones tan solo esbozadas en el presente estudio.

Tomando en cuenta la importancia que ejerce este cuidador; diversos profesionales (médicos, psicólogos, psiquiatras, enfermeras, trabajadores sociales, etc.) deben abordar desde una perspectiva multidisciplinaria al paciente-cuidador; y planificar estrategias de prevención e intervención integral que permitan cuidar de la salud de ambos. Por ejemplo brindarle al cuidador información sobre la enfermedad del paciente y explicarle que cuidados debe de brindar, con quien acudir en caso de recaídas, entre otra información básica. Y así mejorar y garantizar la calidad de vida en ambos y principalmente asegurar que se brinde un mejor cuidado al paciente o familiar.

La propuesta de un programa de intervención para el manejo de estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores, con una duración de siete sesiones 2 horas semanales de manera grupal, combinado con uso de material visual para trabajar en casa, supone una intervención flexible y adaptada a las particulares características de

este grupo poblacional, pues es un tratamiento breve, que puede llevarse a cabo con cierta facilidad en cualquier contexto como lo fue el hospitalario.

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL DEL PRIMER AÑO DE RESIDENCIA EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

CARÁCTERÍSTICAS DE LA SEDE

El Hospital Juárez de México se encuentra ubicado en Av. Instituto Politécnico Nacional 5160 Col. Magdalena de las Salinas, el cual es una unidad hospitalaria de tercer nivel que proporciona atención de urgencias, hospitalización y consulta externa. Tiene como objetivos: brindar atención preventiva, curativa y de rehabilitación a la población y participar en la formación de recursos humanos para la salud y en la cobertura de los programas de investigación.

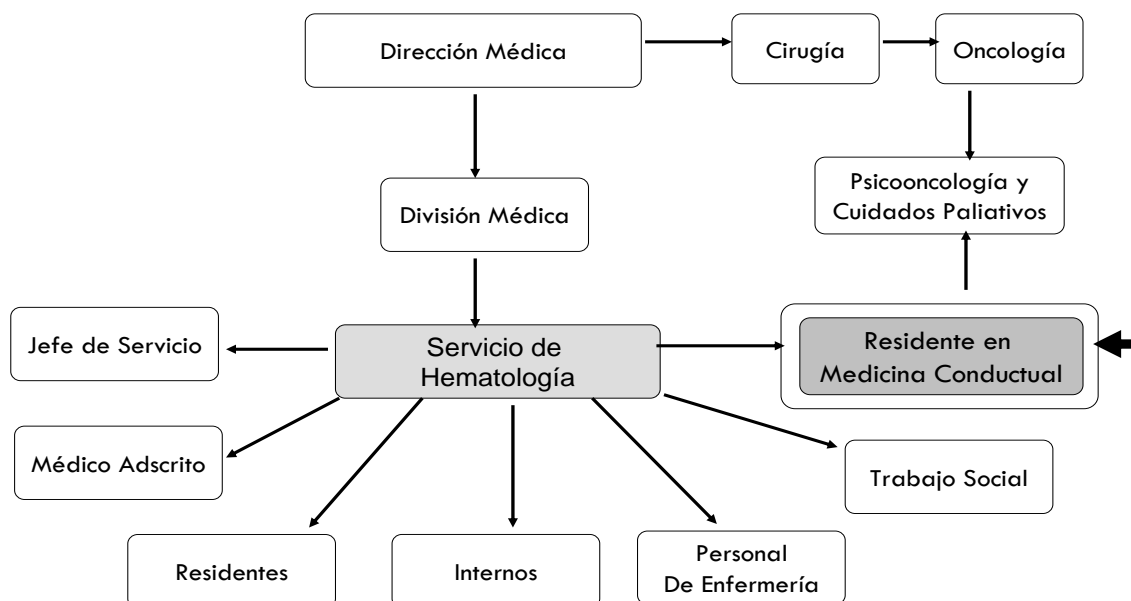
Para lograr estos objetivos cuenta con los servicios de: alergia, anestesiología, cardiología, cirugía general, cirugía máxilofacial, dermatología, endocrinología, gastroenterología, ginecología, infectología, medicina física y rehabilitación, medicina interna, nefrología, neurología, oftalmología, oncología, otorrinolaringología, psicología, psiquiatría, trasplante renal, urgencias y hematología; siendo este último servicio al que fui asignada para realizar el primer año de la residencia en Medicina Conductual, junto con otra residente. Cabe mencionar que en ocasiones cubrí la atención psicológica para el Servicio de oncopediatria durante los periodos vacacionales de la residente asignada a ese servicio.

El equipo de Hematología se encuentra conformado por:

- 1 Jefe de Servicio
- 1 Médico Adscrito
- Médicos Residentes de 2º y 3er. año (quienes rotan por el servicio cada dos meses como parte de su formación en la especialidad de médicos internos).
- Médicos Internos de Pregrado
- 1 Trabajadora Social
- Jefa de enfermería y personal de enfermería

En la Figura 20 se muestra el organigrama donde se ubica al residente en Medicina Conductual dentro de la estructura del Hospital Juárez de México.

Figura 20. Organigrama del servicio donde se ubica al residente en Medicina Conductual



DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

El servicio de Hematología se encuentra ubicado en el tercer piso ala sur. El área de hospitalización se divide en dos áreas: adultos en el tercer piso sur y niños en el cuarto piso norte, donde el jefe de servicio y la médico adscrita rotan cada dos meses para supervisar cada una de ellas.

El área de hospitalización cuenta con dos aislados (donde únicamente se asigna a los pacientes con algún padecimiento hematológico ya que cubren las condiciones adecuadas para pacientes con enfermedades hematológicas que deben tener cuidados especiales de limpieza e infección) y otra que es compartida con el servicio de medicina interna. En la primer sala se encuentran seis camas para pacientes de género femenino y un aislado conformado por tres camas para los pacientes de género masculino o bien utilizado dadas sus condiciones de aislamiento exclusivamente para los pacientes a quienes se realiza trasplante de médula ósea; sin embargo cuando existe una alta demanda de hospitalización algunos pacientes ingresan a las camas de medicina interna y nefrología.

También se brinda atención en el área de consulta externa para los casos de primera vez y se brinda seguimiento a los pacientes que tienen algún padecimiento hematológico que no requiere de hospitalización.

El Servicio de Hematología brinda atención médica a pacientes con enfermedades de la sangre entre las que se encuentran principalmente:

- Leucemias (Leucemia Linfóide Aguda, Leucemia Mieloide Aguda, Leucemia Granulocítica Crónica principalmente)
- Púrpura Trombocitopénica Autoinmune
- Mieloma Múltiple
- Linfomas (Hodgkin y No Hodgkin)
- Anemia (Aplásica y Ferropénica)
- Síndromes Mielodisplásicos
- Hemofilia

Siendo más frecuente la presencia de leucemia aguda, púrpura, linfoma, mieloma y anemia aplásica en la población atendida en el servicio. El promedio de pacientes que se encuentran hospitalizados es de 12 a 14 pacientes quienes se encuentran en fase diagnóstica o de tratamiento, en ambos casos la estancia hospitalaria llega a ser prolongada (de dos a tres semanas) dado que se requiere tener a los pacientes en vigilancia debida a la inmunosupresión causada por la quimioterapia.

En Consulta Externa los médicos brindan atención a pacientes de primera vez a aquellos que tienen algún padecimiento hematológico que no requiere de hospitalización o bien se da seguimiento de vigilancia a los pacientes que se encuentran en fase de remisión de la enfermedad.

Líneas de Autoridad

Las líneas de autoridad en esta sede son el Jefe del Servicio de Hematología el Dr. Jorge Cruz Rico; la médico adscrita Dra. Mónica Tejeda Romero, la Supervisora In Situ Mtra. en Psicología Leticia Ascencio Huertas y la Supervisora Académica Mtra. en Psicología Cristina Bravo.

ACTIVIDADES DIARIAS DESARROLLADAS EN LA SEDE

El desempeño de las actividades realizadas durante este año de la residencia se enfocaron principalmente a brindar apoyo psicológico a nivel individual a los pacientes hospitalizados y cubrir así las principales necesidades y problemáticas tanto del paciente como de sus cuidadores primarios en su proceso de adaptación a la enfermedad, tratamiento y estancia hospitalaria prolongada. Las cuales eran identificados en el pase de visita o bien referidos por el médico adscrito o residentes durante el pase de visita para que se les brindara apoyo psicológico.

En la Tabla 9 se muestra detalladamente el horario sobre las actividades diarias desarrolladas por parte del residente en Medicina Conductual en el Servicio de Hematología.

Tabla 9. Horario sobre las actividades diarias desarrolladas en el Hospital Juárez por el
residente en Medicina Conductual

| HOR A | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES |
|----------------|---|---|---|---|--|
| 7:00 8:00 | | Clase de Psicooncología / | Clase Médica de Psicooncología | | Clase de Psicooncología |
| 8:00 9:00 | Pase de Visita | Pase de Visita | Pase de Visita | Sesión bibliográfica Médica | Pase de Visita |
| 9:00 10:00 | Pase de Visita | Pase de Visita | Pase de Visita | Pase de Visita | Revisión de artículos médicos |
| 10:00 11:00 | Atención a pacientes hospitalizados | Sesión Bibliográfica Médica | Atención a pacientes hospitalizados | Atención a pacientes hospitalizados | Pase de Visita |
| 11:00 12:00 | Atención a pacientes hospitalizados | Atención a pacientes hospitalizados | Sesión para la presentación de casos clínicos en Psicooncología | Atención a pacientes hospitalizados | Atención a pacientes hospitalizados |
| 12:00 13:00 | Revisión de artículos en Psicooncología | Atención a pacientes hospitalizados | Sesión General para Residentes en el Auditorio del Hospital | Atención a pacientes hospitalizados | Reunión y/o asesoría con supervisora académica |
| 13:00 14:00 | Revisión de artículos en Psicooncología | Atención a pacientes hospitalizados | Atención a pacientes hospitalizados | Atención a pacientes hospitalizados | Reunión y/o asesoría con supervisora académica |
| 14:00 15:00 | Elaboración de notas clínicas en expediente | Elaboración de notas clínicas en expediente | Elaboración de notas clínicas en expediente | Elaboración de notas clínicas en expediente | Elaboración de notas clínicas en expediente. |

A continuación se describen las actividades que se realizaron durante el 1er. año de residencia divididas por área:

☉ Área de Hospitalización

Se realizaba pase de visita todos los días de las 8 am a las 10 am aproximadamente, dependiendo del número de pacientes ingresados en el servicio. Este pase lo realiza el jefe de servicio o el médico adscrito, los médicos residentes e internos, la trabajadora social y las 2 residentes en medicina conductual que estuvimos rotando en hematología.

Es durante el pase donde se detectaban las principales necesidades de los pacientes y familiares que requieren de intervención psicológica, además de que se obtiene información respecto a la evolución del estado de salud del paciente, y se aprende sobre los padecimientos que principalmente se atienden en el servicio; información que es parte importante en el momento de proporcionarles psicoeducación.

Una vez detectados a los pacientes y las necesidades que requieren, se revisaba su expediente clínico donde se obtenía información respecto a sus antecedentes de enfermedad, de apego al tratamiento, así como demográficos que posteriormente eran corroborados. Posteriormente se realizaba entrevista y fomento de un buen rapport en el primer contacto con el paciente; además de obtener información importante para conocer la problemática del paciente realizando el encuadre y explorando su estado emocional actual, conciencia de la enfermedad, expectativas y antecedentes de apego al tratamiento entre otra información. A continuación se elaboraba la respectiva nota que se incluía en el expediente clínico considerando el Examen Mental, la conciencia de la enfermedad (información relevante y principales puntos abordados durante la entrevista), una impresión diagnóstica y una propuesta de trabajo a seguir en posteriores sesiones. En el caso de las sesiones subsecuentes se exploraba el estado emocional del paciente y se trabajaba con los objetivos que se planearon llevar a cabo con el paciente así como dar un seguimiento de las técnicas trabajadas y de las tareas.

La intervención psicológica que se brindó a los pacientes estuvo centrada principalmente en:

- Intervención en crisis a pacientes y cuidadores ante la comunicación de malas noticias (Diagnóstico de cáncer, recidiva de la enfermedad, persistencia de la enfermedad y tratamiento paliativo).
- Intervención en crisis y acompañamiento a cuidadores ante el fallecimiento de su paciente.
- Manejo de estrés y ansiedad debido a prolongada estancia hospitalaria.
- Manejo de ansiedad ante procedimientos invasivos como punción lumbar, aspirado de médula ósea (AMO), biopsia de hueso y colocación de catéter.
- Manejo de dolor
- Entrenamiento a pacientes y cuidadores en solución de problemas para la búsqueda de donadores de aféresis y de recursos económicos para la compra de medicamentos y de tratamiento.

- Psicoeducación al paciente y su cuidador sobre la enfermedad, tratamiento de quimioterapia y efectos secundarios, así como del proceso de aféresis y modificación del estilo de vida.
- Manejo de reacciones emocionales a los efectos secundarios del tx de quimioterapia (alopecia, náuseas/vómito, fatiga).
- Evaluación psicológica del paciente candidato a trasplante de médula ósea
- Fomentar y/o promover el apego al tratamiento médico y psicológico para mejorar la calidad de vida.

⊙ **Consulta Externa**

Dentro de las actividades del servicio aun no está contemplado el apoyo psicológico en la consulta externa; sin embargo cabe hacer mención que en el caso de algunos pacientes atendidos en hospitalización se les brindaba seguimiento mientras esperaban consulta o bien al salir de ella dando seguimiento al trabajo de intervención.

⊙ **Actividades de Formación Profesional**

- Sesión Bibliográfica Médica

Como residente del servicio de Hematología se acudía a clases médicas impartidas por los residentes que rotaban en el servicio, donde se realizaban exposiciones sobre literatura actual de las principales enfermedades hematológicas atendidas en el servicio. Lo que me permitió conocer y aprender sobre las principales enfermedades hematológicas atendidas en el servicio y con ello contar con más elementos para ser trabajado con los pacientes y sus cuidadores.

- Revisión de casos clínicos y de artículos médicos

Se realizaban revisiones sobre casos clínicos y/o artículos médicos de las temáticas abordadas los días martes. En donde la participación como residente en medicina conductual estuvo enfocada en abordar los aspectos psicológicos de dichos casos o patologías e indicar la posible intervención o manejo que se realizaría desde nuestra disciplina.

- Exposición de temáticas en Psicología

Se realizaron exposiciones de temas psicológicos a los médicos del servicio donde se abordaron temáticas como: personalidad y cáncer, psiconeuroinmunoendocrinología y cáncer y terapia lúdica; las cuales fueron impartidas por cada una de las residentes en medicina conductual.

- Asistencia e impartición de clases de Psicooncología, clases médicas y elaboración de casos clínicos con la Supervisora In Situ

Se realizaban exposiciones por parte de los residentes en medicina conductual sobre temáticas en psicooncología, aspectos relacionados sobre las principales patologías de los servicios de hematología, oncología y oncopediatría. Así como la revisión de las principales técnicas Cognitivo-Conductuales en el trabajo de pacientes con cáncer.

- Elaboración mensual de la productividad alcanzada individualmente. Se realizaba un conteo mensual del número de pacientes atendidos, tipo de intervención proporcionada y talleres realizados. (Ver al final de este apartado la productividad alcanzada en el 1er. año de residencia).

⊙ **Actividades Académicas**

- Asistencia a Supervisión Académica una vez a la semana dentro de las instalaciones del Hospital con el fin de revisar bibliografía con relación a las técnicas Cognitivo-Conductuales para ser aplicado en el trabajo con los pacientes, asesoría sobre el manejo o tipo de intervención adecuadas a los casos presentados, revisión de avance en el protocolo de investigación así como la supervisión en la elaboración del reporte de experiencia profesional.

⊙ **Actividades de Investigación**

Desarrollo del Protocolo titulado "Eficacia de un Programa Cognitivo-Conductual para el Manejo de estrés, ansiedad y depresión en el Cuidador Primario Informal (CPI)". Cuyo objetivo fue evaluar la eficacia de un programa Cognitivo-Conductual en la reducción de nivel de estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga en el CPI a través de la enseñanza de técnicas de psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva y solución de problemas en los Cuidadores Primarios Informales de pacientes oncohematológicos.

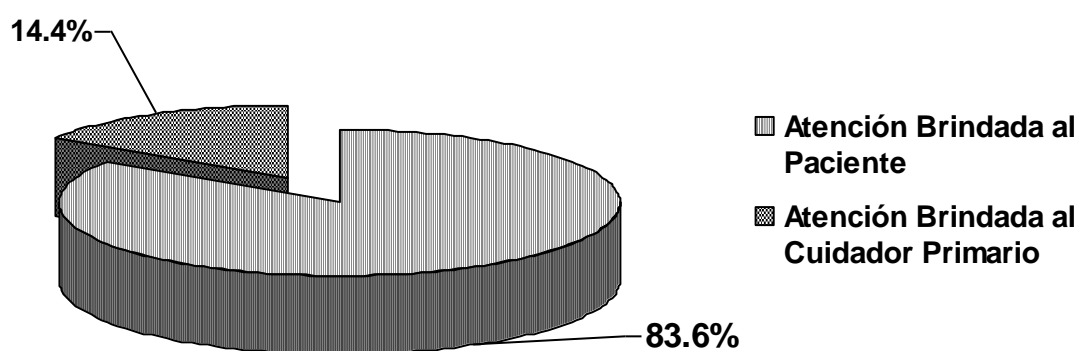
⊙ **Eventos Académicos No programados**

- Participación como ponente del trabajo titulado "Desarrollo de un instrumento para evaluar la Calidad de Vida en el Cuidador Primario Informal" en el 7º Coloquio Nacional y 1º Internacional de Investigación Estudiantil en Psicología realizado del 11 al 13 de noviembre de 2009 en la FES- Iztacala.
- Participación con la presentación del trabajo libre "Percepción de estrés y sobrecarga en el Cuidador Primario Informal de pacientes con Enfermedad Respiratoria Crónica" en el V Congreso de Investigación en la FES Zaragoza.
- Impartición del Taller "Entrenamiento en Manejo de Estrés" a personal de enfermería 3er. piso Sur del Hospital Juárez de México, con una duración de 20 horas.

ESTADÍSTICAS DE PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS DURANTE EL PRIMER AÑO DE RESIDENCIA EN EL SERVICIO DE DE HEMATOLOGÍA

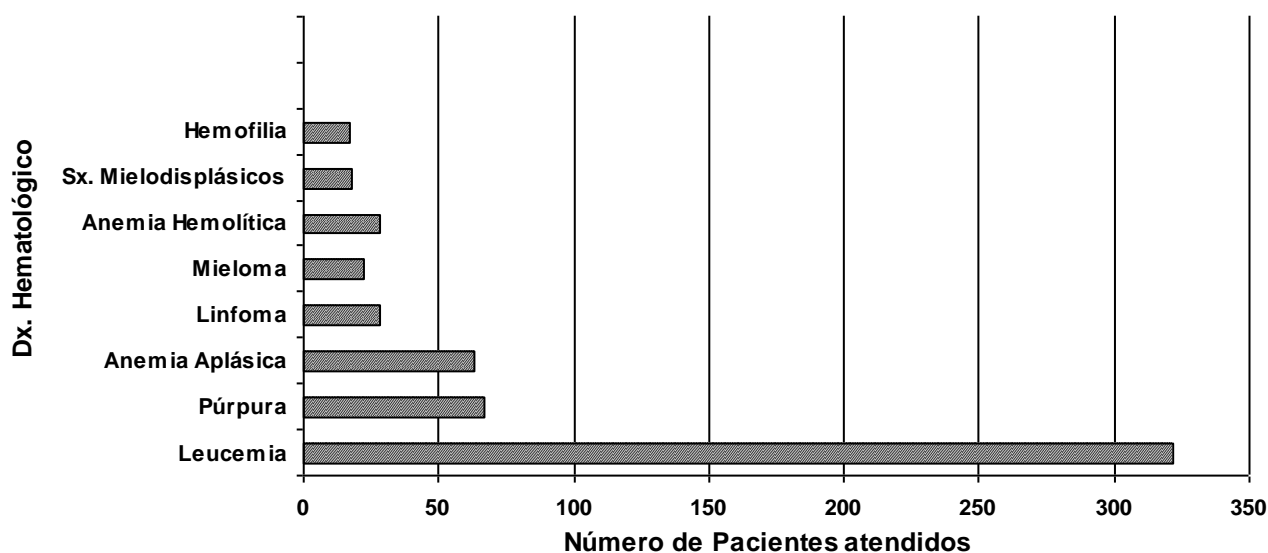
Se proporcionó atención psicológica en 601 ocasiones a 137 pacientes de primera vez y 464 de manera subsecuente, con un promedio de 4 pacientes atendidos por día. Donde el 83.6% de las intervenciones fueron proporcionadas al paciente y el 14.4% al Cuidador Primario (CP) o familiar (Veáse Figura 21). Respecto a las características demográficas, el 57% correspondió al sexo masculino y el 43% al femenino; con un rango de edad de los 17 a los 88 años, y edad promedio de 36.54 años (DE 17.04).

Figura 21. Porcentaje de atención proporcionada al paciente y Cuidador Primario



En la Figura 22 se muestra el número de ocasiones en que se brindó atención psicológica por diagnóstico hematológico, observándose que la mayoría de los pacientes atendidos fueron aquellos con un diagnóstico de Leucemia, seguido de los de Púrpura y Anemia Aplásica ya que estas son las enfermedades más frecuentes atendidas en el servicio.

Figura 22. Número de pacientes atendidos por Diagnóstico Hematológico



En la Tabla 10 se muestran los principales enfermedades oncohematológicas que son atendidos en el servicio, donde la mayor incidencia se observa en la Leucemia Linfoide Aguda (37.7 %), Leucemia Mieloide Aguda (12.8 %) y Púrpura Trombocitopénica (12.3%).

Tabla 10. Frecuencia y porcentaje de las principales enfermedades oncohematológicas atendidas en el servicio

| Enfermedades Hematológicas | n | % |
|---|----------|----------|
| Leucemia Linfoide Aguda (LLA) | 218 | 38.9 |
| Leucemia Mieloide Aguda (LMA) | 75 | 13.4 |
| Leucemia Granulocítica Crónica (LGC) | 11 | 2 |
| Leucemia Linfoide Crónica (LLC) | 8 | 1.4 |
| Leucemia Mieloide Crónica (LMC) | 7 | 1.4 |
| Leucemia Eosinofílica | 3 | 0.6 |
| Linfoma No Hodgkin | 28 | 5 |
| Púrpura Trombocitopénica Autoinmune (PTA) | 67 | 12 |
| Mieloma Múltiple (MM) | 22 | 3.9 |
| Anemia Anaplásica (AA) | 55 | 11.1 |
| Anemia Hemolítica (AH) | 28 | 5 |
| Hemofilia | 13 | 2.6 |
| Sx. Mielodisplásico | 16 | 3.2 |
| Trombocitosis | 1 | 0.2 |

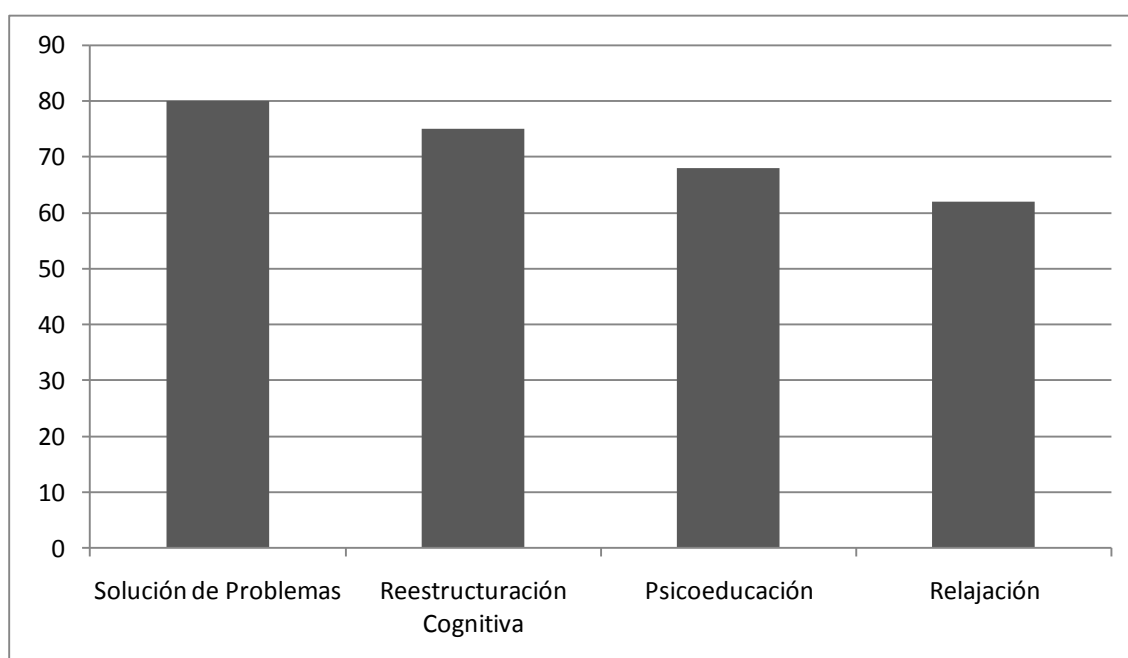
Durante el proceso de atención con el paciente se realizaba una clasificación en relación a la etapa de enfermedad o diagnóstico psicológico en la que se encontraba el paciente a quien se proporcionó la intervención psicológica. En la Tabla 11 puede observarse que la mayor atención se proporcionó a pacientes en proceso de adaptación al tratamiento (en donde el paciente se encontraba en un proceso adaptativo ante situaciones novedosas y generadoras de estrés y ansiedad ante los procedimientos invasivos, así como por la prolongada estancia hospitalaria) seguido de la fase diagnóstica (donde el paciente se encontraba en espera de la emisión de un diagnóstico sometido a tensión, preocupación y procedimientos invasivos) y de un patrón de comportamiento tipo C (que es un patrón característico de las personas con cáncer, dependientes, pasivas y que suprimen emociones).

Tabla 11. Frecuencia y porcentaje de pacientes a quien se brindó atención por etapa de enfermedad o diagnóstico psicológico.

| Etapa de enfermedad o Dx. Psicológico | n | % |
|---|----------|----------|
| Fase de Adaptación a la enfermedad | 19 | 3.4 |
| Fase de Diagnóstico | 66 | 11.7 |
| Fase de Adaptación al Tratamiento | 123 | 21.9 |
| Impacto ante recaída de la enfermedad | 31 | 5.5 |
| Impacto ante el Diagnóstico | | |
| Trastorno de Ansiedad | 83 | 14.8 |
| Sintomatología Ansiosa | 22 | 3.9 |
| Ansiedad por prolongada estancia hospitalaria | 11 | 2 |
| Patrón de Comportamiento tipo A | 11 | 2 |
| Patrón de Comportamiento tipo C | 60 | 10.7 |
| Episodios Depresivos | 12 | 2.1 |
| Sintomatología Depresiva | 12 | 2.1 |
| Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo | 17 | 3 |
| Cuidados Paliativos | 12 | 2.1 |
| Dificultad en Apego a Tratamiento | 10 | 1.8 |
| Trastorno Adaptativo | 37 | 6.6 |
| Ansiedad ante procedimientos invasivos | 54 | 9.6 |

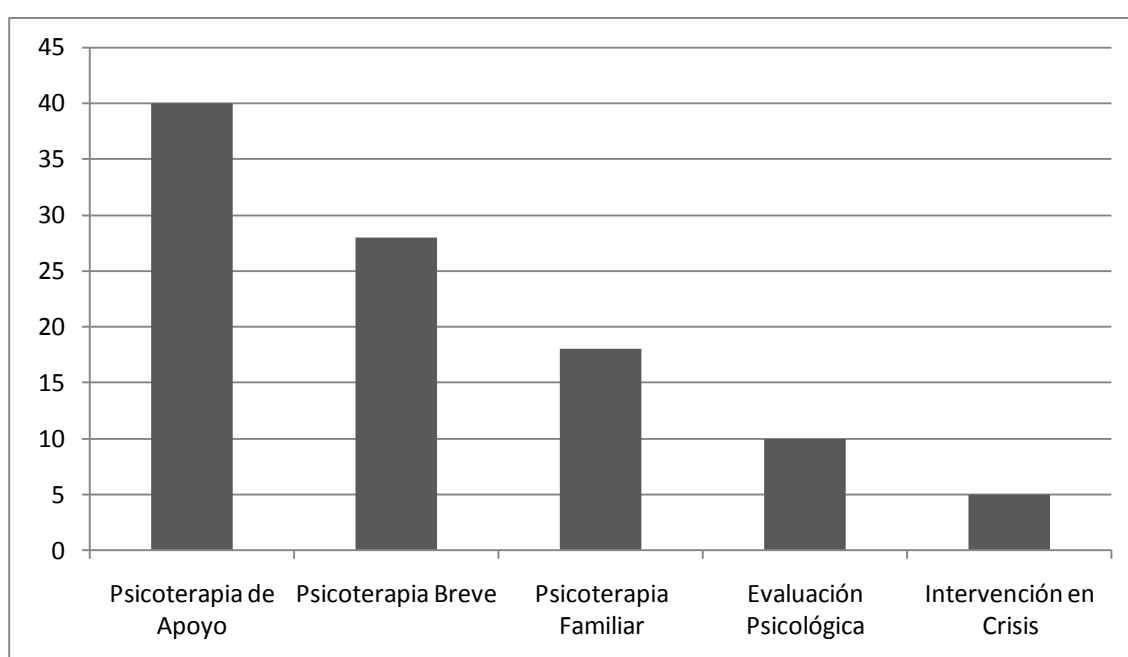
De acuerdo a las necesidades psicológicas de cada paciente, se trabajó con alguna técnica Cognitivo-Conductual apropiada para incidir en su problemática. En la Figura 23 se muestran las técnicas Cognitivo-Conductuales más utilizadas durante la intervención a pacientes y cuidadores, siendo las más frecuentes: solución de problemas, reestructuración cognitiva, psicoeducación y relajación (por imaginación guiada y respiración diafragmática).

Figura 23. Técnica Cognitivo-Conductual empleada en el trabajo con el paciente oncohematológico



En la Figura 24 se describe el tipo de apoyo psicológico proporcionado, se observa un predominio en la Psicoterapia de apoyo (40.5%), seguida de psicoterapia breve (26.9), le sigue entrevista Inicial (18.4); psicoterapia familiar (7.9), evaluación psicológica (3.2%) y finalmente la intervención en crisis (2.2%).

Figura 24. Porcentaje del tipo de apoyo psicológico que se proporcionó a los pacientes y/o cuidadores



ESTADÍSTICAS DE PACIENTES ATENDIDOS DURANTE EL PRIMER AÑO DE RESIDENCIA EN EL SERVICIO DE ONCOPEDIATRIA

Se proporcionó atención psicológica en el servicio de oncopediatría a un total de 39 ocasiones con un promedio de 3 pacientes atendidos por día; siendo 8 de ellos de primera vez y 31 subsecuentes (Veáse Fig. 25). El 85.4% de las intervenciones fueron proporcionadas al paciente y el 14.6% al Cuidador Primario (CP) o familiar (Veáse Figura 26) El 61.5% correspondía al sexo masculino y el 38.5% al femenino. El rango de edad de los pacientes iba de los 3 a los 18 años, con una edad promedio de 11.4 años (DE 4.51).

Figura 25 . Porcentaje de pacientes oncopediátricos atendidos de primera vez o subsecuentes

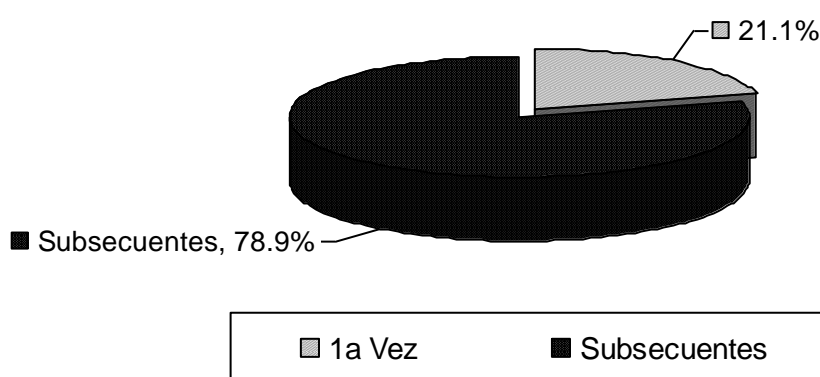
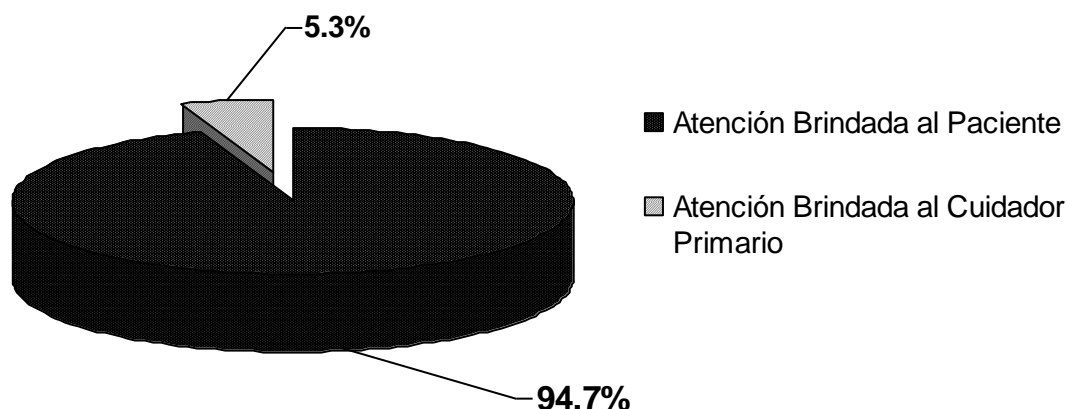
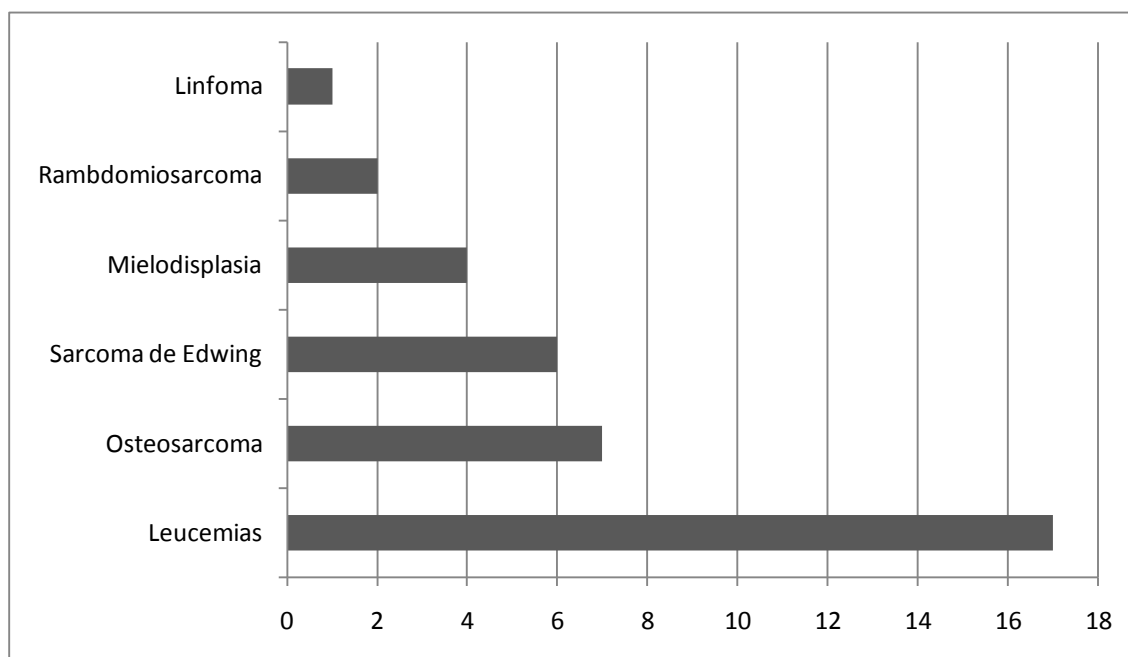


Figura 26. Porcentaje de atención proporcionada al paciente y Cuidador Primario



En la Figura 27 se muestra el número de ocasiones en que se brindó atención psicológica por diagnóstico oncohematológico, observándose que la mayoría de los pacientes atendidos fueron aquellos con un diagnóstico de Leucemia, seguido de los de Osteosarcoma y Sarcoma de Edwing ya que estas son las enfermedades más frecuentes atendidas en el servicio.

Figura 27. Número de pacientes atendidos por diagnostico oncohematológico



En la Tabla 12 se muestran las principales enfermedades oncohematológicas que fueron atendidos en el servicio, donde la mayor incidencia se observó en la Leucemia Linfoide Aguda (44.7 %), Osteosarcoma (18.4 %), Sarcoma de Edwing (15.8%) y Mielodisplasias (10.5%).

Tabla 12. Frecuencia y porcentaje de las principales enfermedades oncohematológicas atendidas en el servicio

| Enfermedad Oncohematológica | n | % |
|-------------------------------|----|------|
| Leucemia Linfoide Aguda (LLA) | 17 | 44.7 |
| Linfoma de Hodgkin | 1 | 2.6 |
| Mielodisplasia | 4 | 10.5 |
| Osteosarcoma | 7 | 18.4 |
| Sarcoma de Edwing | 6 | 15.8 |
| Astrocitoma | 1 | 2.6 |
| Rarandomiosarcoma | 2 | 5.3 |

Durante el proceso de atención con el paciente se realiza una clasificación en relación a la etapa de enfermedad o diagnóstico psicológico en que se encuentra el paciente a quien se brinda intervención psicológica. En la Tabla 13 puede observarse que la mayor atención se proporcionó en pacientes con sintomatología ansiosa (debida a los procedimientos invasivos a los cuales tiene que someterse o bien por larga estancia hospitalaria) y en proceso de adaptación al tratamiento (en donde el paciente se

encuentra en un proceso adaptativo ante situaciones novedosas y generadoras de estrés ansiedad ante los procedimientos invasivos).

Tabla 13. Frecuencia y porcentaje de pacientes a quien se brindó atención por diagnóstico psicológico.

| Dx. Psicológico | n | % |
|---------------------------------------|----|------|
| Impacto ante el Diagnóstico | 1 | 2.6 |
| Fase de Diagnóstico | 4 | 10.5 |
| Fase de Adaptación al Tratamiento | 13 | 34.2 |
| Impacto ante recaída de la Enfermedad | 2 | 5.3 |
| Cuidados Paliativos | 1 | 2.6 |
| Sintomatología Ansiosa | 15 | 39.5 |

TALLERES IMPARTIDOS A CUIDADORES PRIMARIOS

Por otro lado cabe hacer mención que también se proporcionaron talleres grupales e individuales a los cuidadores primarios de los pacientes del servicio de hematología sobre manejo de estrés, ansiedad, depresión y psicoeducación de la enfermedad; donde se les proporcionó de herramientas para poder enfrentarse al estrés al que se ven expuestos dadas sus tareas en el contexto de cuidador.

En total se impartieron 12 talleres grupales a los cuidadores, mediante presentaciones en power point con duración aproximada de 90 minutos. Dentro de las temáticas abordadas estuvieron:

- ¿Qué es el estrés y qué hace un Cuidador Primario?
- El papel de los pensamientos y las emociones en el manejo de estrés
- Ansiedad y depresión en el Cuidador
- Técnicas para manejo de estrés y ansiedad
- Entrenamiento en asertividad y solución de problemas
- Entrenamiento en técnicas de relajación: imaginación guiada y autógena para control de estrés

El promedio de participantes por taller fue de 4 cuidadores, de los cuales el 92% fueron mujeres, con edad promedio de 40 años, predominio de estudios de primaria, casadas, dedicadas al hogar, cuidando de un paciente con leucemia de 12 a 24 horas, predominando quien cuida del paciente desde hace menos de 6 meses, en su mayoría esposas, madres o hijas de la persona a quien cuidan.

TALLER IMPARTIDO A PERSONAL DE ENFERMERÍA

Se llevo a cabo un taller teórico-práctico para manejo de estrés en el personal de enfermería de manera grupal con el objetivo de dotar al personal de técnicas para el manejo del estrés.

MÉTODO

Participantes: Participó una muestra intencional de 15 enfermeras del el Hospital Juárez de México.

ESCENARIO:

La intervención se llevó a cabo en el cubículo de jefatura de enfermería del 3er. piso del Hospital Juárez de México.

MATERIALES:

- Presentaciones elaboradas en Power-Point donde se incluyó información relevante para ser trabajada durante el taller
- Hojas y lápices

INSTRUMENTO:

- **Cuestionario de Percepción de Estrés de Cohen, Kamarck y Mermelstein en la versión adaptada por Rojas (2001).** Instrumento para medir estrés basado en la percepción de control. Este cuestionario consiste en 10 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta; dond 0=casi nunca, 2= algunas veces, 3=frecuentemente, 4=siempre (véase Anexo). El cuestionario se califica realizando una sumatoria de los 10 reactivos y el total se ubica en los siguientes rangos:

0-13= Poco estresado

14-26= Moderadamente estresado

27 o más= Muy estresado

PROCEDIMIENTO:

El personal de enfermería de 3er. piso del Hospital Juárez solicitó a las residentes de psicología rotando en ese año la impartición de un taller teórico-práctico para manejo de estrés. El cual fue proporcionado a aquellas enfermeras interesadas en recibirlo. A quienes se realizó una evaluación inicial y final a través del Cuestionario de Percepción de Estrés de Cohen, Kamarck y Mermelstein en la versión adaptada por Rojas. Posterior a esto se inició la impartición del taller, el cual se proporcionó semanalmente con duración de 60 minutos, con quienes se trabajo mediante presentaciones power-point.

Dentro de las temáticas abordadas estuvieron:

- ¿Qué es el estrés y cómo saber que estoy estresado?

- Entrenamiento en respiración diafragmática
- Entrenamiento en relajación por imaginación guiada
- Entrenamiento en relajación autógena
- Entrenamiento en relajación muscular progresiva

RESULTADOS

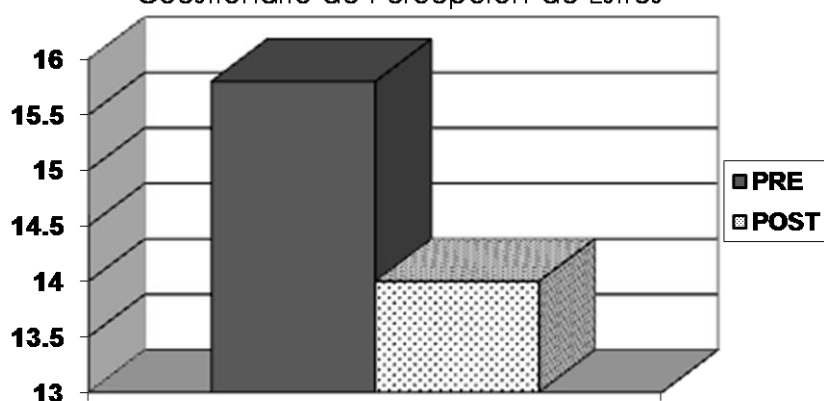
El taller fue proporcionado a 15 enfermeras pertenecientes a los servicios de medicina interna, hematología y nefrología. Cuya edad promedio fue de 40 años (DE 10.36) y con una media de 18 años dedicados a su profesión. El 93.3% correspondió al sexo femenino; 86.7% estaban casadas o vivían en union libre (ver Tabla 14).

Tabla 14. Características demográficas de la muestra

| | n= 15 | n | % |
|--|-----------------------|----|------|
| Promedio de Edad | X= 40 años (DE 10.36) | | |
| Promedio de tiempo en el servicio | X= 18 años (DE 7.65) | | |
| Sexo | Masculino | 1 | 6.7 |
| | Femenino | 15 | 93.3 |
| Estado Civil | Casado/Unión Libre | 13 | 86.7 |
| | Soltero | 1 | 13.3 |

Se realizó la comparación puntuación media obtenida antes y después de impartido el taller. En la Figura 28 se observa en la post-evaluación una disminución en la puntuación media obtenida en el Cuestionario de Percepción de Estrés tras haber recibido el taller por parte del residente en medicina conductual.

Figura 28. Puntuación media obtenida por el personal de enfermería pre y post obtenida en Cuestionario de Percepción de Estrés



CONCLUSIONES

El taller impartido al personal de enfermería mostró ser eficaz para reducir los niveles de estrés percibido. Por lo que parece necesario seguir ofreciendo a quienes se encuentran brindando cuidados formales a un paciente con enfermedad crónica, talleres e intervenciones psicológicas de corte Cognitivo-Conductual que les brinden herramientas y ayuden a reducir los efectos negativos que el brindar este tipo de cuidados trae a su salud psicológica.

Así mismo, a través de la evaluación de la satisfacción respecto al taller, se reportó que estaban muy satisfechos ya que les permitió adquirir herramientas y nuevos conocimientos sobre cómo manejar el estrés y estados emocionales que viven y cómo hacer frente eficazmente a ello. Así como valorar y estar más sensibilizado con el trabajo que como psicólogos realizamos con los pacientes.

CASO CLÍNICO



HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO SERVICIO DE HEMATOLOGIA PSICOONCOLOGÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS

Identificación del paciente

Nombre: MRE

Edad: 23 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Soltera

Originaria: Guanajuato

Residente: Edo.de México

Religión: Católica

Dx Médico: Pb. Púrpura Trombocitopénica Autoinmune (PTA)

Remitido por:

Ocupación: Ninguna

Escolaridad: Bachillerato incompleto (ha recurrido el 1er. semestre 2 ocasiones y abandono los estudios desde hace año y medio).

Análisis del motivo de la consulta

La paciente es referida por personal de enfermería quienes reportan percibir a la paciente muy ansiosa y con hipocondría.

Antecedentes Heredo familiares

Abuelo materno vivo padece Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial

Abuelos paternos finados padecieron Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial

Padres vivos aparentemente sanos, hermana con enfermedad cardíaca

Resto interrogados y negados; así como antecedentes de enfermedad psiquiátrica

Antecedentes Personales Patológicos

Niega enfermedades congénitas, crónico-degenerativas, alergia y transfusiones.

Antecedentes Gineco-Obstétricos

Menarca a los 13 años, IVSA a los 18 años, no. de parejas sexuales 3 MPF: preservativo

Antecedentes de índole Psicológico

La paciente niega haber requerido de atención psicológica y/o psiquiátrica, así como historia de medicamentos previamente.

Antecedentes Personales No Patológicos

Habita en casa propia con 2 recamaras, construida de materiales perdurables, con todos los servicios básicos de urbanización, hacinamiento negativo. Zoonosis positiva (2 perros), niega promiscuidad y habita con 3 personas más. Aseo dental una vez por día, alimentación regular en cantidad y calidad. Alcoholismo ocasional desde los 18 años sin

llegar a la embriaguez, tabaquismo positivo desde los 16 años de 2 a 3 cigarrillos al día (abandonado 1 mes antes de su ingreso hospitalario) y toxicomanías negadas.

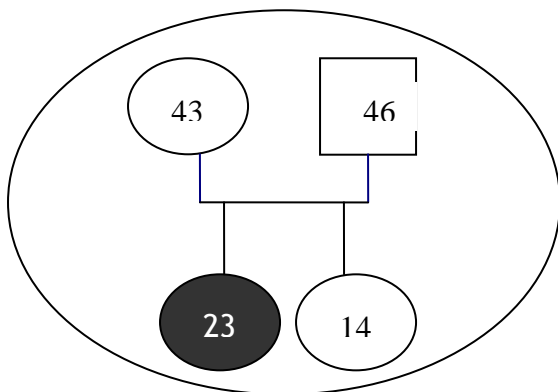
Dinámica Familiar

La paciente reporta tener en general una buena relación con su familia, en especial con su mamá con quien se lleva mejor, ya que tienen carácter muy parecido, quien siempre la conciente y esta atenta a cualquier necesidad que ella pueda tener brindándole mucho apoyo emocional, y sintiendo confianza para poder conversar de las cosas que le suceden ya que es muy accesible.

Respecto a su papá reporta que éste es de carácter más frío y reservado para expresar las emociones, por lo que no hay mucho contacto con el ni confianza para conversar de lo que le sucede; sin embargo a raíz de que enfermó su carácter ha cambiado "ahora se muestra muy cariñoso y afectivo, conversa conmigo, me trae cosas para que me mantenga distraída y me motiva a que ponga de mi parte para recuperarme..."(sic paciente).

Con su hermana define que lleva una relación muy padre "nos queremos mucho y me llevo muy bien con ella, aunque en ocasiones nos llegamos a molestar por tonterías la diferencia de edades no ha sido problema alguno ya que tratamos de ser confidentes..."(sic paciente).

Familiograma:



Historia del problema

Emocional

Al realizar entrevista inicial con la paciente, ésta reporta sentirse muy ansiosa, preocupada, inquieta y tener un gran temor por no saber con exactitud que es lo que tiene así como por la presencia de pensamientos de muerte que la invaden. El que le hayan realizado diversos estudios y se haya tenido que repetir el AMO (por salir la muestra diluida) le genera pensamientos catastróficos de muerte: "y si me muero como la paciente de mi lado... y si al toser me produzco nuevamente un sangrado... "y si los médicos me están ocultando alguna información, pues como tengo algo muy grave tuvieron que repetirme el estudio... tengo que estar muy mal...además si me están estudiando en el INCAN es porque tengo cáncer..."(sic paciente)".

Por otro lado el no saber qué puede hacer ella misma para incrementar sus plaquetas y así ser dada de alta le genera más ansiedad. Dentro de las manifestaciones físicas que se

observó en la paciente y ella reportó están: temblor y sudoración de manos, palpitations; así como ideas catastróficas e irracionales de que en cualquier momento puede aparecer nuevamente el sangrado y ante cualquier movimiento producirse una hemorragia, por lo que decide mantenerse rígida y evitar los movimientos así como los estornudos. Situación por la cual es referida por el personal de enfermería quienes continuamente la perciben como "muy ansiosa".

Refiere además no poder mantenerse concentrada en alguna actividad porque le invaden pensamientos de muerte impidiéndole ello poder mantenerse centrada en alguna actividad, por lo que no concluye ninguna de las actividades que planea realizar.

Cabe hacer mención que la paciente reporto que a partir de su hospitalización es que empieza a sentirse tan nerviosa pues nunca había tenido una ansiedad como la que había estado presentando durante su internamiento.

Hematológico

Inicia su padecimiento actual el día domingo 28.11.09 al notar la presencia de petequias en labio inferior, posteriormente las localiza en miembros pélvicos, torácicos y cara. El día lunes acude a facultativo por persistir con las petequias y agregarse gingivorragia; quien le manda realizar estudios de laboratorio y al ver los resultados le indica prednisona 5mg vía oral. Por la noche presenta epistaxis e incremento en el número de petequias, acude nuevamente a facultativo quien decide envío a esta unidad para inicio de tratamiento. Se le realizan nuevamente estudios de laboratorio encontrándose con trombocitopenia severa (1000 plaquetas), por lo que es valorada por el servicio de hematología ingresándola para estudio y tratamiento de Pb. PTI vs. Sx Mielodisplásico.

Impresión y Actitud General

Paciente con edad aparente a la cronológica, de impresión clínica de inteligencia promedio, constitución mesomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño; se encuentra en cama en el área de hospitalización ante la espera de la emisión Dx de Pb. PTI vs Sx. mielodisplásico

Examen Mental

Paciente con edad aparente igual a la cronológica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño, cooperadora ante la entrevista, manteniendo contacto visual, en estado de alerta. Tiempos de reacción adecuados, orientada en las 3 esferas TEP, con procesos de atención y concentración adecuados, sensoperceptuales sin alteración, memorias conservadas, nivel de pensamiento abstracto, lenguaje claro, comprensible, curso fluido, discurso congruente con el afecto el cual es hipotímico, cuenta con recursos cognitivos y conductuales, se reporta por parte de la paciente antecedentes de apego al tratamiento y a pesar de que aun no cuenta con conciencia de la enfermedad reporta disposición a seguir el tratamiento que le sea indicado. Cuenta con una alta percepción de apoyo social y económico por parte de su familia. La paciente cuenta con estrategias de afrontamiento inactivas.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos

Se aplicó:

- Valoración Clínica
- Entrevista Inicial

- IDARE
- IBT

Análisis y descripción de las conductas problema

| Conductas Problema | Variables biológicas | Variables familiares | Tratamiento farmacológico |
|--|----------------------|----------------------|---------------------------|
| Excesiva ansiedad y preocupación por su estado de salud. | PTA | | Prednisona |
| Pensamientos catastróficos e irracionales de que en cualquier momento pueda sangrar y morir. | | | Captopril |
| Falta de información en torno al Dx. y modificación en el estilo de vida. | | | |

PROBLEMÁTICA ACTUAL

La paciente reporta experimentar una excesiva preocupación y pensamientos de muerte en cualquier momento que no se encuentre realizando alguna actividad, así como presencia de palpitaciones, sudoración de manos, dificultad respiratoria y opresión en el pecho así como tener dudas en relación a su diagnóstico y lo que puede y debe hacer para incrementar número de plaquetas.

Diagnóstico DSM – IV

- EJE I Trastorno Adaptativo con Ansiedad
- EJE II Personalidad Dependiente
- EJE III Púrpura Trombocitopénica Autoinmune (PTA)
- EJE IV Alteración en el Grupo Primario de Apoyo
- EJE V 61-70

Selección y Aplicación de los tratamientos

Psicooncología

Objetivo:

- Control de ansiedad
- Favorecer adaptación a la enfermedad, Tx y apego al mismo

Manejo de Ansiedad

- Entrenamiento en técnicas de relajación mediante respiración diafragmática, imaginería guiada y autógena.
- Búsqueda e implementación de distractores: mediante solución de problemas.

Reestructuración Cognitiva

- Detectar creencias erróneas sobre su patología y atribuciones equivocadas sobre la misma
- Modificación de pensamientos negativos acerca del pronóstico
- Intervención en relación a la falta de información acerca de su enfermedad, Tx y conductas de autocuidado que debe seguir.
- Detención del pensamiento e implementación de distractores

- Fomentar Apego al Tx.
- Fomentar la utilización de estrategias de afrontamiento activas centradas en el problema y la búsqueda de una red de apoyo social.

Psicoeducación

- Modificación del estilo de vida: Cuidados que tienen que realizarse en alimentación y cuidados higiénicos, así como fomentar la reanudación de las actividades.

- Entrenamiento en solución de problemas en la búsqueda de alternativas para generar soluciones.

Trabajo psicológico con los padres a nivel conductual:

- Marcar reglas
- Trabajo de límites

COMPETENCIAS ALCANZADAS POR EL RESIDENTE EN MEDICINA CONDUCTUAL

- Desarrollo de habilidades asertivas en el trabajo con el personal de salud; principalmente con los residentes rotando en el servicio y enfermería.
- Obtención del personal de salud canalizaciones de pacientes en necesidad de atención psicológica.
- Interés del personal de salud (médicos, personal de enfermería y trabajo social) por el trabajo que desempeña el residente de medicina conductual, como de las técnicas psicológicas utilizadas.
- Generación de interés en el personal de salud por recibir talleres para manejo de estrés y counselling o asesoría psicológica.
- Desarrollo de habilidades clínicas, y en la detección de las principales necesidades y problemáticas de la población que es atendida en el servicio.
- Habilidad para adecuar las técnicas psicológicas a las características del paciente y recursos disponibles.
- Habilidad para alcanzar objetivos terapéuticos en cortos periodos de tiempo.
- Adquisición de conocimiento y de terminología médica relacionada a las principales enfermedades atendidas en el servicio.
- Mejora en la elaboración de notas clínicas y en el manejo de expediente clínico.
- Habilidad para poder realizar un trabajo psicológico en áreas que no cubren los requisitos para desempeñar dicho trabajo terapéutico como lo es en intervenciones en crisis.
- Manejo de la tolerancia a la frustración
- Manejo óptimo del tiempo para cubrir tanto las actividades académicas como la atención brindada a los pacientes en área de hospitalización.
- Generación de interés por parte de los pacientes en recibir un tratamiento psicológico

EVALUACIÓN DEL SERVICIO Y DE LA SUPERVISIÓN

El apoyo proporcionado por el jefe de servicio, el personal médico adscrito y residentes fue muy importante y útil ya que en todo momento estuvieron en la disposición de ayudar en las dudas que se presentaran, estando pendientes del trabajo desarrollado preguntando sobre las necesidades o problemáticas detectadas por nosotros para así poder brindar mejor atención al paciente. Además fue muy importante el reconocimiento que de nuestro trabajo hace el personal médico considerándolo primordial en cualquier etapa en la que se encuentre el paciente.

Las clases médicas de Hematología me permitieron adquirir información y terminología médica sobre las principales enfermedades atendidas en el servicio que pude emplear en el momento de trabajar psicoeducación de la enfermedad y tratamiento con el paciente y/o su familia; así como poder aclarar las principales dudas que éstos presentaban.

También obtuve mucho apoyo por parte de la supervisora in situ, estando siempre disponible cuando así lo requerí; proporcionándome asesoría en los casos complicados así como de la intervención a trabajar y objetivos a cubrir. Respecto a las clases médicas, de psicooncología y caso clínico, fueron muy enriquecedoras ya que me permitieron la adquisición de nuevos conocimientos sobre el modo de abordaje de un paciente con enfermedad oncológica y en cuidados paliativos, para realizar un diagnóstico con respecto al DSM IV, poder elaborar un programa de intervención, así como revisar el estado del arte de las técnicas psicológicas en otros países, pudiéndome dar cuenta de que todo lo que se realizaba en otros lugares coincide con lo que se realiza día a día en el servicio.

La supervisión académica fue también muy buena ya que fue un espacio donde pude reforzar conocimientos y adquirir nuevos para realizar el trabajo de intervención con los pacientes, principalmente se podían discutir los casos, se hacía una revisión bibliográfica actual de temáticas de utilidad para un mejor desempeño en el trabajo con pacientes, se revisaron avances sobre el informe final de experiencia profesional y asesoría en la elaboración de bases de datos y de la elaboración del protocolo de investigación.

RECOMENDACIONES

- Sería importante contar con un R2 en los servicios para poder obtener de ellos retroalimentación de las necesidades observadas y protocolos desarrollados para así poder elaborar investigaciones de mayor utilidad y continuidad en el servicio; también para poder contar con una asesoría rápida y de emergencia en el momento de atención con el paciente.
- Contar con mayor supervisión en el momento de las intervenciones para poder mejorar la habilidad clínica y de entrevista inicial en el residente.
- Llevar a cabo una mayor difusión con los pacientes y personal de salud en los diferentes servicios sobre las actividades que realiza el residente en medicina conductual.
- Crear espacios físicos de uso específico para el residente en medicina conductual donde éste pueda dar seguimiento a los pacientes o bien se puedan llevar a cabo talleres a pacientes, familiares y personal de salud.
- Promover y generar investigación interdisciplinaria
- Facilitar al residente en medicina conductual la realización de un protocolo de investigación; ya que es demasiado el tiempo que se tarda en su revisión y los resultados de su aprobación por lo que se dificulta llevarlo a cabo.
- Contar con apoyo como copias, impresión de material de trabajo, aulas por parte de la institución para la realización de protocolo o talleres.
- Reducir el número de clases de psicooncología y de asistencia a clases médicas de hematología para poder contar con mayor tiempo para brindar atención a los pacientes.
- Sensibilizar y entrenar a los médicos para la comunicación de malas noticias y de emisión diagnóstica.
- Sensibilizar al personal médico sobre la importancia del Cuidador Primario en la atención y cuidados que éste brinda al paciente.
- Fomentar la realización de un trabajo interdisciplinario con el personal de salud
- Sensibilizar a la institución y personal de salud sobre la importancia de generar grupos de apoyo para pacientes y familiares.

SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA

INSTITUTO NACIONAL DE
ENFERMEDADES
RESPIRATORIAS

EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL CONTROL DEL ASMA EN PACIENTES MAL CONTROLADOS

RESUMEN

Introducción: La falta de control del paciente asmático es uno de los principales problemas de atención médica, que genera altos costos en los sistemas de salud e impacta de manera negativa en diferentes áreas de la vida del paciente y su familia a nivel laboral, escolar y económico, así como desajuste psicológico y social (Lara y Pérez, 2002; Borderías et al, 2005). La psicoeducación desarrollada dentro de un programa de intervención integral Cognitivo-Conductual es una herramienta capaz de lograr que el paciente tome conciencia y mayor autonomía sobre su enfermedad a través de la adquisición de habilidades y estrategias médicas y psicológicas que ayuden a modificar la evolución de la enfermedad hacia un adecuado control. **Objetivo:** Conocer el efecto de un programa Cognitivo-Conductual en el control de síntomas y nivel de conocimientos de asma, así como en la reducción del nivel de estrés, ansiedad y depresión en pacientes mal controlados a través de la enseñanza de técnicas de psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva y solución de problemas. **Método:** Participó una muestra intencional de 34 pacientes asmáticos, 16 para el Grupo Experimental (GE) y 18 para el Grupo Control (GC). A los cuales se evaluó nivel de conocimientos de asma, y nivel de estrés, ansiedad y depresión; antes de iniciar el programa de intervención, al finalizar y de seguimiento un mes después. **Resultados:** El 82.4% eran del sexo femenino, con edad promedio de 46.4 años (DE 12.50), 67.6% casados y 26.5% con estudios de secundaria. El tiempo promedio de diagnóstico de asma fue de 10 años, con un mayor predominio de severidad moderada persistente. No se encontraron diferencias entre las características demográficas de los grupos. Respecto a las variables clínicas, se encontró que la evolución clínica del Grupo Experimental con quien se trabajó el programa de intervención mejoró de forma general pasando de asma leve a intermitente, realizando acciones para mejora y control de su enfermedad como es la flujometría y llevando su programa de control elaborado por su neumólogo. Además se observó incremento en el nivel de conocimientos de su asma y los valores de flujometría conforme se fue desarrollando el programa, cambios que se mantuvieron hasta la fase de seguimiento. Por su

parte el Grupo Control continuó con asma moderada, controlándose en casa únicamente con salbutamol y en su mayoría sin un programa de autocontrol. Respecto a las características psicológicas en el Grupo Experimental se observó una disminución en los niveles de ansiedad, depresión y estrés percibido posterior a la intervención, lo cual se mantiene hasta la fase de seguimiento. **Conclusiones:** El grupo de pacientes que recibió el programa de intervención obtuvo un incremento significativo del conocimiento de su enfermedad así como herramientas para su control y una disminución significativa en sus niveles de estrés, ansiedad y depresión; lo que se interpreta como consecuencia de su mejor preparación para comprender y manejar la enfermedad y sus efectos en el estado anímico.

Palabras clave: asma bronquial, estrés, ansiedad, depresión,
psicoeducación

ASMA BRONQUIAL

El asma bronquial es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas respiratorias, caracterizada por la infiltración de la mucosa por células inmunes e inflamatorias. Dicha inflamación genera hiperreactividad bronquial frente a distintos estímulos (humos, irritantes, frío, ejercicio, factores emocionales y estrés), que originan síntomas como disnea, sibilancias, opresión torácica, tos y secreciones particularmente durante la noche o la madrugada. En general, estos episodios se asocian con un mayor o menor grado de obstrucción al flujo aéreo, a menudo reversible de forma espontánea o con tratamiento (GINA, 2005).

Esta enfermedad crónica afecta a millones de personas de todas las edades en todo el mundo cuya prevalencia va en aumento, por lo que se considera un problema grave de salud pública. En México, estudios epidemiológicos han reportado que la frecuencia de esta enfermedad varía; mientras en Cuernavaca es de 5.8%, en Hermosillo es de 9.5% y en Ciudad Juárez de 4.2%. La Ciudad de México reporta una prevalencia general de 8%, con mayor frecuencia en adolescentes (9.9%) y de 6.8% entre los niños de seis y siete años. Información del 2005 de la Secretaría de Salud indica que en ese año se reportaron 290,205 nuevos casos de asma, de los cuales 163,747 son menores de 18 años y 125,841 adultos (Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax [SMNYCT], 2005).

De acuerdo con datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el asma y la bronquitis crónica fueron la causa de 2.2% de las defunciones de la población de 60 años y más en el año 2002, mientras que las enfermedades respiratorias fueron la causa del 6% de morbilidad hospitalaria (INEGI, 2003). En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), el asma ha sido en los últimos 10 años la causa principal de demanda de atención en los servicios de Urgencias, Consulta Externa y Hospitalización (Fernández, Vargas, Regalado, Chapela y Salas, 2005).

La elevada prevalencia y el carácter crónico del asma ocasionan que resulte una enfermedad "cara" para la sociedad, especialmente en los países industrializados. En Estados Unidos se estima que el tratamiento del asma consume entre el 1 y el 2% del total de los recursos destinados a la salud pública (Weiss, Gergen y Hodgson, 1992).

Los síntomas en el asma, aunque característicos, son inespecíficos y no son exclusivos de la enfermedad por lo que pueden variar mucho de un paciente a otro, e incluso un mismo paciente puede tener periodos más o menos largos sin ninguna sintomatología o tener síntomas persistentes durante largo tiempo. Los síntomas característicos son la disnea, tos, opresión torácica, sibilancias y secreciones.

Los factores que propician la aparición de síntomas (incluso una crisis asmática) se les conocen como desencadenantes. Entre estos destacan las sustancias contaminantes ambientales, humos domésticos, agentes químicos irritantes, cambios climáticos, ejercicio, infecciones virales, reflujo gastroesofágico y emocionales. Es importante que el paciente con asma identifique aquellos factores que desencadenan sus síntomas y evite su exposición a los mismos, contribuyendo en el control de sus síntomas.

Por otro lado el diagnóstico correcto de los pacientes asmáticos y la clasificación estandarizada de su gravedad permiten elaborar un tratamiento adecuado, que incluya un plan de educación individualizado. En la Tabla 15 se resume la clasificación del asma según su gravedad.

Tabla 15. Clasificación del asma

| CLASIFICACIÓN | FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS |
|------------------------------|---|
| Asma Leve Intermite | Síntomas < 1 vez por semana Exacerbaciones breves Síntomas nocturnos no más de 2 veces por mes |
| Asma Leve Persistente | Síntomas >1 vez por semana pero < 1 vez al día Las exacerbaciones pueden afectar la realización de actividades y el sueño Síntomas nocturnos > 2 veces al mes |
| Asma Moderada | Síntomas diariamente Utilización diaria de agonistas β_2 inhalado de acción rápida Las exacerbaciones producen afectación en la realización de actividades y el sueño Síntomas nocturnos > 1 vez a la semana |
| Asma Severa | Síntomas continuos Exacerbaciones frecuentes Limitación de actividades Síntomas nocturnos frecuentes |

*Fuente: GINA, 2008

El objetivo principal del tratamiento es alcanzar el control de la enfermedad, prevenir exacerbaciones, evitar obstrucción crónica del flujo aéreo y reducir su mortalidad. El manejo del asma está en función de su gravedad, es decir mientras más grave se ajusta de manera continua, con el fin de que el paciente este siempre controlado, es decir que las manifestaciones del asma estén ausentes o se vean reducidas al máximo por las intervenciones terapéuticas (Guía Española para el Manejo del Asma [GEMA], 2009).

En general los fármacos para tratar el asma son los esteroides y los broncodilatadores de acción rápida. Los primeros actúan disminuyendo la inflamación y los segundos disminuyen la broncoconstricción. La vía inhalada es la indicada para la administración de estos medicamentos y actualmente se dispone comercialmente de varios dispositivos y presentaciones para su aplicación. Existen otros medicamentos como los broncodilatadores de acción prolongada, antileucotrienos, teofilina de liberación prolongada y anticuerpos anti IgE los cuales son utilizados cuando un paciente no ha tenido la respuesta esperada con los esteroides y broncodilatadores de acción rápida.

Las opciones terapéuticas para el control del asma disponibles actualmente son insuficientes para controlar el 80% de los pacientes, por lo que el control a largo plazo continúa siendo uno de los problemas más importantes en la atención de estos pacientes.

A pesar del impacto negativo que la enfermedad genera en la vida diaria del paciente, son varios los factores (económicos, personales y médicos) los que intervienen para que pueda mantenerse bien controlado. Independientemente de cuales sean los factores esta enfermedad afecta su calidad de vida generando reacciones emocionales como miedo, ansiedad y depresión, que a su vez pueden incrementar el sufrimiento y provocar deterioro en las relaciones familiares, sociales y afectar aún mas su calidad de vida (Drotar, 2006).

Dentro de las emociones que se han asociado al desencadenamiento de síntomas de asma está la ansiedad, el miedo o el control inadecuado de las situaciones estresantes, que puede tener consecuencias directas sobre el estado de la enfermedad pudiendo provocar o exacerbar un ataque de asma. Así, McFadden (1989) señala que las sibilancias respiratorias aumentan en situaciones en las cuales el estrés es prominente, precipitando o desencadenando el comienzo de las crisis asmáticas.

Algunos trabajos han investigado la influencia de los factores psicológicos sobre los ataques de asma y las visitas de urgencia a los hospitales. En este caso, la frecuencia de las visitas a urgencias ha sido relacionada, no sólo con un conocimiento preventivo

insuficiente por parte del paciente, con la poca adherencia al tratamiento o con factores socioeconómicos (Neville, Gribbein y Harrison, 1991; Padget y Brodsky, 1992), sino también con aspectos psicológicos (Janson-Bjerklie, Ferketich y Benner, 1993). Por ejemplo, estos últimos autores, afirman que el grado de estrés o ansiedad durante un episodio de asma, el peligro percibido y la ausencia de apoyo social, son predictores significativos de las visitas a las consultas de urgencia. Por su parte Nouwen, Freeston, Labbe y Boulet (1999), realizaron un estudio con dos grupos de 30 sujetos asmáticos. Cada uno de estos grupos se formó con individuos que acudían a las consultas de urgencia frecuentemente, tras evaluarlos mediante diferentes pruebas (Asthma Symptom Checklist, Beck Depression Inventory, Multidimensional Health Locus of Control Scale, Revised Self-Consciousness Scale, Body Consciousness Scale, etc.) concluyeron que lo que caracterizaba a los sujetos que acuden frecuentemente a las consultas de urgencias es una baja auto-eficacia, altas puntuaciones en pánico-miedo y una alta interferencia subjetiva.

A continuación, se plantean algunos de los aspectos psicológicos que frecuentemente se han asociado con el asma, tales como ansiedad, depresión y estrés; y se revisaran algunas investigaciones realizadas al respecto.

ASPECTOS PSICOLOGICOS EN ASMA

Entre los trastornos de ansiedad, el pánico ha sido estudiado en relación con el asma. Según el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), este trastorno se caracteriza por ataques súbitos de miedo intenso o ansiedad, usualmente asociados con numerosos síntomas físicos como palpitaciones, taquicardia, sensación de ahogo o disnea, visión borrosa, sudoración, vértigos y pensamientos en relación a nuevos ataques. A este respecto Vázquez y Buceta (1996) plantean que la dificultad para respirar provoca que el paciente trate de realizar grandes esfuerzos para controlar dicha dificultad, con lo cual se produce una reacción emocional que genera en muchos casos hiperventilación. La hiperventilación puede por sí misma producir broncoconstricción y síntomas que incluyen parestesias y vértigo, los cuales pueden generar ansiedad y precipitar un ataque de pánico.

En el asma la ansiedad influye en el cumplimiento de la medicación, interfiriendo con el tratamiento de mantenimiento. Por ejemplo, la ansiedad respecto a los efectos adversos de los fármacos como los corticoides sistémicos (corticofobia) origina que los pacientes no tomen este medicamento o lo suspendan antes de concluir el tiempo indicado por el médico dificultando así el control de la enfermedad. Por otro lado, los pacientes con sintomatología ansiosa se caracterizan por tener mayor necesidad de

tratamiento farmacológico reflejado en mayores dosis de corticoides, menor adherencia al tratamiento y mayor tasa de hospitalizaciones debido al seguimiento inadecuado de las indicaciones medicas; así como a la sobreutilización de los recursos médicos o el uso abusivo de los mismos debido a que no son capaces de determinar si los síntomas que percibe son por la enfermedad o el estado de ansiedad en el que se encuentran. A este respecto Kinsman, Dahlem, Spctor y Staudenmayer (1977) reportan que los pacientes que tienen un nivel de ansiedad elevado son hospitalizados con más frecuencia, más tiempo y recurren a corticoides más frecuentemente que los demás.

Otro de los aspectos psicológicos asociados con el asma es la depresión; en los pacientes asmáticos se observa alta prevalencia de ésta, la cual tiene mayor impacto en su capacidad funcional (Lehrer, Feldman, Giardino y Song, 2002). Dentro de los factores que pueden estar relacionados con el desarrollo de una depresión son la necesidad de medicación crónica, las restricciones a la actividad habitual y la imprevisibilidad de las crisis de asma.

La comorbilidad entre la depresión y el asma lleva a un peor pronóstico de la enfermedad respiratoria. La inestabilidad emocional implica mayor dificultad de adaptación a la enfermedad y a los cambios de su desarrollo, así como a la falta de adherencia terapéutica, aumentando la morbilidad y mortalidad de los pacientes asmáticos (Galil, 2000).

Finalmente otro de los aspectos psicológicos estudiados en relación con el asma es el estrés y su asociación con la broncoconstricción y reducción del flujo pulmonar. Encontrándose que el estrés esta presente desde el momento del diagnóstico de la enfermedad, durante el desarrollo de la misma y en combinación con los cambios de la vida, así como con las experiencias que han tenido en las crisis y hospitalizaciones (Ritz, Steptoe, DeWilde y Costa, 2000).

Algunos trabajos han investigado la influencia de los factores psicológicos sobre los ataques de asma y las visitas a urgencias. A este respecto, la frecuencia de las visitas a urgencias ha sido relacionada, no sólo con un conocimiento preventivo insuficiente por parte del paciente, con la poca adherencia al tratamiento o con factores socioeconómicos (Neville, Gribbein y Harrison, 1991; Padget y Brodsky, 1992), sino también con aspectos psicológicos (Janson-Bjerklie, Ferketich y Benner, 1993). Por ejemplo, estos últimos autores, afirman que el grado de estrés o ansiedad durante un episodio de asma, el peligro percibido y la ausencia de apoyo social, son predictores significativos de las visitas a las consultas de urgencia. Por su parte Nouwen, Freeston, Labbe y Boulet (1999)

realizaron un estudio con dos grupos de 30 sujetos asmáticos; cada uno se formó con individuos que acudían a las consultas de urgencia frecuentemente, tras evaluarlos mediante diferentes pruebas (Asthma Symptom Checklist, Beck Depression Inventory, Multidimensional Health Locus of Control Scale, Revised Self-Consciousness Scale, Body Consciousness Scale, etc.) concluyeron que lo que caracteriza a los sujetos que acuden frecuentemente a las consultas de urgencias es una baja autoeficacia, altas puntuaciones en pánico-miedo y una alta interferencia subjetiva.

Otro de los aspectos más investigados ha sido el estudio de los factores desencadenantes, vinculados con la aparición de los síntomas de asma, entre los que se sitúan los psicológicos. Dentro de los trabajos destacados se encuentra el de Rumback, Kelso, Arheart, y Self (1993) quienes encontraron que el 51% de los pacientes asmáticos percibían la ansiedad como el principal desencadenante de síntomas. Snadden y Brown (1992) usando una técnica cualitativa para explorar la experiencia del asma en una muestra de adultos, reportan los sentimientos de rabia como el desencadenante inicial de los episodios asmáticos. Purcell, Brady, Chai, Muser, Molk, Gordon, y Means (1969) realizaron un estudio en el cual el 50% de los padres indicaron que los factores emocionales eran muy relevantes en el ataque asmático de sus hijos. En una revisión de la literatura Lehrer (1998) concluye que el pánico está fuertemente asociado al asma debido a que produce hiperventilación y un patrón específico de excitación autonómica que puede causar broncoconstricción.

Cómo se aprecia dentro de las emociones que se han asociado al desencadenamiento de síntomas de asma está la ansiedad, el miedo o el control inadecuado de las situaciones estresantes, que puede tener consecuencias directas sobre el estado de la enfermedad pudiendo provocar o exacerbar un ataque de asma; por lo que el abordaje que se haga del mismo tiene que ser de manera integral. Es en este aspecto en el cual es necesario brindar apoyo psicológico sobre la enfermedad y dotar de herramientas cognitivas y conductuales para manejar emociones negativas que auxilien al paciente a controlar su asma.

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN REALIZADOS EN ASMA

En relación con las investigaciones realizadas respecto a intervenciones psicológicas y médicas para el control de crisis o síntomas en pacientes asmáticos se ha encontrado lo siguiente:

Dahl, Gustafsson y Melin (1990) realizaron una intervención Cognitivo-Conductual que consistió en entrenar al paciente en la discriminación de síntomas, técnicas de autocontrol y en la desensibilización sistemática ante los estímulos asociados al asma; encontrando cambios significativos comparando al grupo control con el grupo experimental. Los cambios eran en relación al número de dosis de medicación, días de absentismo escolar y número de días con sensación subjetiva de experimentar una crisis.

Kotses, Bernstein y Reynolds (1995) desarrollaron un programa para adultos de 7 semanas con duración de 75 minutos, centrándose en el automanejo de los medicamentos en asma, prevención de exacerbaciones, solución de problemas y el monitoreo de flujometría. Seis meses después de la intervención las mejoras fueron significativas en flujometría, episodios de asma, conocimiento sobre la enfermedad, autoeficacia y depresión.

Benedito, Botella y López (1996) estudiaron la influencia de tres procedimientos terapéuticos sobre distintas dimensiones de personalidad en niños asmáticos, para lo cual trabajaron con 39 pacientes asmáticos que fueron distribuidos al azar en tres grupos terapéuticos de 13 sujetos cada uno: Relajación, Desensibilización sistemática e Inoculación de estrés. Antes y después de la aplicación de cada una de las terapias se midieron en los pacientes las dimensiones de ansiedad, neuroticismo, rigidez, extraversión, motivación y locus de control. Los resultados señalan en el primer grupo una disminución significativa en ansiedad-rasgo y estado, neuroticismo y voluntariedad fantasiosa; para el grupo dos una disminución significativa en ansiedad rasgo y estado y control interno en el logro de tareas y en el tercer grupo disminución en ansiedad-rasgo, neuroticismo y control externo.

Arias, Pernas y Martin (1998) realizaron una investigación con 16 pacientes asmáticos con el objetivo de evaluar los posibles beneficios de la aplicación de un programa para el automanejo del paciente asmático adulto. El grupo que cumplió el programa íntegramente logró una disminución significativa del nivel de ansiedad, número de crisis o ataques de asma, así como del consumo de medicamentos, como efecto de su mejor preparación para comprender y manejar la enfermedad. Estos resultados coinciden con los encontrados en estudios similares realizados por Kotses (1995) y Garcia y González (1995).

Lucas, Zimme,Paul, et al. (2001), desarrollaron un programa grupal de 8 semanas de duración basado en el manejo de estrés mediante entrenamiento en relajación. Dos años después del programa, los pacientes reportaron mejoras significativas en el

conocimiento de su enfermedad, autoeficacia, bienestar emocional y actividades físicas y sociales acompañado de un decremento en el número de hospitalizaciones.

Stephen, Hui, Ting-Fan, Gladys y Wong (2002) realizaron un estudio con el objetivo de conocer los efectos de un programa de manejo clínico del asma en una cohorte de 106 niños en Hong Kong; quienes recibieron una sesión de dos horas que fue conducido por una enfermera pediátrica. Los resultados fueron una disminución significativa en la tos nocturna, sibilancias, ataques de asma, asistencia a urgencias y número de hospitalizaciones; así como un mayor uso de corticosteroides inhalados teniendo un mejor control de su enfermedad, a los 6 y 12 meses comparado con la línea base.

Put, O van den Bergh, Lemaigre, Demedts y Verleden (2003) evaluaron un programa de asma individualizado basado en cambios conductuales, donde los pacientes fueron asignados aleatoriamente a un grupo experimental y un grupo en lista de espera. A quienes se evaluó Calidad de Vida, síntomas de asma, emociones, conocimientos, actitud, autoeficacia, adherencia y mediciones de flujometría. Ambos grupos fueron evaluados en tres momentos consecutivos y se trabajó con un libro que contenía información, ejercicios y tareas. Se brindó el programa durante seis sesiones individuales de 1 hora y las técnicas utilizadas fueron psicoeducación, técnicas conductuales y cognitivas. Dentro de los resultados se reporta que el grupo experimental logró reducir los síntomas de asma, mejorar su calidad de vida, estado anímico, apego a tratamiento y función pulmonar, inmediatamente después de terminar el programa y tres meses después de seguimiento.

Tousman, Zeitz, Bristol y Taylor (2006) realizaron una investigación con el objetivo de evaluar un programa educativo de automanejo Cognitivo-Conductual para adultos, con una muestra de 70 pacientes quienes completaron un curso de 7 semanas (2 horas una vez por semana) que consistió en un grupo interactivo de discusión, el cual fue dirigido por un equipo multidisciplinario conformado por una enfermera, terapeuta rehabilitador, alergólogo, trabajador social y psicólogo. Dentro de los tópicos abordados se encuentran la guía de planes de acción del asma, relajación, medicación, cambios en el comportamiento, ejercicio y desencadenantes. Los resultados indicaron diferencias estadísticamente significativas en mejora de la calidad de vida y conocimiento del asma de los pacientes, un mayor control y menor miedo a su enfermedad.

Bazán, Paredes y Osorio (2007) realizaron un estudio a fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes, a través de un taller de educación basado en la Guía Internacional para el Manejo del Asma (GINA) de corte transversal. En el Taller participaron 10

pacientes con edades de entre 1.5 y 6 años y sus padres. Con duración de 5 horas donde se abordaron temáticas como: adherencia, tratamiento de sostén y asistencia en crisis. Encontrando efectividad del taller aplicado con cambios significativos entre la pre y post-prueba en visitas programadas, conocimiento de los padres, crisis y factores de riesgo.

Hong-Wei, Jian, Su-Zhen, et al. (2010) evaluaron el efecto de una intervención sobre la calidad de vida en pacientes asmáticos. Contaron con un grupo experimental (n=228) que recibió tratamiento psicológico y educativo, mientras que el control (n=146) recibió el tratamiento convencional; evaluando el estado anímico, conocimientos en asma y calidad de vida antes y después del programa de intervención. Los resultados mostraron que la calidad de vida y conocimientos en asma fue más alto en el grupo experimental inmediatamente después del programa de intervención y tres meses después.

Yun Wang, Pyng Wu, Hung Ku, Chang y Lee (2010) implementaron un programa educativo sobre asma con un seguimiento de 6 meses a 118 pacientes, a quienes se realizó mediciones al primer, tercer y sexto mes. Posterior al programa se encontró que el conocimiento en asma aumentó significativamente en el grupo de intervención en comparación con el grupo control.

En nuestro país Gardida, Rojas, Tavera y Catalán (2002) evaluaron el impacto de un Programa de Educación sobre el asma con un año de duración en un grupo de 53 escolares asmáticos y sus padres, mediante un ensayo clínico controlado. En que el grupo experimental recibió un Programa de Educación del asma con duración de tres horas que proporcionó conocimientos sobre aspectos generales del asma, factores de riesgo intra y extradomiciliarios, uso y utilidad del flujómetro, manejo y control de la crisis, promoción en la familia de aspectos relacionados con el cuidado y la preservación de la salud y aspectos psicológicos del asma. En la evaluación final no se observaron diferencias significativas entre los grupos, en cuanto a la evolución clínica del asma y estudios espirométricos.

Como se puede apreciar en los estudios expuestos anteriormente, la mayoría de los programas tienen la finalidad de enseñar a los pacientes asmáticos a manejar su enfermedad, de tal forma que se conviertan en personas activas capaces de prevenir y controlar sus síntomas, que tomen decisiones adecuadas respecto a su enfermedad y adquieran un grado suficiente de conocimiento que les permita ser autónomos y eficaces en su control, evitando así ausentismo escolar o laboral e ingresos hospitalarios mejorándose así su calidad de vida.

JUSTIFICACIÓN

La falta de control del paciente asmático es uno de los principales problemas de atención médica que genera altos costos en los sistemas de salud e impacta de manera negativa en diferentes áreas de la vida del paciente y su familia a nivel laboral, escolar, económico, etc. Así como desajuste psicológico y social que se ve reflejado en su calidad de vida (Lara y Pérez, 2002; Borderías, Zabaleta, Munguionda et al, 2005).

Las técnicas Cognitivo-Conductuales como psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva y solución de problemas desarrolladas dentro de un programa de intervención son una herramienta capaz de lograr que el paciente tome conciencia de su problema de salud y mayor autonomía sobre la enfermedad a través de la adquisición de habilidades y estrategias médicas y psicológicas que ayuden a modificar la evolución de la enfermedad hacia un adecuado control.

El control adecuado del asma no solo se refiere al control con medicamentos sino que va más allá requiriendo de la participación del paciente y del equipo de salud para lograr que el paciente se mantenga asintomático y aprenda a prevenir exacerbaciones; lo cual ayudará a mantener un nivel de vida normal o lo más cercano a lo normal con el uso mínimo de medicación, pudiendo realizar sus actividades cotidianas sin que éstas se vean afectadas por la presencia de síntomas. Una de las medidas planteadas para aumentar el control del asma y con ello reducir su coste económico, es mejorar el nivel educativo a fin de optimizar el cumplimiento y reducir las visitas a urgencias, las visitas no programadas al médico, los ingresos y los días de baja laboral. En este contexto la intervención del psicólogo es muy importante en el manejo de los pacientes abordando aquellos factores psicológicos, emocionales y conductuales que, en mayor o menor medida pudieran estar interfiriendo en un adecuado control del asma.

En la práctica diaria se observa que el paciente carece de información suficiente sobre su enfermedad, identificación de desencadenantes, uso adecuado de los medicamentos, acciones a seguir en caso de síntomas o crisis asmáticas, registro de síntomas y flujometría; así como del manejo adecuado de las emociones que pueden ser un desencadenante de síntomas de asma o que interfieren para llevar un tratamiento adecuado. Lo cual se debe a las limitaciones de tiempo que tiene el médico para proporcionar dicha información, supervisar o monitorear al paciente o a la dificultad que el paciente puede tener en la adquisición de la información que se le proporciona.

Si bien en nuestro país ya se han realizado estudios previos orientados a conocer los beneficios de programas de índole educativo y psicológico en el control del asma; dichas

investigaciones en su mayoría han sido enfocadas a la realización de talleres para pacientes y familiares en donde únicamente se les explica teóricamente aspectos relacionados a su enfermedad y control de crisis, dejando de lado la parte práctica y supervisada; así como los aspectos psicológicos que pudieran estar afectando el control de su enfermedad. Además de que todos han sido abordados de manera grupal, sin considerar que para cada persona el asma se percibe y enfrenta de diferente manera. Y por otro lado aunque todos estos trabajos utilizan la educación como parte clave en su intervención en esta investigación se pretende realizar una intervención que aborde aquellos aspectos psicológicos que pudieran estar interfiriendo en el control que tiene el paciente de su enfermedad en conjunto con el médico neumólogo.

Considerando que el asma constituye un problema de salud pública y dado que constituye una enfermedad multifactorial cuyo manejo debe ser integral, se hace necesario el diseño de un programa de intervención que favorezca un mejor control del asma y de síntomas psicológicos. Su importancia reside en la aplicación de técnicas Cognitivo-Conductuales que incidan en el control de su enfermedad y síntomas psicológicos; y cuya efectividad pueda arrojar un modelo para fortalecer las políticas en salud.

Por todo lo anterior se considera que un Programa de Intervención basado en técnicas Cognitivo-Conductuales permitirá al paciente enfrentar la enfermedad mejor educado, con menor estrés, ansiedad, depresión y mayor confianza para poner en marcha las habilidades adquiridas, ayudándole en el control y disminución de los síntomas o crisis asmáticas como parte complementaria al tratamiento médico.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Qué efecto tiene la implementación de un programa Cognitivo-Conductual en el control y nivel de conocimientos de asma, así como reducción de estrés, ansiedad y depresión en pacientes mal controlados?

OBJETIVO GENERAL:

Conocer el efecto de un programa Cognitivo-Conductual en el control y nivel de conocimientos de asma, así como en la reducción del nivel de estrés, ansiedad y depresión en pacientes mal controlados a través de la enseñanza de técnicas de psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva y solución de problemas

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el nivel de conocimientos de asma que tienen los pacientes antes y después de la aplicación del programa de intervención Cognitivo-Conductual.
- Evaluar el nivel de estrés, ansiedad y depresión antes y después de la aplicación del programa de intervención Cognitivo-Conductual.
- Incrementar los conocimientos que tienen los pacientes respecto a su enfermedad.
- Detectar si existe diferencia en el nivel de estrés, ansiedad, depresión y conocimientos de asma posterior a la aplicación del programa de intervención
- Determinar si la implementación de un programa de intervención Cognitivo-Conductual para el manejo de estrés en el paciente asmático disminuye los niveles de estrés, ansiedad, depresión y mejora el control de asma y de conocimientos respecto a su enfermedad.

HIPÓTESIS:

Hipótesis Nula:

La aplicación de un Programa de Intervención basado en técnicas Cognitivo-Conductuales mejorará el control y conocimientos que tiene el paciente; y reducirá los niveles de estrés, ansiedad y depresión.

Hipótesis Alterna:

La aplicación de un Programa de Intervención basado en técnicas Cognitivo-Conductuales no mejorará el control y conocimientos que tiene el paciente; y no reducirá los niveles de estrés, ansiedad y depresión.

MÉTODO

PARTICIPANTES:

Participó una muestra intencional de 34 pacientes asmáticos, 16 para el Grupo Experimental (GE) y 18 para el Grupo Control (GC).

TIPO DE MUESTREO:

No probabilístico de sujetos voluntarios (Hernández, Fernández y Baptista, 1998); donde los sujetos participantes fueron aquellos que decidieron hacerlo de manera voluntaria, a partir de una invitación hecha por el investigador.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes que fueran atendidos en la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) con diagnóstico confirmado de asma.

- Pacientes con asma mal controlada
- Mayores de 18 años
- Pertenecientes al Distrito Federal y área metropolitana
- Que aceptaran participar voluntariamente en el programa de intervención y firmaran carta de consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que se encontraban o hubieran recibido en algún momento tratamiento psicológico
- Pacientes en fase diagnóstica de probable asma
- Pacientes que no se encontraran adscritos a la Clínica de Asma del INER
- Pacientes con residencia en otro estado de la República
- Pacientes que fueran menores de edad

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes con asistencia al programa menor al 80%
- Pacientes que no concluyeran los cuatro momentos en el programa de intervención (evaluación inicial, participación en el programa de intervención, evaluación final y seguimiento).

ESCENARIO:

La intervención se llevó a cabo en el Cubículo de la Clínica de Asma del INER asignado al residente en Medicina Conductual.

MATERIALES:

- Carpeta de trabajo que incluyó las presentaciones elaboradas en Power-Point sobre cada una de las temáticas a abordar durante las sesiones del Programa de Intervención.
- Manuales Educativos de Aspectos Médicos y Psicológicos del paciente con Asma
- Diarios de síntomas de la Clínica de Asma del INER
- Autoregistros de síntomas físicos y psicológicos de Asma
- Flujómetros
- Lápices

INSTRUMENTOS:

- **Entrevista de Salud para el Paciente con Asma**

Diseñada ex profeso por parte del investigador para el presente estudio. Su objetivo fue obtener información del paciente en relación a seis apartados o categorías: I. Datos generales del Paciente, II. Aspectos Clínicos en Asma, III. Locus de Control en

Salud, IV. Aspectos Psicológicos, V. Conocimientos previos sobre asma y VI. Síntomas de Asma en el último mes.

- **Cuestionario de Percepción de Estrés de Cohen, Kamarck y Mermelstein en la versión adaptada por Rojas (2001)**

Instrumento para medir estrés basado en la percepción de control. Este cuestionario consiste en 10 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta; donde 0=casi nunca, 2= algunas veces, 3=frecuentemente, 4=siempre (Véase Anexo). El cuestionario se califica realizando una sumatoria de los 10 reactivos y el total se ubica en los siguientes rangos:

0-13= Poco estresado

14-26= Moderadamente estresado

27 o más= Muy estresado

- **Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Spielberger y Díaz (1975).**

Instrumento para medir ansiedad que es la versión en español del STAI (State Trait-Anxiety Inventory), constituido por dos escalas de 20 afirmaciones cada una utilizado para medir dos dimensiones de la ansiedad: una para la evaluación de la ansiedad como estado (IDARE-E) y otra para la evaluación de la ansiedad como rasgo (IDARE-R). En el IDARE-E, hay 10 afirmaciones positivas de ansiedad (o sea, que a mayor puntuación mayor ansiedad) y 10 negativas. En la escala rasgo hay 13 ítems positivos y 7 negativos. La forma de respuesta va de 0 a 4 en ambas subescalas. La puntuación total se calcula mediante la suma de ítems y oscilan en un rango mínimo de 20 a un máximo de 80 puntos en progresión con el nivel de ansiedad ubicando al sujeto en distintos niveles de ansiedad para cada escala, siendo Baja, Moderada o Alta. Véase Anexo.

- **Inventario de Depresión de Beck versión estandarizada por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loérena y Varela (1998).** Cuestionario que evalúa sintomatología depresiva. Consta de 21 ítems, por cada ítem la persona puede seleccionar entre cuatro posibles alternativas que mejor refleje su situación durante la última semana. La puntuación total se calcula mediante la suma de todos los ítems y oscila en un rango de 0 a 63 puntos:

0-9 = Nivel de depresión mínimo

10-16= Nivel de depresión leve

17-29= Nivel de depresión moderada

30-63= Nivel de depresión severa

La versión mexicana del Inventario de Depresión de Beck (1998) cumple con la confiabilidad, validez de contenido y constructo, con propiedades psicométricas para ser utilizado en población mexicana, donde se ha encontrado un alfa de 0.87 (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Lopera y Varela, 1998). Véase Anexo

- **Cuestionario de conocimientos sobre asma (Báez, Chapela, Herrera, Ortiz y Salas, 2007).** Cuestionario en español autoadministrable que mide los conocimientos que tiene el paciente sobre su asma en la práctica clínica o la investigación. Consta de 20 preguntas que abarcan los siguientes tópicos: 1 causas del asma; 1 referente a la causa de las crisis; 1 de fisiopatogenia; 2 de objetivos del tratamiento; 1 de las actividades que puede realizar el paciente con asma; 7 de todo lo relacionado a medicamentos; 3 de flujometría, espaciadores y técnica de inhalación y 4 de autocontrol.

El cual es fiable y reúne los criterios de validez de contenido y apariencia siendo sensible al cambio, con una consistencia por el índice de Kappa entre buena y casi perfecta (96%). Véase Anexo.

- **Autoregistros de síntomas físicos y psicológicos de asma:** Formato elaborado ex profeso por el investigador en el que se establecieron una serie de casillas donde el paciente diariamente anotaba la fecha, presencia de algún síntoma o crisis asmática y la intensidad de éstos (en una escala de 0 a 10; donde 0= de poca intensidad y 10= la mayor intensidad), valores de flujometría matutinos y nocturnos, si acudió a urgencias, si tuvo que ser hospitalizado y si los síntomas o crisis afectaron la realización de sus actividades. Así también el paciente tenía que anotar si se había sentido estresado, ansioso o triste debido a su asma a lo largo de una semana en una escala visual análoga de 0 a 4; donde 0=Nada, 1= Un poco, 2=Regular y 3= Mucho. Véase Anexo.
- **Manual Educativo de aspectos médicos y psicológicos para el paciente con asma** (Islas, Fernández, Salas e Islas, 2010). Manual teórico-práctico elaborado por el investigador y otros colaboradores, para ser utilizado en el trabajo con pacientes asmáticos. El cual está dividido en dos partes, en la primera de ella se abordan los aspectos médicos relacionados con su asma como es: ¿qué es y qué pasa en el asma?, ¿cuáles son los síntomas en el asma y qué los desencadena?, ¿por qué da el asma?, ¿cuáles son los niveles de gravedad del asma?, ¿en qué consiste el tratamiento?, entre otros tópicos. En la segunda parte, se abordan los aspectos psicológicos y emocionales a considerar en su enfermedad como lo son: ¿las

emociones pueden desencadenar síntomas de asma?, ¿qué es el estrés, la ansiedad y depresión? ¿cómo se que estoy estresado, ansioso o deprimido?, ¿cómo influyen estas emociones en mi asma?, ¿qué debo hacer en caso de síntomas o una crisis asmática?, entre otros. Donde se trabaja mediante ejercicios que el propio paciente debe realizar para identificar en su caso particular toda la información abordada relacionada con su asma.

VARIABLES

INDEPENDIENTE:

- Programa de Intervención Cognitivo-Conductual basado en técnicas de psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva, asertividad, solución de problemas y manejo de emociones.

Definición Conceptual: Programa de intervención psicológica semiestructurado basado en técnicas cognitivas y conductuales, diseñado para brindar al paciente herramientas para el control y conocimiento de su asma, mejora de conocimientos y manejo de estrés, ansiedad y depresión.

Definición Operacional: Programa en el que se enseñó al paciente conocimientos, como controlar su asma y manejar el estrés, ansiedad y depresión mediante técnicas de psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva y solución de problemas para ser aplicado en el control de su enfermedad.

DEPENDIENTES:

- Control de síntomas de asma

Definición Conceptual: Disminución de los síntomas de asma (GINA, 2006)

Definición Operacional: Disminución en la presencia e intensidad de síntomas de asma, registrado por el paciente diariamente.

- Estrés

Definición Conceptual: Grado en el que una situación o circunstancia de la vida es evaluada por el individuo como estresante (Cohen, Kamarck, y Mermelstein, 1983).

Definición Operacional: El nivel de estrés se obtendrá por medio de la adaptación de la escala de Percepción de Estrés en población mexicana.

- Ansiedad

Definición Conceptual: Estado emocional que consiste en reacciones de miedo o aprensión anticipatorias de peligro o amenaza, acompañados de activación del sistema nervioso autónomo.

Definición Operacional: El nivel de ansiedad se obtendrá por medio del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).

- Depresión

Definición Conceptual: Trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad.

Definición Operacional: El nivel de depresión se obtendrá por medio del Inventario de Depresión de Beck en la versión mexicana.

DISEÑO

Se empleo un Diseño no equivalente de grupo control y grupo experimental con pretest-postest (Kazdin, 2001).

PROCEDIMIENTO:

El médico neumólogo adscrito a la Clínica de Asma refería a atención psicológica a aquellos pacientes que no tenían un buen control de su enfermedad, a quienes algún aspecto emocional estaba interfiriendo en no tener control de su asma o no tenían una buena adherencia al tratamiento. Una vez que el paciente acudía a solicitar atención psicológica se realizaba una entrevista inicial y si cubría con los criterios de inclusión antes mencionados se le invitaba a participar en un programa de índole psicológico para mejorar el control de su asma. Se le explicaban los objetivos del estudio, posibles beneficios, duración y se resaltó que si en algún momento decidían abandonar la intervención no habría afectación sobre la atención que recibiría por el personal de salud. Si el paciente accedía a participar en la investigación se obtenía el consentimiento informado y se le enseñaba a realizar autoregistro diario de flujometría y síntomas físicos y psicológicos (esto en el caso de que contara con el flujómetro). Si el paciente aun no contaba con este instrumento se informaba sobre la importancia y beneficios que traería para el control de su asma contar con el y se enseñaba a utilizarlo y cómo tendría que realizar autoregistro diario de síntomas físicos y psicológicos en cuanto tuviera su flujómetro; conformando éstos el Grupo Experimental. Posteriormente se informaba al paciente cuando tendría que acudir nuevamente para realizar una evaluación inicial y posteriormente iniciar el programaba de intervención.

El Grupo Control estuvo conformado por pacientes de hospitalización o consulta externa que refirieron no poder participar en el programa de intervención por cuestiones laborales o por distancia. A quienes se les invitó y solicitó autorización para participar respondiendo en ese momento los instrumentos y 4 meses después en alguna de sus citas de seguimiento de la Clínica de Asma.

La intervención consistió en diez sesiones individuales y una de seguimiento con duración de hora y media cada una semanal o quincenalmente de acuerdo con la disponibilidad del paciente. En la primera sesión se realizó la evaluación inicial mediante la aplicación de instrumentos; a partir de la segunda y hasta la novena sesión se brindó el programa de intervención a los pacientes; en la décima sesión se finalizó con el cierre y la aplicación de los instrumentos iniciales. Posteriormente se programó una cita de seguimiento un mes después.

La duración de las sesiones fue de 90 minutos, distribuidas 1 vez por semana o cada 2 semanas. En la Tabla 16 se describen las actividades que se llevaron a cabo en cada una de las sesiones y la técnica psicológica empleada.

Tabla 16. Número de sesión, actividades y técnica psicológica empleada

| No. de sesión | Actividades | Técnica Psicológica empleada |
|---------------|---|---|
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> - Se proporcionó al participante el objetivo, alcances y beneficios del programa de intervención. - Se llevó a cabo la aplicación de instrumentos (pre-evaluación) y llenado de línea base retrospectiva sobre el número de hospitalizaciones y asistencia a urgencias en el último año, mes o semana. - Se trabajó con el paciente mediante el manual: ¿cómo me sentí y qué pensé cuando me dijeron que tenía asma? Abordando el papel de las emociones en la adaptación y control de su enfermedad. | Psicoeducación |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> - El médico neumólogo explicó al paciente mediante el uso del manual: ¿qué es el asma?, ¿qué pasa en el asma?, ¿cuáles son sus síntomas?, ¿qué son los desencadenantes?, ¿qué es un flujómetro y para qué sirve?, además se enseñó a realizar correctamente la técnica de flujometría y se supervisó la administración correcta de su medicamento. | Educación de la enfermedad por parte del médico neumólogo |

| | | |
|----------|--|---|
| <p>3</p> | <p>- Se reforzó educación del asma por parte del investigador.</p> <p>- Se trabajó con el Manual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué son los desencadenantes emociones del asma? • ¿Qué es el estrés y cómo se manifiesta? <p>- Se inició entrenamiento en Respiración Diafragmática.</p> | <p>Psicoeducación</p> <p>Psicoeducación</p> <p>Técnicas de relajación</p> |
| <p>4</p> | <p>Se trabajó con el Manual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué es la ansiedad y cómo se manifiesta? - ¿Qué es la depresión y cómo se manifiesta? <p>-Se supervizó la correcta realización de Respiración Diafragmática y se continuó trabajando con técnicas de relajación.</p> | <p>Psicoeducación</p> <p>Técnicas de Relajación</p> |
| <p>5</p> | <p>- El médico neumólogo analizó el registro a través del diario de síntomas de asma y se obtuvieron parámetros de flujometría y programa de autocontrol.</p> <p>- El médico neumólogo mediante el manual explicó al paciente ¿Qué hacer en caso de síntomas o crisis asmática? y se aclararon dudas al paciente.</p> <p>-Se reforzó entrenamiento en respiración diafragmática.</p> | <p>Educación</p> <p>-Respiración Diafragmática</p> |
| <p>6</p> | <p>- Se enseñó al paciente mediante el manual las conductas a seguir en el caso de síntomas o crisis asmática ¿Qué hacer ante la presencia de una crisis o inicio de síntomas?. Durante esta sesión se trataron aspectos preventivos.</p> <p>-Se trabajó en el manual mediante reestructuración</p> | <p>Entrenamiento Conductual</p> <p>Entrenamiento en</p> |

| | | |
|----|--|--|
| | cognitiva, donde se enseñó al paciente técnicas para manejar los pensamientos negativos o irracionales para generar otros alternativos y más adaptativos. | reestructuración cognitiva |
| 7 | - Se reforzó entrenamiento en reestructuración cognitiva. - Se continuó realizando entrenamiento en relajación autógena. -Se supervisó el correcto seguimiento del programa de autocontrol. | Entrenamiento en reestructuración cognitiva Entrenamiento en relajación |
| 8 | - Con el manual se abordó el entrenamiento en solución de problemas. | Entrenamiento en solución de problemas |
| 9 | -Se reforzó el entrenamiento en solución de problemas. -Mediante el Manual se enseñó al paciente la importancia de la expresión de ideas, emociones y pensamientos. - Se realizó repaso de los contenidos del programa. - Aclaración de dudas finales al paciente por parte del médico neumólogo. | Entrenamiento en solución de problemas Asertividad y expresión de emociones |
| 10 | - Se llevó a cabo la aplicación de instrumentos (post-evaluación) | |
| 11 | -Se realizó evaluación de seguimiento, monitoreo de síntomas físicos y psicológicos en asma. | |

Tipo de riesgo:

Mínimo dado que la información que se recabó se llevó a cabo a través de instrumentos y autoregistros que no requirieron de procedimientos invasivos ni de riesgo para los participantes.

Consideraciones Éticas:

El investigador hizo explícito a las autoridades del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y a los participantes del estudio:

- Los objetivos y propósitos de la investigación.
- Que podían suspender su participación en el estudio en el momento que así lo decidieran, sin que ello afectara la atención que se brindaba a su paciente.
- El anonimato de la información vertida en los instrumentos aplicados.
- Aquellos pacientes que decidieran participar, firmarían una Carta de Consentimiento Informado.

RESULTADOS

Para el análisis estadístico de los datos, se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows versión 17.0. Se realizó estadística descriptiva a los datos sociodemográficos y psicológicos de todos los pacientes para conocer sus características, y se realizaron comparaciones entre los grupos pre, post y seguimiento.

Los resultados de la presente investigación se describirán en dos partes. En la primera, se presenta una descripción los datos demográficos de la población general de estudio; y en la segunda se describen las comparaciones entre los grupos en relación al nivel de conocimientos adquiridos, estrés, ansiedad y depresión antes y después de la aplicación del programa de intervención Cognitivo-Conductual y de seguimiento un mes después.

1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES

Se entrevistaron a 34 pacientes asmáticos adscritos a la Clínica de Asma, con un rango de edad de 23 a 72 años, cuya edad promedio fue de 46.4 años (DE 12.50). El 82.4% correspondió al sexo femenino; 67.6% eran casados o vivían en unión libre; el 47.1% se dedicaba al hogar. El 26.5% reportó escolaridad de secundaria, 23.5% de primaria y 20.6% de bachillerato siendo las categorías más frecuentes (ver Tabla 17).

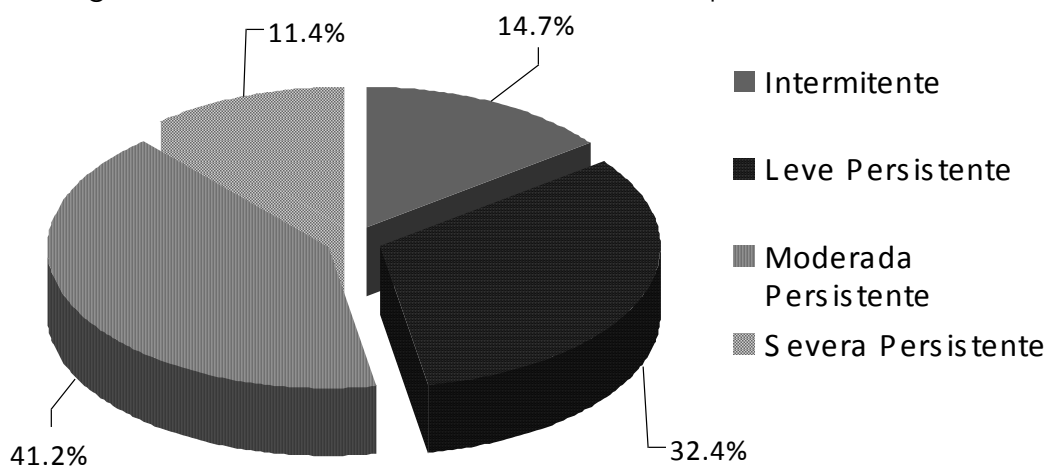
El tiempo promedio de diagnóstico de asma fue de 10 años (DE 7.4) con un rango desde 1 a 24 años. Respecto al nivel de severidad de asma, el 41.2% de los pacientes tenía asma moderada persistente seguido de un 32.4% con asma leve persistente, 14.7% intermitente y 11.8% severa persistente; ver Figura 29.

Tabla 17. Características demográficas de los pacientes

| n= 34 | | n | % |
|-------------------------|-------------------------|----|------|
| Promedio de Edad | X= 46.4 años (DE 12.50) | | |
| Sexo | Masculino | 6 | 17.6 |
| | Femenino | 28 | 82.4 |
| Estado Civil | Soltero | 5 | 14.7 |
| | Casado/Unión Libre | 23 | 67.6 |
| | Divorciado | 4 | 11.8 |
| | Viudo | 2 | 5.9 |

| | | | |
|--------------------|----------------------|----|------|
| Ocupación | Empleado | 12 | 35.3 |
| | Comerciante | 6 | 17.6 |
| | Ama de casa | 16 | 47.1 |
| Escolaridad | Sabe leer y escribir | 1 | 2.9 |
| | Primaria | 8 | 23.5 |
| | Secundaria | 9 | 26.5 |
| | Preparatoria | 7 | 20.6 |
| | Carrera Técnica | 4 | 11.8 |
| | Licenciatura | 4 | 11.8 |
| | Maestría | 1 | 2.9 |

Figura 29. Nivel de severidad de asma de los pacientes



Características de la enfermedad

En las Figuras 30 y 31 se muestra la frecuencia de síntomas que presentaron los pacientes en el último mes, observándose que existe un predominio de su presencia de 2 a 3 veces por semana.

Figura 30. Frecuencia de síntomas de asma que presentaron los pacientes en el último mes

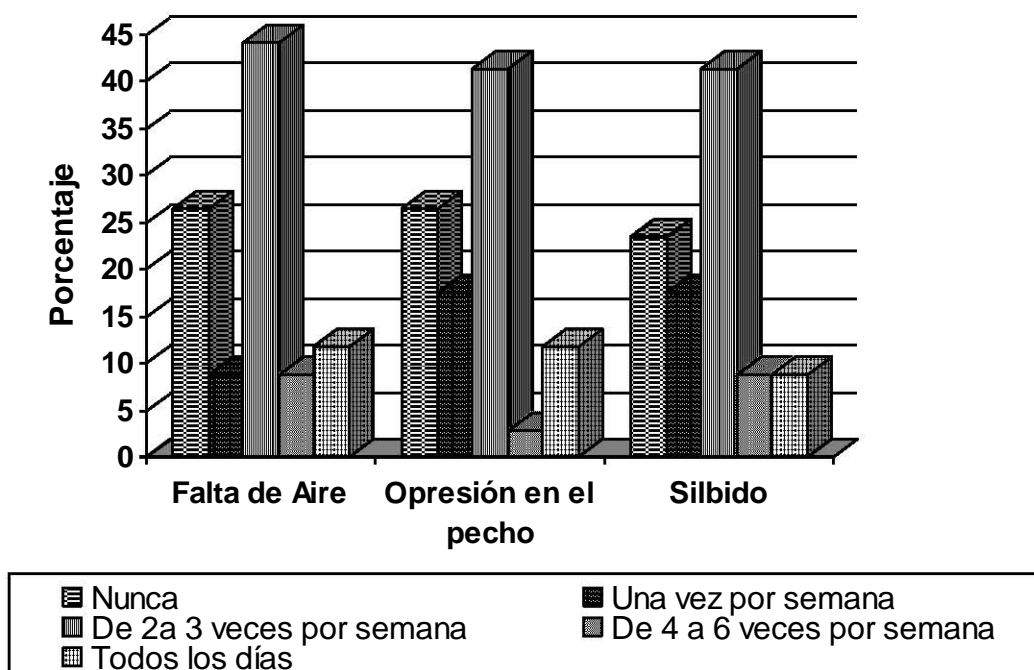
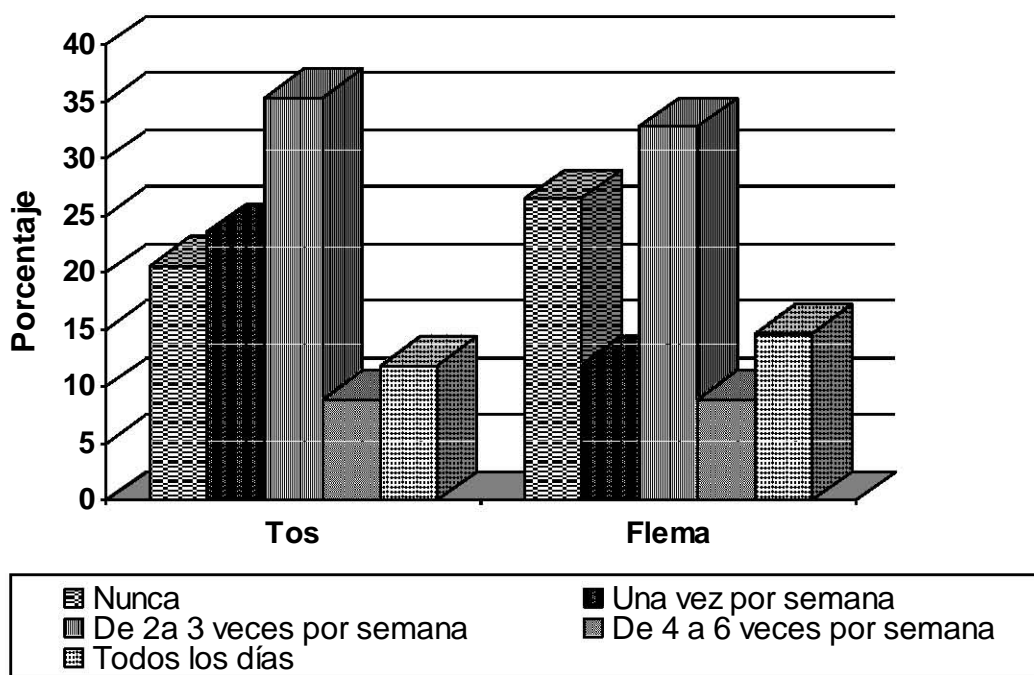


Figura 31. Frecuencia de síntomas de asma que presentaron los pacientes en el último mes



En la Tabla 18 se muestra el nombre de medicamento de control (esteroides inhalados) que estaban utilizando los pacientes. El 5.9% refirió estar utilizando salbutamol,

el cual no es un medicamento utilizado para el control del asma, es un broncodilatador de acción rápida.

Tabla 18. Medicamento de control de síntomas que utilizaba el paciente

| Medicamento Antiinflamatorio | % |
|--|------|
| Numark (Budesonida) | 2.9 |
| Miflonide (Budesonida) | 2.9 |
| Pulmicort (Budesonida) | 5.9 |
| Flixotide (Fluticasona) | 2.9 |
| Alvesco (Ciclesonide) | 2.9 |
| Seretide Diskus (Salmeterol y Fluticasona) | 67.6 |
| Symbicort (Budesonida/Formoterol) | 5.9 |
| Salbutamol | 5.9 |

En la Tabla 19 se muestran otras enfermedades que padecía el paciente además del asma. El 27.6% no padecía de ninguna otra enfermedad y 27.6% reportó presencia de rinitis.

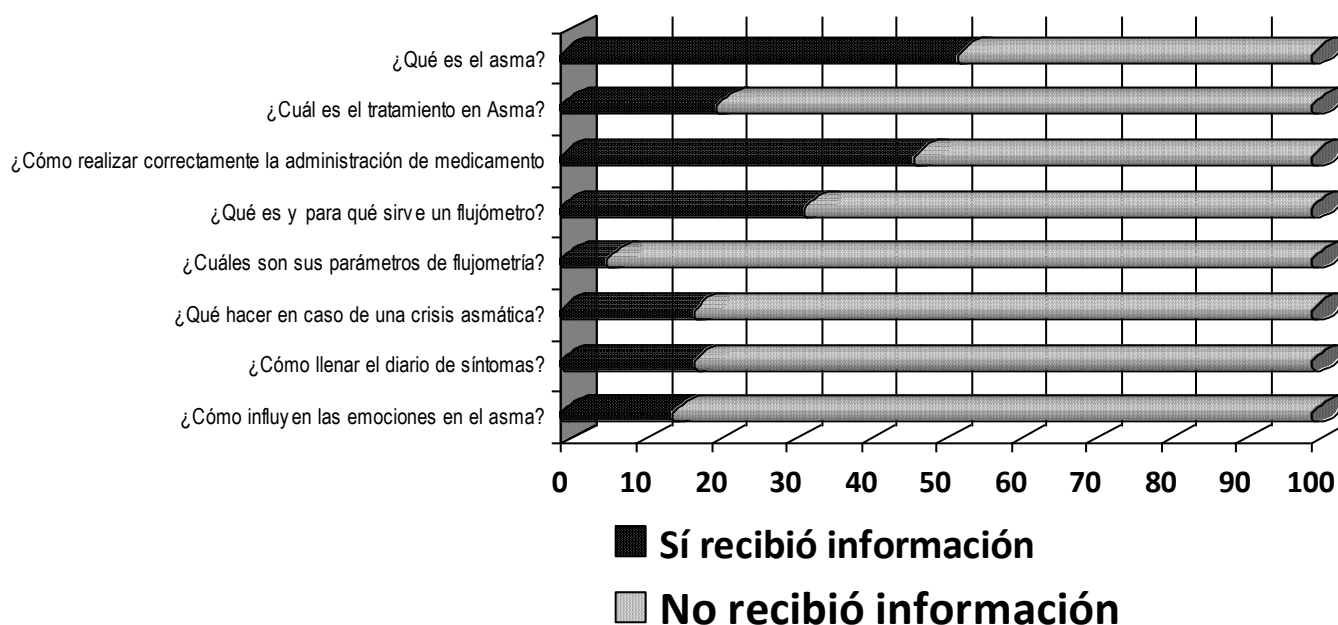
Tabla 19. Enfermedades que padecía el paciente además del asma

| Enfermedad | % |
|----------------------------|------|
| Ninguna | 27.6 |
| Reflujo | 3.4 |
| Rinitis | 27.6 |
| Gastritis | 10.4 |
| Intolerancia a la aspirina | 10.4 |
| Hipertensión Arterial | 13.8 |
| Pólipos Nasales | 3.4 |
| Osteoporosis | 3.4 |

En lo que respecta a la información proporcionada por el equipo de salud referente al asma; se encontró que más del 50% de los pacientes no poseían los conocimientos imprescindibles sobre su enfermedad que son necesarios para que éste realice acciones en cuidado de su salud, como lo es la manera correcta en la

administración de medicamento, qué hacer en caso de una crisis y el llenado de diario de síntomas, entre otras (véase Figura 32).

Figura 32. Información que fue proporcionada al paciente por el equipo de salud



También se preguntó al paciente si contaba con flujómetro en casa y si actualmente realizaba el llenado de diario de síntomas, encontrando que el 70.5% no contaba con flujómetro y no realizaba llenado de diario de síntomas y flujometría; sin embargo sólo el 9% de la muestra total contaba con flujómetro y realizaba el respectivo llenado del diario de síntomas (ver Tabla 20).

Tabla 20. Porcentaje de pacientes que cuentan con flujómetro y realizan llenado de diario de síntomas

| | | Actualmente realiza el llenado de diario de síntomas de asma y flujometría | |
|-----------------------|----|--|----|
| | | No | Sí |
| Cuenta con Flujómetro | No | 70.5% | 0 |
| | Sí | 20.5% | 9% |

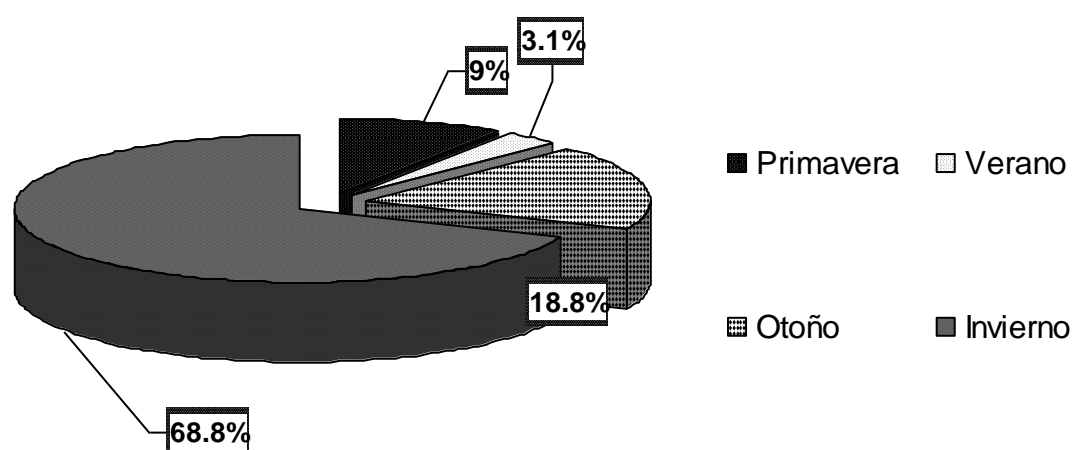
En la Tabla 21 se muestran los desencadenantes físicos y psicológicos que reportaron los pacientes como desencadenantes de síntomas de asma. Obsérvese que los de índole psicológico como sentirse nervioso y preocupado ocupan dos de los tres primeros lugares.

Tabla 21. Desencadenantes físicos y psicológicos identificados por los pacientes

| DESENCADENANTE | % |
|---------------------------------------|------|
| Cambios en temperature | 97 |
| Sentirse nervioso | 91.2 |
| Sentirse preocupado | 88. |
| Humedad | 85.3 |
| Polvo | 85.2 |
| Contaminación ambiental | 79.4 |
| Enfermarse de gripe | 76.6 |
| Humo de cigarro | 76.4 |
| Sentirse estresado | 70.6 |
| Olores de perfumes | 69.7 |
| Sentirse triste o deprimido | 67.7 |
| Pinturas | 61.7 |
| Olores de detergente | 50 |
| Realizar ejercicio o actividad física | 32.3 |

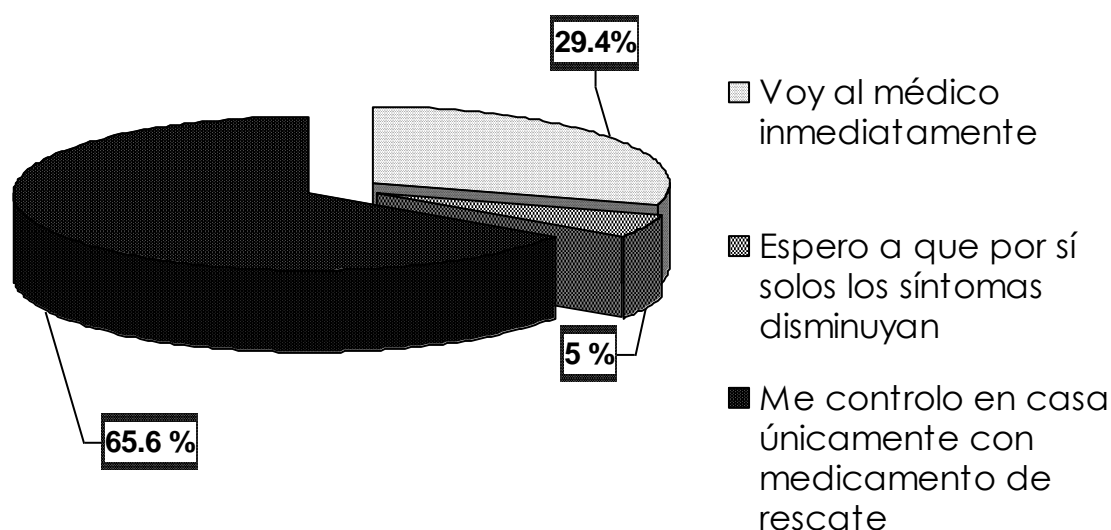
En la Figura 33 se muestra que la peor época del año debido a la mayor presencia de síntomas fue el invierno (68.8%), seguida de otoño (18.8%), primavera y finalmente verano (3.1%).

Figura 33. Época del año en que los pacientes presentan mayores síntomas y afectación por su asma



En la Figura 34 se muestran las acciones que llevan a cabo los pacientes cuando presentan síntomas y se hace inminente la presencia de una crisis asmática. El 29.4% reportó que acude a urgencias o con un médico inmediatamente sin antes llevar a cabo alguna de las acciones recomendadas por su médico tratante, hablándonos esto de personas que pueden tener un alto nivel de ansiedad donde la situación los domina o bien poseen falta de conocimiento en relación a las acciones que deben seguir. Por otro lado el 65.6% reportó controlarse en casa únicamente con medicamento de rescate. Y el 5% no realizaba ninguna acción, simplemente esperaba a que por si solos los síntomas disminuyan, reflejando la falta de conocimientos del paciente en relación a su tratamiento y acciones a seguir para el control de síntomas.

Figura 34. Acciones que lleva a cabo el paciente ante la presencia de síntomas o crisis asmática



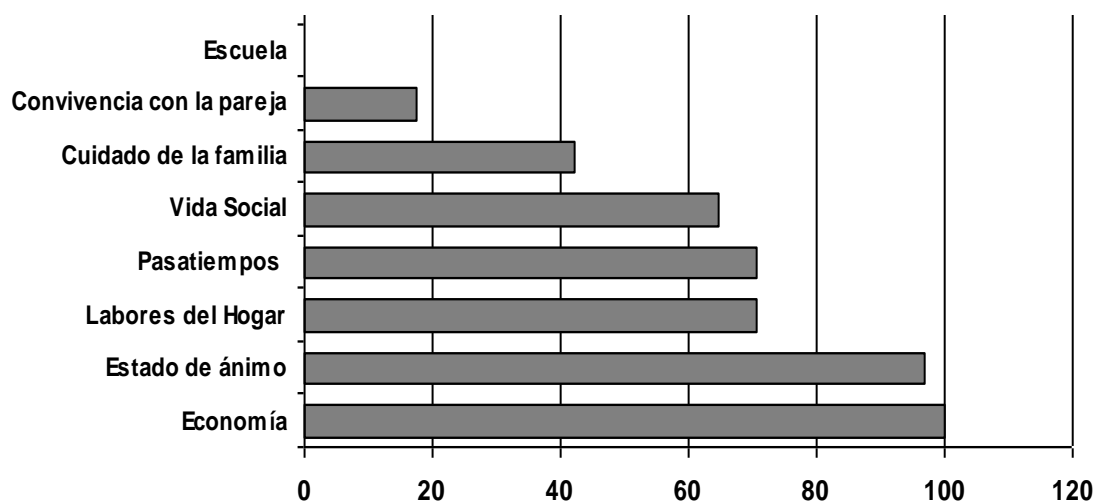
Con relación a los ingresos hospitalarios, de urgencias y consulta neumológica en un año, se encontró en esta muestra que el promedio de ingresos hospitalarios a causa de su asma fue de 1.5 (DE 1.64), con un rango de 1 a 8 ingresos al año. Las visitas a urgencias iban desde 1 y hasta 10 ocasiones, con una media de 3.18 visitas al año (DE 5.30). Y respecto a consultas neumológicas de urgencia se encontró 1 visita en promedio al año fuera de su visita programada (DE 2.42).

Características psicológicas relacionadas con el Asma

En la Figura 35 se muestran aquellas áreas de la vida que el paciente identificó se han visto afectadas a causa de su asma y/o por la presencia de síntomas. Así las más afectadas fueron su economía (100%) a causa del elevado costo de los medicamentos, seguido del estado anímico (97%), labores del hogar y pasatiempos (70.6%)





respectivamente; siendo la menos afectada la escuela debido a que en esta muestra no encontramos pacientes que fueran estudiantes.

Figura 35. Áreas de la vida del paciente que se han visto afectadas a causa de su asma



El nivel subjetivo de percepción de estrés que tuvieron los pacientes con respecto a su asma se muestra en la Tabla 22. Donde se observa que el 55.9% reportó percibir como muy estresante tener asma, seguido del 41.2% para quien era moderadamente estresante; mientras que sólo el 2.9% lo percibió como un poco estresante. Es de llamar la atención que no hay paciente que considerara que tener asma no sea estresante.

Tabla 22. Nivel subjetivo de percepción de estrés del paciente respecto a su asma

| Nivel subjetivo de percepción de estrés | | % |
|---|--------------------------|------|
|  | Nada estresante | 0 |
|  | Poco estresante | 2.9 |
|  | Moderadamente estresante | 41.2 |
|  | Totalmente estresante | 55.9 |

En las Figura 36 se muestran los síntomas psicológicos más significativos que refirieron los pacientes haber presentado en los últimos seis meses; los cuales reflejan ser indicadores propios de estrés. En donde se observa la presencia de síntomas psicológicos en más del 50% de los pacientes. En comparación en la Figura 37 se muestran los síntomas físicos y conductuales donde tensión muscular, cansancio continuo y boca seca estuvieron presentes en más del 50% de la muestra.

Figura 36. Síntomas Psicológicos que el paciente presentó en los últimos seis meses

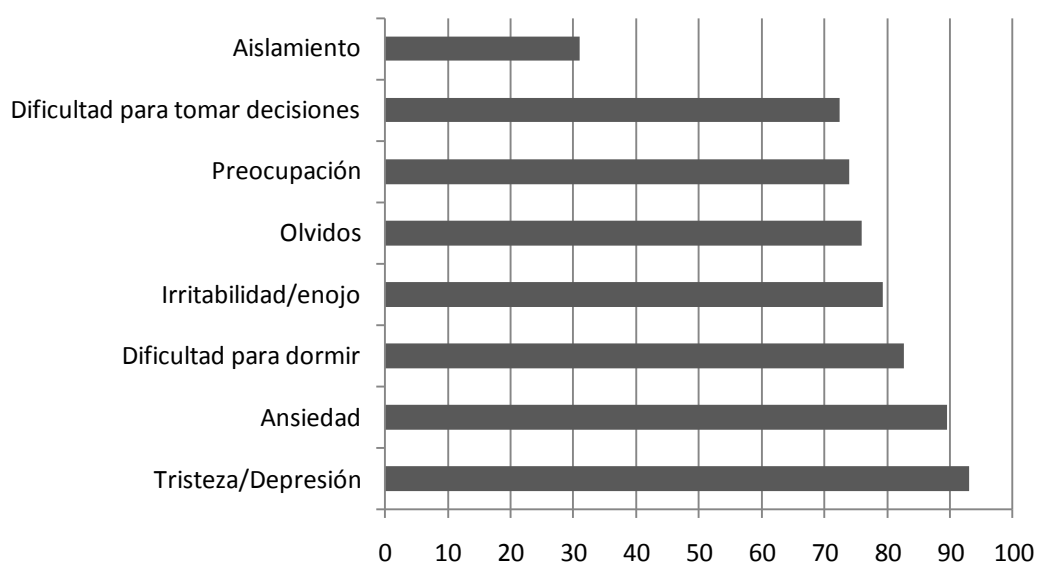
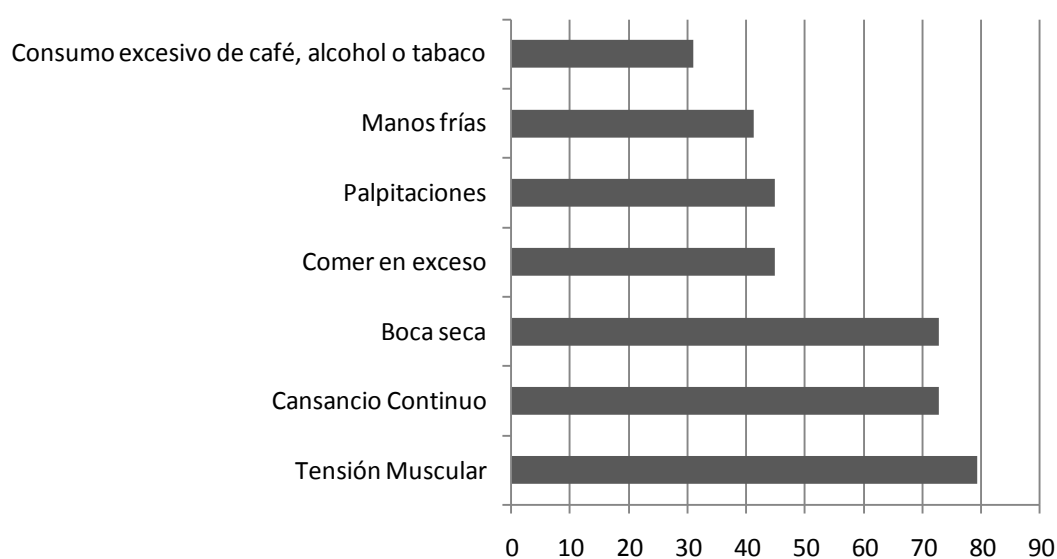


Figura 37. Síntomatología física y conductual que el paciente presentó en los últimos seis meses



Locus de control del paciente en relación a su asma y apego a tratamiento

Respecto a las expectativas de locus de control que tenían los pacientes en relación a una determinada conducta de salud y sus consecuencias, se encontró que el 70.6% consideraba que cuanto más se esforzara mayores probabilidades habría de mejorar su asma (ver Figura 38), 88.2% consideró que la mejoría en los síntomas de asma tenía mucho que ver con lo que el hiciera (ver Figura 39) y el 94.1% consideró que tiene el control de la enfermedad si sigue las indicaciones que le proporciona su médico (ver Figura 40). Esto refleja una percepción de locus de control interno, pues piensan que ellos mismos pueden influir en el mantenimiento de su salud, así como modificar su curso y el resultado de su enfermedad. Por el contrario en relación a si siguen el tratamiento médico como les es indicado, se observó que sólo el 62.8% sigue al pie de la letra su tratamiento hablándonos de que el resto no tiene un apego al tratamiento (ver Figura 41).

Figura 38. Locus de control en relación al asma

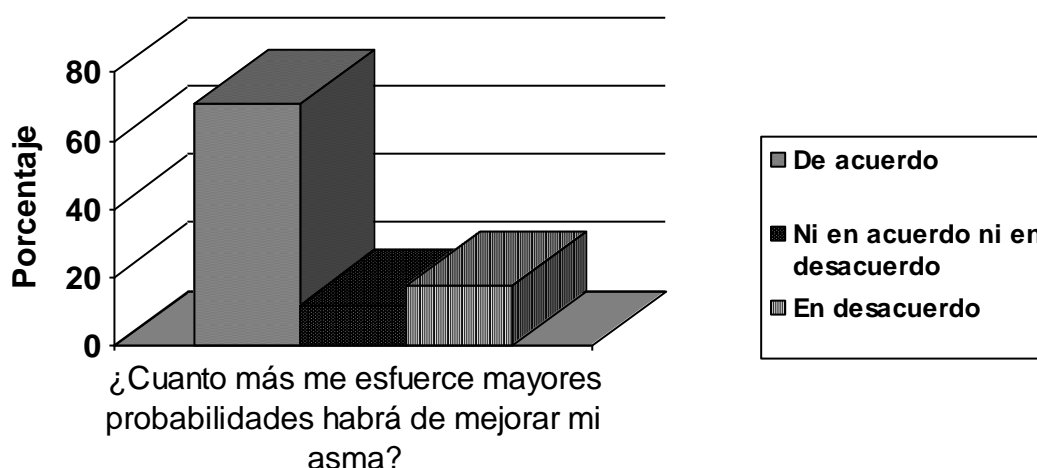


Figura 39. Locus de control en relación a los síntomas

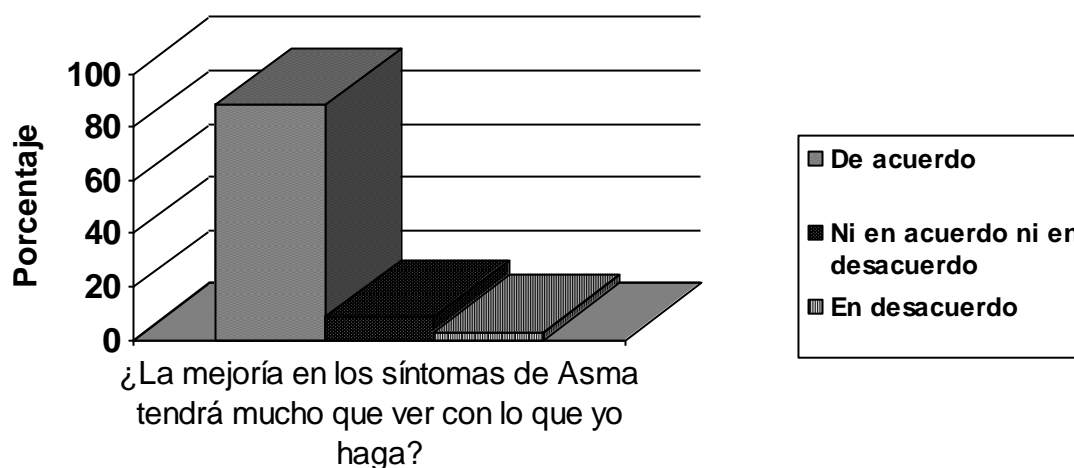


Figura 40. Locus de control en relación a las indicaciones del médico

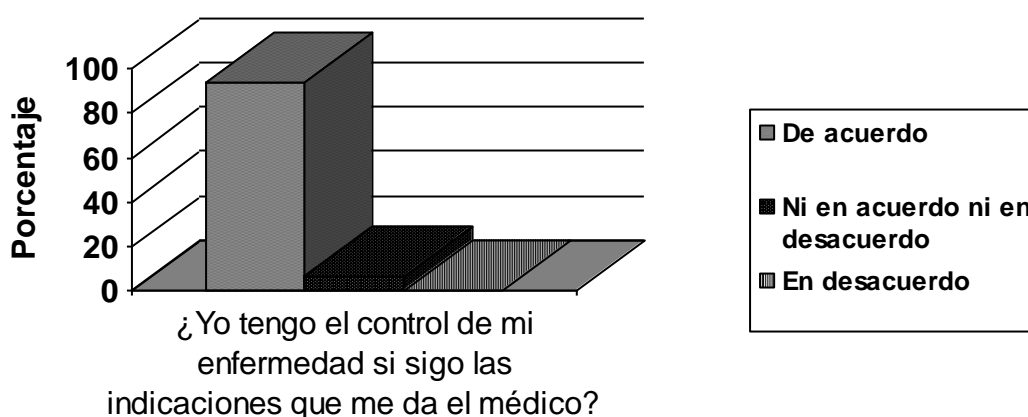
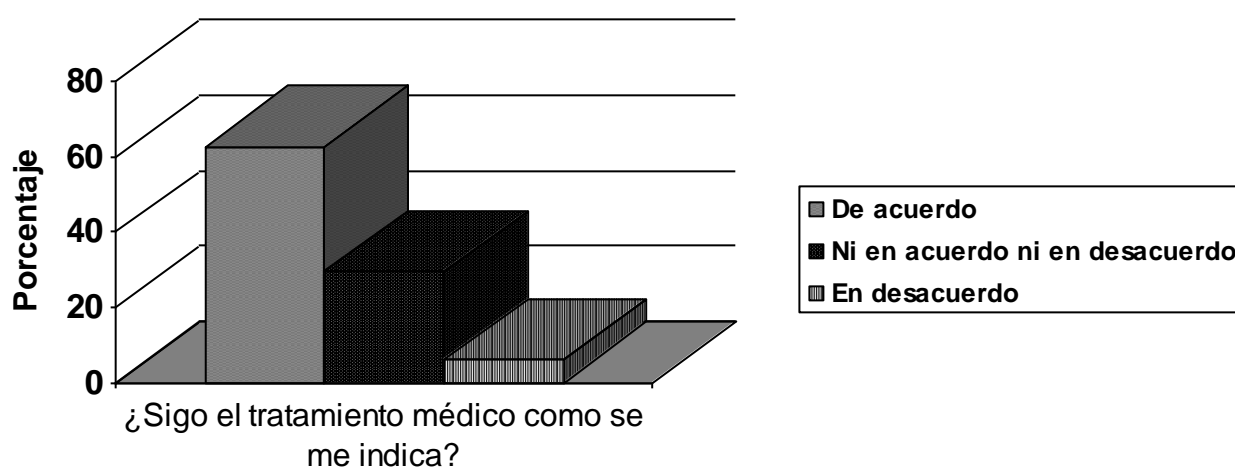


Figura 41. Apego a tratamiento de los pacientes



2. COMPARACIÓN POR GRUPOS: GRUPO CONTROL (GC) y GRUPO EXPERIMENTAL (GE)

Características demográficas

Se realizó la comparación por grupo de pacientes respecto a algunas variables demográficas para identificar diferencias entre cada uno de los grupos; con el fin de analizar si existía alguna variable que diferenciara a los pacientes que participaron en el programa de intervención de aquellos que formaron parte del Grupo Control. No se encontraron diferencias entre los grupos en ninguna de las características demográficas (ver Tabla 23).

Es de llamar la atención la media de tiempo de diagnóstico entre los grupos, donde el Grupo Experimental tuvo una media de 7.19 años (DE 6.02) y el Grupo Control de 11.61 años (DE 7.62) siendo este último el grupo que posee mayor tiempo desde su diagnóstico.

Por otra parte, es de resaltar que el estado civil de casados o en unión libre es el predominante entre los grupos de pacientes; el nivel de escolaridad se encuentra concentrado principalmente en estudios básicos de primaria, secundaria e inclusive bachillerato. Y dentro de las ocupaciones, la del hogar fue la que reportó la mayor parte de los pacientes. Es importante destacar que estas características demográficas por grupo no difieren de las obtenidas en toda la muestra.

Respecto al nivel de severidad de asma, se encontró en el Grupo Control mayor número de pacientes con asma moderada; mientras que en el Experimental leve persistente.





Tabla 23. Características demográficas por grupo de CPI

| n=34 | | Grupo Experimental | | Grupo Control | |
|---------------------------|------------------------|--------------------|------|------------------|------|
| | | n | % | n | % |
| Edad | | $\bar{X} = 46.5$ | | $\bar{X} = 46.3$ | |
| Tiempo con Dx de Asma | | $\bar{X} = 7.19$ | | $\bar{X} = 11.6$ | |
| <u>Género</u> | Masculino | 4 | 25 | 2 | 11.1 |
| | Femenino | 12 | 75 | 16 | 88.9 |
| <u>Edo. Civil</u> | Soltero(a) | 1 | 6.3 | 4 | 22.2 |
| | Casado(a)/unión libre | 10 | 62.4 | 13 | 72.2 |
| | Divorciado | 3 | 18.8 | 1 | 5.6 |
| | Viudo | 2 | 12.5 | 0 | 0 |
| <u>Escolaridad</u> | Sabe leer y escribir | 1 | 6.3 | 0 | 0 |
| | Primaria Concluida | 6 | 37.4 | 2 | 11.1 |
| | Secundaria Concluida | 2 | 12.4 | 7 | 38.9 |
| | Preparatoria Concluida | 3 | 18.8 | 4 | 22.2 |
| | Carrera Tec. Concluída | 1 | 6.3 | 3 | 16.7 |
| | Licenciatura | 2 | 12.5 | 2 | 11.1 |
| | Maestría | 1 | 6.3 | 0 | 0 |

| Ocupación | | | | | |
|-----------------------------------|------------------|---|------|----|------|
| | Hogar | 7 | 43.8 | 9 | 50 |
| | Comercio | 3 | 18.8 | 3 | 16.7 |
| | Empleado | 6 | 37.4 | 6 | 33.3 |
| Nivel de severidad de asma | | | | | |
| | Intermitente | 4 | 25 | 1 | 5.6 |
| | Leve Persistente | 6 | 37.5 | 5 | 27.8 |
| | Moderado | 4 | 25 | 10 | 55.5 |
| | Severo | 2 | 12.5 | 2 | 11.1 |

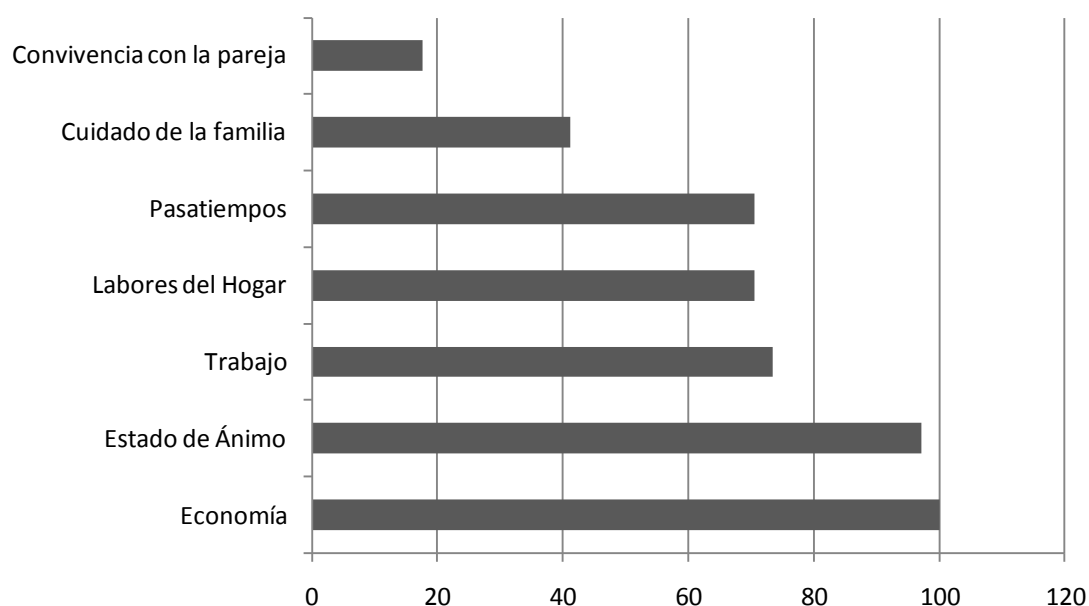
El 62.5% del Grupo Experimental consideró que tener asma es totalmente estresante, para el 50% del Grupo Control muy estresante y otro 50% totalmente estresante, (véase Tabla 24).

Tabla 24. Nivel subjetivo de percepción de estrés que tienen los grupos de pacientes con respecto a su asma

| | Nivel subjetivo de percepción de estrés | Grupo Experimental | | Grupo Control | |
|---|--|---------------------------|----------|----------------------|----------|
| | | n | % | n | % |
|  | Nada estresante | 0 | | 0 | |
|  | Poco estresante | 1 | (6.3%) | 0 | |
|  | Muy estresante | 5 | (31.2%) | 9 | (50%) |
|  | Totalmente Estresante | 10 | (62.5%) | 9 | (50%) |

Con relación a las áreas de la vida del paciente afectadas a causa de su asma, se encontró que las más afectadas fueron su economía y estado anímico, seguido de su trabajo, véase Figura 42.

Figura 42. Principales áreas de la vida del paciente afectadas a causa de su asma



COMPARACIÓN PRE Y POST DE LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL

Los grupos de pacientes fueron comparados antes, después y al mes de finalizada la intervención. Los resultados que se encontraron se describen a continuación.

Características en relación al asma

En la Tabla 25 se muestra el nivel de conocimientos que tenían los grupos de pacientes por fase de evaluación. En la pre-evaluación ambos grupos de pacientes eran casi homogéneos en el nivel de conocimientos que tenían de su asma, por lo que no se observan diferencias. Posteriormente en la fase de post-evaluación en el Grupo Experimental hay un incremento en la puntuación media de conocimientos en relación a su asma, manteniéndose así en la fase de seguimiento un mes después; en comparación con el Control donde no se observan cambios.

Tabla 25. Puntuación media obtenida en cuestionario de Conocimientos de asma por fase de evaluación

| Evaluación | Grupo Experimental | Grupo Control |
|-----------------|--------------------|-------------------|
| Pre-evaluación | $\bar{X} = 12.19$ | $\bar{X} = 13$ |
| Post-evaluación | $\bar{X} = 18.60$ | $\bar{X} = 13$ |
| Seguimiento | $\bar{X} = 18.73$ | $\bar{X} = 13.11$ |

En la Tabla 26 se muestra el medicamento de control que utilizaban los pacientes en la pre y post-evaluación por grupo de comparación. Nótese un predominio en ambos grupos en la pre-evaluación el uso de antiinflamatorio más broncodilatador de acción prolongada; es decir Seretide. Posteriormente en la post-evaluación en el Grupo Control no se observó ningún cambio contrario a lo que presenta el Grupo Experimental, donde hay una disminución en el número de pacientes que continuaron utilizando Seretide para controlarse únicamente con su medicamento antiinflamatorio como miflonide y pulmicort.

Tabla 26. Medicamento de control de síntomas que utilizaban los pacientes en la pre y post-evaluación.

| Grupo Experimental | PRE n | POST N | Grupo Control | PRE n | POST N |
|--------------------|-------|--------|-----------------|-------|--------|
| Numark | 1 | 0 | Numark | 0 | 0 |
| Miflonide | 1 | 6 | Miflonide | 1 | 1 |
| Pulmicort | 1 | 5 | Pulmicort | 1 | 1 |
| Flixotide | 1 | 0 | Flixotide | 0 | 0 |
| Alvesco | 0 | 0 | Alvesco | 1 | 1 |
| Seretide Diskus | 12 | 5 | Seretide Diskus | 11 | 11 |
| Symbicort | 0 | 0 | Symbicort | 2 | 2 |
| Salbutamol | 0 | 0 | Salbutamol | 2 | 2 |

En la Tabla 27 se observa la evolución clínica que presentaron los pacientes, donde en la pre-evaluación del Grupo Experimental había predominio de asma leve persistente, es decir, la presencia de síntomas >1 vez por semana pero < 1 vez al día, con

exacerbaciones que pueden afectar la realización de actividades y el sueño. Y post-evaluación presentaron en su gran mayoría síntomas intermitentes, es decir, síntomas < 1 vez por semana y exacerbaciones breves, teniendo una evolución clínica satisfactoria. Cambios que continuaron manteniéndose en el seguimiento un mes después. Contrario a lo observado en el Grupo Control, donde no se observan mejorías entre la pre, post y seguimiento.

Tabla 27. Evolución clínica que presentaron los grupos pacientes en la evaluación pre, post y seguimiento

| | PRE N | POST N | SEGUIMIENTO n |
|---------------------------|----------|-----------|------------------|
| GRUPO EXPERIMENTAL | | | |
| Intermitente | 4 | 15 | 15 |
| Leve Persistente | 6 | 0 | 0 |
| Moderada Persistente | 4 | 1 | 1 |
| Severa Persiste | 2 | 0 | 0 |
| GRUPO CONTROL | | | |
| Intermitente | 1 | 1 | 2 |
| Leve Persistente | 5 | 5 | 4 |
| Moderada Persistente | 10 | 11 | 11 |
| Severa Persiste | 2 | 1 | 1 |

Al comparar las acciones que los pacientes llevaban a cabo cuando presentaban síntomas y se hacía inminente una crisis asmática, se encontró en la pre-evaluación del Grupo Experimental un predominio de pacientes que se controlaban en casa únicamente con su medicamento de rescate y en la post-evaluación todos realizaban su flujometría y llevaban a cabo su plan de autocontrol o manejo elaborado por su médico neumólogo; acciones que mantuvieron en la fase de seguimiento. Por el contrario en el Grupo Control no se encontraron diferencias entre las acciones que llevaban en la pre, post-evaluación y seguimiento, véase Tabla 28.

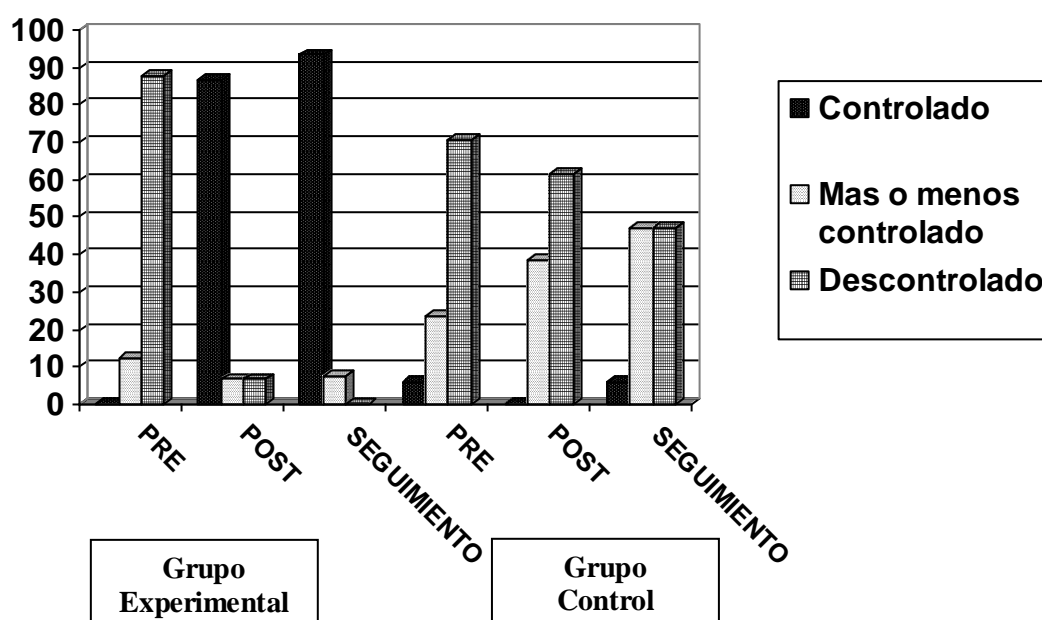
Tabla 28. Acciones que realizaban los pacientes ante la presencia de síntomas y crisis asmática en la pre, post- evaluación y seguimiento.

| Grupo Experimental | Pre n | Post n | Seguimiento N | Grupo Control | Pre n | Post n | Seguimiento n |
|--|-------|--------|---------------|--|-------|--------|---------------|
| Voy al médico inmediatamente | 5 | 0 | 0 | Voy al médico inmediatamente | 4 | 4 | 5 |
| Espero a que por sí solos los síntomas disminuyan | 1 | 0 | 0 | Espero a que por sí solos los síntomas disminuyan | 0 | 3 | 3 |
| Me controlo en casa únicamente con mi medicamento de rescate | 10 | 0 | 0 | Me controlo en casa únicamente con mi medicamento de rescate | 14 | 11 | 10 |
| Realizo mi flujometría, sigo mi plan de tratamiento, me administro medicamento de rescate en caso de ser necesario y continúo plan de autocontrol. | 0 | 16 | 16 | Realizo mi flujometría, sigo mi plan de tratamiento, me administro medicamento de rescate en caso de ser necesario y continúo plan de autocontrol. | 0 | 0 | 0 |

En relación a la frecuencia de síntomas de asma que presentaron los pacientes en la pre-evaluación del Grupo Experimental; se encontró un predominio de síntomas de falta de aire, opresión en el pecho, tos, flemas y silbidos de 2 a 3 veces por semana y en la post-evaluación los pacientes no presentaron síntomas. Por el contrario en el Grupo Control no se encontraron diferencias entre la frecuencia de síntomas presentados en la pre y post-evaluación.

Para conocer la percepción de los pacientes en relación a que tan controlado o no se encontraba su asma, se les preguntó ¿qué tan controlado consideras que se encuentra tu asma en este momento?, encontrando en la pre-evaluación del Grupo Control que el 70.6% se percibían como descontrolados y post-evaluación se observó una disminución al 61.5%; además el 5.9% que en un inicio se percibía como controlado en la post-evaluación ya no se observa. En el Grupo Experimental el 87.5% percibía su asma como descontrolado, post-evaluación un porcentaje similar (86.7%) se encontraba como controlado y en el seguimiento el 93.3% como controlado, véase Figura 43.

Figura 43. Grado de control percibido por los pacientes en relación a su asma

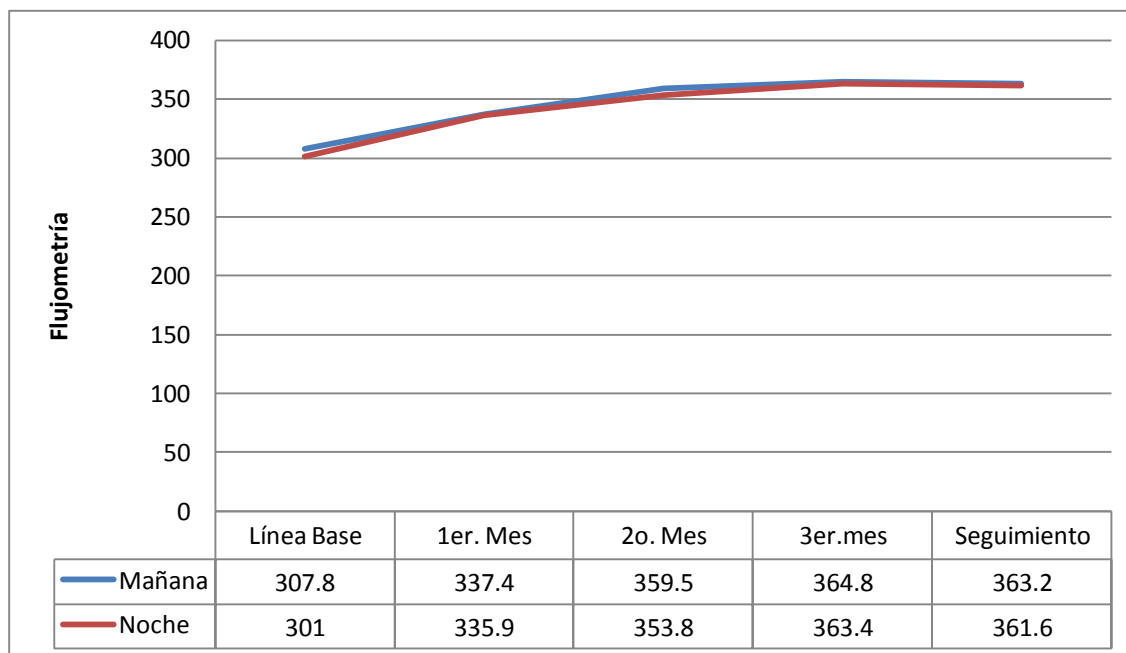


Medición del Flujo Espiratorio Pico (PEF)

Las mediciones del flujo espiratorio pico se realizaron tres veces en la mañana y tres en la noche, donde el paciente anotaba en el autoregistro el valor más alto obtenido. Las mediciones se realizaron con un medidor manual de flujo llamado flujómetro. Los valores promedios de flujometría de los pacientes del Grupo Experimental se describen a continuación. Obsérvese un incremento en relación con los valores de línea base, donde progresivamente éstos van incrementando conforme se va desarrollando el programa de intervención y que se mantienen hasta la fase de seguimiento. Cabe destacar que no se contó con valores de flujometría de los pacientes pertenecientes al Grupo Control debido

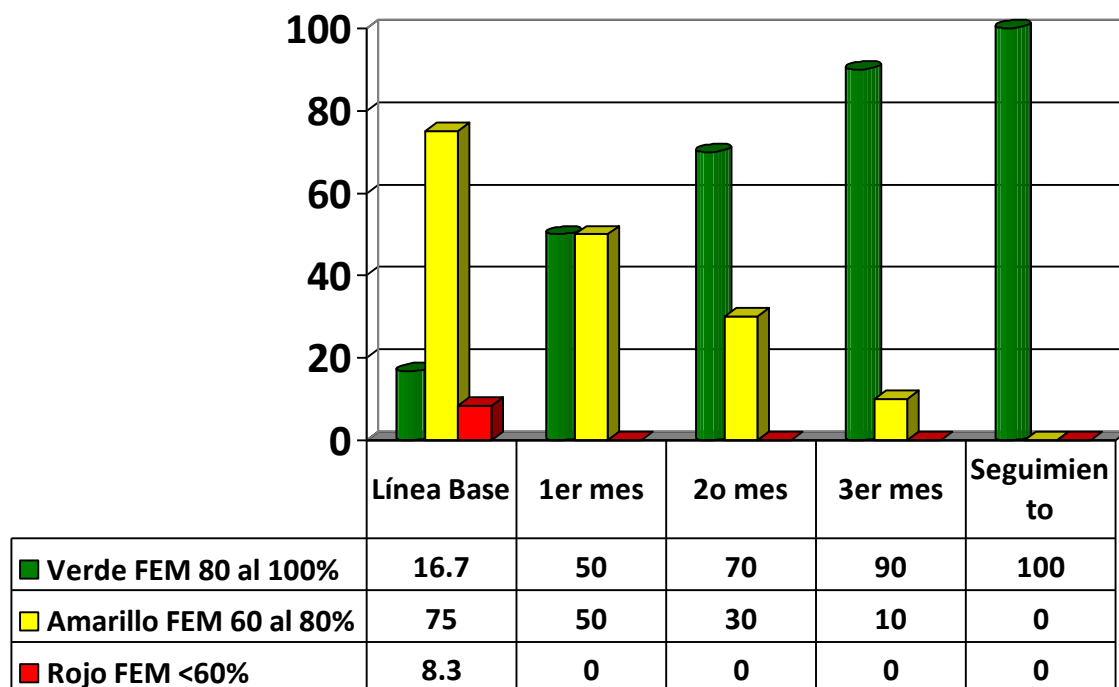
a que no presentaron los formatos de autoregistros, ni diario de síntomas de asma en las citas programadas (véase Figura 44).

Figura 44. Valores promedio de flujometría del Grupo Experimental



En la Figura 45 se muestra el nivel de control que presentaron los pacientes pertenecientes al Grupo Experimental. Nótese que en la línea base el 75% se encontraba en su semáforo amarillo de acuerdo con su plan de autocontrol por lo que su función pulmonar estaba entre el 60 y 80%. Posteriormente al primer mes del programa hay una reducción en el número de pacientes que su flujometría estaba en amarillo (50%) y obsérvese otro 50% con flujometría en verde (FEM de 80 al 100%). Para el segundo mes continúa disminuyendo el número de pacientes con flujometría en amarillo para incrementarse a la zona verde (70%) y continuar así hacia el tercer mes. Y en la etapa de seguimiento se observa que el 100% de los pacientes logró que su flujometría estuviera en verde, es decir con una función pulmonar del 80 al 100%.









Figura 45. Nivel de control del Grupo Experimental en relación al programa de autocontrol



Características Psicológicas

En la Tabla 29 puede observarse que el Grupo Control previamente percibía en su mayoría su asma como totalmente y moderadamente estresante y post-evaluación con predominio de moderadamente estresante. Por el contrario en el Experimental la mayor parte de los pacientes se encontraba en la categoría de totalmente estresante y post-evaluación en nada estresante; situación que se mantiene en la fase de seguimiento.

Tabla 29. Nivel subjetivo de percepción de estrés del paciente
respecto a su asma pre y post-evaluación

| GRUPO EXPERIMENTAL | PRE N | POST N | GRUPO CONTROL | PRE n | POST N |
|---|----------|-----------|---|----------|-----------|
|  Nada estresante | 1 | 8 |  Nada estresante | 0 | 0 |
|  Un poco estresante | 0 | 6 |  Un poco estresante | 0 | 1 |
|  Moderadamente estresante | 5 | 0 |  Moderadamente estresante | 9 | 10 |
|  Totalmente Estresante | 10 | 0 |  Totalmente Estresante | 9 | 7 |

Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE)

Para valorar el nivel de ansiedad que percibían los pacientes se utilizó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), que arrojó una puntuación total con un rango de 44 a 123 puntos, es importante destacar que ningún grupo de pacientes obtuvo la puntuación mínima ni máxima posible en dicho instrumento.

La media de puntuación total de ansiedad en los grupos de pacientes, fue mayor en el Experimental en la pre-evaluación en comparación con el Control (Grupo Experimental: nivel de ansiedad moderada y Grupo Control: ansiedad leve); posterior a la intervención se observó una disminución en el Grupo Experimental pasando de un nivel de ansiedad moderada a sin ansiedad, que se mantiene en la fase de seguimiento (véase Tabla 30).

Tabla 30. Comparación de medias por grupo en evaluación pre, post y seguimiento en
Ansiedad Total

| Evaluación | Grupo Experimental | Grupo Control |
|-------------------|---|------------------------------------|
| PRE | $\bar{X} = 89.25$ Ansiedad Moderada | $\bar{X} = 79.11$ Ansiedad Leve |
| POST | $\bar{X} = 67.07$ Sin Ansiedad | $\bar{X} = 82.31$ Ansiedad Leve |
| SEGUIMIENTO | $\bar{X} = 66.23$ Sin Ansiedad | $\bar{X} = 82.90$ Ansiedad Leve |

En relación al nivel de ansiedad-estado, es decir el estado emocional inmediato ante una situación concreta que presenta una mayor variabilidad en cada momento vivido, se encontró que los niveles de ansiedad-estado más elevados se produjeron en la pre-evaluación del Grupo Experimental (Grupo Experimental: ansiedad leve y Grupo Control: ansiedad leve). Sin embargo posterior a la intervención se logró una disminución en el nivel de ansiedad del Grupo Experimental y un aumento en el Control (Grupo Experimental: sin ansiedad y Grupo Control: ansiedad moderada); que se mantiene en la fase de seguimiento, véase Tabla 31.

Tabla 31. Comparación de medias por grupo en evaluación pre, post y seguimiento en
Ansiedad-Estado

| Evaluación | Grupo Experimental | Grupo Control |
|-------------------|------------------------------------|---|
| PRE | $\bar{X} = 34.03$ Ansiedad Leve | $\bar{X} = 32.94$ Ansiedad Leve |
| POST | $\bar{X} = 29.07$ Sin Ansiedad | $\bar{X} = 35.22$ Ansiedad Moderada |
| SEGUIMIENTO | $\bar{X} = 30.25$ Sin Ansiedad | $\bar{X} = 35.93$ Ansiedad Moderada |

Respecto a la ansiedad-rasgo, es decir la parte de la personalidad del individuo más o menos estable que se caracteriza por una predisposición para percibir ciertos estímulos del medioambiente como amenazantes o no, se observó de igual forma que en ansiedad-estado, que los niveles de ansiedad-rasgo más elevados se produjeron en la pre-evaluación del Grupo Experimental (Grupo Experimental: ansiedad leve y Grupo Control: sin ansiedad). Sin embargo posterior a la intervención se logró una disminución en el nivel de ansiedad del Grupo Experimental y un aumento en el Control (Grupo Experimental: sin ansiedad y Grupo Control: ansiedad leve); cambios que se mantienen en la fase de seguimiento (véase Tabla 32).

Tabla 32. Comparación de medias por grupo en evaluación pre, post y seguimiento en
Ansiedad Rasgo

| Evaluación | Grupo Experimental | Grupo Control |
|-------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| PRE | $\bar{X} = 50.13$ Ansiedad Leve | $\bar{X} = 34.85$ Sin Ansiedad |
| POST | $\bar{X} = 38$ | $\bar{X} = 47.46$ |

| | | |
|-------------|-------------------|-------------------|
| | Sin Ansiedad | Ansiedad Leve |
| SEGUIMIENTO | $\bar{X} = 38.45$ | $\bar{X} = 48.10$ |
| | Sin Ansiedad | Ansiedad Leve |

En las figuras 46,47 y 48 se muestra el nivel de ansiedad total, estado y rasgo por grupo de pacientes en la pre y post-evaluación, observándose reducciones en el Grupo Experimental en comparación con el Grupo Control donde éstos mostraron incluso un ligero incremento.

Figura 46. Nivel de ansiedad total en la pre y post intervención obtenidas en Ansiedad Total

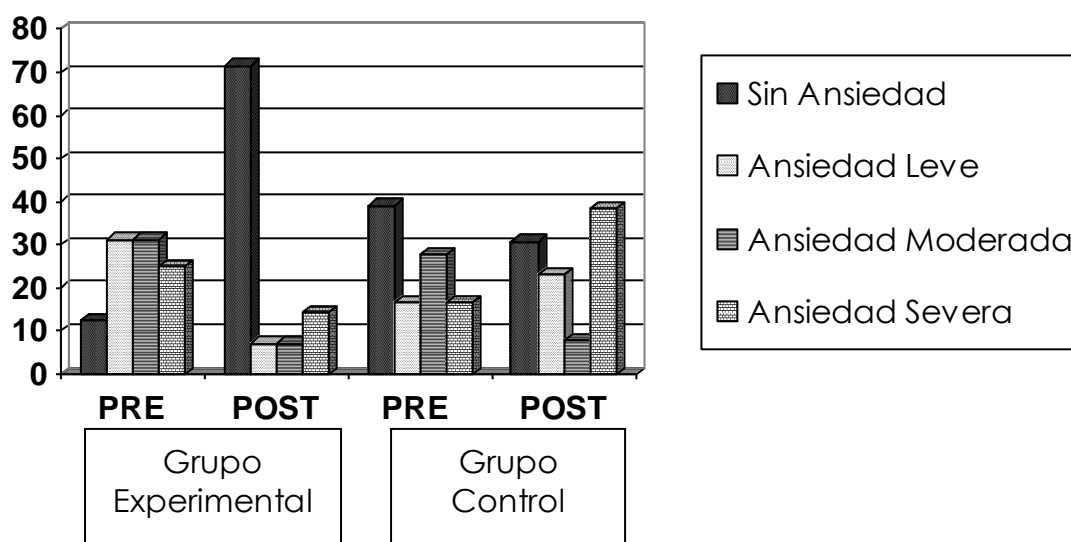


Figura 47. Niveles de ansiedad pre y post intervención obtenidas en Ansiedad-Estado

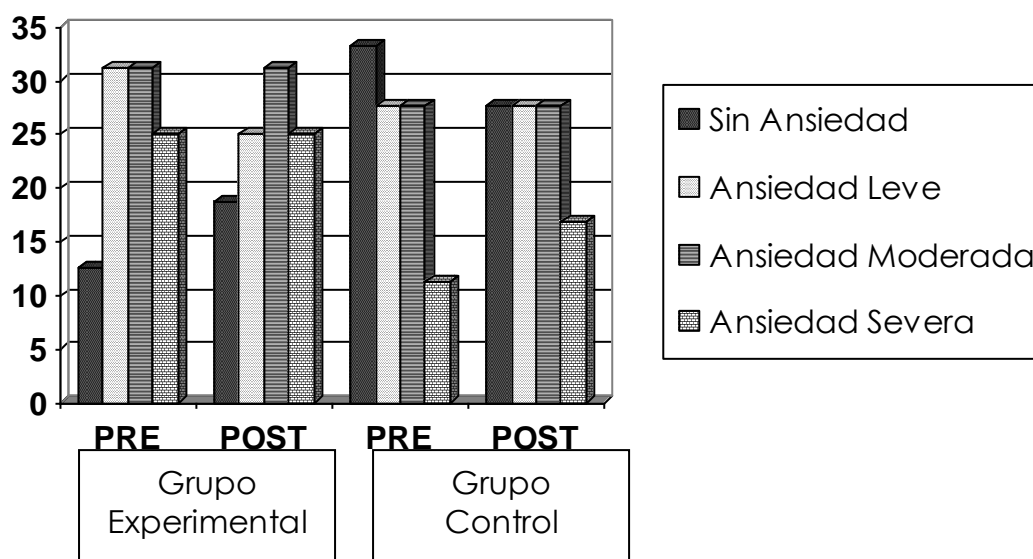
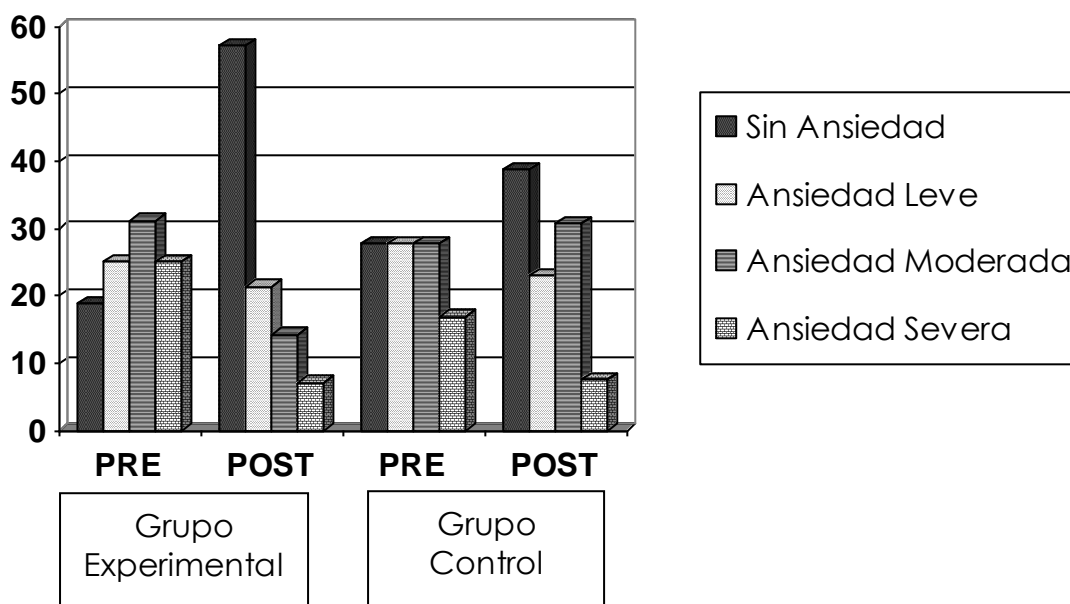


Figura 48. Niveles de ansiedad pre y post intervención obtenidas en Ansiedad-Rasgo



Cuestionario de Estrés Percibido

Este instrumento arrojó una puntuación total con un rango de 3 y 30 puntos, ningún grupo de pacientes obtuvo la puntuación mínima ni máxima posible. Respecto a la media de puntuación total de percepción de estrés en el Grupo Experimental se encontró que ésta fue inicialmente mayor que en el Control (Grupo Experimental: nivel de estrés moderado; Grupo Control: nivel de estrés regular); sin embargo en la post-intervención se observa en el Control un incremento (nivel de estrés moderado) y para el Experimental una reducción pasando de estrés moderado a bajo y que se mantiene en la fase de seguimiento (ver Tabla 33).

Tabla 33. Comparación de medias por grupo en evaluación pre, post y seguimiento

| Evaluación | Grupo Experimental | Grupo Control |
|------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| PRE | $\bar{X} = 20.69$ Estrés Moderado | $\bar{X} = 17.44$ Estrés Regular |
| POST | $\bar{X} = 12.71$ Estrés Bajo | $\bar{X} = 20$ Estrés Moderado |

SEGUIMIENTO

$$\bar{X} = 12.57$$

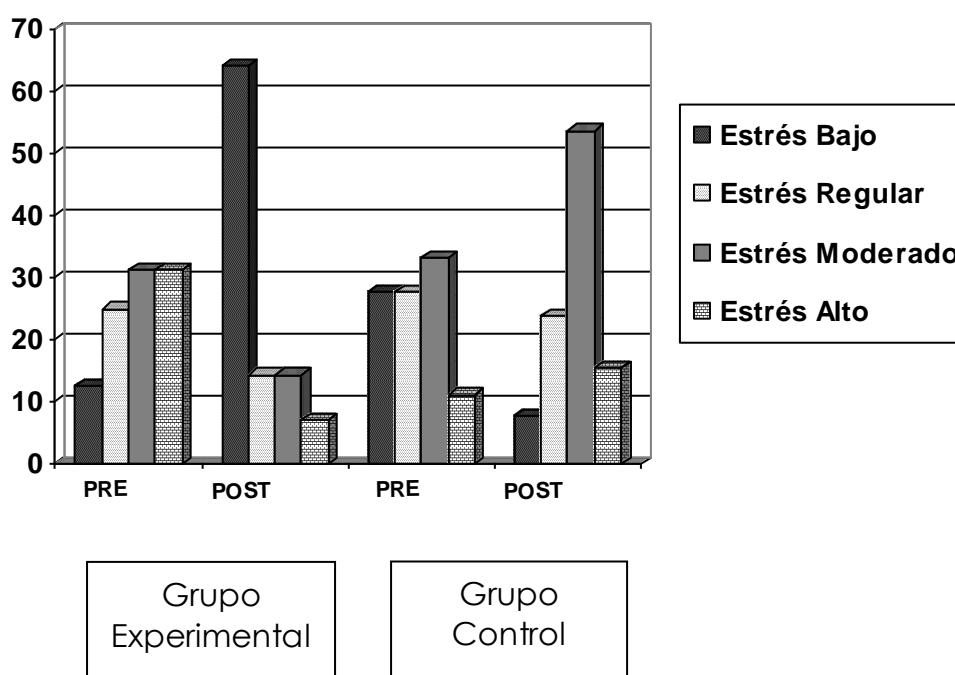
Estrés Bajo

$$\bar{X} = 20.23$$

Estrés Moderado

En la Figura 49 se muestra el nivel de percepción de estrés de los grupos en la pre y post-evaluación, se observa que en el Grupo Control previamente se encontraban en su mayoría en estrés moderado y post-evaluación se observó un incremento de predominio de esta categoría. Por el contrario en el Grupo Experimental la mayor parte de los pacientes se encontraban en su mayoría en estrés moderado y alto y post-evaluación disminuye presentándose mayor frecuencia de pacientes en estrés bajo.

Figura 49. Nivel de percepción de estrés pre y post intervención por grupo



Inventario de Depresión de Beck

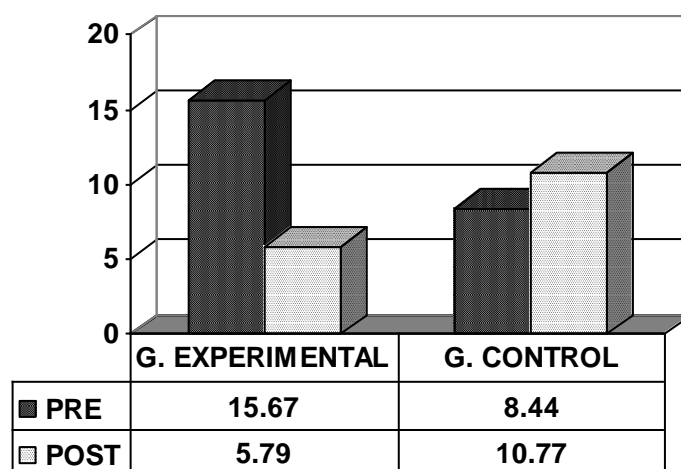
Este instrumento arrojó una puntuación total con un rango de 0 y 39 puntos. Respecto a la media de puntuación total de depresión en el Grupo Experimental, se encontró que ésta fue inicialmente ligeramente menor en el Grupo Control (sin depresión); sin embargo en la post-intervención se observa un incremento (depresión leve) y para el Grupo Experimental una reducción pasando de depresión moderada a depresión leve; cambios que se mantienen en la fase de seguimiento (verTabla 34).

Tabla 34. Comparación de medias en Inventario de Depresión de Beck por grupo en evaluación pre, post y seguimiento

| Evaluación | Grupo Experimental | Grupo Control |
|-------------|---|-------------------------------------|
| PRE | $\bar{X} = 15.67$ Depresión Moderada | $\bar{X} = 8.44$ Depresión Leve |
| POST | $\bar{X} = 5.79$ Sin Depresión | $\bar{X} = 10.77$ Depresión Leve |
| SEGUIMIENTO | $\bar{X} = 5.93$ Sin Depresión | $\bar{X} = 10.91$ Depresión Leve |

En la Figura 50 se muestran las puntuaciones medias obtenidas por grupo de comparación antes y después del programa de intervención. Se observa en el Grupo Control un incremento en la post-evaluación en comparación con el grupo que recibió el programa; donde por el contrario hay una disminución en la puntuación media en depresión.

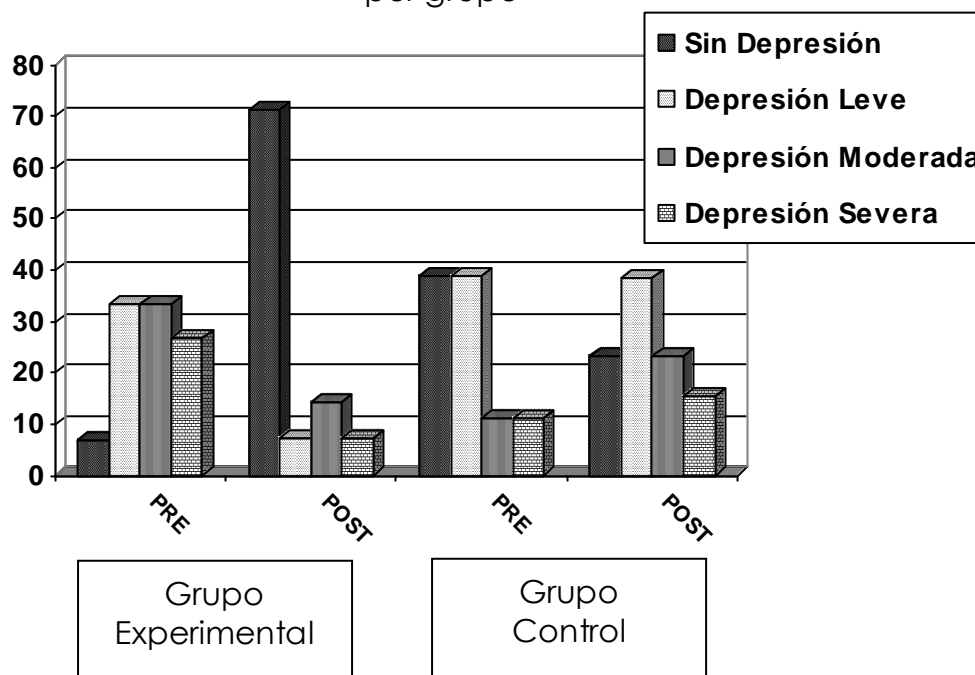
Figura 50. Puntuación media pre y post intervención obtenidas en Inventario de Depresión de Beck



En la Figura 51 se muestra el nivel de depresión de los grupos en la pre y post evaluación, se observa que en el Grupo Control previamente se encontraban en su

mayoría en sin depresión y depresión leve; y post-evaluación se observó predominio de depresión leve. Por el contrario en el Grupo Experimental la mayoría de los pacientes se encontraba en la categoría de depresión leve y moderada y post-evaluación el porcentaje de pacientes en estas categorías disminuyó para observarse un incremento sin depresión.

Figura 51. Nivel de depresión pre y post intervención por grupo



DISCUSIÓN

El objetivo principal de esta investigación fue conocer el efecto de un programa Cognitivo-Conductual en el control y nivel de conocimientos de asma, así como en la reducción del nivel de estrés, ansiedad y depresión en pacientes mal controlados. Entre los principales hallazgos están los que se describen a continuación.

El 5.9% de los pacientes utilizaba broncodilatador de acción rápida (salbutamol) para controlar su asma y no antiinflamatorios esteroideos. Esto es debido a que los pacientes consideraban que la mejoría de sus síntomas era mayor tras la aplicación de su broncodilatador; sin embargo el alivio es transitorio y una vez que pasa el efecto (4 a 6 horas) los síntomas pueden aparecer nuevamente; razón por la cual no podían observar mejoría y presentaban síntomas de manera frecuente (2 a 3 veces por semana), a pesar de que el médico neumólogo incrementara la dosis de su medicamento antiinflamatorio.

Además se encontró que los pacientes tenían miedo a los efectos secundarios de sus medicamentos, sobre todo a los que pueden producir los esteroides como edema o aumento de peso y adicción al salbutamol; originando que los pacientes no lo tomaran o suspendieran antes del tiempo indicado por el médico dificultando así el control de la enfermedad.

En relación a los conocimientos de asma, más del 50% no poseían los conocimientos necesarios sobre su enfermedad para llevar a cabo acciones en cuidado de su salud, como es la correcta administración de sus medicamentos inhalados, saber qué hacer en caso de una crisis y cómo llenar el diario de síntomas; información que de acuerdo con los pacientes no había sido proporcionada por el médico neumólogo. Esto la mayoría de las veces es debido a la falta de tiempo que tiene el médico para informar a los pacientes sobre estos aspectos, dificultando el control de la enfermedad. Sin olvidar también que factores en el paciente como el miedo, falta de atención y preocupaciones en el momento de la consulta puedan contribuir a que éstos no pongan la atención debida y pregunten las dudas relacionadas con su tratamiento.

Al realizar la comparación por grupos respecto al nivel de conocimientos en la pre-evaluación se encontró en el Grupo Control ligeramente un mayor conocimiento de aspectos relacionados con su asma en comparación con el experimental; motivo por el cual se considera no desearon participar en el programa al considerar que ya contaban con la información necesaria. Dentro de los tópicos en que se encontró que había mayor falta de conocimientos de los pacientes fue en qué es el asma, diferenciar para que sirve el medicamento de control y de rescate, cómo saber si se acabó su broncodilatador, qué

es un flujómetro y para qué sirve, qué es el flujo espiratorio pico, para qué sirve y cómo se utiliza una cámara espaciadora o aerocámara, qué hacer en caso de una crisis, así como no conocer el diario de síntomas de la Clínica de Asma y la importancia de su llenado para su plan de control.

Como sucede con cualquier otra enfermedad crónica, la colaboración del paciente asmático constituye un elemento clave dentro de la estrategia terapéutica global. Con la implementación de este programa de intervención se logró promover la participación activa del paciente en su enfermedad, pues una vez que obtiene, comprende y aplica una serie de conocimientos relacionados con su enfermedad el mismo puede decidir cambios, tomar decisiones y actuar en el tratamiento de su enfermedad sin acudir a urgencias, consulta no programada u hospitalización como lo reporta en su investigación Alonso (2003). Después de la intervención se obtuvo un incremento significativo del nivel de conocimientos de la enfermedad en los participantes del Grupo Experimental, conocimientos que se mantuvieron en la fase de seguimiento. Resultados que coinciden con Arias, Pernas y Martín (1998); Adams, Fuhlbrigge, Guilbert, Lozano y Martínez (2001), Hong-Wei, Jian, Su-Zhen, et al. (2010) quienes con la aplicación de un programa de intervención elevaron los conocimientos de asma de sus participantes.

Por otro lado se encontró que 29.4% de la muestra cuando presentaba síntomas y se hacía inminente la presencia de una crisis asmática acudía inmediatamente a urgencias, hablándonos probablemente de personas con un alto nivel de estrés y ansiedad que les impide determinar si los síntomas que perciben son por la enfermedad o el estado de ansiedad en el que se encuentran donde la situación los domina; o bien por la falta de conocimientos respecto a las acciones que debían seguir y de un plan de control. Situación que posterior al programa en el Grupo Experimental se logra erradicar, logrando que todos realizaran su flujometría diariamente y monitoréandose hasta lograr estar controlados (es decir, sin presencia de síntomas de asma y de uso de medicamento de rescate) para poder llevar a cabo su plan de control.

El tiempo promedio que tuvieron los pacientes desde su diagnóstico fue de 10 años, por lo que se esperaba que fueran pacientes que ya estaban adaptados a su enfermedad, que sabían usar sus medicamentos, que contaban con la información en relación a las acciones que debían seguir en caso de una crisis asmática y que tenían un plan de control elaborado por su médico neumólogo; lo cual no se observó.

El 9% de la muestra total refirió que a pesar de que contaba con flujómetro y

realizar el llenado del diario de síntomas, no tenía un plan de control o manejo. Plan que el médico neumólogo logró realizar al 100% de los pacientes del Grupo Experimental, quienes tuvieron por escrito y paso a paso el plan de acción que debían seguir en casa para saber cómo manejar una crisis asmática aplicando medidas preventivas, así como reconocer cuándo deben buscar ayuda médica y acudir a urgencias. En definitiva, conocimientos específicos dirigidos a conseguir que el paciente adquiriera la destreza necesaria para cumplir y seguir el tratamiento indicado y actuar inmediatamente en caso de producirse un descontrol. Lo cual se vio reflejado al presentarse un descenso del número de ingresos hospitalarios o de urgencia que tuvieron los pacientes de este grupo.

La evolución clínica del 100% de los pacientes que siguieron el programa mejoró, pasando de leve persistente a intermitente a diferencia de aquellos que no lo llevaron a cabo, lo que generó en los pacientes una menor afectación en áreas como su economía, estado anímico y labores del hogar. Información que coincide con lo reportado por Arias, Pernas y Martín (1998) quienes con su programa lograron la mejoría clínica de todos los participantes de su estudio.

Además considérese que hubo mejoría en el Grupo Experimental resultando en la suspensión del broncodilatador de acción prolongada en todos los casos así como en la disminución de la dosis del antiinflamatorio esteroideo, situación que refleja un mejor control del paciente así como mejoras en su economía. Mientras que los sujetos del Grupo Control en su mayoría continuaron con los mismos medicamentos.

Los valores de flujometría incrementaron de manera significativa para el Grupo Experimental al finalizar el programa, en comparación con el Grupo Control. A este respecto Kotses et al (1995); Put, O van den Bergh, Lemaigre, Demedts y Verleden (2003); Tousman, Zaitz, Bristol y Taylor (2006) encontraron resultados similares al observar un incremento en la flujometría del grupo que recibió un programa educativo de automanejo Cognitivo-Conductual dirigido por un equipo multidisciplinario.

El registro diario de flujometría y sintomatología que realizaron los pacientes ayudó a que éstos se concientizaran y aprendieran a reconocer y diferenciar sus síntomas.

Se identificó que los pacientes reconocen que sus síntomas o incluso una crisis asmática es provocada o favorecida por precipitantes emocionales como sentirse nervioso o preocupado; mostrando que no únicamente se identifican como desencadenantes de síntomas los factores físicos, alérgicos, climáticos, etc., coincidiendo con lo reportado por Martín (2008). Durante el programa se trabajó en la identificación y control de esos desencadenantes emocionales para que no interfieran en el control de su

enfermedad; así como generando en el paciente una mayor confianza en sí mismo y seguridad de poder controlar sus crisis asmáticas.

El asma es una enfermedad que en la población adulta afecta predominantemente al género femenino, es por ello que en la presente investigación los varones son una minoría y no se pudieron realizar comparaciones con respecto a la variable sexo.

En relación a las características psicológicas se encontró lo siguiente:

El nivel subjetivo de percepción de estrés de los pacientes con respecto a su asma fue inicialmente percibido como muy estresante y moderadamente estresante. Es de llamar la atención que no hay paciente que considere que tener asma no sea estresante, lo cual puede deberse a la falta de control de su enfermedad, a la afectación que perciben en algunas áreas de su vida, a la presión que genera el no contar con los recursos económicos para la compra de sus medicamentos y la falta de conocimiento en relación a su enfermedad. Sin embargo, posterior a la intervención el Grupo Experimental percibía su asma como nada y poco estresante, ya que contaban con un mejor conocimiento de su enfermedad y manejo de emociones; así como de técnicas de relajación para disminuir su estrés.

Por otro lado se encontró que los pacientes consideraban que la mejoría de su asma y el control de su enfermedad tenía mucho que ver con lo que ellos hagan, mostrando con ello un locus de control interno, pues piensan que ellos mismos pueden influir en el mantenimiento de su salud en relación a sus conductas y sus consecuencias; sin embargo cuando se cuestionó si siguen su tratamiento como les es indicado el 37.2% reportó no tener un buen apego a éste. Esta dificultad en apego a tratamiento es importante en el paciente asmático, pues es un factor determinante en el mal control de la enfermedad (Martínez, Perpiñá, Fullana, Macián y Lloris, 2008).

En cuanto a los efectos específicos de la intervención Cognitivo-Conductual sobre las variables ansiedad-estado, ansiedad-rasgo, estrés percibido y depresión de los pacientes del Grupo Experimental, los resultados revelaron cambios en la dirección esperada; pues los pacientes que recibieron la intervención mostraron una reducción clínica significativa de sus niveles de estrés, ansiedad y depresión al finalizar la intervención en comparación con el Grupo Control quienes se mantuvieron igual o incrementaron los niveles en estas variables. Cambios que se mantuvieron un mes después en el seguimiento y podría suponerse que esto se debió al correcto aprendizaje y

dominio de las técnicas empleadas que continuaron aplicando y poniendo en práctica; resultados similares fueron reportados por Juárez (2010).

El uso del Manual Educativo de aspectos médicos y psicológicos pudo haber ayudado a mantener estos cambios ya contaban con un material impreso que podían consultar para retomar los tópicos trabajados durante las sesiones. Si bien en la clínica ya se contaba con un manual sobre asma titulado "Empoderamiento Social en el Control del Asma" elaborado por la Asociación de Asma A.C, hay que considerar que en este no se toma en cuenta los aspectos psicológicos relacionados con la enfermedad, así como la parte práctica donde el propio paciente va identificando el comportamiento de la enfermedad y sus emociones en su caso en particular.

Respecto a las características clínicas entre los Grupos Control y Experimental, inicialmente había homogeneidad encontrándose posteriormente diferencias clínicas entre la pre y post-prueba del Grupo Experimental, mostrando la efectividad del programa aplicado, siendo estos datos similares a lo reportado por Bazán, Paredes y Osorio (2007).

La mejoría obtenida por los pacientes que siguieron el programa puede explicarse por el efecto de las técnicas Cognitivo-Conductuales trabajadas en la intervención. En primer lugar la psicoeducación brindó al paciente conocimientos acerca de su padecimiento y tratamiento que le permitió entender mejor su enfermedad, así como las emociones que estaba experimentando e impidiendo tener un buen control. Esto en complemento con el cambio cognitivo que modificó las interpretaciones distorsionadas, falsas creencias y expectativas acerca del asma, tratamiento y estilo de vida; mediante la reevaluación de sus pensamientos acerca de sí mismo, para pensar y actuar de forma más realista y adaptativa.

La solución de problemas ayudó al paciente a buscar soluciones y poder resolver situaciones que anteriormente había considerado insuperables. El entrenamiento en técnicas de relajación y respiración diafragmática ayudó a los pacientes a reducir el estrés y la ansiedad, a detectar los síntomas que experimentan y a poner en marcha sus recursos psicológicos para poder manejar mejor una exacerbación o crisis asmática.

Este estudio permite plantear que la mejoría clínica pudo haber estado favorecida por un mejoramiento de su estado psicológico como parte del entrenamiento para el automanejo integral del asma bronquial. Por tanto parece necesario seguir ofreciendo a los pacientes intervenciones psicológicas de corte Cognitivo-Conductual que les brinden

conocimientos y herramientas que les ayuden a reducir los efectos negativos causados por un mal control de su enfermedad a nivel físico y psicológico.

Cabe mencionar que los resultados obtenidos en este trabajo no pueden extrapolarse a otras poblaciones, pues son válidos solamente para el grupo de estudio en cuestión, ya que ni la elección ni el tamaño de la muestra cumplieron con los criterios de validez y se trató de un muestreo no probabilístico.

Es loable señalar que aún obteniéndose resultados favorables en el estudio, la experiencia permite ver la necesidad de un perfeccionamiento del programa aplicado. Se recomienda en futuras investigaciones hacer un seguimiento a más largo plazo e incluir una muestra de pacientes mucho mayor. A este respecto en la Clínica de Asma se pretende continuar el seguimiento de los pacientes de este estudio para conocer su evolución a largo plazo.

Se hacen presentes ciertas limitaciones metodológicas que implican posibles sesgos en esta investigación. La muestra utilizada fue muy pequeña en tamaño y número de pacientes; aunque se sepan las dificultades que hay para conseguir una muestra superior, se recomienda que esta sea mayor en futuros estudios.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos en este estudio se pudo encontrar que los efectos de la intervención Cognitivo-Conductual fueron significativos en términos clínicos, logrando mejoras a nivel médico y psicológico. En este contexto, se puede precisar que los cambios a nivel clínico, dados por el tamaño del efecto, permiten ver que la intervención fue útil, influyendo de manera significativa en las diferentes variables y fases del estudio. Mostrando que el programa de intervención fue exitoso y benéfico logrando mejor control y conocimientos en asma, disminución de estrés, ansiedad y depresión de los pacientes, lo cual se atribuye al trabajo interdisciplinario entre neumólogo y psicólogo.

Como reporta Alonso (2003) en la Clínica de Asma del INER a pesar de que se ha puesto interés en el aspecto educativo de los pacientes y desde hace varios años se imparten cursos dirigidos a abordar diversos aspectos relacionados con el asma, se ha empleado la técnica presencial y los instructores del curso bajo objetivos específicos, ante un grupo enseñan los aspectos generales de la enfermedad y no hay una supervisión de que los pacientes estén administrándose correctamente su tratamiento, realicen adecuadamente su flujometría y llenado del diario de síntomas. Para el caso de esta investigación el proceso fue va más allá de la mera información y enseñanza de habilidades, implicando también un cambio de creencias, actitudes y comportamientos que permitieron alcanzar una mayor autonomía del paciente y una mejor adaptación a su tratamiento y por tanto control de su enfermedad, a través de un programa individual.

Se hace importante el sensibilizar al personal de salud (específicamente al médico neumólogo) y pacientes asmáticos, sobre la importancia que tiene la identificación de los desencadenantes y factores emocionales que pueden exacerbar sus síntomas y favorecer la falta de control de la enfermedad.

Estos resultados aportan evidencia para recomendar el empleo de programas de intervención Cognitivo-Conductual como una alternativa viable dentro del tratamiento y abordaje del paciente asmático, que no implica altos costos y que puede significar un apoyo importante para el paciente mal controlado y disminuir los efectos negativos que esto le acarrea.

El paciente que recibió el programa de intervención:

- Incrementó su nivel de conocimiento respecto a su enfermedad después de la intervención
- Aprendió el uso correcto de inhaladores y cámaras espaciadoras

- Aprendió a conocer y reconocer los desencadenantes de sus síntomas/crisis y las medidas de control
- Aprendió qué es, para qué sirve y la importancia del flujómetro en el paciente con asma y su control
- Tuvo una participación activa en su enfermedad y tratamiento
- Logró que se le realizara su plan de control o automanejo individualizado y por escrito (basado en sus síntomas y flujometría)
- Aprendió a reconocer que los factores emocionales pueden ser un desencadenante de síntomas
- Aprendió técnicas de respiración y relajación para el control de emociones y autocontrol ante una crisis asmática
- Aprendió a llevar a cabo una comunicación efectiva con médicos y personal de salud en general.
- Aprendió los pasos a seguir para resolver un problema o situación referente a su enfermedad o tratamiento
- Aprendió a manejar las emociones generadas por su enfermedad

En éste trabajo se logró en los pacientes un control de su asma, cumpliendo con los criterios que de acuerdo con el GINA se plantean como es: un diagnóstico correcto, *un tratamiento adecuado e individualizado y la educación al paciente asmático de forma progresiva y continua*, siendo estos últimos los alcanzados a través de este programa de intervención. Y también se proporcionó a quien la padece las habilidades para manejar la enfermedad, desde una perspectiva interdisciplinaria. En este contexto la participación activa y efectiva de otros profesionales de la salud como los psicólogos resulta necesaria pues poseen la formación y las herramientas teóricas y técnicas para comprender e intervenir sobre variables psicosociales que incluyen las dimensiones cognitiva, conductual y emocional, como dimensiones que tienen una influencia decisiva en la experiencia del enfermo como en las posibilidades de generar condiciones que favorezcan su proceso educativo.

La inclusión permanente del psicólogo en los equipos de salud puede constituir también un aporte para la dinámica y articulación de los distintos actores implicados en el proceso salud-enfermedad, en lo referido al establecimiento y mantenimiento de la corresponsabilidad médico-paciente. En síntesis, se considera que el trabajo interdisciplinario y coordinado es una pieza esencial y necesaria para lograr una atención integral y más efectiva de los pacientes con asma bronquial.

A partir de la información arrojada por esta investigación se propone:

- Hacer visible al personal de salud y la institución la importancia de contar con un servicio psicológico para la atención de los pacientes.
- Sensibilizar a los médicos neumólogos sobre la importancia del apoyo psicológico para mejorar en el tratamiento del paciente.
- Planear e implementar programas de intervención Cognitivo-Conductuales que favorezcan en los pacientes una mayor adaptación y conocimientos en relación a su enfermedad.
- Instaurar dentro de la institución de salud grupos de apoyo de pacientes asmáticos, que les permita disponer de un espacio con personas con similar situación para poder compartir experiencias, sentimientos, problemas y encontrar soluciones en conjunto.

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL DEL SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (INER)

CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) se encuentra ubicado en Calzada de Tlalpan 4502 Col. Sección XVI en la Delegación Tlalpan, el cual es unidad hospitalaria de tercer nivel que proporciona atención de urgencias, hospitalización y consulta externa a personas con alguna enfermedad respiratoria. Tiene como objetivos el desarrollar y promover investigación básica y aplicada para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades respiratorias; impartir enseñanza de posgrado a profesionales de la medicina y contribuir a la formación del personal en el campo de las enfermedades respiratorias; así como realizar y promover eventos y reuniones de carácter nacional e internacional para intercambiar experiencia y difundir los avances que logren en su área de acción.

Dentro de las especialidades que se atienden en este instituto están: Neumología, Neumología Pediátrica, Cirugía Cardiorácica, Alergia e Inmunología y Otorrinolaringología; así como con los siguientes servicios: neumología adultos, neumología pediátrica, broncoscopia, imagenología, terapia intensiva, urgencias y rehabilitación respiratoria.

Para la atención especializada el instituto cuenta con las siguientes clínicas:

- Clínica de enfermedades intersticiales del pulmón
- Clínica de tuberculosis y enfermedades pleurales
- Clínica de asma
- Clínica de Samter
- Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI)

El servicio al que fui asignada para realizar el segundo año de la residencia en Medicina Conductual fue la Clínica de Asma, bajo la supervisión in situ del Jefe de Formación de Posgrado Dra. Margarita Fernández Vega.

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

El equipo de la Clínica de Asma se encuentra conformado por:

- 4 Médicos neumólogos adscritos a la Clínica de Asma
- 2 Enfermeras

- Médicos Residentes de 1er. año de Neumología (quienes rotan por un mes como parte de su formación en la especialidad de Neumología)
- 1 Médico Homeópata
- Integrantes de la asociación de asma

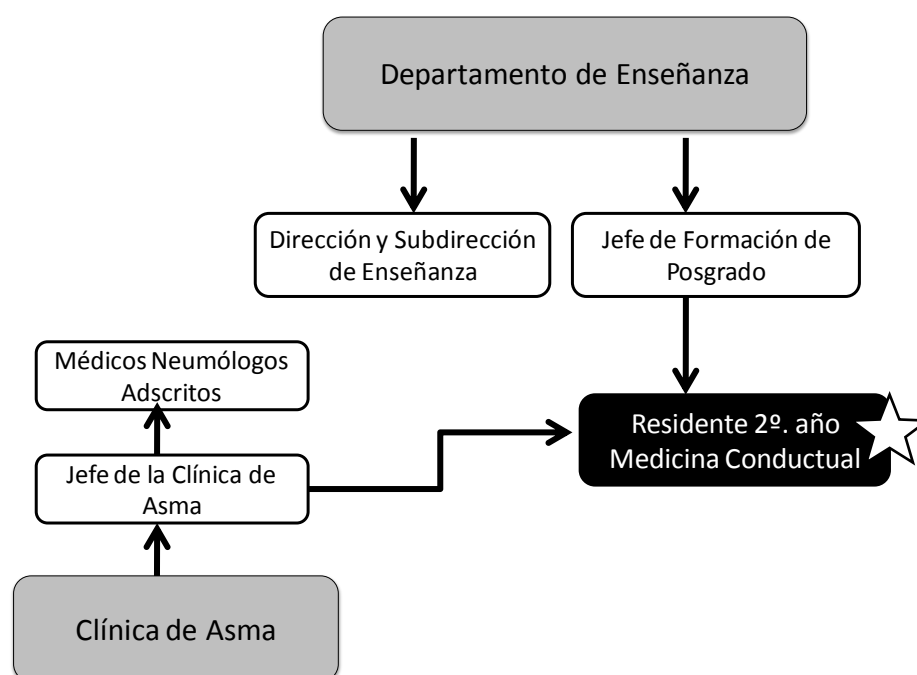
El servicio de la Clínica de Asma brinda atención en consulta externa a pacientes adultos con diagnóstico de asma bronquial en consulta de primera vez o de vigilancia de seguimiento. Esta atención se lleva a cabo en los cuatro consultorios de la Clínica de Asma de la antigua consulta externa y se atienden a los pacientes en un horario de 9:00 a 15:00 hrs. En el Pabellón Clínico 5 es el área donde se encuentran los pacientes que requieren de hospitalización por crisis asmática o exacerbación de síntomas.

La atención psicológica por parte del Residente en Medicina Conductual se brinda en el consultorio 0 de la Clínica.

La Asociación de Asma A.C. es una asociación no lucrativa conformada por pacientes asmáticos quienes se dedican a apoyar a los pacientes en la venta de medicamentos a menor costo y brindan talleres educativos dirigidos a los pacientes y sus familiares dos veces a la semana en la consulta externa y mensualmente en el auditorio del Instituto.

En la Figura 52 se muestra el organigrama donde se ubica al residente en Medicina Conductual dentro de la estructura del Instituto.

Figura 52. Organigrama del servicio donde se ubica al residente en Medicina Conductual



Líneas de Autoridad

Las líneas de autoridad en esta sede son la Jefe de Formación de Posgrado Dra. Margarita Fernández Vega y la Jefe de la Clínica de Asma Dra. María del Rocío Chapela.

ACTIVIDADES DIARIAS DESARROLLADAS EN LA SEDE

El desempeño de las actividades realizadas durante este año de la residencia se enfocaron principalmente a brindar apoyo psicológico a nivel individual a los pacientes de consulta externa y en algunas ocasiones a pacientes hospitalizados; y así cubrir las principales necesidades y problemáticas tanto del paciente como de sus cuidadores primarios en su proceso de adaptación a la enfermedad, apego a tratamiento y estancia hospitalaria.

Cabe mencionar que los pacientes atendidos eran referidos por su médico tratante, la enfermera de Clínica de Asma en hospitalización, la asociación de asma o bien por el propio paciente.

En la Tabla 35 se muestra detalladamente el horario sobre las actividades diarias desarrolladas por parte del residente en Medicina Conductual en el Servicio de Psicología de la Clínica de Asma.

Tabla 35. Horario sobre las actividades diarias desarrolladas en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias por el residente en Medicina Conductual

| HORA | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES |
|-------|--|--|--|--|--|
| 8:15 | Sesión Bibliográfica de Asma | Sesión Bibliográfica de Asma | | Sesión Bibliográfica de Asma | Sesión Bibliográfica de Asma |
| 8:30 | Sesión Bibliográfica de Asma | Sesión Bibliográfica de Asma | Sesión General | Sesión Bibliográfica de Asma | Sesión Bibliográfica de Asma |
| 9:30 | Sesión Bibliográfica de Asma | Sesión Bibliográfica de Asma | Sesión General | Sesión Bibliográfica de Asma | Sesión Bibliográfica de Asma |
| 9:30 | Atención a pacientes en Consulta Externa | Atención a pacientes en Consulta Externa | Sesión General | Atención a pacientes en Consulta Externa | Atención a pacientes en Consulta Externa |
| 10:00 | Atención a pacientes en Consulta Externa | Atención a pacientes en Consulta Externa | Atención a pacientes en Consulta Externa | Atención a pacientes en Consulta Externa | Atención a pacientes en Consulta Externa |

| | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|
| 11:00 | Acompañamiento con el médico en la Consulta Externa de Neumología | Atención a pacientes en Consulta Externa | Atención a pacientes en Consulta Externa | Atención a pacientes en Consulta Externa | Atención a pacientes en Consulta Externa |
| 12:00 | Acompañamiento con el médico en la Consulta Externa de Neumología | Atención a pacientes en Consulta Externa | Atención a pacientes en Consulta Externa | Atención a pacientes en Consulta Externa | Atención a pacientes en Consulta Externa |
| 13:00 | Acompañamiento con el médico en la Consulta Externa de Neumología | Atención a pacientes en Consulta Externa | Atención a pacientes en Consulta Externa | Atención a pacientes en Consulta Externa | Atención a pacientes en Consulta Externa |
| 14:00 | Acompañamiento con el médico en la Consulta Externa de Neumología | Elaboración de notas clínicas en expediente psicológico | Elaboración de notas clínicas en expediente psicológico | Elaboración de notas clínicas en expediente psicológico | Elaboración de notas clínicas en expediente psicológico |
| 15:00 | | | | | |

A continuación se describen las actividades que se realizaron durante el 2o. año de residencia divididas por área:

☉ Consulta Externa

En la Consulta Externa se brindaba atención a los pacientes asmáticos que eran referidos por su médico tratante, por personal de enfermería, recomendación de los integrantes de la Asociación de Asma o bien por iniciativa propia del paciente. Una vez que acudían a solicitar atención se realizaba una pequeña entrevista y un buen rapport como primer contacto con el paciente; además se obtenía información importante para conocer la problemática del paciente realizando el encuadre y explorando su estado emocional actual, conciencia de la enfermedad, antecedentes de apego y expectativas del tratamiento psicológico, entre otra información. Posteriormente se elaboraba la respectiva nota que se incluía en el expediente psicológico considerando el Examen Mental, la conciencia de la enfermedad (información relevante y principales puntos abordados durante la entrevista), una impresión diagnóstica y una propuesta de trabajo a seguir en sesiones posteriores.

En la siguiente sesión se exploraba el estado emocional del paciente y se realizaba la aplicación de instrumentos psicológicos para contar con mayores elementos para identificar las necesidades del paciente y para tener un punto de comparación de cómo se encuentra el paciente antes de iniciar su programa de intervención y cómo se

encuentra cuando lo finaliza y es dado de alta. En las sesiones subsecuentes se trabajaba con los objetivos que se planearon llevar a cabo acorde con los resultados de evaluación y entrevista psicológica así como dar un seguimiento de las técnicas trabajadas y de las tareas.

Las sesiones se brindaban semanal o quincenalmente de acuerdo con la disponibilidad de horario del paciente y psicólogo, las cuales tenían una duración de 60 a 90 minutos.

En algunas ocasiones también se brindó atención psicológica al personal de salud como residentes y personal de enfermería, a solicitud del interesado o bien por parte de la Dra. Margarita Fernandez.

La intervención psicológica que se brindó a los pacientes mediante la aplicación de técnicas Cognitivo-Conductuales estuvo centrada principalmente en:

- Manejo de ansiedad y sintomatología depresiva
- Psicoeducación al paciente y su cuidador sobre la enfermedad, tratamiento, modificación del estilo de vida y adaptación a la enfermedad
- Psicoeducación al paciente sobre la importancia de las emociones (estrés, ansiedad, depresión y falta de asertividad) como factor desencadenante de crisis asmáticas.
- Manejo de reacciones emocionales por percibir descontrol de su enfermedad, incapacidad para realizar sus actividades cotidianas a causa de su asma, entre otras.
- Entrenamiento a pacientes y cuidadores en solución de problemas para la búsqueda de alternativas en diversas problemáticas que referían (como compra de medicamentos, fomento de apoyo familiar y problemas personales).
- Reestructuración cognitiva de las ideas irracionales y desadaptativas que tenían en relación a su enfermedad y tratamiento.
- Evaluación psicológica del paciente.
- Fomentando y/o promoviendo el apego al tratamiento médico y psicológico para mejorar la calidad de vida.
- Manejo de ansiedad hospitalaria y balance decisional costo-beneficio de la importancia de su hospitalización

⊙ **Área de Hospitalización**

La atención psicológica que se proporcionó en hospitalización fue menor en comparación con el trabajo que se brindó en la consulta externa; ya que únicamente se atendían cuando algún miembro del personal de salud (médico adscrito, enfermera o trabajadora social) lo solicitaba. No siendo hasta la fecha una de las actividades donde se requiera la atención de nuestro servicio pues en caso de ser necesario se solicita interconsulta a Psiquiatría. Dentro de las necesidades detectadas para brindar atención psicológica se encontraba manejo de ansiedad, depresión, falta de apego a tratamiento o bien cuando se identificaba que las emociones del paciente interferían en el control de su asma. Aquí únicamente se realiza intervención sin poner nota en expediente clínico, y se informa al médico tratante el probable diagnóstico y plan a trabajar.

⊙ **Actividades de Formación Profesional**

- Sesión Bibliográfica de Asma

Se acudía a clases médicas impartidas por los residentes que rotaban en el servicio, donde se realizaban exposiciones sobre literatura actual en Asma. Lo que me permitió conocer y aprender sobre asma y con ello contar con más elementos para ser trabajado psicoeducativamente con los pacientes y sus cuidadores en la consulta externa.

- Exposición de temáticas en Psicología

Se realizaron exposiciones de temas de índole psicológicos a los médicos residentes que rotaban al servicio donde se abordaron temáticas como: apego a tratamiento, manejo de estrés y desencadenantes emocionales en la crisis asmática; las cuales fueron impartidas por el residentes en medicina conductual.

- Supervisión In Situ

Debido a que en esta sede no se contó con supervisión académica, únicamente se contó con la supervisión que realizaba la Dra. Margarita Fernández, con quien estuve en contacto constante realizando revisiones sobre el protocolo de investigación y el avance que tuviera en el mismo, así como apoyo en la elaboración de material educativo de índole médico y psicológico para trabajar con los pacientes y de la estructuración de una entrevista inicial para el paciente con asma. Supervisión que fue de gran importancia durante mi estancia en esta sede hospitalaria.

- Elaboración mensual de la productividad alcanzada mensualmente

A pesar de esto no ser un requisito en la institución si se realizaba un conteo mensual del número de pacientes atendidos incluyendo el diagnóstico psicológico, técnica psicológica utilizada, tipo de intervención proporcionada y número de talleres impartidos;

la cual se proporcionaba a la Dra. Margarita Fernández (Ver al final de este apartado la productividad alcanzada en el 2º año de residencia).

⊙ **Actividades de Investigación**

Durante este segundo año se desarrollo el Protocolo titulado "Efecto de una Intervención Cognitivo-Conductual para el control del asma en pacientes mal controlados". Cuyo objetivo fue conocer el efecto que tiene un Programa de Intervención basado en técnicas Cognitivo-Conductuales en el control del asma y manejo de estrés, ansiedad y depresión a través de la enseñanza de técnicas de psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva, asertividad, solución de problemas y manejo de emociones. Este proyecto fue registrado y se llevo a cabo de acuerdo con lo establecido por el Comité de Bioética del Instituto.

Se trabajó además un proyecto de investigación titulado "Perfil del paciente con asma atendido en el Servicio de Psicología de la Clínica de Asma". Cuyo objetivo fue conocer y describir las características psicológicas de los pacientes asmáticos atendidos en el Servicio de Psicología de la Clínica de Asma. El cual fue presentado en una ponencia oral y en cartel en las XXXVIII Jornadas Médico-Quirúrgicas desarrolladas en el Instituto.

Así también con ayuda de la Dra. Margarita Fernández se elaboró una entrevista inicial para el paciente asmático la cual tuvo como objetivo el obtener información del paciente en relación a cinco apartados o categorías: I. Datos generales del Paciente, II. Antecedentes de Asma, III. Locus de Control, IV. Aspectos Psicológicos y V. Conocimientos previos sobre el asma (Ver en anexo).

Además de elaborarse un manual educativo que aborda aspectos médicos sobre qué es el asma, qué pasa en el asma, cuáles son sus síntomas y desencadenantes, cuál es el tratamiento a seguir, qué hacer para tener un control de la enfermedad, entre otros temas; y de aspectos psicológicos y emocionales en el asma como son: qué sentiste cuando te dijeron que tenías asma, qué emociones has experimentado desde que tienes asma, cuáles son tus desencadenantes emocionales, qué es el estrés, ansiedad y depresión y cómo se manifiesta, qué hacer ante una crisis asmática, entre otros (Ver en anexo).

⊙ **Eventos Académicos No programados**

Asimismo se participó en algunos eventos académicos como los que se describen a continuación:

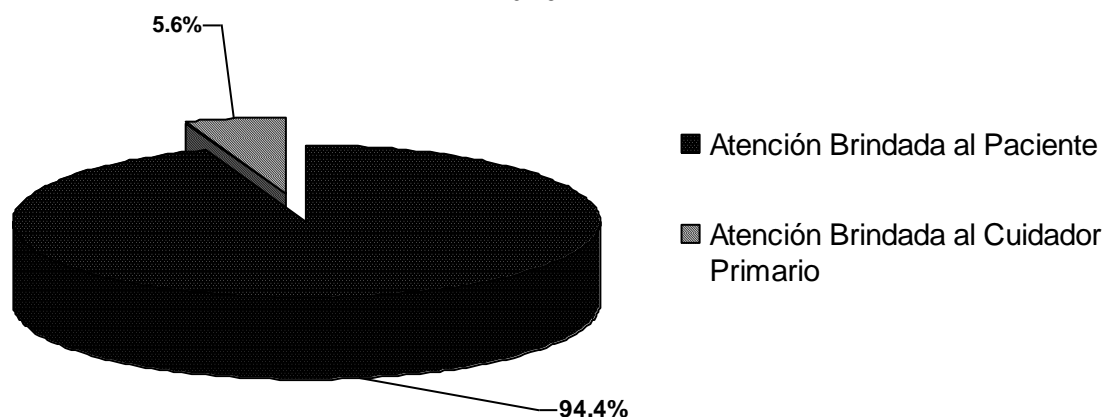
- Participación como ponente en el Curso-Taller de Asma con el tema "Aspectos Psicológicos en el Asma" que se llevó a cabo en marzo de 2010 en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).
- Participación en la mesa de factores desencadenantes en asma, en el Maratón de Conocimientos de Asma desarrollado en Guadalajara en marzo de 2010.
- Asistencia y participación en el Día Mundial del Asma que se llevó a cabo en el Hotel Fiesta Inn el 4 de mayo de 2010.
- Participación en el Curso-Taller de Asma con el tema "Técnicas de autocontrol durante una crisis de asma" que se llevó a cabo en agosto de 2010 en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).
- Participación como ponente del trabajo titulado "Características psicosociales de cuidadores primarios de pacientes oncohematológicos", en el 1er Coloquio de Psicooncología realizado del 26 al 27 de agosto de 2010 en el Instituto Nacional de Cancerología.
- Participación con la presentación del trabajo libre "Características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el Servicio de Psicología de la Clínica de Asma" presentado en las XXXVIII Jornadas Medico-Quirúrgicas del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) en septiembre de 2010.
- Participación en el Curso-Taller Generalidades del Asma con el tema "Qué es el estrés y cómo controlarlo", que se llevó a cabo en septiembre de 2010 en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).

ESTADÍSTICAS DE PACIENTES ATENDIDOS DURANTE EL SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA EN EL SERVICIO DE PSICOLOGÍA DE LA CLÍNICA DE ASMA INER

Se proporcionó atención psicológica en 313 ocasiones a 85 pacientes de primera vez y 228 de manera subsecuente, con un promedio de 3 pacientes atendidos por día en sesiones de 90 minutos.

El 94.4% de las intervenciones fueron proporcionadas al paciente y el 5.6% al Cuidador Primario (CP) o familiar (Veáse Figura 53). Respecto a las características sociodemográficas, el 76.3% correspondió al sexo femenino y el 23.7% al masculino; el rango de edad de los pacientes iba de los 6 a los 72 años, con una edad promedio de 42.58 años (DE 16.88).

Figura 53. Porcentaje de atención proporcionada al paciente y Cuidador Primario



Respecto a cómo es que el paciente solicita atención psicológica, se encontró que el 33.9% acude por interconsulta de su médico neumólogo, 33.6% por cuenta propia, 15.7% por recomendación de la asociación de asma y el 16.8% canalización de la enfermera de la Clínica de Asma en Hospitalización.

La atención psicológica se proporcionó con mayor frecuencia en la consulta externa en el 73.2% de las ocasiones, en comparación con la de hospitalización la cual se brindó en el 26.8%.

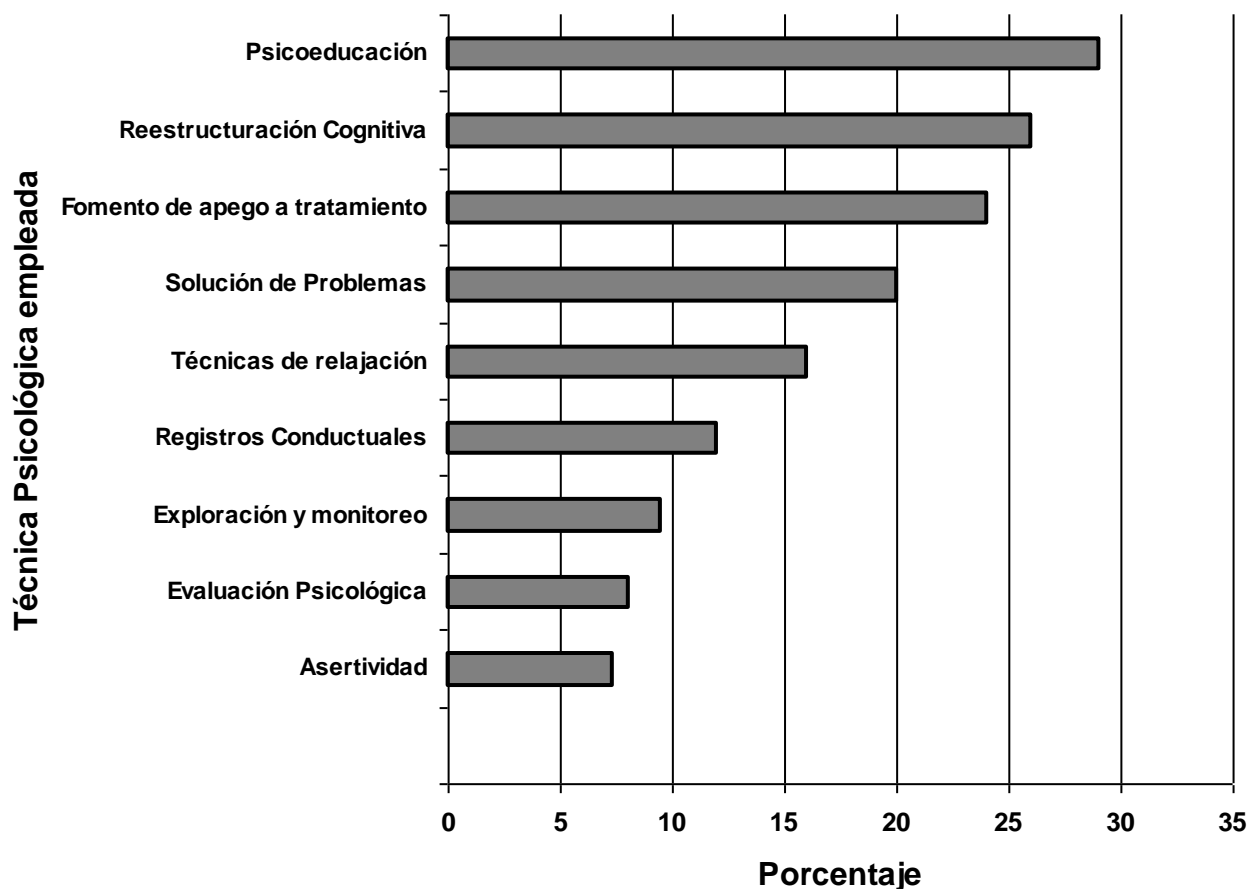
En la Tabla 36 puede observarse que la mayor atención se proporcionó a pacientes con trastorno de ansiedad, seguido de sintomatología ansiosa, trastorno adaptativo y con falta de habilidades asertivas.

Tabla 36. Porcentaje de pacientes a quien se brindó atención por diagnóstico psicológico.

| Diagnóstico Psicológico | % |
|--|----------|
| Trastorno de Ansiedad | 19.8% |
| Sintomatología Ansiosa | 18.1% |
| Trastorno Adaptativo | 14.2% |
| Falta de Habilidades Asertivas | 11.5% |
| Sintomatología Depresiva | 9.% |
| Dificultad en el apego a tratamiento | 8% |
| Dificultad en el manejo de emociones | 6% |
| Dificultad en toma de decisiones o solución de problemas | 5% |
| Síntomas de estrés | 5% |
| Ansiedad Hospitalaria | 3.4% |

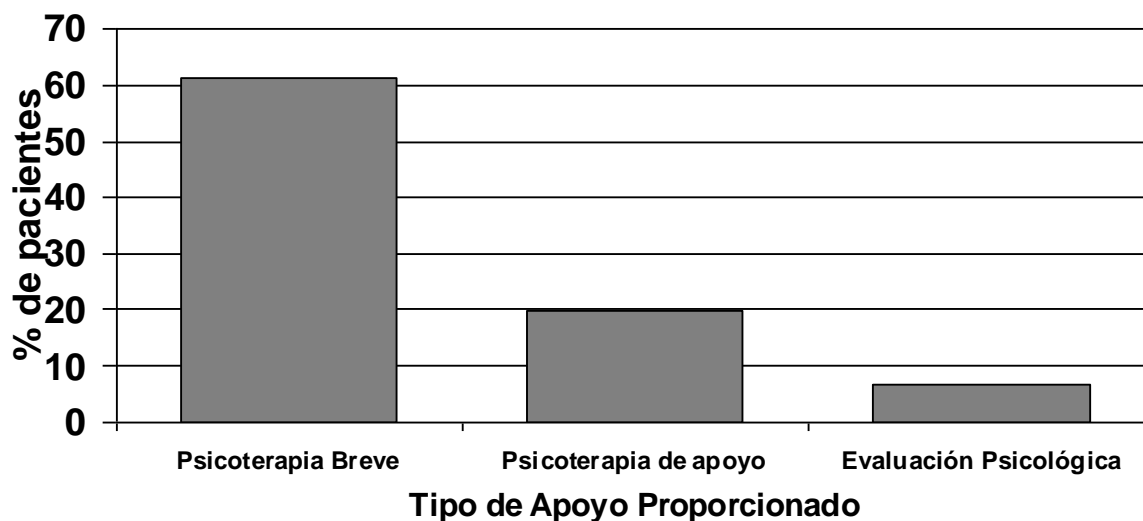
De acuerdo a las necesidades psicológicas de cada paciente, se trabajó con alguna técnica cognitivo-conductual apropiada para incidir en su problemática. En la Figura 54 se muestran las técnicas más utilizadas durante la intervención a pacientes y cuidadores, siendo las más frecuentes: psicoeducación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, técnicas de relajación, registros conductuales, exploración y monitoreo del estado emocional, evaluación psicológica y habilidades de comunicación y asertividad.

Figura 54 . Porcentaje de las principales técnicas psicológicas empleadas en la atención del paciente y Cuidador Primario



En la Figura 55 se describe el tipo de apoyo psicológico proporcionado, se observa un predominio en la psicoterapia breve (61.2%), seguida de psicoterapia de apoyo (19.9%) y finalmente evaluación psicológica (6.7 %).

Figura 55. Porcentaje del tipo de Apoyo Psicológico que se proporcionó a los pacientes y/o cuidadores



CASO CLÍNICO



**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
ISMAEL COSIO VILLEGAS
CLÍNICA DE ASMA**

Identificación del paciente

Nombre: HZP

Edad: 46 años

Sexo: Masculino

Estado civil: Casado

Originario: Distrito Federal

Residente: Distrito Federal

Religión: Católico

Dx Médico: Asma Bronquial descontrolada + Trastorno Depresivo Mayor Recidivante

Remitido por: Enfermera de Clínica de Asma en Hospitalización

Ocupación: Profesor de Idioma Inglés

Escolaridad: Maestría

Análisis del motivo de la consulta

El paciente es referido por la enfermera de la Clínica de Asma en Hospitalización debido a que es un paciente que ha tenido dos ingresos hospitalarios en el año en menos de dos meses a causa de descontrol en su asma por falta de apego a tratamiento, que pudiera estar favorecido por problemas emocionales.

Antecedentes de índole Psiquiátrico/Psicológico

El paciente reporta estar en tratamiento psiquiátrico desde hace tres años a base Citalopram una cada 24 horas. Niega haber recibido en algún momento terapia psicológica.

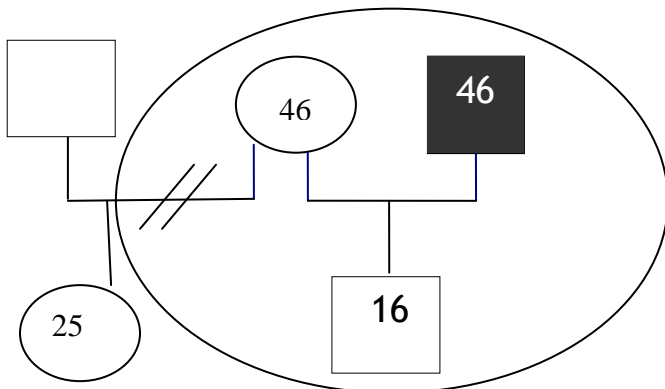
Dinámica Familiar

El paciente reporta en términos generales tener una relación adecuada con cada uno de los miembros de su familia. Con respecto a su esposa refiere que en algunas ocasiones llegan a tener discusiones por el aspecto económico; ya que el hogar es sostenido principalmente por los ingresos de ella ya que cuando él está en periodo de vacaciones y no recibe remuneración económica alguna, no cuenta con los recursos suficientes para cubrir los gastos de casa. Además de que cuando enferma se agregan más gastos que su esposa tiene que ayudarle a cubrir. Así también reporta que tienen un gato el cual es tema de discusión ya que ella no entiende que ese gato es un desencadenante en sus síntomas de asma y no quiere se deshagan de él.

Con relación a su hijo, comenta llevarse bien y tener una convivencia como cualquier padre e hijo; sin embargo el esta mas metido en sus cosas de la escuela y los amigos. Comenta el paciente también llegar a tener discusiones con el referentes a que no debe estar en casa el gato que que es de él para beneficio de su salud.

Con su hijastra refiere tener buena relación ya que ha convivido con ella desde que era niña, como si fuera su hija. Inclusive se refiere a ella como "mi hija". Además de que ella está pendiente de todo lo referente a su tratamiento psiquiátrico, ya que ella es psiquiatra.

Familiograma:



Historia del problema

Emocional

Al realizar entrevista inicial en hospitalización con el paciente, éste reporta sentirse tranquilo ya que su crisis asmática pudo controlarse rápidamente en comparación con otras ocasiones en las cuales ha tardado un poco más en y porque pronto sería dado de alta. Comenta estar recibiendo tratamiento psiquiátrico desde hace tres años para el manejo de su estado anímico, siendo diagnosticado por un psiquiatra como Depresión Mayor.

Respecto a su estado anímico reporta que la mayor parte del tiempo es de tristeza, sintiéndose sin energía y sin interés por realizar actividades que antes le eran placenteras; sintiéndose así principalmente cuando tiene algún problema familiar con su esposa, en el trabajo o bien cuando llega la época de vacaciones escolares ya que no percibe ningún ingreso "cuando estoy de vacaciones tal pareciera que me enfermo un más y me siento más triste y desanimado porque no cuento con el dinero suficiente para ayudar con los gastos de casa; y si me pongo mal soy un gasto mas para mi esposa incrementándose así mis deudas..."

Asma

Con diagnóstico de asma desde hace 2 años. En relación a sus ingresos hospitalarios debido a su asma, reporta ser la tercer ocasión en el año que ha estado hospitalizado a causa de una crisis asmática; pero tiene mayores visitas al servicio de urgencias. Uno de sus ingresos hospitalarios ocurrió el 8 de mayo del 2010 con una estancia hospitalaria de 5 días y una segunda ocasión el 19 de junio de 2010 con 8 días de estancia hospitalaria.

Refiere además que ha estado controlando sus síntomas de asma únicamente con la administración de medicamento de rescate haciendo uso excesivo de salbutamol o prednisona.

El paciente reporta no tener un buen apego a su tratamiento psiquiátrico y para su asma; ya que no toma sus medicamentos como le son indicados y se llega a automedicar con lo que los médicos neumólogos en otros ingresos le han administrado. Además de que no realiza llenado de diario de síntomas y no asiste a las consultas médicas de seguimiento. Cabe mencionar que el paciente comento no contar con información suficiente y necesaria para realizar los cuidados necesarios referente a su enfermedad, sin embargo tampoco el la ha buscado por su cuenta.

Se identifica además que el paciente considera que el control de su enfermedad la tiene únicamente el médico siendo el responsable de realizar las modificaciones necesarias para no tener síntomas de asma.

Por otro lado el paciente reporta que convive con un gato que le desencadena síntomas de asma y que es propiedad de su hijo, por el cual ha llegado a tener discusiones con esposa e hijo.

Impresión y Actitud General

Paciente con edad aparente a la cronológica, de impresión clínica de inteligencia promedio, constitución endomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño; se encuentra en cama en el área de hospitalización ante la espera de su alta.

Examen Mental

Paciente con edad aparente a la cronológica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño, cooperador ante la entrevista, manteniendo contacto visual, en estado de alerta. Tiempos de reacción adecuados, orientado en las 3 esferas TEP, con procesos de atención y concentración adecuados, sensoperceptuales sin alteración, memorias conservadas, nivel de pensamiento abstracto, lenguaje claro, comprensible, curso fluído, discurso congruente con el afecto el cual es hipotímico, cuenta con recursos cognitivos y conductuales. Se reporta por parte del paciente antecedentes de mal apego al tratamiento psiquiátrico y para el control de su asma. No cuenta con conciencia de la enfermedad, sin embargo posterior a la entrevista el paciente refiere interés por conocer más de su enfermedad y recibir el tratamiento psicológico referente para mejorar en su control de asma. Cuenta con una baja percepción de apoyo social y alta de apoyo económico por parte de su familia; así como con estrategias de afrontamiento inactivas y locus de control externo ya que reporta que es el médico el único responsable de que mejore el control que tiene de su asma.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos

Se aplicó:

| Instrumento | Resultados Obtenidos |
|--|---|
| Entrevista Inicial para el paciente con asma | Se encontró que el paciente: <ul style="list-style-type: none"> No cuenta con los conocimientos necesarios para tener un buen control de su enfermedad y no ha buscado esta información por cuenta propia. |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> No realiza registro de diario de síntomas, de flujometría y no ha detectado cuáles son sus desencadenantes de síntomas. Se perciben áreas afectadas a causa de su asma como lo es su estado de ánimo, trabajo, economía y realización de actividades. Con un locus de control externo, centrando toda la responsabilidad en la mejora de sus síntomas y control de su enfermedad en el médico. No cuenta con apego a tratamiento y se automedica. Se controla en casa únicamente con medicamento de rescate sin contar con un medicamento de control. |
| Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE) | 103 puntos = Ansiedad Severa Ansiedad Estado 46 puntos = Ansiedad Severa Ansiedad Rasgo 57 puntos = Ansiedad Severa |
| Inventario de Depresión de Beck (IDB) | 39 puntos = Depresión Severa |
| Cuestionario de Percepción de Estrés (CPE) | 23 puntos = Percepción de Estrés Moderado |

Análisis y descripción de las conductas problema

| Conductas Problema | Variables biológicas | Variables familiares | Tratamiento Farmacológico |
|--|---------------------------|---|--|
| Falta de apego a tratamiento médico y farmacológico en su asma | Asma moderada persistente | Falta de apego a tratamiento Falta de información referente a su enfermedad, tratamiento y | Seretide Diskus 50/500 mcg Salbutamol |

| | | | |
|---|-----------------|--|------------------|
| | | cuidados a seguir. | |
| Estado anímico depresivo | Depresión Mayor | Falta de apoyo por parte de los demás miembros de la familia en eliminación de desencadenantes | Citalopram 20 mg |
| Falta de información en torno a su enfermedad y modificaciones a realizar en su estilo de vida. | | Falta de habilidades asertivas con los miembros de la familia | |

PROBLEMÁTICA ACTUAL

El paciente reporta estar interesado en llevar un seguimiento interdisciplinario por parte de médicos neumólogos y respectivo seguimiento psicológico para mejorar el apego y control de su asma y su estado anímico, para que de este modo pueda realizar mejoras en diversas áreas de su vida.

Diagnóstico DSM – IV

EJE I Trastorno Depresivo Mayor Recidivante

EJE II Aplazado

EJE III Asma

EJE IV Alteración en el Grupo Primario de Apoyo

EJE V 61-70

Aplicación de tratamiento Psicológico

| |
|--|
| <p>Tratamiento Psicológico</p> <p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorecer adaptación a la enfermedad y Tx • Favorecer un apego al tratamiento en su asma • Favorecer una mejora de habilidades asertivas y de comunicación con los miembros de la familia • Manejo de depresión |
|--|

Fomentar Apego al Tx.

- Fomentar la utilización de estrategias de afrontamiento activas centradas en el problema y la búsqueda de una red de apoyo social.

Psicoeducación

- Educar al paciente en relación con su asma y los cuidados que debe llevar a cabo.
- Fomentar la participación del paciente en su enfermedad, así como realización de registro de síntomas y flujometría.
- Modificación del estilo de vida: Cuidados que tiene que realizar para evitar exponerse a desencadenantes, así como fomentar la reanudación de realización de actividades.

Reestructuración Cognitiva

- Intervención en relación a la falta de información acerca de su enfermedad, Tx y conductas de autocuidado que debe seguir.
- Detención del pensamiento e implementación de distractores
- Modificación de pensamientos irracionales por otros más adaptativos

- Entrenamiento en solución de problemas en la búsqueda de alternativas para generar soluciones a las problemáticas con los miembros de su familia.
- Entrenamiento en asertividad

COMPETENCIAS ALCANZADAS POR EL RESIDENTE EN MEDICINA CONDUCTUAL

- Desarrollo de habilidades clínicas, y en la detección de las principales necesidades y problemáticas de la población que es atendida en el servicio.
- Adquisición de conocimiento y de terminología médica relacionada con asma.
- Desarrollo de habilidades en la atención de pacientes a nivel clínico y en seguimiento en consulta externa.
- Interés del personal de salud (médicos, personal de enfermería y trabajo social) por el trabajo que desempeña el residente de medicina conductual, como de las técnicas psicológicas utilizadas.
- Obtención de canalizaciones de pacientes asmáticos para el ser atendido por el residente en medicina conductual y recibir respectivo tratamiento psicológico.
- Interés por parte de los pacientes en recibir un tratamiento psicológico.
- Interés por personal de educación de la salud por incluir al residente en medicina conductual en cursos y diplomados.
- Fomento de actividades de investigación psicológica y en aspectos médicos en asma por parte del supervisor in situ.

EVALUACIÓN DEL SERVICIO Y DE LA SUPERVISIÓN

Las sesiones bibliográficas en asma me permitieron adquirir información y terminología médica que me fue de gran utilidad para trabajar psicoeducación de la enfermedad y tratamiento con el paciente y/o su familia; para poder aclarar las principales dudas que éstos presentaban. Así como para elaborar materiales para ser utilizados durante las intervenciones como lo fue trípticos, la entrevista inicial psicológica del paciente con asma y el manual educativo de aspectos médicos y psicológicos en asma.

Quisiera resaltar la importancia del apoyo proporcionado por la Dra. Margarita Fernández (supervisora in situ) quien estuvo siempre en disposición de ayudar en todo momento brindando el apoyo necesario para poder desempeñar nuestro trabajo; así como por el interés por fomentar la importancia que tiene el residente en medicina conductual en la atención de los pacientes y por su valioso apoyo en la supervisión y/o asesoría en mi trabajo diario.

Por el contrario, en esta sede no se cuenta con supervisión académica la cual pudo haberme sido de utilidad para poder asesorarme en la supervisión del protocolo de investigación y elaboración del informe final de experiencia profesional; sin embargo

gracias al apoyo de la supervisora in situ esto pudo realizarse sin mayor problema. Pero sería importante contar con un supervisor ya que es el único instituto donde no se realiza esta actividad de seguimiento y retroalimentación con los residentes.

RECOMENDACIONES

- Contar con un supervisor académico para poder trabajar el reporte de experiencia y recibir retroalimentación de nuestro desempeño o trabajo.
- Llevar a cabo una mayor difusión con los pacientes y personal de salud dentro del instituto sobre las actividades que realiza el residente en medicina conductual.
- Crear espacios en diferentes servicios para que el residente en medicina conductual pueda intervenir en diversas patologías y se dé a conocer su trabajo.
- Promover y generar investigación interdisciplinaria.
- Posibilitar el trabajo con pacientes pediátricos y no únicamente con adultos como se lleva a cabo en todos los servicios durante la residencia.
- Sensibilizar al personal médico sobre la importancia del apoyo psicológico como complemento en el tratamiento del asma.
- Sensibilizar a los médicos sobre la importancia que tiene en el apego a tratamiento la relación médico-paciente.
- Sensibilizar a la institución sobre la importancia de crear espacios de trabajo para el psicólogo.

REFERENCIAS

- Adams, R., Fuhlbrigge, A., Guilbert, T., Lonano, P. y Martinez, F. (2001). Aplicación de un programa de entrenamiento para el automanejo del asma bronquial. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 14 (4), 335-339.
- Akkerman, R. L. y Ostwald, S. K. (2004). Reducing anxiety in Alzheimer's disease family Caregivers: the effectiveness of a nine-week cognitive-behavioral intervention. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 19, 117-123.
- Alonso, D. (2003). Evaluación de la eficacia del Programa de Educación de Asma en el uso adecuado del flujómetro e inhalador de dosis medida. Tesis para obtener la especialidad en Neumología. INER.
- Alvarado, M. (2002). Evaluación del Impacto Familiar del Asma Bronquial Infantil. Tesis de Licenciatura de la Universidad Autónoma de Barcelona.
- Arias, A., Pernas, M. y Martín, G. (1998). Aplicación de un programa de entrenamiento para el automanejo del asma bronquial. *Revista Cubana Med Gen Integr*, 14(4), 335-339.
- Babarro, A, Garrido, A., Díaz, A., Casquero, R. y Riera, P. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Atención Primaria*, 33, (2), 61-68.
- Báez, R., Chapela, R., Herrera, L., Ortiz, R. y Salas, J. Desarrollo de un cuestionario para medir los conocimientos del paciente asmático en relación con su enfermedad. (2007). *Arch Bronconeumol*, 43, 248-255.
- Bazan, G., Paredes, M. y Osorio, M. (2007). Taller multidisciplinario dirigido a pacientes pediátricos con asma y sus padres, basado en la guía internacional para el manejo del asma (GINA). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (1), 111-117.
- Bazo, M. y Domínguez, A. (1996). Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73, 43-56.
- Benedito, M., Botella, C. y López, J. (1996) Influencia de tres tratamientos psicológicos sobre dimensiones de personalidad en niños asmáticos. *Anales de psicología*, 12(2), 217-222.
- Birk, L. (1973). *Biofeedback: The Behavioral Medicine*. New York: Grune Stratton
- Borderías, C., Zabaleta, L., Murguionda M., Riesco, M., Pellicer, C., Hernández, J., Carrillo, T. y Lumbreras, G. (2005). Coste y manejo de una crisis asmática en el ámbito hospitalario de nuestro medio (estudio COAX en servicios hospitalarios). *Archivos de Bronconeumología*, 20 (4), 707-709.
- Bourgeois, M. S., Schulz, R., Burgio, L. D., y Beach, S. (2002). Skills training for spouses of patients with Alzheimer's disease: Outcomes of an Intervention study. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8, 53-73.

- Brodaty, H., Green, A. y Koschera, A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatric Society*, 51, 657-664.
- Carol M. (2001). Grandmothers who are caregivers are more prone to stress and depressive symptoms. *Medical Study News*, 3 (1), 123-132.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, L. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of health and Social Behavior*, 23, 24(4), 385-396.
- Cortés, F., Abián, L. y Cortés, H. (2008). Adaptación Psicosocial del paciente oncológico ingresado y del familiar cuidador principal. *Psicooncología*, 1, 83-92
- Chu, P., Edwards, J., Levin, R. y Thompson, J. (2000). The use of clinical case management for early stage of Alzheimer's patients and their families. *American Journal of Alzheimer's disease and other Dementias*, 15, 284-290.
- Dahl, J.; Gustafsson, D.; Melin, L. (1990). Effects of a behavioral treatment program on children with asthma. *Journal of Asthma*, 27, 41-46.
- Díaz, J., Castro, C., Gontán, M. y López, F. (2003). Prevalencia y factores de riesgo de EPOC en fumadores y ex fumadores. *Arch Bronconeumol*, 39, 554-558.
- Díez, J., Redondo, M., Arroniz, C., Giacchi, A., Zabal, Ch. y Salaberri, A. (1995). Malestar psíquico en cuidadores familiares de personas confinadas en su domicilio. *MEDIFAM*, 5, 124-30.
- Drotar, D. Psychological interventions in childhood chronic illness. *American Psychological Association*, 20 (6), 9-32.
- Fernández, M., Amaya, L. y Martínez, J. (2009). Educación en asma. *Rev Neumología y Cirugía de Tórax*, 68(S2), 176-185.
- Fernández, M., Vargas, M., Regalado, J., Chapela, R. y Salas, J. (2005). Características de pacientes asmáticos mexicanos atendidos en consulta externa. *Revista de Investigación*, 57 (4), 513-521.
- Galil, N. (2000). Depresión and asthma in children. *Current Opinion in Pediatrics*. 12, 331-335.
- Gallant, M. y Connell, C. (2003). The stress process among dementia spouse caregivers. *Research on Aging*, 20(3), 267-97.
- García, I. y González, S. (1995). Asthma self/management education program by name monitoring of peak expiratory flow. *Am J Respir Crit Care Med*, 195, 353-359.
- García, M., Mateo, I. y Eguiguren, A. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 18 (1), 132-139.
- Gardida, A., Rojas, M., Tavera, C. y Catalán, M. (2002). Evaluación de un programa educativo para el control del asma en niños de edad escolar en el estado de Morelos, México. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 15 (1), 27-30.

Garre, J., López, S., Franch, J., Estrada, A y Lozada, G. (2002). Carga del cuidador y síntomas depresivos en pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 34 (7), 601-607.

Guía Española para el manejo del asma [GEMA]. (2009). Recuperado de www.gemasma.com

Global Initiative for Asthma [GINA] . Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Asthma Management program 2006. Recuperado de www.ginasthma.org

Global Initiative for Asthma (GINA) Global Strategy for Asthma Management and Prevention Workshop report. November 2003. Recuperado de <http://www.ginasthma.com>.

Goode, K., Haley, E., Roth, D. y Ford, G. (2008). Predicting longitudinal changes in mental health. *Health Psychology*, 17, 190-198.

Guerrero, L., Ramos, R., Alcorado, A. (2008). Programa de intervención multidisciplinaria para cuidadores de pacientes en atención domiciliaria. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 89-95.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). Metodología de la Investigación. México: McGraw Hill.

Holroyd, E. y Mackenzie, A. (1996). An exploration of the carers' perceptions of caregiving and caring responsibilities in Chinese families. *Intern J Nurs Stud*, 33,1-12.

Hong-Wei, S., Jian, W., Su-Zhen, M., Yan-Yu, M., Yu-Ping, S., Zhi-Hu, Y. y Le-Xin M. (2010). Effect of Educational and Psychological Intervention on the Quality of Life of Asthmatic Patients. *Respiratory Care*, 55 (6), 725-728.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Las personas mayores en España. Informe 2002. Extraído el 27 enero de 2009, disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/estadísticas/informacion/informe2002>.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas demográficas, 2003. Base de datos. Disponible en <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2004/edad04.pd>. Consultado en diciembre de 2010.

Islas, S., Ramos, B., Aguilar, M. y García, M. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 19(4), 266-271.

Janson-Bjerklie, S., Ferketich, S. y Benner, P. (1993). Predicting the outcomes of living with asthma. *Research of Nursing and Health*, 16, 241-250.

Juárez, A. (2010). Evaluación de una intervención psicológica para mejorar la adherencia terapéutica sobre la calidad de vida de pacientes con asma. Tesis para obtener el grado de Maestría, Facultad de Psicología, UNAM.

- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R.(1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21 (3), 26-31.
- Kinsman A.; Dahlem, Spctor S.; Staudenmayer H. (1977). Observations on Subjetive Symptomatology, Coping Behavior and Medical Decisions in Asthma. *Psychosomatic Medicine*, 39, 102-119.
- Kotses, H. (1995). A self management program for adult asthma part I:development evaluation. *J Allergy Clin Inmuno*, 95, 259-265.
- Kotses, H., Bernstein y Reynolds, R. (1995). A self-management program for adult asthma. *J Allergy Clin Immunol*, 95,529-540.
- Izal, M., Losada, A., Márquez, M. y Montorio, I. (2003). Análisis de la percepción de capacitación y formación de los profesionales del ámbito sociosanitario de atención a los cuidadores de personas mayores dependientes. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 38, 203-211.
- Lara, E. (2002). Clínica del asma. ¿en realidad es útil?. *Alergias, Asma e Inmunología Pediátrica*, 11(2), 41-47.
- Lara, G., González, A. y Blanco, L. (2008). Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de especialidades médico-quirúrgicas*, 13(4), 159-166.
- Lehrer, P. (1998). Emotionally triggered asthma: A review of research literature and some hypotheses for selfregulation. *Applied Psychophysiology & Biofeedback*, 23, 13-41.
- Lehrer P, Feldman J., Giardino N., Song H. (2002).m Psychological aspects of asthma. *J Consult Clin Psychol*, 70 (3), 691-711.
- Libro Blanco de la Dependencia en España del Ministerio de Trabajo de Asuntos Sociales [MTAS] (2005). Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles. El Entorno Familiar. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales IMSERSO.
- López, J. (2005). Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes:desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa. Tesis para obtener el grado de Doctor, Madrid, Universidad Complutense de Madrid.
- López, J. y Crespo, M. (2006). "Intervención con cuidadores". Madrid, Portal Mayores, Gerontología. Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/lopez-intervencion-01.pdf>
- Lucas, D., Zimmer, L. Paul, J., Jones, D., Slakto, G, Liao, W. y Lashley, J. (2008). Two-years results from the asthma sel-management program:long term impact on health care services, costs, functional status and productivity. *J Asthma*, 38, 289-297.
- Jiménez, A.,González, C, Mora, J. y Gómez C. (1995). Acercamiento a la repre: semántica del concepto estrés en adolescentes mexicanos. *Revista de Salud Mendal*, 49.

- Kazdin A. (2001). Métodos de investigación en psicología clínica: 3ª. Pearson Educación.
- Izal, M., Montorio, I., Márquez, M., Losada, A. y Alonso, M. (2001). *Intervención Psicosocial*, 10(1), 23-40.
- Martín, R. (2008). Estudio de las variables psicológicas, calidad de vida e intervención psicoeducativa en el asma bronquial infantil. Tesis para obtener grado de doctorado, Universidad de Salamanca.
- Martínez, E., Perpiñá, M., Fullana, J., Macián, V., Lloris, A. y Belloch, A. (2008). Percepción de la disnea y cumplimiento terapéutico en pacientes con asma. *Archivos de Bronconeumol*, 44(9), 459-463.
- McFADDEN, E. R. . Asma en: Principios de Medicina Interna de Harrison. 11 Ed. Braunwald, E y col. (eds). Interamericana 1989. México, DF.
- Meleis, A. "Experiencing transitions: An emerging Middle Range Theory" (1997). *Nursing Science*, 23 (1), 12-28.
- Moral, S., Juan, O., López, M. y Pellicer, M. (2003). Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Atención Primaria*, 32, 77-87.
- Morales, A., Muñoz, T., Bravo, F., Iniesta, C., Montero, F. y Olmos, M. (2000). Problemas de salud de los cuidadores de enfermos incapacitados. *Centro de Salud*, 8, 714-718.
- Morell Bernabé Juan J, , Cuervo Valdes Jaime. Estudio de situación del asma pediátrica en extremadura. España. Foro Pediátrico. Documento no2 2002. Disponible en URL www.spapex.org/spapex/asmaprev.htm
- Mittelman, M., Ferris, S. y Steinber J. (1995). A comprehensive support program: Effect on depression in spouse-caregivers of AID patients. *The Gerontologist*, 35(6), 792-802.
- National Institutes of Health (NIH). Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA). The GINA Report 2008. Recuperado de www.ginasthma.org
- National Profile of Family Caregivers in Canada. (2002). Final Report. Extraído el 29 de Junio 2009, Recuperado de <http://www.hc-sc.gc.ca>
- Nascimento, I., Nardía, A.E., Valença, A.M., Lopesa, F.L., Mezzasalma, M.A., Nascentesb, R., (2002). Psychiatric disorders in asthmatic outpatients. *Psychiatry Research*, 110(1), 73-80.
- Nereo, N., Fee, R. y Hinton, J. (2003). Parental stress in mothers of boys with Duchenne muscular dystrophy. *Journal of Pediatric Psychology*, 2, 473-484.
- Neville, E., Gribbein, H., & Harrison, B. D. W. (1991). Acute severe asthma. *Respiratory Medicine*, 85, 463-474.
- Nouwen, A., Freeston, M. H., Labbe, R., & Boulet, L. P. (1999). Psychological Factors

Associated with Emergency Rooms Visits among Asthmatic Patients. *Behavior Modification*, 23 (2), 217-234.

Padgett, D. K., & Brodsky, B. (1992). Psychological factors influencing non-urgent use of the emergency room: A review of the literature and recommendations for research and improved service delivery. *Social Science and Medicine*, 35, 1189-1197.

Pérez, I. (2009). Síndrome de desgaste en cuidadores primarios de pacientes en cuidados paliativos. Tesis para obtener el grado de Maestra en Psicología, UNAM.

Purcell, K, Brady, K., Chai, H., Muser, J., Molk, L., Gordon, N. y Means, J. (1969). The effect of asthma in children of experimental separation from the family. *Psychosomatic Medicine*, 31, 144-164.

Put, C., Van den Bergh, O., Lemaigre, V., Demedts, M. y Verleden G. (2003). Evaluation of an individualised asthma programme directed at behavioural change. *European Respiratory Journal*, 21, 109-115.

Ritz, T., Steptoe, A., DeWilde, S., y Costa, M. (2000). Emotions and Stress Increase Respiratory Resistance in Asthma. *Psychosomatic Medicine*, 62, 401-412.

Rubio, C., Bosch, E., Soler, E., Romero, A. y Martín, M. (2000). Repercusión en el estado de ánimo del cuidador principal de los pacientes que precisan cuidadores (PAID). *Medicina Paliativa*, 7, 20.

Rumbach, M., Kelso, T., Arheart, K. y Self, T. (1993). Perception of anxiety as a contributing factor of asthma: Indigent versus non indigent. *Journal of Asthma*, 30, 165-169.

Schmaling K., Bell J. (1997). Asthma and panic disorder. *Arch Fam Med*, 6(1), 20-23.

Schwartz, G. y Weiss, S. (1978). Yale Conference on behavioural Medicine: a proposed definition and statement goals. *Journal of Behavioural Medicine*, 1, 3-12.

Segura, J., Bastida, N, Martí, G. y Riba, M. (1998). Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. *Aten Primaria*, 21, 431-436.

Snadden, D. Y Brown, J. (1992). The experience of asthma. *Social Sci. and Medicine*, 34, 1351-1361.

Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax (2005). Consenso Mexicano de Asma ;64 (S1).

Spielberger, C. y Díaz-Guerrero, R. IDARE Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. Manual Moderno 1975: México.

Stephen, H., Hui, F., Ting-Fan, L., Gladys, H., Wong, E. (2002). Evaluation of an Asthma management program for chinese children with mild-to-moderate asthma in Hong Kong. *Pediatric Pulmonology*, 33, 22-29.

Tovt-Korshynskaa, M., Dew, M., Chopeya, I., Spivakf, M.Y. & Lemkog, I.S. (2001). Gender differences in psychological distress in adults with asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(5), 629- 637.

Tousman, S., Zeitz, H., Bristol, C., y Taylor, L. (2006). A pilot study on a cognitive-behavioral asthma a self-management program for adults. *Chronic Respiratory Disease*, 3, 73-82.

Vallés M., Gutiérrez V., Luquín A., Martín M. y López C. (1998). Problemas de salud y sociales de los pacientes con demencia. *Aten Primaria*, 22(8), 481-485.

Vázquez MI, Buceta JM (1997). Tratamiento psicológico del asma bronquial. Madrid. Piramide

Vitaliano, P., Young, H, y Zhang, J. (2004). Is caregiving a risk factor for illness?. *Current Directions in Psychological Science*, 13(1), 13-16.

Weiss KB, Gergen PJ, Hodgson TA. (1992). An economic evaluation of asthma in the United States. *N Engl J Med*, 326, 862-866.

Xaubet, A., Agusti, C., Luburich, P., Roca, J., Monton, C. y Ayuso, M. (1998). Pulmonary function tests and CT scans in the management of idiopathic pulmonary fibrosis. *Am J Respir Crit Care Med*, 158, 431-446.

Yeh, C. (2002). Pediatric Oncology: Gender differences reported on measures of parental distress. *J Adv Nur*: 38 (6), 598-606.

Yun Wang, K., P yng Wu, C., Hung Ku, Chang, N. y Lee, Y. (2010). The effects of asthma education on asthma knowledge and health-related quality of life in Taiwanese asthma patients. *Journal of Nursing Research*, 18 (2), 126-134.

Zarit, S., Reever, K. y Bach, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *Gerontologist*, 10 (20), 649-55.

Zarit, S. (1996). Behavioral disturbances of dementia and caregiver issues. *Int Psychogeriatr*, 8, 263-268.

Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

ANEXO

Instrumentos

cuidadores



ANEXO 1.

**HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
SERVICIO DE HEMATOLOGIA
PSICOONCOLOGÍA**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se esta llevando a cabo una investigación con el objetivo de conocer la eficacia de un programa cognitivo conductual en el manejo de estrés, ansiedad y depresión en personas que cuidan de un paciente o familiar en el Hospital Juárez de México del servicio de Hematología.

Su participación consistirá en contestar los instrumentos que se le proporcionan, así como acudir a las sesiones de un programa de intervención que se llevarán a cabo dentro de las instalaciones del servicio de hematología de este hospital, donde se le proporcionará el material necesario para su realización. Vale la pena decir que la información que usted proporcione será confidencial, únicamente para uso exclusivo del investigador.

El ingreso a esta investigación es totalmente voluntario, queda informado que tiene libertad de abstenerse en participar en esta investigación o retirarse de la misma si así lo desea sin que esto repercuta en la atención médica que se le da a mi paciente del cual soy cuidador. También se da por enterado que no existe ningún riesgo para su salud física o psicológica y que puede ser excluido por el investigador cuando éste así lo considere.

Si esta de acuerdo en colaborar por favor firme en la parte inferior de este documento, así como un testigo que avale su participación.

México, D.F. a _____ de _____ del 2009

Nombre y Firma del participante

Nombre y Firma del testigo

Sin más por el momento agradecemos su colaboración ☺



ANEXO 2



DATOS GENERALES DEL CUIDADOR:

Nombre del Cuidador:

| Apellido paterno | Apellido materno | Nombre(s) |
|------------------|------------------|-----------|
|------------------|------------------|-----------|

1. Edad:

2. Sexo:

1. Masculino 2. Femenino

3. Escolaridad:

1. Primaria
2. Secundaria
3. Bachillerato
4. Carrera técnica
5. Licenciatura
7. Posgrado
8. Otro: _____

4. Estado Civil:

1. Soltero/a
2. Casado/a
3. Viudo/a
4. Divorciado/a
5. Unión libre

5. Ocupación:

Especifique:

6. Mencione cuál es el diagnóstico médico o enfermedad de su paciente o familiar:

7. Señale el sexo de su paciente:

1. Masculino
2. Femenino

8. ¿Qué edad tiene el paciente que recibe sus cuidados?

9. ¿Usted cuenta con algún servicio de salud donde pueda atenderse?

1. No
2. Si

10. ¿Cuánto tiempo ha estado Ud. al cuidado de su paciente desde que requirió de cuidados debido a su enfermedad?

1. Menos de 6 meses
2. De 6 a 12 meses
3. De 1 a 3 años
4. De 4 a 6 años
5. De 7 a 10 años
6. De 11 años o más

11. ¿Cuál es el parentesco que Ud. tiene con el paciente que recibe sus cuidados?

0. Ninguno
 1. Esposa
 2. Esposo
 3. Madre
 4. Padre
 5. Hijo
 6. Hija
 7. Hermano
 8. Hermana
 9. Abuelo
 10. Abuela
 11. Tía
 12. Tío
 13. Nuera
 14. Yerno
 15. Otro
- Especifique:

12. ¿Cuántas horas al día dedica al cuidado de su paciente? Señale en la lista si se han presentado en Ud. los siguientes síntomas, en los últimos meses:

1. De 1 a 5 hrs.
2. De 6 a 8 hrs.
3. De 9 a 12 hrs.
4. De 12 a 24 hrs.

| Síntomas | SI | NO |
|---|----|----|
| 39. Irritabilidad, n enojo | | |
| 40. Tristeza, dep tensión | | |
| 41. Preocupación ansiedad | | |
| 42. Dificultad para dormir | | |
| 43. Manos trémulas o manos sudorosas | | |
| 44. Tensión musculdolor de cabeza, espalda, hombros | | |
| 45. Dificultad par dificultad para concentrarse | | |
| 46. Dificultad p | | |
| 47. Olvidos o | | |

13. ¿Ha recibido Ud. capacitación o entrenamiento por parte del equipo de salud (médico, enfermera, trabajador social, psicólogo, etc.) acerca de la enfermedad, tipo de cuidado y procedimientos que deberá llevar a cabo con el paciente que recibe sus cuidados?

1. No
2. Si

14. ¿Sabe usted lo que es un “cuidador” y lo que implica serlo?

0. No
1. Si

Especifique:

15. Enumere de mayor a menor en orden de importancia, cómo se han visto afectadas las siguientes áreas de su vida desde que Ud. es cuidador de su paciente?

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. Trabajo | |
| 2. Escuela | |
| 3. Hogar | |
| 4. Vida social | |
| 5. Familia | |
| 6. Economía | |
| 7. Pasatiempos | |
| 8. Estado de ánimo | |
| 9. Convivencia con la pareja | |
| 10. Otros. Especifique: | |

16. Señale en las siguientes caritas aquella que mejor exprese ¿qué tan estresante es actualmente para Ud. cuidar de su paciente ?



ANEXO 3

PCE

INSTRUCCIONES: Lea con atención cada una de las siguientes preguntas. Marque en la columna de la derecha el número que mejor describa su situación de acuerdo a la escala que se presenta a continuación.

Considere para sus respuestas solamente lo que le haya ocurrido en el último mes.

| EN EL ÚLTIMO MES... | Nunca | Casi Nunca | Algunas Veces | Frecuentemente | Siempre |
|--|-------|------------|---------------|----------------|---------|
| 1. ¿Con qué frecuencia se sintió alterado(a) por la ocurrencia de eventos inesperados? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. ¿Con qué frecuencia sintió que no era capaz de controlar las cosas importantes en su vida? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. ¿Con qué frecuencia se sintió nervioso(a) o “estresado(a)”? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. ¿Con qué frecuencia se sintió confiado en su habilidad para manejar sus problemas personales? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. ¿Con qué frecuencia sintió que las cosas resultaron como las planeó? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. ¿Con qué frecuencia se sintió capaz de controlar sus emociones (enojo, tristeza, ansiedad, etc.)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. ¿Con qué frecuencia se dio cuenta que no podía llevar acabo todo lo que tenía que hacer? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. ¿Con qué frecuencia sintió que tenía las cosas bajo control? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. ¿Con qué frecuencia se enojó por cosas que estaban fuera de su control? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. ¿Con qué frecuencia sintió que las dificultades aumentaban al grado de no poder resolverlas? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Agradecemos su Colaboración 😊

HAD

INSTRUCCIONES: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan de una persona enferma. Lea cada pregunta y marque con una "X" con qué frecuencia se ha sentido Ud. así en la última semana. No existen respuestas correctas o incorrectas, sino sólo su experiencia como cuidador. Utilice la siguiente escala.

| |
|--|
| <p>1A. Me siento tenso/a o nervioso/a</p> <p>3. Casi todo el día 2. Gran parte del día 1. De vez en cuando 0. Nunca</p> |
| <p>1D. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:</p> <p>0. Igual que antes 1. No tanto como antes 2. Solamente un poco 3. Ya no disfruto nada</p> |
| <p>2A. Siento una especie de temor como algo malo fuera a suceder:</p> <p>3. Sí y muy intenso 2. Sí, pero no muy intenso 1. Sí, pero no me preocupa 0. No siento nada de eso</p> |
| <p>2D. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:</p> <p>0. Igual que siempre 1. Un poco menos que siempre 2. Mucho menos que siempre 3. En absoluto</p> |
| <p>3A. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:</p> <p>3. Casi todo el día 2. Gran parte del día 1. De vez en cuando 0. Nunca</p> |
| <p>3D. Me siento alegre:</p> <p>3. Nunca 2. Muy pocas veces 1. En algunas ocasiones 0. Gran parte del día</p> |
| <p>A. Soy capaz de mantenerme sentado (a), tranquilo (a) y relajado (a):</p> <p>0. Siempre 1. A menudo 2. Raras veces 3. Nunca</p> |
| <p>4D. Me siento lento (a) y torpe</p> <p>3. Gran parte del día 2. A menudo 1. A veces 0. Nunca</p> |
| <p>5A. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:</p> <p>0. Nunca 1. Sólo en algunas ocasiones 2. A menudo 3. Muy a menudo</p> |
| <p>5D. He perdido el interés por mi aspecto personal:</p> <p>3. Completamente 2. No me cuido como debería hacerlo 1. Es posible que no me cuido como debiera 0. Me cuido como siempre lo he hecho</p> |
| <p>6A. Me siento inquieto(a) como si no pudiera parar de moverme:</p> <p>3. Muy inquieto 2. Bastante inquieto 1. No muy inquieto 0. Nada inquieto</p> |
| <p>6D. Espero las cosas con ilusión</p> <p>0. Como siempre 1. Menos que antes 2. Mucho menos que antes 1. En absoluto</p> |
| <p>7A. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:</p> <p>3. Muy a menudo 2. Con cierta frecuencia 1. Raramente 0. Nunca</p> |
| <p>7D. Soy capaz de disfrutar de un buen libro, un buen programa de radio o televisión:</p> <p>0. A menudo 1. Algunas veces 2. Pocas veces 3. Casi nunca</p> |

ANEXO 5

ECC-Z

INSTRUCCIONES: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan de una persona enferma. Lea cada pregunta y marque con una "X" con qué frecuencia se ha sentido Ud. así en los últimos seis meses. No existen respuestas correctas o incorrectas, sino sólo su experiencia como cuidador. Utilice la siguiente escala

| | Nunca | Casi Nunca | Algunas veces | Frecuentemente | Siempre |
|---|-------|------------|---------------|----------------|---------|
| 1. ¿Cree que su paciente le pide más ayuda de la que realmente necesita? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. ¿Cree que por el tiempo que dedica a su paciente no tiene suficiente tiempo para Ud.? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. ¿Se siente agobiado por cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades con su familia o trabajo? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su paciente? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su paciente? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. ¿Piensa que su paciente afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia? (pareja, hijos). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su paciente? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. ¿Cree que su paciente depende de Ud.? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su paciente? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. ¿Cree que la salud de Ud. se ha deteriorado por cuidar a su paciente? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. ¿Cree que su intimidad se ha visto afectada por cuidar de su paciente? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. ¿Cree que su vida social se ha deteriorado por cuidar a su familiar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades por cuidar de su paciente? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. ¿Cree que su paciente espera que Ud. sea la única persona que le cuide, como si nadie más pudiera hacerlo? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su paciente y además cubrir otros gastos? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. ¿Cree que no será capaz de cuidar de su paciente por mucho más tiempo? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida personal desde que inició la enfermedad y cuidado de su paciente? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su paciente a otra persona? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su paciente? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. ¿Cree que debería hacer más por su paciente? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. ¿Cree que podría cuidar mejor de su paciente? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. En resumen, ¿Se ha sentido sobrecargado por el hecho de cuidar a su paciente? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

ANEXO

Instrumentos pacientes con asma

ANEXO 6



**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
CLÍNICA DE ASMA**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Usuario (a):

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en conjunto con la Facultad de Psicología, UNAM a través de la Maestría de Psicología en Medicina Conductual, está llevando a cabo una investigación con el objetivo de conocer el efecto de un Programa de Intervención Cognitivo Conductual en el control del asma y manejo del nivel de estrés, ansiedad y depresión en pacientes asmáticos.

Su participación consistirá en contestar los instrumentos de índole psicológico que se le proporcionen, así como acudir a un aproximado de ocho sesiones de 90 minutos y una visita de seguimiento de un programa psicológico que se llevará a cabo dentro de las instalaciones del Servicio de Psicología de la Clínica de Asma de este hospital, donde se le proporcionará información y dotará de habilidades para el control de crisis asmáticas, contando con el material necesario para su realización. Vale la pena decir que la información que usted proporcione será confidencial, únicamente para uso exclusivo del investigador.

El ingreso a esta investigación es totalmente voluntario, queda informado que tiene libertad de abstenerse en participar en ella o retirarse si así lo desea sin que esto repercuta en la atención médica que se le da como paciente. También se da por enterado que no existe ningún riesgo para su salud física o psicológica.

Por otro lado si no desea participar podría ayudar únicamente respondiendo los instrumentos en esta ocasión y posteriormente cuatro meses después.

Si esta de acuerdo en colaborar por favor firme en la parte inferior de este documento, así como un testigo que avale su participación.

☺ Sin más por el momento agradecemos su colaboración ☺

Nombre y Firma del participante

Nombre y Firma del testigo

México, D.F. a ____ de _____ de 2010

ANEXO 7 CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS EN ASMA

Nombre: _____

Instrucciones: Marque con una "X" la opción de respuesta que considere es la correcta, si no sabe o no conoce la respuesta marque la opción C.

1. El asma:
 - a) Es contagiosa
 - b) No es contagiosa
 - c) No sé
2. Los síntomas que ocasionan el asma son debidos a:
 - a) Que en los bronquios hay inflamación y se cierran
 - b) Que los bronquios se abren
 - c) No sé
3. En un enfermo con asma, la exposición al frío, ejercicio o gripe puede ocasionar:
 - a) Ningún problema
 - b) Una crisis asmática
 - c) No sé
4. ¿Qué se pretende dando tratamiento a un paciente con asma?
 - a) Que se cure completamente
 - b) Que se controle la enfermedad
 - c) No sé
5. En el tratamiento del asma son importantes los medicamentos y de igual importancia es:
 - a) Saber reconocer y quitar desencadenantes de una crisis
 - b) Nunca hacer ejercicio
 - c) No sé
6. Una persona con asma controlada, ¿qué actividades puede realizar?
 - a) Trabajar, ir a la escuela y hacer ejercicio
 - b) Solo caminar, descansar y comer
 - c) No sé
7. Los medicamentos que se usan en el tratamiento del asma sirven para:
 - a) Disminuir la inflamación y abrir los bronquios
 - b) Hacer más firme la pared del bronquio y diluir el moco
 - c) No sé
8. Indique a qué grupo pertenecen los medicamentos que sirven para disminuir el número de las crisis:
 - a) Medicamentos para abrir los bronquios
 - b) Medicamentos preventivos
 - c) No sé
9. ¿Conoce usted la técnica correcta de la administración de los inhaladores que se utilizan para el tratamiento del asma?
 - a) Sí
 - b) No
 - c) No sé
10. Es un medicamento que en los pacientes con asma se debe evitar:
 - a) La aspirina
 - b) Los antibióticos
 - c) No sé
11. La mejor vía de administración de los medicamentos para el asma es:
 - a) La vía oral (pastillas o jarabe) o inyectada
 - b) La vía inhalada o en aerosol

- c) No sé
12. Indique cuáles son los 2 grupos de medicinas para el asma:
- a) Preventivos y para abrir los bronquios
 - b) Primarias y secundarias
 - c) No sé
13. Son efectos indeseables que pueden presentar algunos de los pacientes que usan medicamentos para abrir los bronquios:
- a) Nerviosismo, palpitaciones y temblor de manos
 - b) Diarrea y fiebre
 - c) No sé
14. El flujo espiratorio pico es:
- a) Es una medida individual para cada paciente y cambia de acuerdo con la evolución de la enfermedad
 - b) Siempre es la misma medida para cada paciente y para todos los pacientes.
 - c) No sé
15. El uso del flujometro (flujometría):
- a) Puede realizarse fácilmente en casa y es de gran utilidad para orientar el tratamiento
 - b) Sólo se mide en el hospital y es limitada su utilidad para el tratamiento del asma
 - c) No sé
16. Es un accesorio para realizar mejor la técnica de inhalación de los medicamentos en aerosol
- a) El vaporizador
 - b) El espaciador
 - c) No sé
17. El asma es una enfermedad en que:
- a) Las molestias no cambian conforme pasa el tiempo
 - b) Los síntomas y el estado del paciente cambian
 - c) No sé
18. En el programa de autocontrol para el paciente asmático:
- a) El médico y el paciente son parte activa en la toma de decisiones
 - b) Sólo el paciente es la parte activa en la toma de decisiones
 - c) No sé
19. Un paciente con asma deberá acudir a urgencias, ¿en cuál de las siguientes circunstancias?
- a) Cuando tiene flujometría mayor de lo marcado como peligroso y pocas molestias
 - b) Cuando hay dificultad para hablar de corrido una oración completa, las respiraciones son más de 25 por minuto, el pulso es de 110 o más por minuto y la flujometría alcanzó la zona de peligro
 - c) No sé
20. Si los valores de la flujometría disminuyen día a día, las molestias persisten y no hay alivio con el uso de medicamentos para abrir los bronquios, ¿qué debe hacer usted?
- a) Aumentar la dosis de medicamento desinflamatorio
 - b) Guardar reposo en cama
 - c) No sé

¡ MUCHAS GRACIAS !

ANEXO 8



ENTREVISTA DE SALUD PARA EL PACIENTE CON ASMA

Lic en Psic. Noemí L. Islas Salas

No. de Folio: _____
No. paciente protocolo: _____

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Fecha: _____ de _____ de 2010

1. Nombre

Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

2. No. de Expediente: _____ 3. Edad: _____

4. Sexo: () Masculino () Femenino

5. Escolaridad:

- () Primaria
- () Secundaria
- () Preparatoria o Bachillerato
- () Carrera Técnica
- () Universidad o Licenciatura

Otro: Especifique: _____

6. Estado Civil

- () Soltero/a
- () Casado/a
- () Viudo/a
- () Divorciado/a
- () Unión Libre

7. Ocupación: _____

- () Estudiante
- () Empleado
- () Hogar
- () Comerciante

Severidad del Asma:

- () Intermitente
- () Leve persistente
- () Moderada Persistente
- () Severa Persistente

II. ANTECEDENTES DE ASMA

¿Por quién fue referido?

- () Médico Neumólogo
- () Médico Homeópata
- () Asociación de Asma
- () Decisión propia

¿Cuánto tiempo tiene que padece de ASMA?

¿Qué medicamentos toma y en qué dosis (¿Cuántos disparos al día?):

- Numark
- Miflonide
- Pulmicort
- Flixotide
- Alvesco
- Seretide diskus
- Seretide Evohaler
- Symbicort
- Salbutamol
- Ventolin
- Combivent
- Singular

¿Padece de alguna otra enfermedad?

- () Ninguna
- () Reflujo
- () Rinitis
- () Alergico a Aspirina
- () Diabetes
- () Hipertensión Arterial
- () Hipo/hipertiroidismo
- () Problemas Cardiacos
- () Problemas Psiquiátricos
- Otra: Especifique

¿Ha recibido información, capacitación o entrenamiento por parte del equipo de salud (médico, enfermera, trabajador social, psicólogo, etc.) referente a:

- () ¿Qué es el Asma?
- () ¿Qué cuidados debe llevar a cabo?
- () ¿Cuáles son los tipos de tratamientos para el ASMA?
- () ¿Cómo realizar correctamente la administración del medicamento?
- () ¿Qué es y para qué sirve un flujómetro?
- () ¿Cuáles son los parámetros normales en mi

flujometría?

- () ¿Qué hacer en caso de una exacerbación de síntomas de asma/ crisis asmática?
- () ¿Cómo llenar el diario de síntomas de asma?
- () ¿Cómo influyen las emociones, el estrés y ansiedad en el asma?

¿Cuenta con un flujómetro?

- () Sí
- () No

¿Actualmente realiza el llenado del diario de síntomas de asma?

- () Sí
- () No

III. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

¿Ha requerido de atención psicológica para el manejo de su asma?

- () Sí
- () No

¿Ha requerido en algún momento de atención psiquiátrica?

- () Sí
- () No

Señale cual o cuales de las siguientes áreas de su vida se han visto afectadas a causa de la presencia de síntomas de asma.

- 11. Trabajo
- 12. Escuela
- 13. Labores del hogar
- 14. Cuidado de la familia
- 15. Vida social
- 16. Vida sexual
- 17. Economía
- 18. Pasatiempos
- 19. Vacaciones
- 20. Actividades de recreo (Ej. juegos, fiestas)
- 21. Convivencia con la pareja
- 22. Estado de ánimo
- 23. Otra: Especifique

Marque con una "X" aquella carita que mejor exprese ¿qué tan estresante es para usted padecer de síntomas de asma?



0

Nada estresante



1

Un poco estresante



2

Moderadamente estresante.



3

Totalmente estresante.

De la lista que a continuación una "X" si ha presentado alguno de los siguientes síntomas, en el último año:

| Desencadenante | Nada | Poco | Regular | Mucho |
|--|------|------|---------|-------|
| Irritabilidad/enojo | | | | |
| Tristeza/depresión | | | | |
| Preocupación/miedo | | | | |
| Ansiedad | | | | |
| Boca seca | | | | |
| Manos frías o sudorosas | | | | |
| Tensión muscular (en cabeza, espalda, hombros) | | | | |
| Dificultad para concentrarse | | | | |
| Dificultad para tomar decisiones | | | | |
| Olvidos o problemas de memoria | | | | |
| Dificultad para dormir y descansar | | | | |
| Llorar | | | | |
| Falta de apetito | | | | |
| Cansancio continuo | | | | |
| Comer en exceso | | | | |
| Aislamiento | | | | |
| Consumo excesivo de café, alcohol o tabaco | | | | |
| Palpitaciones | | | | |
| Temblor de manos | | | | |
| Otro(s). Especifique | | | | |
| | | | | |

Seguramente usted ha notado que hay factores del ambiente que le desencadenan síntomas de asma, en la siguiente lista marque con una "X" que tanto se ve afectado por cada uno:

| Desencadenante | Nada | Poco | Regular | Mucho |
|---|------|------|---------|-------|
| Cambios en temperatura del ambiente | | | | |
| Humedad | | | | |
| Polvo | | | | |
| Contaminación ambiental | | | | |
| Humo de cigarro | | | | |
| Animales domésticos (perro, gato) | | | | |
| Olores de perfumes, detergentes o pinturas) | | | | |
| Enfermar de gripe | | | | |
| Lluvia | | | | |
| Hacer ejercicio o | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| actividad física | | | | |
| Flores o plantas | | | | |
| Sentirme triste o deprimido | | | | |
| Sentirme nervioso | | | | |
| Sentirme preocupado por problemas personales o económicos | | | | |
| Sentirme muy estresado | | | | |
| Estar muy alegre | | | | |
| Otra Especifique: | | | | |

IV. LOCUS DE CONTROL

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de frases que utilizará para describir lo que siente o piensa en relación a su asma, deberá marcar con una "X" sobre el círculo que represente mejor su situación actual respecto a lo que siente o piensa de dicha frase. Tenga en cuenta que entre más grande y cercano de la frase se encuentre el círculo, indica que está de acuerdo con dicha frase; y entre más chico y lejano se encuentre indica que esta más en desacuerdo.

| | DE ACUERDO | EN DESACUERDO |
|--|------------|---------------|
| Cuanto más me esfuerce, mayores probabilidades habrá de mejorar mi asma. | | |
| La mejoría de los síntomas del asma tendrá mucho que ver con lo que yo haga. | | |
| Si pongo de mi parte, mejorara el control que tengo de mi asma | | |
| Yo tengo el control de mi enfermedad si sigo las indicaciones que me da mi médico. | | |
| Sigo el tratamiento médico como se me indica. | | |

V. LÍNEA BASE

¿Qué hace usted cuando tiene síntomas de asma o presenta un ataque de asma?

- () Voy al médico inmediatamente
- () Espero a que por si solo los síntomas disminuyan

() Me administro mi medicamento de rescate y espero un poco para ver si mejoro

() Me controlo en casa únicamente con mi medicamento de rescate.¿

() Me administro mi medicamento de rescate, espero unos minutos, me realizo una flujometría, si no mejoro incremento la dosis y realizo nuevamente la flujometría y si continuo mal acudo inmediatamente a urgencias.

De un año a la fecha ¿En cuántas ocasiones ha estado hospitalizado a causa de su asma?

De un año a la fecha ¿En cuántas ocasiones ha acudido a urgencias a causa de su asma?

De un año a la fecha ¿En cuántas ocasiones ha acudido a consulta con su médico neumólogo sin previa cita a causa de su asma?

De los siguientes síntomas indique que tan frecuentemente ha presentado en el último año, mes o semana:

| | |
|--------------------------|--|
| Opresión en el pecho | |
| Dificultad para respirar | |
| Flemas | |
| Silbidos | |
| Tos | |

Durante el último mes:

¿Con qué frecuencia ha presentado falta de aire?

- a) Nunca
- b) Una vez al día
- c) De 2 a 3 veces al día
- d) De 4 a 6 veces al día
- e) 1 o 2 veces por semana

¿Con qué frecuencia ha presentado opresión en el pecho?

- f) Nunca
- g) Una vez al día
- h) De 2 a 3 veces al día
- i) De 4 a 6 veces al día
- j) 1 o 2 veces por semana

¿Con qué frecuencia ha presentado tos?

- k) Nunca
- l) Una vez al día

- m) De 2 a 3 veces al día
- n) De 4 a 6 veces al día
- o) 1 o 2 veces por semana

¿Con qué frecuencia ha presentado flemas?

- p) Nunca
- q) Una vez al día
- r) De 2 a 3 veces al día
- s) De 4 a 6 veces al día
- t) 1 o 2 veces por semana

¿Con qué frecuencia ha presentado silbidos?

- u) Nunca
- v) Una vez al día
- w) De 2 a 3 veces al día
- x) De 4 a 6 veces al día
- y) 1 o 2 veces por semana

VI. CONOCIMIENTOS PREVIOS

A continuación se le muestra una lista de temáticas relacionadas con su enfermedad, marque con una "X" si usted sabe o conoce:

- () ¿Qué es el Asma?
- () ¿Qué cuidados debe llevar a cabo?
- () ¿Cuáles son los tipos de tratamientos para el ASMA?
- () ¿Qué cosas desencadenan o exacerban mi asma?
- () ¿Cómo se administra correctamente su medicamento?
- () ¿Qué es y para qué sirve un flujómetro?
- () ¿Cuáles son los parámetros normales en mi flujometría?
- () ¿Cómo se llena el diario de síntomas de asma?
- () ¿Cómo influyen las emociones, el estrés y ansiedad en el asma?

¿Ha buscado por iniciativa propia más información sobre su asma?

- () Sí () No

¿Ha participado en algún taller o platica referente al asma?

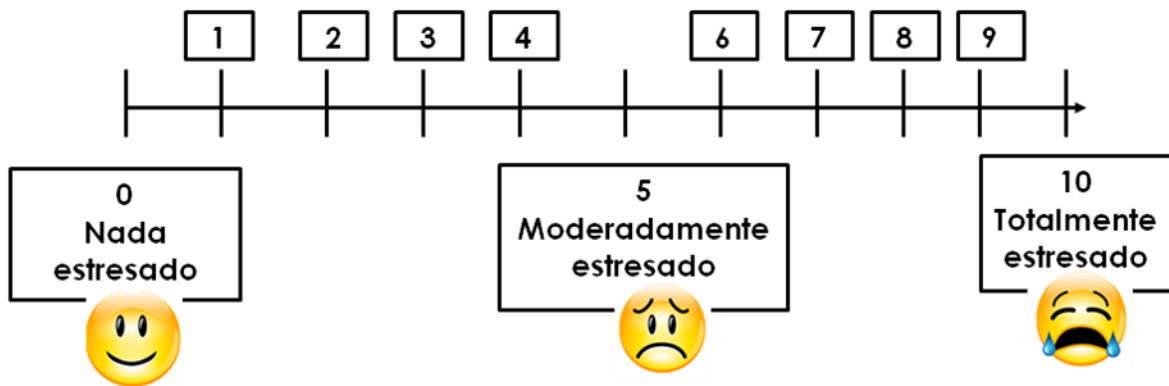
- () Si () No

Esa platica o taller ¿Fue suficiente para aprender todo lo referente a su enfermedad?

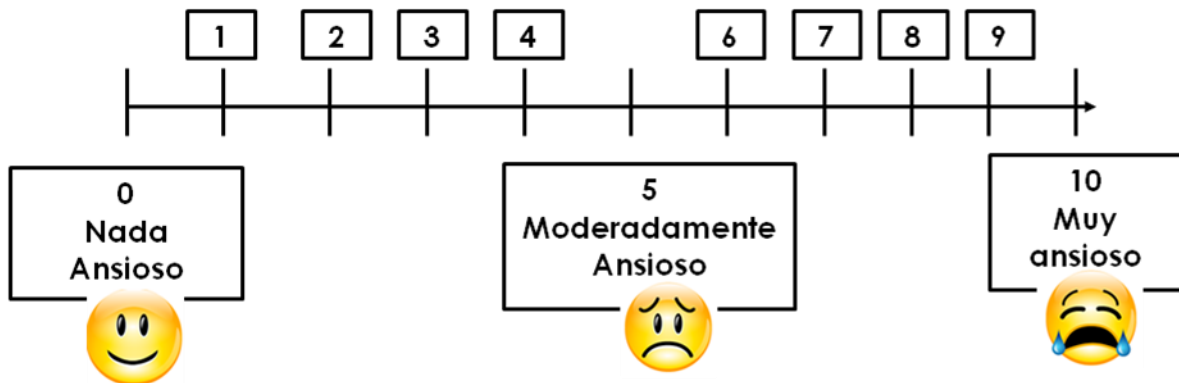
- () Si () No

Instrucciones: Marca con una "X":

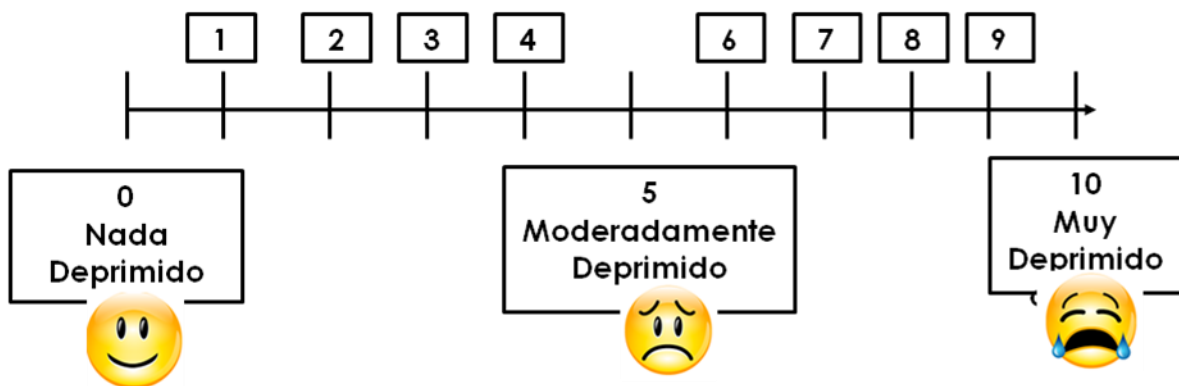
¿Qué tan ESTRESADO te sentiste esta semana?



¿Qué tan ANSIOSO te sentiste esta semana?



¿Qué tan DEPRIMIDO/ TRISTE te sentiste esta semana?



ANEXO 9

ANEXO 9

Registro Diario de Síntomas de Asma

Lic. Psic. Noemí L. Islas Salas



Nombre: _____

No. Folio: _____

Fecha de Inicio de Registro: _____

Llevar un diario es una forma eficaz de prevenir posibles problemas. El hecho de que registre, días tras día, los síntomas que presenta, su intensidad y los valores de flujometría puede ayudar al médico para decidir si es necesario ajustar su tratamiento.

El siguiente registro de síntomas será de utilidad para que puedas saber que tan bien controlado está tu asma, detectar los problemas a tiempo y prevenir o aliviar los síntomas o crisis de asma

A continuación se te muestra un esquema que será de utilidad para identificar tus valores de flujometría y saber cómo te encuentras y que acciones debes llevar a cabo para mantener tu asma bajo control.



FLUJOMETRÍA MAYOR A: _____ = ASMA CONTROLADO



FLUJOMETRÍA ENTRE _____ Y _____ = PELIGRO DE DESCONTROL



FLUJOMETRÍA MENOR A _____ = ASMA EN DESCONTROL








SÍNTOMAS DE ASMA

Instrucciones: El siguiente registro tendrás que realizarlo a lo largo de la semana al finalizar el día.

De los siguientes síntomas anota la intensidad con que se presentaron de acuerdo con la siguiente escala:

- 0 = Sin síntomas
- 1 = Síntomas leves (síntomas que le son tolerables)
- 2 = Síntomas moderados (molestias que causan interferencias en sus actividades normales o dormir)
- 3 = Síntomas severos (no puede realizar sus actividades normales, como trabajar o dormir debido a su asma).

| Fecha | Día/mes/año | | | | | | | |
|---|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
|  | Falta de aire | | | | | | | |
|  | Tos | | | | | | | |
|  | Opresión en el pecho | | | | | | | |
|  | Silbido de pecho | | | | | | | |
|  | Flemas | | | | | | | |

MEDICIÓN DE FLUJOMETRÍA

Instrucciones: Anota la mejor cifra de tres intentos que marca el flujómetro por la mañana y por la noche.



| | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|
| Fecha | | | | | | | |
| Mañana | | | | | | | |
| Noche | | | | | | | |

¿Durante esta semana acudiste a urgencias?

() Sí () No

¿Durante esta semana tuviste que ser hospitalizado?

() Sí () No

¿Durante esta semana acudiste a consulta con tu médico neumólogo de manera no programada?

() Sí () No














¿Tuviste que llamar a tu médico neumólogo?

() Sí () No



Instrucciones: El siguiente registro tendrás que realizarlo AL FINALIZAR LA SEMANA

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS

| |  Nada |  Un poco |  Regular |  Mucho |
|--|---|---|--|--|
| ¿Con qué frecuencia tuviste síntomas de asma esta semana? | | | | |
| ¿Cuánto te molestaron los síntomas de asma? | | | | |
| ¿Qué tanto te impidieron los síntomas de asma el realizar tus actividades normales? | | | | |
| Durante esta semana te sentiste: | Nada  | Un poco  | Regular  | Mucho  |
|  Estresado (a) | | | | |
|  Ansioso (a) o desesperado (a) | | | | |
|  Triste o deprimido (a) | | | | |
|  Enojado (a) | | | | |
|  Preocupado (a) | | | | |

ANEXO 10



MANUAL EDUCATIVO DE ASPECTOS MÉDICOS Y PSICOLÓGICOS PARA EL PACIENTE CON ASMA

Elaborado por:

Lic. en Psicología Noemí L. Islas Salas,

Dra. Margarita Fernández Vega

Dr. Jorge Salas

Dra. María A. Islas Salas



El presente Manual ha sido desarrollado para ti, que recibiste un programa integral de índole médico y psicológico para el control de tu enfermedad en complemento con la atención personalizada que recibiste.

La información aquí vertida está basada en aquellos aspectos que fueron trabajados durante cada una de las sesiones ya sea por el médico o psicólogo por lo que te será familiar.

Está organizada en dos partes; en la primera de ellas se abordan los aspectos médicos relacionados con el asma y en la segunda los aspectos psicológicos y emocionales a considerar en esta enfermedad para lograr un control de la misma.

A través de este manual los autores tenemos la intención de brindarte un recurso para que puedas tener la información necesaria para llevar a cabo un papel más activo y responsable en tu enfermedad y control de la misma.

Cabe mencionar que este manual ha sido elaborado para uso exclusivo, por lo que si deseas reproducirlo o fotocopiarlo debes contar con la autorización de los autores o bien en caso de utilizarse para alguna investigación se deberá realizar la referencia correspondiente.

Sin más, esperamos que este material te sea de gran utilidad.

Los autores

Este manual cubre los siguientes temas relacionados con aspectos médicos:

- ¿Qué es y qué pasa en el asma?
- ¿Cuáles son los síntomas del asma?
- ¿Por qué da el asma?
- ¿Qué desencadena los síntomas de asma?
- ¿Cuáles son los niveles de gravedad del asma?
- ¿En qué consiste el tratamiento en asma?
- ¿Cómo saber si se terminó mi medicamento en aerosol?
- ¿Qué hacer para mantener el asma controlado?
- ¿Cómo llevar un registro de síntomas de asma?

Y también se abordarán los siguientes temas relacionados con aspectos psicológicos:

- ¿Las emociones pueden ser desencadenantes de síntomas o crisis de asma?
- ¿Qué es el estrés, cómo influye en el asma y cómo se si estoy estresado?
- ¿Qué es la ansiedad?
- ¿Qué es la depresión, cómo influye en el asma y cómo se manifiesta?
- ¿Cuál es el papel de los pensamientos en el control del asma?
- ¿Cuál es el proceso a seguir para la solución de un problema?
- ¿Cuáles son las técnicas para el manejo de estrés y ansiedad?
- ¿Qué debo hacer ante una crisis o presencia de síntomas de asma?



¿Qué es el asma?

El asma es una enfermedad respiratoria crónica, que puede aparecer en cualquier etapa de la vida, en la infancia es más común en niños y en la edad adulta en las mujeres.

Está asociada a diversos "desencadenantes", y aunque no se cura, puede controlarse con medicamentos y medidas específicas, pudiendo existir periodos libres de síntomas y logrando tener una vida normal.

El asma puede ser desde leve a grave y existen varios tipos los cuales están determinados por el desencadenante o por la dificultad para controlarla.

¿Qué pasa en el asma?

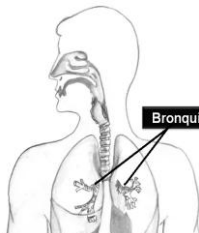


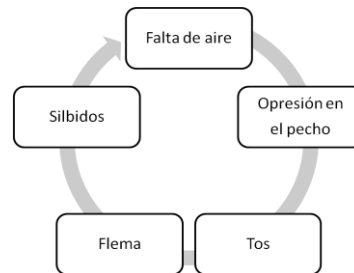
Figura 1. Esquema del aparato respiratorio donde se muestra los

En este esquema se muestra el aparato respiratorio, ahí puedes identificar unas estructuras con el nombre de bronquios. Los bronquios son los conductos por los que circula el aire cuando respiramos; pues bien los bronquios son la parte del sistema respiratorio que se afecta por el asma (Ver Figura 1).

¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DEL ASMA?

Quando tenemos asma, nos cuesta respirar porque el aire tiene menor espacio para entrar y salir debido a que el bronquio se estrecha. Y cuando los bronquios se inflaman se genera una gran cantidad de células inflamatorias las cuales dan como resultado la formación expectoración (flemas). Estas flemas hacen que los bronquios se estrechen más y para expulsarlos los bronquios producen el mecanismo de la tos. Es importante mencionar que este síntoma es un mecanismo de defensa de los bronquios y nos ayuda a expulsar de estas estructuras cualquier sustancia que no deba estar dentro de ellos.

Los síntomas que presenta el paciente con asma son cinco, estos son:

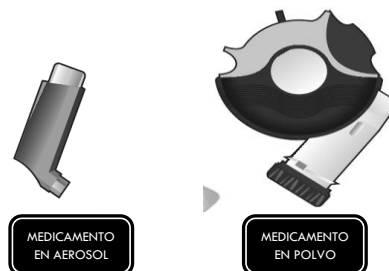


Es importante mencionar que cuando el asma está bien controlada puedes no tener ningún síntoma durante un tiempo; otras veces los síntomas son más frecuentes y te pueden producir más molestias.

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO EN ASMA?

Si recuerdas, en el asma se inflaman y cierran los bronquios; pues bien, el tratamiento del asma es con medicamentos que hacen que los bronquios se desinflan y no aparezcan los síntomas y se llaman **ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDEOS**; y con medicamentos que alivian o calman los síntomas una vez que aparecen abriendo los bronquios y se llaman **BRONCODILADORES**. Estos son los dos tipos de medicamentos más importantes en el tratamiento de la enfermedad. Por ejemplo tu medicamento que conoces como de rescate es el **BRONCODILADOR** y el otro medicamento que te administras todas las mañanas y noches es el **ANTIINFLAMATORIO** (el cual puede ser Seretide, Pulmicort, Beclometasona, etc). Como podrás darte cuenta existen varias presentaciones de estos medicamentos, algunos son en polvo y otros en aerosol siendo todas las presentaciones buenas (Ver Figura 5). Tú médico te indicará cuál es la mejor presentación de acuerdo a la gravedad de tu asma.

Recuerda que la mejor vía para la administración de estos medicamentos es la inhalada.



MEDICAMENTO EN AEROSOL

MEDICAMENTO EN POLVO

Figura 5. Tipo de presentación en los medicamentos de asma

La mayoría de los pacientes tiene este tipo de asma. Es el grado más leve de la enfermedad y los síntomas se presentan menos de una vez a la semana y los pacientes pueden realizar sus actividades cotidianas en forma normal.

Asma Leve Intermitente

Este grado corresponde a aquellos pacientes que tienen síntomas más de dos veces a la semana en forma más frecuente y los pacientes pueden realizar casi todas sus actividades cotidianas en forma normal.

Asma Leve Persistente

En este tipo de asma los síntomas se presentan casi todos los días durante el día y por las noches. Los pacientes no pueden dormir por las molestias y sus actividades cotidianas se ven limitadas por la enfermedad.

Asma Moderada Persistente

En este tipo de asma los pacientes tienen síntomas continuos durante el día y la noche y sus actividades diarias están muy limitadas impidiéndole realizarlas.

Asma Severa



De acuerdo con esta clasificación, ¿en qué nivel de gravedad se encuentra tu asma?

Los medicamentos en aerosol deben ser administrados con un dispositivo que se llama espaciador o aerocámara, la cual permite mejorar la técnica de administración del medicamento y que los pulmones reciban la cantidad de medicamento adecuada. Los hay de varios tipos y para todas las edades. En la Figura 6 se muestra cómo es y cómo se coloca este dispositivo.

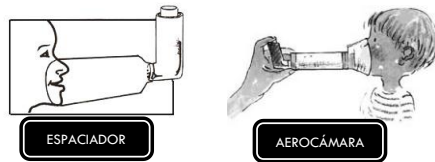
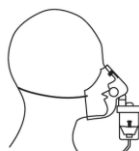


Figura 6. Forma de colocar el espaciador o aerocámara



Es importante que sepas que en algunos casos los medicamentos se pueden administrar con un nebulizador, por ejemplo durante una crisis grave de asma o en el caso de los niños menores de cuatro años o los adultos mayores; ya que en estos casos los pacientes no pueden realizar el esfuerzo que se requiere para inhalar los medicamentos. En la Figura 7 se muestra como es este dispositivo.

Figura 7. Nebulizador

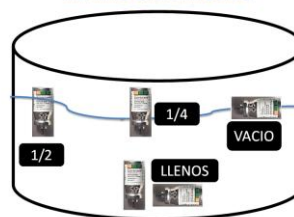
Seguramente has escuchado que el asma se cura con vacunas, esto no es así, solo algunos pacientes requieren de este tratamiento además de los antiinflamatorios esteroideos y broncodilatadores. En el caso de las vacunas debes saber que este tratamiento solo se indica a los pacientes que tienen alergias que han sido diagnosticadas con unas pruebas especiales que hace un especialista en alergias llamado alergólogo.



¿CÓMO SÉ SI SE TERMINÓ MI MEDICAMENTO EN AEROSOL?

| ¿Cómo sé si se terminó mi medicamento? |
|--|
| 1. Coloca agua en un recipiente |
| 2. Retira el dispositivo del envase de plástico |
| 3. Coloca el dispositivo dentro del recipiente |
| 4. Observa que sucede con el dispositivo y compáralo con la imagen de abajo para ver que tanto medicamento le resta. |
| 5. Si tu medicamento está por agotarse toma las precauciones para adquirir otro. |

¿Cómo sé si se terminó Mi medicamento



¿QUÉ ES UN FLUJÓMETRO Y PARA QUÉ SIRVE?



El flujómetro o medidor de flujo máximo es un instrumento que mide la cantidad de aire que puedes sacar de tus pulmones y con el puedes saber que tan cerrados están tus bronquios y tomar decisiones respecto al tratamiento que debes iniciar antes de comunicarte con tu médico. A continuación se te muestra como debes utilizar tu flujómetro.

¿Cuál es la forma correcta de utilizar el flujómetro?

1. Coloca la boquilla desechable al flujómetro
2. Sosten el flujómetro horizontalmente
3. Toma la boquilla con los labios fuertemente cerrados y sopla lo más fuerte posible.
4. Registra el resultado que obtuviste y repite dos veces los pasos 2 al 4.
5. Selecciona el valor más alto obtenido y compáralo con los valores que el médico neumólogo te anoto en tu programa de autocontrol.
6. Sigue realizando tu registro una vez por semana; en caso de que presentes síntomas y tu flujometría disminuya tendrás que llenarlo diariamente hasta mejorar.



Muy bien ya sabes cómo utilizar este valioso instrumento para controlar el asma, ahora utilizarás tu plan de autocontrol para saber que debes hacer cuando te sientas bien, regular o mal, tal y como te lo indicio tu médico

¿QUÉ TENGO QUE HACER PARA MANTENER MI ASMA BAJO CONTROL?

El asma es una enfermedad que no se cura pero no te preocupes, ¡Se puede controlar! y tú puedes tener una vida normal o lo más cercano a lo normal si sigues las indicaciones que a lo largo del tratamiento te hemos proporcionado. Si no las recuerdas no te preocupes te las describimos en la siguiente tabla para que las tengas presentes.

¿CÓMO CONTROLAR EL ASMA?

1. Siguiendo el tratamiento médico y los cuidados y/o recomendaciones que se me proporcionaron
2. No suspendiendo los medicamentos hasta que el médico me lo indique
3. No automedicandome
4. Utilizando los medicamentos en aerosol con espaciador o aerocámara
5. Utilizando correctamente los medicamentos
6. Evitando la exposición a desencadenantes
7. Siguiendo el plan de autocontrol mediante el semáforo que el médico te proporcionó.
8. Realizando el llenado de diario de síntomas y registro de flujometría
9. Evitando los cambios bruscos de temperatura

Además de estas medidas existe un plan de control personalizado con el cual con la ayuda de tu médico puedes controlar tu enfermedad. Para llevar a cabo este plan de autocontrol necesitas tener un FLUJÓMETRO y realizar el registro de diario de síntomas donde mediante un semáforo aprenderás las medidas tienes que llevar a cabo para evitar la presencia de una crisis asmática.

A continuación se te muestra el ejemplo del diario de síntomas que realizaste a lo largo de tu tratamiento, si no cuentas con el diario no te preocupes de este puedes sacar las copias necesarias para seguirlo registrando.

☞ Recuerda que una vez que tienes tu programa de autocontrol ya no es necesario seguir llenando tu diario todos los días, si no únicamente una vez por semana. Y en caso de presentar nuevamente síntomas o ver que hay disminución en tu flujometría tendrás que llenarlo nuevamente todos los días hasta mejorar. ☺

EJEMPLO DEL DIARIO DE SÍNTOMAS A LLENAR POR EL PACIENTE CON ASMA

| FECHAS | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| ¿Cuántas veces despertaste por síntomas de asma? | | | | | |
| ¿Cuántas veces te FALTO EL AIRE? | | | | | |
| ¿Cuánta TOS TUVISTE? | | | | | |
| ¿Cuánta FLEMA TUVISTE? | | | | | |
| ¿Te CHIFLO EL PECHO? | | | | | |
| ¿Pudiste realizar tus actividades normales? | | | | | |
| FLUJOMETRIA EN LA MAÑANA | | | | | |
| FLUJOMETRIA EN LA NOCHE | | | | | |
| ¿Cuál esquema de tratamiento usaste? | | | | | |
| ¿Cuántas veces usaste el medicamento de rescate? | | | | | |
| Acudió a urgencias | | | | | |
| Tuvo que ser hospitalizado | | | | | |
| Observaciones | | | | | |

*Basado en el Diario de Síntomas de la Clínica de Asma del INE

A continuación se te muestra un esquema el cual debes llenar de acuerdo con los valores de flujometría de tu programa de autocontrol que te proporcionó el médico. Se te sugiere que la coloques en un lugar visible para que en caso necesario no te veas presionado en buscar tu diario y puedas llevar a cabo acciones para mantener tu asma bajo control.

FLUJOMETRÍA MAYOR A _____ = ASMA CONTROLADO

¿QUÉ DEBES HACER?

FLUJOMETRÍA ENTRE _____ Y _____ = PELIGRO DE DESCONTROL

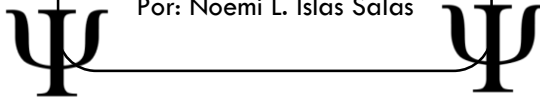
¿QUÉ DEBES HACER?

FLUJOMETRÍA MENOR A _____ = ASMA DESCONTROLAD

¿QUÉ DEBES HACER?

ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES EN ASMA

Por: Noemí L. Islas Salas



Ya que conociste y aprendiste qué es el asma, qué desencadena tus síntomas, cuál es el tratamiento a seguir y qué medidas debes realizar para tener tu asma controlado, ahora nos enfocaremos en el abordaje de los aspectos psicológicos y emocionales de tu enfermedad y qué puedes hacer para tener un mejor control del asma.

☞ RECUERDA QUE EL TRATAMIENTO MÉDICO ES IMPORTANTE PARA EL CONTROL DE TU ASMA, Y DE IGUAL FORMA TRABAJAR EN AQUELLOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS QUE PUEDEN ESTAR INTERFERIENDO EN EL CONTROL DE TU ENFERMEDAD. ☺

Padecer asma puede ser para algunas personas un proceso difícil de sobrellevar, debido a que la enfermedad produce deterioro no solamente a nivel físico sino también psicológico y social, obligando a la persona que la padece y a su familia a realizar cambios en su vida cotidiana. En el siguiente cuadro se mencionan algunos de los cambios que presenta quien padece de una enfermedad cualquiera que esta sea.

CUALQUIER ENFERMEDAD:

- Produce un impacto en el funcionamiento físico, psicológico y social de quien la padece.
- Produce un impacto en la vida de la familia.
- Altera el comportamiento y el estilo de vida.
- Genera emociones negativas como enojo, ira, culpa, ansiedad, angustia, desesperación.

¿LAS EMOCIONES PUEDEN SER DESENCADENANTES DE SÍNTOMAS O CRISIS DE ASMA?

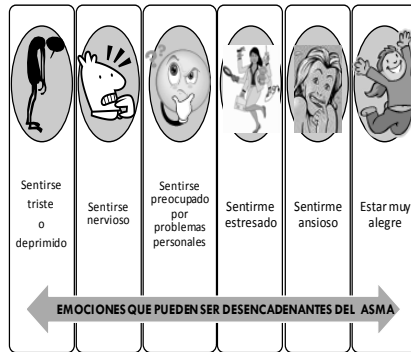
En el capítulo anterior se mencionó que los desencadenantes son las sustancias o factores que ocasionan la aparición de los síntomas del asma. Pues bien, se ha identificado que aunque el asma no es causado por las emociones para algunas personas el reír, llorar, gritar, sentirse estresado, ansioso o enojado puede desencadenar un ataque de asma o incrementar la intensidad de los mismos.



La gran mayoría de las personas ubica los desencadenantes físicos o ambientales, pero no se dan cuenta que las emociones también pueden ser un desencadenante de su síntomas o crisis generando

mayor sensación de falta de aire incluso llegando a confundir una crisis asmática con una crisis de ansiedad, ya que los síntomas son muy parecidos.

En la siguiente tabla se muestran los desencadenantes emocionales que se han identificado como los más comunes generadores de síntomas o crisis de asma, ya sea por sí solos o en conjunto con los desencadenantes físicos o ambientales.



¿Puedes identificar tus desencadenantes emocionales en el Asma? Anótalos aquí



A continuación se mencionaran algunas técnicas que podrás aplicar para manejar tus estados emocionales. Como en cualquier aprendizaje se requiere que los practiques en tu vida cotidiana ya que es aquí donde podrás identificar si los estás realizando correctamente y si te están trayendo beneficios.

¿QUÉ ES EL ESTRÉS?

¿Has escuchado la palabra estrés?

El estrés es una palabra que comúnmente utilizamos en nuestra vida cotidiana, ¿quien no ha dicho en algún momento? ¡Estoy estresado!; sin embargo tenemos que saber a qué se refiere este término.

El estrés es una respuesta natural de nuestro organismo, su función es prepararnos para actuar o escapar de una posible amenaza, daño o desafío; y permite que puedas adaptarte a las exigencias del medio.



Hay que mencionar que el estrés no siempre es malo, de hecho un poco de estrés es bueno cuando lo aprendemos a controlar ya que nos impulsa a realizar cosas, nos motiva a llevar a cabo nuestros objetivos en la vida o simplemente lleva a enfrentarnos a las situaciones de la mejor manera posible.



Por ejemplo los deportistas tienen que tener cierto grado de estrés para poder desempeñarse adecuadamente en una carrera, partido o competencia, si no fuera así y el estrés que experimentan los dominara se quedarían paralizados o bloqueados y no tendrían un buen rendimiento.

En el caso del asma, el estrés puede influir generándose emociones negativas como enojo y desesperado, o llevándote a realizar comportamientos poco saludables (como no tomar el medicamento, exponerse a las situaciones o cosas que desencadenan síntomas de asma o paralizando a la persona ante una crisis asmática), por lo que no actúa llevando a cabo las indicaciones que su médico le dijo llevara a cabo ante una situación así.

El estrés está presente en todo suceso que genere una respuesta emocional, esto incluye tanto situaciones positivas (como el nacimiento de un hijo o el matrimonio) o negativas (pérdida del empleo, presencia de una enfermedad o también cuando se está en el tráfico).

Es importante que sepas que aquellas situaciones que a ti te provocan estrés pueden no serlo para otra persona que ocurre con los desencadenantes; es decir **NO A TODOS NOS ESTRESA LO MISMO.**

¿Y A TI QUÉ ES LO QUE TE ESTRESA?

De tu Asma: _____

De tu hogar: _____

De tu trabajo/escuela: _____



¿CÓMO SABER SI ESTOY ESTRESADO?

Existen tres tipos de síntomas que pueden ayudarte a identificar si lo que sufres es estrés, es importante que sepas que cada persona lo presenta de diferente manera y con síntomas de distinta intensidad

| | |
|--|--|
| | <p>Síntomas Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Sudoración de manos Constancia Dificultad para conciliar el sueño Aumento de la presión arterial y ritmo cardíaco Tensión muscular en cabeza, hombros, cuello o espalda Síntomas gastrointestinales (estreñimiento, diarrea) |
| | <p>Síntomas Psicológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Incapacidad para relajarse Incapacidad para tomar decisiones Falta de concentración, mentales Dificultad para comprender y razonar Inseguridad/indecisión <p>Irritabilidad Olvidos Bloqueos</p> |
| | <p>Síntomas Conductuales</p> <ul style="list-style-type: none"> Incremento en consumo de café, alcohol o tabaco Trastorno del apetito Malas relaciones familiares (padres/hijos) |

¿QUÉ ES LA ANSIEDAD

La **ansiedad** es un estado emocional que genera una situación de alerta ante un posible peligro real o imaginario, donde la persona se siente inquieta o temerosa. Las personas afectadas experimentan ansiedad frente a situaciones que no pueden controlar o predecir, o sobre situaciones que parecen amenazantes o peligrosas.

Las principales causas de la ansiedad son el miedo a perder el trabajo, NO TENER UN BUEN CONTROL DE LA ENFERMEDAD, SENTIR QUE NO PUEDES HACER MUCHAS COSAS A CAUSA DE TU ENFERMEDAD Y NO PERCIBIR MEJORÍA DE TUS SÍNTOMAS, entre otras.



¿Alguna vez te has sentido TRISTE O DEPRIMIDO?

Sentirse o estar triste es muy diferente a estar deprimido. Todos en algún momento de nuestra vida por diversas situaciones podemos experimentar tristeza, sin embargo si esta emoción está presente a lo largo del tiempo y nos impide realizar aquellas actividades que antes eran placenteras podría tratarse de una depresión.

¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN: Es una enfermedad que afecta al estado de ánimo, la manera de pensar y la autoestima de quien la padece interfiriendo con la capacidad de la persona para trabajar, comer, dormir y disfrutar de las actividades que antes eran placenteras.

¿QUÉ GENERA LA DEPRESIÓN?

Las vivencias negativas acumuladas, enfermedades, la muerte de un ser querido, la pérdida del empleo, el deterioro funcional o pérdida de la independencia; y en el caso del asma situaciones como el ver que los síntomas respiratorios te limitan el poder realizar tus actividades cotidianas tanto físicas, laborales y sociales, el que sientas que no puedes hacer nada para controlar tus síntomas, no contar con los recursos económicos para la compra de medicamentos, los problemas familiares o personales, entre otros, te puede llegar a generar un estado de depresión.



Es importante que sepas que todos podemos sentirnos deprimidos en algún momento de la vida; sin embargo la mujer es dos veces más propensa que el hombre a desarrollar depresión. Las causas de esto es debida a una mezcla de factores culturales y biológicos, como los cambios hormonales (ciclo menstrual, embarazo, menopausia, etc).

¿CÓMO SE MANIFIESTA LA DEPRESIÓN?

A continuación se muestran los principales síntomas indicadores de depresión.



Ante la presencia de emociones y/o sentimientos negativos tú puedes hacer muchas cosas y así sentirte mejor anímicamente, como lo es:

- Lleva a cabo actividades sencillas que te agraden y hagan disfrutar y compartir momentos con los demás.
- Mantén activa tu mente realizando crucigramas, sopas de letras, juegos de mesa, leer, escuchar la radio, etc.
- Mantén y cuida las relaciones con los amigos, la familia y además amplía tu red social haciendo nuevas amistades.
- Déjate orientar por el médico y psicólogo
- Fomenta pensamientos positivos y ¿cómo hacer esto? A continuación abordaremos más al respecto.

¿CUÁL ES EL PAPEL DE LOS PENSAMIENTOS EN EL CONTROL DEL ASMA

- Lo que piensa una persona influye de forma directa en su estado emocional y en lo que hace, pudiendo interferir negativamente en su desempeño, realización de actividades y algo muy importante en el control de su asma. Por ejemplo aquella persona que desde que se le dio el diagnóstico de asma tiene pensamientos como los siguientes: *"esta enfermedad es lo peor que me ha pasado, no podré nunca hacer mi vida normal, siempre dependo de mis medicamentos no puedo mejorar siempre me siento mal ya ni puedo trabajar..."* influye en cómo se siente generando emociones negativas como enojo, desesperación, tristeza, angustia, entre otras llevándola a no considerarse capaz de poder tener un control de su enfermedad.



- Cada persona entiende o interpreta de forma diferente una situación, estas variaciones dependen de factores individuales (como experiencias previas, miedos, expectativas personales, etc.). Las diferentes formas de ver una situación llevan a sentir diferentes emociones (miedo, desesperación, angustia, preocupación, ansiedad, etc.) y a que las formas de comportarse



ante la situación también varien. Es decir, la forma en que se interpreta una situación influye de forma determinante sobre cómo se vive y por lo tanto sobre el estrés y la ansiedad que se padece.

Y como sabemos que es difícil identificar y analizar tus pensamientos hemos elaborado el siguiente esquema, que al seguirlo paso a paso te podrá ayudar en esta tarea.

1. Identificación de pensamientos inadecuados

Constantemente realizamos un diálogo interno, aunque no siempre nos demos cuenta ya que los pensamientos llegan a hacerse automáticos (como sucede en algunos actos como conducir un coche o caminar, esto es normal, pues sería imposible estar pendientes de los pensamientos).

2. Evaluación y análisis de los pensamientos

Una vez identificados los pensamientos, tienes que:

- Analizar hasta qué punto los pensamientos se ajustan a la realidad ¿Tengo evidencias suficientes para pensar eso que pienso?
- Analizar las consecuencias de los pensamientos ¿Me sirve de algo pensando así? ¿esa manera de pensar me ayuda a resolver el problema o a hacerme sentir mejor?

3. Búsqueda de pensamientos alternativos

El último paso del procedimiento es la búsqueda de formas alternativas de interpretar la situación que reflejen la realidad. Es muy importante que tengas claro que no se trata de engañarse, si no de ver las cosas de la forma más realista.

Ya que has identificado tus pensamientos, también es importante que aprendas el proceso que todos deberíamos realizar cuando se nos presenta un problema y no sabemos cómo solucionarlo.

¿Te ha sucedido que cuando tienes un problema no sabes cómo resolverlo o buscar alternativas de solución? ¿Te sientes indeciso sobre qué decisión tomar o qué hacer?

A continuación trabajaremos en una técnica con la que aprenderás el proceso para encontrar una solución a cualquier tipo de problema con el que te encuentres; pues cuando tienes un problema y no lo resuelves o aplazas el tomar una decisión esto te lleva a sentirte triste, estresado y ansioso.

Psicóloga
Noemí Islas

¿CUÁL ES PROCESO A SEGUIR PARA LA SOLUCIÓN DE UN PROBLEMA?

1. Define claramente tu problema
2. Genera todas aquellas posibles alternativas que se te ocurran para su solución
3. Identifica en cada una de esas posibles alternativas de solución los puntos a favor y en contra que tienen
4. Elige la mejor alternativa de solución (es decir aquella que tenga más puntos a favor que en contra)
5. Pon en práctica la alternativa de solución que elegiste
6. Evalúa los resultados obtenidos. Si no pudiste vivir el problema analiza si cometiste algún error en los pasos y si no es así entonces tendrás que iniciar nuevamente el proceso

Ahora aplica estos pasos para algún problema que presentes en tu vida cotidiana...

Recuerda: "El problema no es el problema, el problema es encontrar la solución..."

¿CUÁLES SON LAS TÉCNICAS PARA EL MANEJO DE ESTRÉS Y ANSIEDAD?

Una de las más conocidas técnicas para manejar el estrés y la ansiedad es la **RELAJACIÓN**.

La relajación es un estado de conciencia que se busca voluntaria y libremente con el objetivo de percibir los niveles más altos que un ser humano puede alcanzar, de calma, paz, felicidad, alegría.

Algunas formas de relajación son: la meditación, yoga, respiración diafragmática o profunda, relajación mediante imaginación, frases autógenas y la tensión de muscúlos de manera progresiva; las cuales revisaremos a continuación.

RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

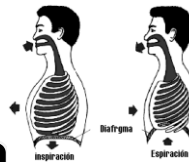
Consiste en tomar aire lentamente por la nariz e introducirlo hasta sentir que el estómago se infla (inspiración) como si éste fuera un globo, retener unos segundos el aire y expulsarlo suavemente por la boca desalojando todo el aire introducido (expiración). Permite eliminar la tensión y disminuir la ansiedad.

RELAJACIÓN POR IMAGINERÍA GUIADA

Consiste en relajarse y alcanzar un estado psicológico placentero a partir de generar una serie de imágenes mentales sobre lugares o situaciones agradables.

RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

Es la más común de las técnicas de relajación y el inicio en un entrenamiento. Consiste en tomar aire lentamente por la nariz e introducirlo hasta sentir que el estómago se infla (inspiración) como si éste fuera un globo, retener unos segundos el aire y expulsarlo suavemente por la boca desalojando todo el aire introducido (expiración). Permite eliminar la tensión y disminuir la ansiedad.



RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA

Esta técnica consiste en tensar deliberadamente los músculos que se tensan en una situación de ansiedad, estrés o temor para posteriormente relajarlos conscientemente. Es muy buena para que con el tiempo y mucho entrenamiento lleguemos a estar completamente seguros de que podemos relajarnos cuando queramos, incluso en situaciones que ahora consideremos imposibles o a evitar a toda costa.



RELAJACIÓN POR IMAGINERÍA GUIADA



Consiste en relajarse y alcanzar un estado psicológico placentero a partir de generar una serie de imágenes mentales sobre lugares o situaciones agradables.

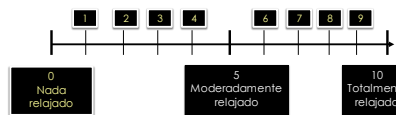
RELAJACIÓN AUTÓGENA

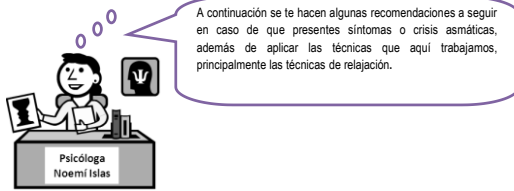


Consiste en repetirse interiormente una serie de frases que condicionan el cuerpo y la mente a llegar a un estado de relajación a través de las sugerencias.

¡HAGAMOS UN EJERCICIO!

¿Qué tan TENSO O ANSIOSO te encuentras en este momento?





¿QUÉ HACER ANTE UNA CRISIS O PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE ASMA?



1. Trata de mantenerte tranquilo
Repite: "No debo preocuparme otras veces he superado las crisis"
2. No pienses negativamente y concéntrate en tomar acciones para controlar tu crisis
3. Repite "controlaré la crisis, conozco los pasos que debo seguir para superar esto..." y tomaré los medicamentos que el médico me indicó.
4. Repite "Estoy controlando bastante bien mi crisis...voy a continuar y tranquilo y relajado y pronto podré respirar más tranquilamente..."
5. Una vez que concluya la crisis, repite "ya ha pasado y todo ha estado bien..."

¡FELICIDADES, HAS REALIZADO UN BUEN TRABAJO!

Ya has adquirido mayor información y educación referente a tu asma y has aplicado con ejemplos de tu vida cotidiana las principales técnicas psicológicas para el manejo de estrés, ansiedad, depresión y control de tu asma. Pero no basta con esto, es importante que continúes aplicando y repasando todo lo que has aprendido a lo largo de estos meses ya que si no lo haces comenzarás a olvidarlo y cuando tengas que aplicarlo no sabrás como hacerlo.

Te recomendamos leas este manual de vez en cuando, y si tienes dudas comunícame con nosotros...

