



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA Y SALUD

**EFFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL DIRIGIDA A
PACIENTES CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y ASMA NO
CONTROLADA**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTOR EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
CENTLI GUILLÉN DÍAZ BARRIGA

TUTOR PRINCIPAL
DRA. ANA LUISA MÓNICA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL
UNAM, FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR
DRA. REBECA ROBLES GARCÍA
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"
DRA. JUANA GÓMEZ-BENITO
UNIVERSIDAD DE BARCELONA
DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS
UNAM, FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN
DRA. GEORGINA EUGENIA BAZÁN RIVERÓN
UNAM, FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Ciudad Universitaria, Cd. Mx. Enero 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Este trabajo lo dedico a todas y cada una de las mujeres que han sido partícipes de mi formación personal a lo largo de toda mi vida.

*A mis abuelitas, mi mamá, a mi hermana, a mis tías, a mis profesoras, a mis amigas, y a las participantes
Este es un trabajo hecho por mujeres y que, sin proponérmelo, terminó siendo para mujeres.*

A mi mamá, el apoyo más grande de toda mi vida, y no alcanzan las palabras para devolver todo el amor y enseñanzas que me ha dado. Gracias a ella es que tuve el privilegio más grande de todos, estudiar.

A mi papá, por su apoyo y confianza, porque nunca ha limitado mis estudios y siempre los ha alentado.

A mi hermana, que siempre hace de mi revisora, asistente, editora, filtro mental y demás.

A mi tía Rosalinda, por haber sido una excelente casera cuando me tocaba viajar al sur de la ciudad. Aunque la UNAM me volvió rebelde sé que así me quieres.

A mis abuelitas, Alicia y Graciela, y mis abuelitos, Jesús y Óscar. Llegué a este punto en mi vida gracias a ustedes, a su trabajo, a su dedicación y amor.

A todos y cada uno de los miembros de mi familia: Alex, Arturo, Beto, Carlos, Fernando, Frida, Geno, Gus, Laura, Lupita, Martha Alicia, Martha, Montse, Pepe, tía Raquel, Tania, Vero y Vicky. Soy muy afortunada de tener una larga lista de gente que quiere y se interesa por mis proyectos y ambiciones. Mención especial a Ricardo, que seguro será el único que leerá los agradecimientos, y espera el examen con más ansias que yo.

A la Dra. Ana un agradecimiento muy especial por haberme adoptado dentro de su equipo de trabajo, por todos y cada uno de los correos electrónicos, por todos sus consejos, sus clases, sus lecciones. Las palabras no alcanzan a expresar mi gratitud ante tan magnífica investigadora y persona. Fui muy afortunada de poder tenerla de guía en este camino llamado doctorado.

A las doctoras, Rebeca, Juana, Angélica y Georgina, de todas y cada una me llevo una enseñanza académica invaluable. Me enorgullece que mi Comité Tutor se encuentren compuesto por mujeres tan capaces y admirables, tanto en lo personal como en lo profesional. Por cada una de sus aportaciones, comentarios, consejos y su tolerancia, muchas gracias.

A la Dra. Margarita Fernández Vega, por abrirme las puertas al INER, por toda su ayuda y paciencia para que se pudiera realizar este protocolo de investigación. Porque siempre ha creído en el trabajo del psicólogo.

A la Dra. Rocío Chapela Mendoza y su equipo de trabajo, especialmente a la enfermera Rosario, por haber facilitado mi inserción y trabajo dentro de la Clínica de Asma del INER.

A mi *otro* comité tutor, Cintia, Dulce y Mayra. Este trabajo simple y sencillamente no se hubiera podido realizar sin ustedes. Cintia, fuiste mi mano derecha en la elaboración de este proyecto, desde la letra inicial al punto final, estoy muy agradecida por todo tu apoyo. Amigas, gracias por todos y cada una de las pláticas que tuvimos referentes a este trabajo, de escuchar mis frustraciones, ayuda con los trámites, el feminismo, la *validación emocional*, regaños, por interesarse por los casos que tenía que consultar, por todo. Son grandes psicólogas, terapeutas, docentes e investigadoras. Han crecido enormemente estos últimos años, espero puedan verlo. Me causa orgullo llamarlas colegas.

A los compañeros que han colaborado en el equipo de trabajo de la Dra. Ana o han sido partícipes en sus seminarios: Karina (una especial mención por toda su paciencia y orientación a lo largo de años), Kitzia (por su colaboración en la primera fase de la investigación), Violeta, Mary Chuy, Karen, Jaime, e Isaías.

Y finalmente, a las participantes, que depositaron su confianza en mí y en el proyecto. Espero haber podido retribuir a su vida lo que ustedes hicieron por mí.

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDO	3
ÍNDICE DE TABLAS	5
ÍNDICE DE FIGURAS	6
ÍNDICE DE ANEXOS.....	7
RESUMEN.....	8
INTRODUCCIÓN.....	10
Capítulo 1. Asma bronquial.....	14
1.1 Definición y diagnóstico del asma bronquial.....	14
1.2 Epidemiología	16
1.3 Comorbilidades y factores de riesgo para exacerbaciones	17
1.4 Pruebas de función respiratoria	21
1.4.1 Espirometría	21
1.4.2 Flujometría	22
1.5 Clasificación del asma por severidad	24
1.6 Control del asma	25
1.6.1 Tratamiento farmacológico.....	27
1.6.2 Tratamiento de factores de riesgo modificables.....	28
1.6.3 Estrategias no farmacológicas.....	29
Capítulo 2. Factores psicológicos asociados con el asma	32
1.7 Epidemiología de ansiedad y depresión en población asmática.....	32
1.7.1 Relación entre ansiedad, depresión y control del asma.....	36
1.7.2 Mecanismos de la relación ansiedad, depresión y control del asma.....	39
Capítulo 3. Asma y Calidad de Vida.....	48
1.8 Calidad de Vida General	48
1.9 Calidad de Vida relacionada con Salud.....	49
1.10 Calidad de Vida específica de la enfermedad.....	50
1.11 Costos del asma e impacto en la calidad de vida	50
1.12 Calidad de Vida en pacientes con asma y su relación con control de la enfermedad y estado emocional	53
Capítulo 4. Intervenciones para favorecer el control del asma	59
1.13 Intervenciones educativas	59
1.13.1 Programas educativos implementados en la sala de urgencias.....	61
1.14 Intervenciones de auto manejo (<i>self management</i>)	61
1.14.1 Intervenciones de auto manejo para pacientes con asma severa	63
Capítulo 5. Intervenciones psicológicas para adultos con asma	65
1.15 Resultados de las intervenciones en el estado emocional	66
1.15.1 Resultados en Ansiedad.....	66
1.15.2 Resultados en Depresión.....	71
1.16 Intervenciones cognitivo conductuales para el tratamiento de la comorbilidad entre ansiedad y depresión en pacientes asmáticos.....	71
1.17 Intervenciones cognitivo conductuales diseñadas para pacientes con asma mexicanos	76
1.17.1 Intervenciones cognitivo conductuales Breves.....	83

1.17.2	Consideraciones para los instrumentos de medición de ansiedad y depresión en sujetos con asma	90
	JUSTIFICACIÓN	94
	FASE 1: Propiedades Psicométricas de los Instrumentos: Mimi-AQLQ y HADS	99
	Objetivos Específicos	99
	Método	100
	Parte 1: Validez de Contenido del MiniAQLQ.....	100
	Participantes	100
	Materiales.....	100
	Diseño de Investigación.....	100
	Instrumentos.....	100
	Procedimiento	102
	Análisis de Datos.....	103
	Resultados.....	103
	Parte 2: Consistencia interna, validez factorial, concurrente y divergente del MiniAQLQ y HADS.....	107
	Participantes	107
	Procedimiento	111
	Análisis de Datos.....	111
	Resultados.....	114
	Discusión y Conclusiones de la Fase 1	128
	FASE 2: Intervención cognitivo conductual dirigida a pacientes con síntomas de depresión y asma no controlada.....	133
	Objetivo General.....	133
	Objetivos Específicos	133
	Hipótesis principal.....	133
	MÉTODO	134
	Participantes.....	134
	Escenario.....	137
	Diseño de Investigación.....	137
	Variables.....	138
	Variable Independiente	138
	Variables dependientes.....	138
	Instrumentos	141
	Materiales.....	143
	Aparatos.....	143
	Procedimiento	144
	Análisis de Datos	151
	RESULTADOS.....	158
	Participante 1	158
	Resultados de Flujometría	165
	Participante 2	169
	Resultados de flujometría	175
	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	179
	Limitaciones de la investigación y recomendaciones futuras	194
	Conclusiones generales.....	199

REFERENCIAS	201
-------------------	-----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación del asma según las pautas de la GINA 2017	25
Tabla 2. Clasificación del Control del Asma según los criterios de GINA (2017)....	27
Tabla 3. Estudios realizados en población asmática mexicana en el INER	78
Tabla 4. Características de los jueces expertos.....	104
Tabla 5. Opiniones de jueces expertos respecto a las dos opciones de respuesta que son presentadas en el cuestionario	105
Tabla 6. Porcentaje de acuerdo entre jueces expertos por reactivo	106
Tabla 7. Características sociodemográficas de los participantes en la Fase 1	114
Tabla 8. Características de historia de la enfermedad y variables psicológicas de los participantes en la Fase 1	115
Tabla 9. Comparación de las características sociodemográficas y variables de interés (depresión, ansiedad y calidad de vida) entre los grupos con asma controlada y no controlada	116
Tabla 10. Análisis de frecuencias de los reactivos de del cuestionario MiniAQLQ	117
Tabla 11. Análisis de discriminación de los reactivos del cuestionario MiniAQLQ	118
Tabla 12. Estadísticos de correlación y de eliminación de elemento del alfa de Cronbach del MiniAQLQ.....	119
Tabla 13. Estructura factorial del cuestionario MiniAQLQ.....	120
Tabla 14. Correlaciones MiniAQLQ (calidad de vida) con HADS (depresión, ansiedad) y ACT (control del asma)	121
Tabla 15. Análisis de frecuencias de los reactivos de la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)	122
Tabla 16. Análisis de Discriminación de los reactivos de la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS)	123
Tabla 17. Estadísticos de correlación y de eliminación de elemento del Alfa de Cronbach la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria HADS.....	124
Tabla 18. Composición factorial de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria HADS en una muestra de pacientes con asma	125
Tabla 19. Composición factorial de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en una muestra de personas con asma, sin los reactivos 8 y 10	126
Tabla 20. Correlaciones del HADS y sus factores con el MiniAQLA y ACT	126
Tabla 21. Comparación de las medias de los grupos con asma controlada y no controlada cuando son medidos con los 7 reactivos del HADS-Depresión versus 5 reactivos.....	127
Tabla 22. Resumen de las sesiones de la ICC para disminuir síntomas de depresión en sujetos con asma	148
Tabla 23. Estructura general de las evaluaciones a realizar a lo largo de la investigación.	151

Tabla 24. Evaluación clínica de la participante 1 en los tres momentos de medición	162
Tabla 25. Evaluación de resultados clínicos de la participante 1 con respecto a las dimensiones originales del MiniAQLQ.....	163
Tabla 26. Evaluación de resultados clínicos de la participante 1 con respecto a las dimensiones del MiniAQLQ obtenidas en la Fase 1	164
Tabla 27. Índices descriptivos del PEF de la participante 1 durante las mañanas en ambas fases	166
Tabla 28. Índices descriptivos del PEF de la participante 1 durante las noches en ambas fases	168
Tabla 29. Evaluación de los resultados clínicos de la participante 2 en los tres momentos de medición	172
Tabla 30. Evaluación de resultados de la participante 2 con respecto a las dimensiones del MiniAQLQ.....	173
Tabla 31. Evaluación de resultados clínicos de la participante 1 con respecto a las dimensiones del MiniAQLQ obtenidas en la Fase 1	174
Tabla 32. Índices descriptivos del PEF de la participante 2 durante las mañanas en ambas fases	176
Tabla 33. Índices descriptivos del PEF de la participante 2 durante las noches en ambas fases	177

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Relación entre la intervención cognitivo conductual para la disminución de síntomas depresivos y el control del asma. Fuente: Elaboración propia....	98
Figura 2. Diagrama de flujo del progreso a través de las fases de la intervención	136
Figura 3. Procedimiento para el reclutamiento de pacientes	145
Figura 4. Valores absolutos del PEF de la participante 1 durante las mañanas en línea base e intervención.....	166
Figura 5. Valores absolutos de flujometría de la participante 1 durante las noches en línea base e intervención.....	167
Figura 6. Promedio de PEF obtenido durante línea base e intervención en las mañanas y en las noches para la participante 1.	168
Figura 7. Valores absolutos de PEF de la participante 2 durante las mañanas en línea base e intervención	175
Figura 8. Valores absolutos de PEF de la participante 2 durante las noches en línea base e intervención	177
Figura 9. Promedio de PEF obtenido durante línea base e intervención en las mañanas y en las noches para el participante 2.	178

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Formato para jueces expertos del cuestionario de calidad de vida para pacientes asmáticos	227
Anexo 2. Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación psicológica (fase 1)	234
Anexo 3. Ficha de datos generales	236
Anexo 4. Cuestionario de calidad de vida para pacientes con asma.....	238
Anexo 5. Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS).....	240
Anexo 6. Cuestionario de control del asma (ACT)	241
Anexo 7. Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación psicológica (fase 2)	242
Anexo 8. Entrevista de salud para el paciente con asma	244
Anexo 9. Registro de flujometría.	247
Anexo 10. Manual para el terapeuta	248

RESUMEN

Existe evidencia de altos índices de ansiedad y depresión en población asmática, así como su asociación con un pobre control de la enfermedad y bajos niveles de calidad de vida. Las intervenciones cognitivo conductuales han demostrado ser eficaces para fomentar la adhesión terapéutica y el control emocional, especialmente en problemas relacionados con ansiedad. No obstante, no se ha reportado una intervención dirigida a pacientes con asma no controlada que presenten sintomatología de depresión. Así como tampoco se cuenta con una medida de calidad de vida con propiedades psicométricas adecuadas a población mexicana, y una escala de depresión que permita observar los cambios producidos por las intervenciones psicológicas en participantes con asma.

El presente trabajo se dividió en dos fases. En la primera fase se obtuvieron los datos de validez y confiabilidad del Cuestionario de Calidad de Vida para pacientes asmáticos en su versión breve (MiniAQLQ), y también, de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Los resultados obtenidos nos indican que ambos cuestionarios cuentan con las propiedades psicométricas adecuadas para ser empleados para evaluar participantes mexicanos con asma. En la segunda fase, se realizó una investigación cuyo diseño experimental fue caso único ($n = 1$) con dos réplicas individuales del efecto del tratamiento. Ambas participantes clasificaron con asma no controlada por medio del Cuestionario de Control de Asma (ACT) y con síntomas de depresión según el HADS. La intervención se aplicó en cinco sesiones dirigidas a disminuir sintomatología depresiva. Se monitoreó el pico espiratorio flujo (PEF) en línea base y durante la intervención. Se obtuvieron las medidas de depresión, ansiedad, control de la enfermedad, y calidad de vida específica a la enfermedad en tres tiempos: antes, después de la intervención y en un seguimiento a 4 meses. El análisis de datos comprendió el Cambio Clínico Objetivo de Cardiel (CCO), así como las pruebas de significancia de Jacobson y Truax que abarcan el punto de corte C y el Índice de Cambio Confiable (ICC_{JT}). Para los valores de flujometría se emplearon los índices descriptivos: nivel, tendencia, coeficiente de variabilidad y estabilidad durante la línea base e intervención. Los

resultados indican en ambas participantes una disminución clínicamente significativa en los puntajes de depresión. Así como un cambio de asma no controlada a controlada de acuerdo al ACT, en post-test y seguimiento. Además de mejoría en los índices del PEF durante las noches. En cuanto a calidad de vida, la primera participante aumentó en sus puntajes del MiniAQLQ en post-test y seguimiento, aunque desde el pre-test se mantuvo por encima del punto C. Referente a la segunda participante, sus puntajes se ubicaron por debajo del punto de corte establecido y no presentó cambios clínicamente significativos. Se concluye que el protocolo fue benéfico para controlar síntomas de depresión y beneficiar el control de la enfermedad. Los resultados en calidad de vida sugieren ampliar la evaluación a la calidad de vida general y no solo específica, ya que la medición de CV específica por enfermedad, y en particular con el asma, pudiera ser que los pacientes confundan la sintomatología de la enfermedad con la percepción de la calidad de vida.

Palabras clave: asma, depresión, calidad de vida, intervención cognitivo conductual breve

INTRODUCCIÓN

El asma bronquial es una de las enfermedades respiratorias crónicas con mayor prevalencia a nivel mundial y en México no es la excepción. Particularmente en población adulta, se ha reportado que se trata de una de las enfermedades que más afecta la calidad de vida del paciente. Dicho deterioro se ve reflejado en las cifras oficiales de los altos índices de ausentismo laboral y en los altos costos de atención en salud que genera la enfermedad.

Las guías de tratamiento para el asma puntualizan que el objetivo para el tratamiento es el control de síntomas. El control se logra a través de dos vías, la primera es por medio del tratamiento farmacológico, la segunda, por medio del control de los factores de riesgo mediante ciertas recomendaciones. Dichas pautas se enfocan en que el paciente tenga un papel activo en el manejo de su enfermedad, siguiendo una serie de comportamientos que beneficien su salud.

La literatura referente a las intervenciones para implementar estos comportamientos de auto-manejo en pacientes con asma es amplia y sigue diferentes aproximaciones teóricas y metodológicas. Entre las intervenciones principales, se encuentran las denominadas educativas, las cuales consisten en brindar información referente a la enfermedad. Sin embargo, los resultados han demostrado que no se logran cambios concretos en la conducta del paciente que beneficien al control de la enfermedad. Por otro lado, las intervenciones denominadas de auto-manejo suelen favorecer en algunas variables en relación a la salud del paciente como la disminución en uso de servicios de salud, menor uso de medicamentos y un aumento en puntajes de calidad de vida, pero sin presentar resultados concluyentes.

Entre las aportaciones que ha realizado la psicología, se encuentran las intervenciones que parten de un marco teórico cognitivo-conductual. Dichas intervenciones han dejado de manifiesto que se pueden lograr cambios positivos en los puntajes de calidad de vida general y relacionada a la enfermedad. No obstante,

no se ha podido concluir los alcances sobre las variables que miden el control de la enfermedad.

Asociado a lo anterior, es importante destacar que diversas investigaciones reportan la fuerte relación entre el control de la enfermedad asmática, y los estados y síntomas de depresión y ansiedad y la calidad de vida.

Las explicaciones que se ofrecen acerca de la relación, manifiestan que el estado emocional (destacándose los síntomas de depresión) repercuten en el control de la enfermedad, ya que se ven afectadas las conductas de auto cuidado, la adherencia terapéutica, la percepción de síntomas, la percepción de disnea; lo cual tiene como resultado una afectación en la calidad de vida relacionada con la enfermedad.

En el caso particular del tratamiento de trastornos de ansiedad de pacientes asmáticos, se han desarrollado diversas intervenciones que se centran exclusivamente en tratar los trastornos de pánico, sin embargo, no se han diseñado programas dirigidos a contrarrestar la sintomatología ansiosa en pacientes clasificados como no controlados o parcialmente controlados, por lo general, estas intervenciones tienen resultados favorables.

Referente al tratamiento de síntomas depresivos o trastornos del estado de ánimo en pacientes asmáticos controlados o no controlados, la literatura es escasa. Existen intervenciones dónde se miden y toman en cuenta síntomas de depresión como resultado de una intervención educativa o centrada en el control de síntomas de ansiedad, sin embargo, los resultados respecto a esta variable no han sido concluyentes, y en aquellas donde se han obtenido resultados favorables han sido llevadas a cabo con pacientes controlados o sin presencia *per se*, de síntomas clínicos de depresión.

Se recomienda el empleo de las intervenciones cognitivo conductuales breves, las cuales han mostrado eficacia y eficiencia para tratar a poblaciones que

asisten a los sistemas de salud, y requieren intervenciones rápidas que representen un buen costo-beneficio.

Aunado a ello, las investigaciones realizadas en contexto mexicano con pacientes adultos, no ha reportado el impacto que tiene el tratamiento del estado emocional ya sea en la calidad de vida general o la relacionada con la enfermedad, ya que no se cuenta con una medida estandarizada en esta población.

En esta dirección, el presente trabajo tiene como objetivo centrarse en aquellos pacientes que reportan un mal control de factores de riesgo asmático en conjunto con síntomas depresión de leves a moderados, y evaluar el impacto de una intervención cognitivo conductual breve en el control de la enfermedad y su impacto en la calidad de vida.

A continuación, se presenta el marco teórico de referencia del estudio. Como primer capítulo se realiza una descripción de las generalidades de la enfermedad asmática, en este tópico se abordan los conceptos de definición de la enfermedad, diagnóstico, epidemiología, factores de riesgo y una descripción de las pruebas de la función respiratoria. En el segundo capítulo, se brinda una descripción de las variables psicológicas que se encuentran en estrecha relación con la enfermedad y se abordan algunas explicaciones que intentan articular la relación entre algunas de las problemáticas psicológicas de depresión y ansiedad con la enfermedad. En el tercer capítulo, se menciona la importancia de la variable de calidad de vida relacionada a la salud y enfermedad, ya que nos pueden servir de parámetro para evaluar si los programas impactan en la vida de los pacientes. Finalmente, se presenta una revisión de los principales tipos de programas de intervención, tanto de auto-cuidado como psicológicos, que se han diseñado, así como se puntualizan las características de las muestras en las que se ha evaluado el impacto de dichos programas de intervención y las recomendaciones para futuras investigaciones.

Posteriormente, se presentan los objetivos, método y análisis estadísticos propuestos, de la primera fase de la investigación que tiene como objetivo establecer la validez de contenido de un instrumento para calidad de vida para

población asmática mexicana y la escala de ansiedad y depresión hospitalaria. Y finalmente, en la segunda fase, se presenta el procedimiento, resultados y conclusiones de la intervención de corte cognitivo conductual que tuvo como objetivo disminuir la sintomatología depresiva de participantes con asma no controlada, para así beneficiar el control de la enfermedad y la calidad de vida.

Capítulo 1. Asma bronquial

1.1 Definición y diagnóstico del asma bronquial

El asma es una enfermedad crónica heterogénea caracterizada por un proceso inflamatorio de la vía aérea respiratoria, así como por datos de obstrucción del flujo aéreo en la función pulmonar y por datos de hiperreactividad bronquial. En los individuos susceptibles causa sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, particularmente durante la noche o la madrugada. La inflamación hace a la vía aérea hipersensible a diferentes estímulos, dando lugar a la hiperreactividad. Cuando la vía aérea se expone a estos estímulos se inflama, se contrae la musculatura y se llena de moco (Regalado & Vargas, 2005).

En la Estrategia Global para el Manejo y Prevención del Asma (*Global Initiative for Asthma*, [GINA], 2017) se reconoce que algunos de los estímulos que influyen en el desarrollo y expresión del asma, pueden dividirse en externos como los factores ambientales (alergénicos, procesos infecciosos, sensibilizadores ocupacionales, exposición a humo de cigarrillos, contaminación ambiental y la dieta) y factores internos (disposición genética y sexo). Otros factores pueden ser emociones, cambios hormonales, mascotas y medicamentos (Suárez, Huerta, & Del Olmo, 2010).

Debido a que se trata de una enfermedad heterogénea, con diversos procesos subyacentes de la enfermedad, en la guía GINA (2015) se señalan varios grupos que comparten algunas características demográficas, clínicas y fisiopatológicas. A estos grupos se les llama “fenotipos de asma”, y aunque se debe señalar que no se ha encontrado ninguna relación fuerte entre las características patológicas específicas y las respuestas al tratamiento, es importante conocerlos ya que sirve como pauta para el establecimiento de un diagnóstico y tratamiento. Algunos de los fenotipos más representativos son:

- Asma alérgica: Se trata del fenotipo más reconocido. Inicia usualmente durante la infancia y es asociado con la historia familiar de enfermedades alérgicas como rinitis alérgica, alergias a comida o medicamentos.

- Asma no alérgica: Asma que no está relacionada con reacciones del tipo alérgica.
- Asma de inicio tardío: se presenta en adultos (particularmente en mujeres) en etapas de la edad adulta. Estos pacientes tienden a no reportar alergias, y a menudo en su tratamiento se requerirán altas dosis de medicamento.
- Asma con obesidad: algunos pacientes obesos tienen síntomas respiratorios promitentes y presentan poca inflamación de la vía aérea.

Respecto al establecimiento de un diagnóstico de asma, la Guía de Práctica, Diagnóstico y Tratamiento del Asma en Mayores de 18 años del Instituto Mexicano del Seguro Social (2009) indica que el diagnóstico de la enfermedad se da por medio del interrogatorio clínico de los síntomas y al descartar otras enfermedades; todo esto apoyado por las pruebas de función respiratoria, como lo son la espirometría y/o la flujometría.

De forma específica, Ritz, Meuret, Trueba, Fritzche y von Leupoldt (2013) indican que los criterios clínicos que se deben de tener en cuenta para establecer el diagnóstico del asma son:

1. Antecedentes de síntomas respiratorios, siendo los más característicos las sibilancias, la disnea (dificultad respiratoria), opresión torácica, y tos. Respecto a las características de presentación de estos síntomas se encuentra que:
 - Se producen de forma variable a lo largo del tiempo y varían de intensidad.
 - Aparecen o empeoran con frecuencia por la noche o al despertar.
 - Son desencadenados con frecuencia por el ejercicio, risa, alérgenos o el aire frío.
 - Aparecen o se agravan con frecuencia con las infecciones virales.
 - Se presentan generalmente en conjunto, es decir, las personas con asma presentan uno o más de uno de los síntomas al mismo tiempo.
2. Evidencia indicativa de una limitación del flujo aéreo espiratorio variable. Esto se documenta cuando:

- Al menos en una ocasión durante el proceso diagnóstico el Volumen Espiratorio Forzado al primer Segundo (VEF1) es bajo, es decir, se obtienen valores por debajo del 80% de la función normal.
- Se documenta que la variación de la función pulmonar es mayor que la de las personas sanas.
- Cuanto mayor sea la variación, o cuantas más veces se observa un exceso de variación, mayor confianza puede tenerse en el diagnóstico.
- Puede ser necesario repetir las pruebas cuando se presentan los síntomas, a primera hora de la mañana o tras la suspensión de las medicaciones broncodilatadoras.

1.2 Epidemiología

El asma es una de las enfermedades crónicas que se presentan de forma más frecuente y que generan problemas importantes de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. La Red Global del Asma (*The Global Asthma Network*, 2014) calcula que existen alrededor de 300 millones de pacientes con asma a nivel mundial y alrededor de 250,000 personas mueren cada año.

En los reportes estadísticos sanitarios de la Organización Mundial de la Salud conocida por sus siglas, OMS (2013) indica que se trata de una enfermedad que está presente en todos los países, independientemente de su grado de desarrollo. No obstante, la tasa de incidencia se encuentra en aumento en las comunidades que adoptan estilos de vida occidentales y se convierten en zonas urbanizadas, como es el caso de países como Australia y Nueva Zelanda. De tal manera que se estima que puede haber un adicional de 100 millones de personas con asma para el año 2025.

En el reporte del Impacto Global del Asma (Masoll, Fabian, Holt, & Beasley, 2004) se estimó que, a nivel mundial, el asma representa alrededor del 1% de todos los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) perdidos. Colocando a el número de AVAD perdidos debido esta enfermedad en cifras similares a las de diabetes, cirrosis o esquizofrenia, lo que representa que en todo el mundo se pierde

un estimado de 15 millones de dólares por año, lo que refleja la alta prevalencia y severidad de la enfermedad.

Específicamente en México, el asma afecta a un 5% de la población adulta, y entre el 8% y el 12% de la población pediátrica. Al igual que a nivel mundial, se estima que en población adulta las mujeres se ven afectadas en mayor proporción en comparación a los hombres (García-Sancho, Fernández-Plata, Martínez-Briseño, Franco-Marina, & Pérez-Padilla, 2012). Este padecimiento constituye la primera causa de hospitalización por enfermedades crónico-respiratorias (Posada & Ochoa, 2001), y es la primera causa de ausentismo escolar en niños y laboral en adultos; lo que provoca que sea una de las enfermedades que tiene mayor costo en la dimensión personal, social y económica en el país (Caballero, Fernández, Salas, Chapela, & Sánchez Sosa, 2009).

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, reportaron que en el año 2016 en el país un total de 259 531 casos nuevos de asma y estado asmático. Ubicando así el padecimiento en el quinto lugar dentro de las 20 principales enfermedades no transmisibles que requirieron atención médica en los servicios de salud, tan solo un lugar por debajo de la diabetes mellitus tipo 2. Los grupos de edades con la mayor incidencia fueron los niños de 5 a 9 años, y las mujeres de 25 a 44 años. Siendo la Secretaría de Salud Pública la institución con mayor número de notificaciones, reportando el 37.8% del total de casos en el país.

1.3 Comorbilidades y factores de riesgo para exacerbaciones

El asma es asociada comúnmente con varias comorbilidades o factores que desencadenan las crisis asmáticas. Las que se reportan con mayor frecuencia de nivel mundial incluyen la rinitis, sinusitis, reflujo gastroesofágico, apnea obstructiva del sueño, desordenes hormonales y psicopatologías. Dichas condiciones pueden compartir un mecanismo fisiopatológico común con el asma, además, influyen en el control del asma, su fenotipo y respuesta al tratamiento (Boulet & Boylay, 2011). Generalmente las comorbilidades están presentes, en particular en pacientes con enfermedad grave o de difícil control. Algunas se asocian con mejor apego al

tratamiento del asma y, traen como consecuencia, alterar el grado de control (Larenas-Linneman et al., 2017).

Se ha puesto de manifiesto que las principales comorbilidades con las que se encuentran asociadas con exacerbaciones asmáticas son: reflujo gastroesofágico, disfunciones psicológicas, y obesidad (Bruno, Pace, Cibella, & Chanez, 2014).

Autores como Chen et al. (2015), enlistan otra serie de comorbilidades que se presentan con alta frecuencia, entre las que se encuentran: problemas de dolor de espalda recurrentes, osteoartritis o artritis degenerativa, hipertensión, problemas estomacales, y problemas psicopatológicos, principalmente la depresión.

A forma de compilatorio, la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax (SMNCT, 2005), detalló una lista de enfermedades y otros factores de riesgo relacionados a las comorbilidades y factores que están asociados con el desencadenamiento de exacerbaciones asmáticas (aumento de sintomatología) que se debe tener en consideración. A continuación, se describe brevemente dicha lista.

- Ejercicio: Cuando el ejercicio causa una exacerbación asmática se debe a la pérdida de calor, agua, o ambos, en las vías aéreas. Esto se ocasiona por la hiperventilación que introduce aire más frío y seco que el del árbol respiratorio. Se ha observado que el acondicionamiento físico y un periodo apropiado de calentamiento antes de realizarlo reducen la incidencia y severidad del asma inducida por el ejercicio.
- Aspirina: Entre el 4 y el 28% de los adultos con asma presentan exacerbación de su padecimiento al usar aspirina u otros Anti-Inflamatorios No Esteroideos (AINEs). La intolerancia a la aspirina se manifiesta por una exacerbación aguda del asma dentro de la primera hora de haber ingerido el medicamento, asociada a eczema, conjuntivitis y un enrojecimiento facial y cervical intenso. Una sola dosis de aspirina o algún otro AINEs puede provocar un broncoespasmo muy severo, estado de choque, pérdida del conocimiento y paro respiratorio.

- **Asma Ocupacional:** Se define como aquel cuadro de asma causado por exposición a agentes existentes en el ambiente laboral. La meta del tratamiento es identificar el agente causal y suspender la exposición a dicho agente lo antes posible.
- **Rinitis, sinusitis y pólipos nasales:** El 75% o más de los pacientes con asma presentan síntomas de rinitis estacional. Es habitual que la rinitis preceda al asma, y su tratamiento puede mejorar los síntomas del asma. La sinusitis, aguda o crónica, puede ser un factor desencadenante de una exacerbación.
- **Embarazo:** La evidencia existente indica que, en una tercera parte de las pacientes, el asma se agrava durante el embarazo, en una tercera parte mejora y en la tercera parte restante no se modifica. Los síntomas más severos suelen presentarse durante las semanas 24 a 36; posteriormente disminuyen en intensidad, especialmente durante el último mes del embarazo.
- **Infecciones Respiratorias:** Los microorganismos que se asocian con más frecuencia a exacerbaciones son los rinovirus, el virus de la influenza, los adenovirus, y los coronavirus.
- **Reflujo Gastroesofágico:** El Reflujo Gastroesofágico es tres veces más frecuente en los asmáticos que en la población general. Se debe instituir tratamiento médico para el control de los síntomas del reflujo, incluyendo modificaciones en la dieta, utilizar medicamentos que aumenten el tono del esfínter esofágico inferior, y elevar la cabecera de la cama cuando se va a dormir.
- **Obesidad:** El asma prevalece más en pacientes obesos que en no obesos, en una relación de 1.1 a 3 veces más en adultos. Existe una gran cantidad de evidencia que indica un elevado riesgo de asma en pacientes con sobrepeso y obesidad, aunque el tema sigue siendo controversial ya que los mecanismos que subyacen a esta asociación no se han establecido del todo. Bruno et al. (2014) realizaron una investigación en la que concluyen que un alto índice de masa corporal (IMC) se encuentra asociado a un alto grado de inflamación de la vía aérea. El tejido adiposo es reconocido como un órgano

multifuncional con función endócrina y que se dedica a la producción de diferentes adipocinas (proteínas) que se encuentran involucradas en el proceso inflamatorio a diferentes niveles. Este proceso establece una condición inflamatoria crónica donde se aumentan los leucocitos y citosinas, las cuales se asocian a enfermedades asociadas con la obesidad, incluida la diabetes tipo 2 y la arterioesclerosis, lo que sugiere que la obesidad podría ser una enfermedad sistémica inflamatoria (Boulet & Boullay, 2011). En conclusión, la obesidad se relaciona con un mayor riesgo de tener asma y con mayor sintomatología y presencia de crisis con mayor frecuencia. Se ha documentado mejoría en el control del asma en pacientes obesos que lograron reducir su peso.

- Apnea obstructiva del sueño: Se trata de una condición frecuentemente asociada a la obesidad y ha sido considerada como posible influencia para el asma. Ocurre cuando la respiración se detiene mientras se está dormido, lo que ocurre porque las vías respiratorias se han estrechado o bloqueado parcialmente. La apnea se asocia con un proceso de inflamación de la vía aérea superior que tiene el potencial de influenciar la vía aérea inferior, lo que lleva a incrementar la hiperreactividad de las vías respiratorias. La apnea también tiene relación con el reflujo gastroesofágico. El tener apnea se asocia frecuentemente con presentar asma no controlada y es sugerido que todos los pacientes con asma deben ser evaluados para detectar apnea obstructiva del sueño (Teodorescu et al., 2010).
- Tabaquismo: Se ha reportado que el tabaquismo puede ser un factor de riesgo para desarrollar asma, o bien es un factor desencadenante de las crisis asmáticas. Se debe recomendar a los pacientes no fumar ni exponerse a ambientes con humo de tabaco.
- Desórdenes hormonales y metabólicos: Hay varias observaciones que sugieren que los cambios hormonales juegan un papel importante en el asma. Como se ha mencionado anteriormente, después de la pubertad, las mujeres tienen una prevalencia de asma de inicio en la edad adulta y asma más grave que los hombres (Postma, 2007). Además, las mujeres también

experimentan exacerbaciones asmáticas con mayor frecuencia, más hospitalizaciones y una mayor duración de internamiento, en comparación con los hombres (Sears, 2008). Un estudio que investigaba la relación entre la edad de la menarquía y la función pulmonar en adultos y asma, mostró que las mujeres que presentan menarquía a edad más temprana tenían una función pulmonar más disminuida (MacSali et al., 2011). Más aún, durante el periodo menstrual los síntomas asmáticos pueden empeorar hasta en un 40% de las mujeres (Brenner, Holmes, Mazal, & Camargo, 2005). La menopausia puede coincidir con la aparición del asma, y de igual manera se ha visto que el asma y las diversas enfermedades de la tiroides suelen aparecer de forma conjunta y también se asocia a mayores exacerbaciones asmáticas (Loung & Nguyen, 2000).

Conocer las comorbilidades y factores desencadenantes es importante ya que, en algunas investigaciones, hasta el 70% de los participantes son identificados una o más comorbilidades (Chen et al., 2015). Con respecto a la frecuencia, prevalencia e importancia de los estados psicológicos como ansiedad y depresión, serán abordados en un siguiente apartado.

1.4 Pruebas de función respiratoria

Para comprender mejor cómo se llega al diagnóstico del asma, es necesario tener claro en qué son las pruebas de función respiratoria o función pulmonar. De igual manera, es útil conocerlas ya que de ellas se derivan las directrices del tratamiento médico y forman parte importante dentro del tratamiento y evolución de la enfermedad. Se presentan las dos pruebas principales empleadas en el caso del asma, la espirometría y la flujometría.

1.4.1 Espirometría

García-Río et al. (2013) señalan que con la prueba de la espirometría es posible valorar objetivamente la función de las vías aéreas y el volumen pulmonar, ya que nos muestra el grado de obstrucción del sistema respiratorio al medir el volumen de aire expulsado de bronquios y pulmones. Así como conocer si aumenta

la obstrucción ante un estímulo (hiperreactividad) o disminuye al aplicar un medicamento (reversibilidad).

Vargas-Domínguez et al. (2011) describen que la prueba se realiza con el paciente de pie o sentado, con o sin una pinza nasal. El operador conecta al paciente con el espirómetro mediante una boquilla y le solicita que respire tranquilamente durante unos pocos ciclos. Luego se le solicita al paciente que haga una inspiración máxima, seguida inmediatamente de una espiración máxima. Con esta maniobra se obtiene una curva en la cual se miden tres índices de uso clínico habitual:

- **Volumen Espiratorio Forzado al primer Segundo, (VEF1):** Como su nombre lo indica, es el volumen de aire que espira un individuo en el primer segundo de la maniobra. En condiciones normales, representa el 75% o más del volumen de aire que se espira forzadamente y sale durante el primer segundo de la espirometría, si los bronquios están obstruidos la salida será más lenta y los valores del VEF1 se encontrarán disminuidos.
- **Capacidad Vital Forzada, (CVF):** Se trata del máximo volumen de aire que puede espirar un individuo después de una inspiración máxima. Es un indicador del tamaño pulmonar. Por lo tanto, la CVF disminuirá en todas las enfermedades en que exista disminución del volumen pulmonar funcional.
- **VEF1/CVF:** Para aislar el efecto del tamaño pulmonar, se calcula el VEF1 como porcentaje de la CVF. Los individuos normales espiran durante el primer segundo entre un 70 y 80% de la CVF. Por lo tanto, una relación VEF1/CVF menor que lo esperado indica obstrucción de las vías aéreas. Se considera que hay obstrucción del flujo aéreo cuando esta relación aumenta por arriba del 80%.

1.4.2 Flujiometría

La SMNCT (2005) señala que otra forma de las maneras de medir la obstrucción bronquial es mediante la prueba de flujiometría. Si bien es una prueba menos exacta que la espirometría y solo mide un parámetro: el Flujo Espiratorio

Pico, o PEF por sus siglas en inglés (*Peak Expiratory Flow*) representa una forma más sencilla, barata y accesible de medir la obstrucción pulmonar.

La medición del PEF es la mejor forma de monitorizar el asma, a través del flujómetro. El flujómetro es un aparato de uso clínico, que mide la velocidad del aire al espirar forzosamente; si los bronquios están obstruidos la velocidad disminuirá y los valores serán menores que los normales (Vargas-Domínguez et al., 2011).

La velocidad del flujo es diferente dependiendo del género, edad, estatura y raza. Para saber cuál es el PEF normal para cada paciente, se utilizan las tablas de valores Predichos o Teóricos Normales (SMNCT, 2005). Una vez que se obtiene el valor de la flujometría del paciente, se compara con sus valores normales o predichos y se calcula el porcentaje que representa. La fórmula que se emplea es la siguiente:

$$\text{PEF observado} \times 100 / \text{PEF Predicho en tablas} = \% \text{ del PEF predicho}$$

La flujometría tiene variaciones importantes en la misma persona. Por ejemplo, disminuye cuando hay una agudización, aumenta al aplicarse un broncodilatador y por las tardes, por lo que es necesario realizarla en diferentes situaciones y saber cuál es la flujometría más alta que ha alcanzado el paciente estando controlado (mejor PEF personal). En la práctica esta medida individualizada es más útil que el valor predicho (SMNCT, 2005).

Normalmente, la flujometría es ligeramente mayor por las tardes que por las mañanas, pero la diferencia entre mañana y tarde no es mayor a un 5%. En el asmático mal controlado la diferencia aumenta, a esta diferencia se le llama porcentaje de variabilidad. En los pacientes asmáticos el aumento de la variabilidad anuncia una agudización aún antes de que aparezcan o aumenten los síntomas. La fórmula que se emplea para la variabilidad es:

$$\text{Flujometría por la mañana} \times 100 / \text{Flujometría por la tarde} = \% \text{ de variabilidad}$$

Para evitar errores en la medición, es recomendable que el paciente utilice el mismo modelo de flujómetro en todas las ocasiones, ya que existen algunas diferencias entre ellos (Vargas-Domínguez et al., 2011).

1.5 Clasificación del asma por severidad

De acuerdo con la GINA (2017) la clasificación de la enfermedad se puede dividir en: asma intermitente, asma leve persistente, asma moderada persistente, asma grave persistente.

Los parámetros para la clasificación van de acuerdo con los síntomas clínicos, como la frecuencia e intensidad de los síntomas respiratorios y el consumo diario de broncodilatadores de rescate. Los síntomas más comunes son: sibilancias, disnea, tos, moco, flema. Por lo general, estos síntomas se intensifican durante las noches, lo que provoca que el paciente despierte y su calidad de sueño se vea afectada (*National Heart Lung, and Blood Institute/National Asthma Education and Prevention Program [NHLBI/NAEPP], 2007*).

Por otro lado, se indica que se deben tener en cuenta los valores funcionales como el grado de obstrucción medido mediante pruebas de función pulmonar, comparando los datos del paciente con los de la norma poblacional (ver tabla 1).

Clasificar la severidad del asma domina las guías de tratamiento clínicas debido a que, con base a esta clasificación, es el tratamiento farmacológico que se debe seguir. Sin embargo, se propone que, una vez iniciado el tratamiento, estas definiciones sean reemplazadas y el tratamiento esté encaminado al control de la enfermedad. La evaluación del control del asma ha toma un rol central en el manejo clínico (Rtíz et al., 2013; NHLBI/NAEPP, 2007).

Tabla 1. Clasificación del asma según las pautas de la GINA 2017

Clasificación	Síntomas (frecuencia)	Función Pulmonar
Asma Leve	Síntomas <1 vez por semana	VEF ₁ o PEF > 80% del predicho
	Exacerbaciones breves	
Asma Leve Persistente	Síntomas nocturnos no más de 2 veces por mes	Variabilidad del VEF ₁ o PEF <20%
	Síntomas >1 vez por semana, pero <1 vez al día	VEF ₁ o PEF >80% del predicho
	Las exacerbaciones pueden afectar la realización de las actividades y el sueño	Variabilidad del VEF ₁ o PEF 20-30%
	Síntomas nocturnos >2 veces al mes	
Asma Moderada	Síntomas Diarios	VEF ₁ o PEF 60-80% del predicho
	Exacerbaciones afectan actividades diarias y el sueño	Variabilidad del VEF ₁ o PEF >30%
	Síntomas nocturnos >1 vez a la semana	
	Uso diario de beta-2 agonista inhalado, de acción rápida.	
Asma Severa	Síntomas diariamente	VEF ₁ o PEF <60%
	Exacerbaciones frecuentes	Variabilidad VEF ₁ o PEF >30%
	Limitación de actividades físicas.	
	Síntomas nocturnos frecuentes.	
	Uso diario de beta-2 agonista inhalado, de acción rápida.	

1.6 Control del asma

González-Barcala, De la Fuente, Tafalla, Nuevo y Caamaño-Isorna (2012) señalan que el énfasis del tratamiento para el asma se basa en el control de síntomas y la reducción del riesgo futuro de exacerbaciones. Por exacerbación o crisis asmática nos referiremos a un agravamiento agudo o subagudo de los síntomas asmáticos y de la función pulmonar respecto al estado habitual del paciente. A menudo, también se usan los términos “episodios” o “ataques” para referirse a las exacerbaciones.

La GINA (2017) define el control del asma como la medida en que los síntomas del asma que se observan en los pacientes, se han reducido o eliminado debido al tratamiento. Actualmente, bajo el criterio de esta guía, el control del asma comprende dos dominios: el control de los síntomas y el riesgo futuro de resultados adversos.

El mal control de los síntomas también está fuertemente asociado con un mayor riesgo de exacerbación del asma. Para evaluar el control de síntomas se debe preguntar al paciente lo siguiente: frecuencia de los síntomas de asma, interrupciones del sueño por la noche debido al asma o la limitación de la actividad, y la frecuencia del uso del medicamento de rescate (Tabla 2).

Respecto a la evaluación de riesgos futuros, existen diversos componentes y factores que deben tomarse en cuenta, sin embargo, se destaca la función pulmonar. La forma en que los pulmones están funcionando debe medirse en el inicio del tratamiento, después de 3-6 meses de tratamiento (para identificar la mejor marca personal del paciente en estas pruebas), y periódicamente después de la evaluación de riesgos inicial. Algunos otros factores de riesgo que podrían predecir un mal control se mencionan en un apartado posterior.

El tratamiento del asma para el control de los síntomas y la reducción del riesgo futuro incluyen el tratamiento farmacológico y la modificación de factores de riesgo y comportamientos.

Para cerrar el presente apartado, en cuanto a la clasificación del asma se pueden acotar que el grado de control y la severidad del asma son dos conceptos diferentes, sin embargo, son complementarios. La severidad del asma puede influenciar el control del asma a través del tiempo. La clasificación que va asociada a la severidad del asma se basa en la combinación de síntomas, marcadores de inflamación, el grado de obstrucción bronquial, la intensidad del tratamiento, y la dosis de cortico-esteroides necesarios para obtener un buen control del asma. Mientras que el control del asma es definido dependiendo de tres estados de salud que son evaluados por los síntomas y son calificados como: controlado (buen

control), sub-óptimo (parcialmente controlado), y no controlado (Combescure et al., 2003; Bruno et al., 2014).

Tabla 2. Clasificación del Control del Asma según los criterios de GINA (2017)

	Nivel del control del Asma		
	Buen Control	Parcialmente Controlada	No Controlada
En las últimas 4 semanas, el paciente ha presentado:			
<ul style="list-style-type: none"> ¿...Síntomas Diurnos más de dos veces por semana? ¿...Despertar nocturno debido al asma? ¿...Necesidad del medicamento de rescate más de una vez por semana? ¿...Limitación en sus actividades debido al asma? 	Contesta "No" a todas las preguntas	Contesta "Sí" de 1 a 2 de las preguntas	Contesta "Sí" de 3 a 4 de las preguntas.

1.6.1 Tratamiento farmacológico

De acuerdo con la Sociedad Americana de Tórax (*American Thoracic Society*, 2015) las opciones farmacológicas para el tratamiento a largo plazo del asma se administran en su mayoría por la vía aérea, ya que el medicamento se encuentra en forma presurizada y es administrada por medio de un aparato inhalador. Los tipos de medicamentos se dividen en las siguientes categorías:

- Medicamentos de control: También conocidos como medicamentos antiinflamatorios (cortico-esteroides), los cuales constituyen la base actual del tratamiento, ya que la inflamación es el factor más importante en la etiopatogenia del asma. Reducen la inflamación de la vía aérea, controlan

los síntomas y reducen riesgos futuros de exacerbaciones y que la función pulmonar empeore.

- Medicamentos de rescate (o de alivio rápido): También conocidos como broncodilatadores o beta-2 agonistas de acción corta. Su objetivo es relajar la musculatura bronquial, por lo que el efecto es percibido de forma inmediata por el paciente. Algunos de los efectos secundarios de este tipo de medicamentos pueden ser ansiedad, temblor, inquietud, dolor de cabeza o taquicardia.
- Esteroides orales: Por lo general son recetados en caso de que la exacerbación asmática no ceda después de varios días con el solo uso de los medicamentos inhalados.

Es recomendable que los pacientes sean evaluados preferiblemente de 1 a 3 meses después del inicio del tratamiento y luego cada 3 a 12 meses. Después de una exacerbación debe programarse una visita de revisión en el plazo de 1 semana. La frecuencia de los exámenes dependerá del nivel de control inicial del paciente, de su respuesta al tratamiento y su capacidad de involucrarse en el automanejo de la enfermedad (SMNCT, 2005).

1.6.2 Tratamiento de factores de riesgo modificables

El riesgo de exacerbación puede reducirse al mínimo mediante la optimización de las medicaciones para el asma y mediante la identificación y tratamiento de factores de riesgo modificables. Algunos ejemplos de los factores modificables que son presentados en la GINA (2015) y Ritz et al. (2013) son:

- Auto manejo guiado: se basa en la auto-vigilancia de los síntomas y/o del PEF, un plan de acción escrito para el asma y exámenes médicos regulares. Se recomienda que cada paciente cuente con tratamiento médico personalizado, en el que la característica principal sea que a mayor sintomatología se utilice mayor prescripción de medicamentos, y al disminuir la sintomatología también la cantidad de medicamentos disminuya.

- Evitar la exposición al humo de tabaco o algún otro alérgeno o desencadenante.
- Evitar los alimentos que podrían producir exacerbaciones, es decir, aquellos alimentos que el paciente haya identificado como alérgeno o factor desencadenante de crisis asmática.
- Dejar de fumar.
- Realizar actividad física de forma regular.
- Evaluar si el asma es del tipo ocupacional y que el paciente modifique su exposición a las sustancias que podrían estar desencadenando el asma.
- Evitar el uso de AINES.

1.6.3 Estrategias no farmacológicas

En las guías se recomienda el uso de otros tratamientos o estrategias para facilitar el control de síntomas y la reducción de factores de riesgo. Para ello es imprescindible que el médico, equipo de salud, paciente, cuidadores primarios y la población en general, cuenten con una información actualizada basada en evidencias, suficiente y pertinente (J. Pink, Pink, & Elwyn, 2009; Servicio Vasco de Salud; 2009). A continuación, se presentan dos estrategias no farmacológicas en las que se hace especial hincapié en las guías de tratamiento médico: el uso del inhalador y la adherencia terapéutica.

1.6.3.1 Uso correcto de medicamentos inhalados

La SMCT (2005) señala que la mayor parte de los pacientes tiene una técnica incorrecta en el uso del inhalador; por ejemplo, falta de coordinación entre el disparo y la inspiración del fármaco, número de veces y en qué momento pulsa el inhalador, posición corporal inadecuada cuando se realiza la inhalación, una mala manipulación del inhalador, no inhalar correctamente, entre otros (Cayo-Quiñe, Martínez-Vargas, Bustamante-Voysest, Piscoya, & Alberca, 2015).

La GINA (2015) recomienda que, para asegurar el uso efectivo del inhalador, se debe elegir el dispositivo más apropiado para el paciente considerando sus capacidades físicas y el costo del aparato.

De igual manera, es imprescindible pedir al paciente que muestre la forma en que usa el dispositivo, y corregir mostrando físicamente y prestando atención a los pasos que ejecutó de manera incorrecta.

Finalmente, se debe confirmar que el paciente ha aprendido la técnica correcta y cuenta con las instrucciones adecuadas. Todo lo anterior es porque se debe tener en cuenta que una mala técnica contribuye a producir un mal control de los síntomas asmáticos y exacerbaciones frecuentes.

1.6.3.2 Adherencia Terapéutica

Dentro de los principales problemas para el control y manejo del asma, se encuentra la falta de adherencia al tratamiento (Borrelli, Riekert, Weinstein, & Rathier, 2007; Horne & Weinman, 2002; Van Es et al., 1998).

Por adherencia terapéutica se entiende a un conjunto complejo de conductas que ocurren en el curso de la enfermedad, para poder cumplir con las demandas que son impuestas por la misma. Estas conductas se encuentran determinadas por diversos factores que interactúan, como los atributos del paciente, el medio ambiente (apoyo social, características de del sistema de salud, funcionamiento del equipo de salud, y disponibilidad y accesibilidad de los recursos de salud), las características de la enfermedad y su tratamiento (Hotz, Keptein, Pruitt, Sánchez-Sosa, & Willey, 2003).

En el caso del asma, actualmente la farmacología moderna es capaz de lograr altos niveles de control de la enfermedad para la mayoría de los pacientes en los ensayos clínicos controlados, pero en la práctica clínica el control de la enfermedad es deficiente y en muchas ocasiones la adherencia juega un papel protagónico en este problema (Thomas, Bruton, Moffatt, & Cleland, 2011).

Las razones de la falta de adherencia, y por consiguiente pobre control de la enfermedad, son múltiples, entre ellas destacan la falta de información, el desconocimiento de la necesidad del uso de los medicamentos preventivos a largo plazo, dificultad para usar los inhaladores, presencia de efectos indeseables, miedo

a la adicción, costo de los medicamentos, desagrado hacia los medicamentos, disponibilidad en las farmacias cercanas (SMNCT, 2005; Caballero et al., 2009). Entre los factores no relacionados a los medicamentos se encuentra: negación de la enfermedad o de sus causas, falta de comprensión del plan de tratamiento, expectativas exageradas, falta de orientación y supervisión para el auto-manejo, mala relación con el equipo de salud, educación y seguimiento deficientes, analfabetismo, creencias erróneas sobre las causas del asma y su tratamiento, problemas emocionales, entre otros (Mancuso et al., 2010; Juárez Loya, 2010).

En la actualidad se cuenta con distintas investigaciones que han aplicado diversos programas de intervención dirigidos a pacientes para tratar los problemas de adherencia y auto manejo de la enfermedad. La revisión del uso y del impacto de estas investigaciones sobre las variables de salud, será abordada a profundidad en un apartado posterior.

Capítulo 2. Factores psicológicos asociados con el asma

La hipótesis de una asociación entre el estado psicológico y el asma emerge de una amplia gama de observaciones clínicas e investigaciones. La propuesta del papel de la emoción y el entorno social en la enfermedad, es tan antigua, de hecho, antes de tener evidencia de que se trataba de una enfermedad con bases en un proceso inflamatorio de la vía aérea, se tenía la creencia de que sus bases eran puramente psicosomáticas y era referida como asma nerviosa (Wright, Rodríguez, & Cohen, 1998).

En la actualidad, los estudios clínicos han demostrado que, si bien la farmacología ha avanzado y en el laboratorio se logra el control del asma con los fármacos, en la práctica clínica aproximadamente un 50% de los pacientes asmáticos permanecen mal controlados (Lavoie et al., 2006), y este pobre control puede estar presentándose debido a diversos factores, entre ellos, los psicológicos.

Como ya se ha mencionado entre los factores psicológicos se destaca la falta de adherencia y esto se ha atendido de diversas formas, sin embargo, existe un gran número de investigaciones que sugieren que los estados emocionales de ansiedad y de depresión, pueden estar jugando un papel igualmente protagónico (Lavoie et al., 2011).

1.7 Epidemiología de ansiedad y depresión en población asmática

Existe un amplio cuerpo de evidencia que indica que los problemas de ansiedad y depresión, ya sea como trastornos emocionales y/o la presencia de síntomas de estas psicopatologías es más común en población asmática que en población médicamente sana (Scott et al., 2007; Cooper et al., 2007; Thomas et al., 2011).

En 120 pacientes adultos en México, se ha detectado que hasta 30% de aquellos con asma manifiestan signos de trastorno de ansiedad y hasta 8% de depresión. Esta prevalencia es mayor que población general o considerada como

sana, y se correlaciona positivamente con la gravedad del asma (Espinosa et al., 2006).

Otras cifras obtenidas en algunos estudios de corte transversal estiman que entre el 50% de la población asmática presenta síntomas depresivos, y un 20.7% presenta síntomas ansiosos (Suárez et al., 2010). En otro estudio se reportó que los trastornos de ansiedad, son más comúnmente encontrados en personas con asma, con una prevalencia entre el 16% y el 52% de la población total (Lavoie et al., 2006).

Otro ejemplo es la investigación llevada a cabo por Ciprandi, Schiavetti, Rindone, y Ricciardolo (2015) con el objetivo de evaluar el efecto de la ansiedad y depresión en un grupo de pacientes asmáticos ambulatorios. En el estudio se contó con la participación de 256 asmáticos (109 varones, con una media de edad de 39.2 años). Se contó con la medida fisiológica de función pulmonar, espirometría, puntaje total del ACT, la clasificación de severidad del asma, percepción de síntomas por medio de una escala visual análoga y el puntaje de depresión y ansiedad obtenido con el HADS. Los resultados mostraron que 36.9% de la muestra presentaba ansiedad, y 11% tenían depresión. De estos pacientes, cerca del 56% presentaba comorbilidad de ansiedad y depresión. Únicamente 3 pacientes reportaron depresión, y 26 ansiedad. Tanto la ansiedad y la depresión se encontraron asociados a un pobre control del asma. Los pacientes con depresión, además, prestaban mayor índice de masa muscular (IMC) y puntuaciones del FVC más bajas que pacientes sin depresión. Los resultados resaltan la relación entre el estado emocional y el control del asma.

Estos hallazgos son consistentes con varias investigaciones que reportan esta asociación. Por ejemplo, Cooper et al. (2007) realizó una encuesta con 872 pacientes asmáticos adultos en distintos consultorios médicos particulares del Reino Unido, encontrando una prevalencia de ansiedad del 47.3% y depresión presente en 22.3% de los asmáticos y solo el 11.4% en pacientes sanos.

Estos datos no varían cuando son explorados en términos de presencia o ausencia de trastornos psiquiátricos relacionados con la ansiedad o depresión. Al respecto, Scott et al. (2007) realizaron un estudio donde se empleó una entrevista

psiquiátrica estructurada y estandarizada con base en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su versión IV Revisada (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-IV-R). En el estudio participaron más de 85,000 adultos en 17 países. Los resultados principales reportaron que los trastornos mentales entre las personas con diagnóstico médico de asma fueron de 1.6 (IC del 95%: 1.4 a 1.8), para los trastornos depresivos y 1.5 (IC del 95%: 1.4 a 1.7) para los trastornos de ansiedad, en comparación con la población que no tenía asma. Esta relación se encontró presente en los diferentes países y entre los grupos étnicos estudiados.

En un estudio similar al anterior, Goodwin, Jacobi y Thefeld (2003) reportan que los trastornos de ansiedad son hasta seis veces más comunes en las personas con asma que en la población general, encontrando principalmente a los trastornos de pánico. Igualmente, los trastornos del estado de ánimo, son seis veces más comunes en asmáticos que en personas sanas, ya que estos trastornos ocurren entre el 14 y el 41% de los individuos con asma.

En la Encuesta Nacional de Salud realizada en Estados Unidos, donde participaron más de 180,000 adultos, se encontró que la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión (determinado mediante una entrevista clínica estructurada) fue del 7.5% en comparación con una prevalencia del 3% en el total de la población encuestada (Oraka, King, & Callahan, 2010).

Particularmente en pacientes con asma grave y de difícil control, se reportan altos índices de trastornos emocionales, al respecto Heaney, Conway, Kelly y Gamble (2005) informaron que la prevalencia de los trastornos psiquiátricos diagnosticados mediante una entrevista que se valía de criterios según el DSM-IV-R) fue del 50% en una muestra de pacientes con asma grave.

En lo que respecta a la población mexicana, Guillén y González-Celis (2019) reportaron al aplicar el Inventario de Depresión de Beck, que en una muestra de 144 pacientes asmáticos usuarios de la clínica de asma en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) se identificó que el 14.5% de los pacientes cursaba con depresión moderada y 5.6% depresión grave; mientras que por medio

del Inventario de Ansiedad de Beck se determinó que el 20% de la muestra presentaba ansiedad moderada y 6.3% ansiedad grave.

Siguiendo la misma línea de investigación dentro del INER, Lugo, Reynoso y Fernández-Vega (2014), donde participaron 45 pacientes, se reportó que más del 50% de los pacientes se encontraban en niveles clasificados como depresión leve a severa; y el 75% con ansiedad clasificada como de leve a moderada. Se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre depresión y ansiedad; ansiedad y control del asma; impacto de la enfermedad, percepción de control de la enfermedad y ansiedad.

En lo referente a estudios longitudinales, se reporta un estudio prospectivo realizado en Suiza (Hasler et al., 2005), el cuál consistió en realizar entrevistas semi-estructuradas en diversas ocasiones, con el fin de investigar la relación entre el asma y el trastorno de pánico en adultos jóvenes. Los autores informaron que el tener un diagnóstico de asma se asoció con una mayor probabilidad de ser posteriormente diagnosticado con trastorno de pánico. Por lo que los hallazgos sugieren que la disfunción psicológica puede preceder al desarrollo de asma.

Por su parte, Oga et al. (2007) llevaron a cabo un estudio longitudinal en 87 pacientes ambulatorios con asma estable durante un periodo de 5 años. Los investigadores concluyen que la línea base obtenida del estado emocional (obtenida por medio de la escala HADS) fue útil para detectar pacientes con deterioro psicológico subsecuente, ya que encontraron que aquellos pacientes que puntuaron más alto en ansiedad y depresión, presentaron más etapas de mal control de la enfermedad.

En otro estudio de corte longitudinal donde participaron más de 5 000 adultos entre los 23 y 75 años que no tenían asma al momento inicial. Se realizó un seguimiento a 13 años, donde se encontró que la presencia de ansiedad y depresión al inicio del estudio se asoció con un mayor riesgo de desarrollar posteriormente asma (Jonas, Wagener, Lando & Feldman, 1999).

Por su parte, en el estudio realizado por Calam et al. (2005) en el Reino Unido, se reportó que tener asma en la infancia se asoció con un mayor riesgo de

presentar problemas de conducta en la edad adulta, y que presentar problemas de conducta en la infancia, representaba un factor de riesgo significativo para el diagnóstico posterior de asma.

Finalmente, un estudio longitudinal en Estados Unidos de Norteamérica que siguió a 439 adultos con asma durante un período de 2 años, en el que participaron 38 individuos que inicialmente se auto-reportaron como psicológicamente sanos, fueron diagnosticados con algún trastorno del estado del ánimo en algún momento, y además estos individuos informaron un mal control de la enfermedad que coincidió con el diagnóstico psiquiátrico (Katz et al., 2010).

No obstante que ya se ha documentado la presencia de la morbilidad psicológica, con frecuencia no es reconocida por los médicos que tratan a los pacientes con asma, por lo que el diagnóstico y tratamiento de los problemas psicológicos es poco común. Por ejemplo, en un estudio con población asmática canadiense se llevó a cabo una entrevista psiquiátrica estructurada para el objetivo de evaluar si se atienden los trastornos mentales a nivel de atención primaria. Los autores encontraron que los trastornos de ansiedad estaban presentes en el 12% de la población, y los trastornos de depresión en el 8%. Sin embargo, menos del 15% de los pacientes con algún problema, había tenido contacto con algún profesional de salud mental en el momento de la encuesta, y apenas un 10% se encontraba recibiendo algún tipo de tratamiento para su problema psicológico (Lavoie et al., 2006).

1.7.1 Relación entre ansiedad, depresión y control del asma

Como se ha expuesto, la evidencia en diversos estudios sugiere que el control del asma se deteriora cuando están presentes síntomas de ansiedad o de depresión. Esta relación parece ser independiente de los posibles factores como la edad (Rimington, Davies, Lowe & Pearson, 2001), el género, el nivel socioeconómico (Lavoie et al., 2005; Lavoie et al., 2011), la gravedad del asma y el tratamiento prescrito (Cluley & Cochrane, 2001; Goldney, Ruffin, Fisher, & Wilson, 1993).

La asociación entre ansiedad, depresión y control del asma es constante en diversas investigaciones, y parece estar explicado a través de una gama de diferentes interacciones y variables.

Al respecto, Lavoie et al. (2006) encontraron en una muestra de adultos canadienses con asma, que los asmáticos con alguna patología psiquiátrica (como ansiedad y depresión, y su comorbilidad) tienen peor calidad de vida relacionada con la salud, que los pacientes asmáticos que no presentan ninguna de estas psicopatologías. En cuanto al control del asma, los autores encontraron que los trastornos depresivos en específico, son los que se relacionan con un pobre control de la enfermedad. El modelo de regresión indicó que la presencia de comorbilidad psiquiátrica representó el 29% de la variación en la puntuación obtenida en el Cuestionario de Control del Asma (*Asthma Control Test*, ACT).

De manera similar, Merghani y Alawad (2017) encontraron que, en una muestra de 38 pacientes asmáticos con diversos grados de severidad de la enfermedad, la depresión clínica (medida a través del Inventario de Depresión de Beck) está asociada con un pobre control del asma (medido mediante el ACT). El 37% de los participantes no controlados presentaban depresión clínica, en comparación con los pacientes controlados en los que no se reportó ningún caso con depresión. La depresión se halló asociada significativamente con que el asma interfiriera con sus actividades diarias, disnea, síntomas nocturnos, el uso de broncodilatadores, y pobre adhesión terapéutica al tratamiento farmacológico.

Empleando este mismo instrumento de control del asma, ACT, autores como Arlindo-Vieria, Lopes-Santoro, Dracoulakis, Ballini-Caetano y Godoy-Fernandes (2001) valoraron a 78 pacientes asmáticos mayores de 18 años asistentes a una clínica de atención terciaria, de los cuales 49 fueron detectados por el ACT como pacientes con asma no controlada. El 53% de la muestra reportó ansiedad, depresión o comorbilidad entre estas dos psicopatologías. La prevalencia de ansiedad y presencia de ansiedad más depresión, fue mayor en aquellos pacientes clasificados como no controlados por el instrumento; de igual manera, se reportó que los niveles de función pulmonar más bajos correspondían a aquellos pacientes

con presencia de ansiedad o comorbilidad entre ansiedad y depresión. Es importante destacar que en este estudio ningún paciente con asma controlada reportó problemas de ansiedad y/o depresión.

De forma similar, Di Marco et al. (2010) encuestaron a 315 pacientes asmáticos por medio del ACT, y encontraron que los pacientes con el control más pobre de la enfermedad son por lo general mujeres, adultos mayores de 65 años, obesos y aquellos que presentan puntajes altos en ansiedad y depresión. Además, la presencia de ansiedad y depresión (juntas o por separado), se encontraban asociadas a un mayor uso de los servicios de salud. De forma similar, Sánchez Cervantes (2015) encontró que los pacientes que reportaban un pobre control del asma mediante el ACT eran también los pacientes que indicaban más síntomas de ansiedad.

Asimismo, la ansiedad se asocia con un mayor uso de medicación de rescate, independientemente de la función pulmonar o medidas objetivas de la gravedad de la enfermedad (Dahlem, Kinsman, & Horton, 1977). Se debe señalar que los síntomas del asma (particularmente la disnea) se experimentan con mayor intensidad en las personas con trastornos psiquiátricos, independientemente de la gravedad del asma y otros factores como el tiempo de evolución de la enfermedad (Martínez-Moragon, Perpiña, Belloch, de Diego, & Martínez-Francis, 2003).

De esta manera, la presencia de ansiedad también se asocia con un aumento de la intensidad de la disnea percibida por el paciente, independientemente de la respuesta real de bronco-constricción del paciente que se observa mediante las pruebas de función pulmonar (Spinhoven, van Peski-Oosterbaan, Van der Does, Willems, & Sterk, 1998; Vázquez et al., 2010).

Los asmáticos que padecen una segunda patología psicológica, consumen más medicamentos y visitan un mayor número de especialistas de la salud. Los pacientes que padecen ansiedad o ataques de pánico tienden a utilizar de forma innecesaria los broncodilatadores y esteroides inhalados, ya que presentan con mayor frecuencia síntomas como disnea. Se considera uso innecesario ya que en

los estudios de laboratorio se ha observado que la disnea reportada no compromete la luz de las vías aéreas (Lehrer, Isenberg, & Hochron, 1993).

Por lo tanto, se puede concluir que la importancia de conocer la comorbilidad del asma y el estado emocional radica en su impacto. Se ha demostrado que altera el curso de la enfermedad y eleva los costos económicos y emocionales; lo cual se ve reflejado en la calidad de vida que reportan los pacientes.

1.7.2 Mecanismos de la relación ansiedad, depresión y control del asma

Aunque hay pruebas convincentes de que la ansiedad y depresión es común en las personas con asma y se asocia con malos resultados en el control de la enfermedad, los mecanismos subyacentes a esta relación son menos claros (Bailey et al., 2009).

Se ha determinado que la prevalencia de la depresión en enfermedades crónicas es más común entre mujeres, individuos jóvenes, aquellos con condiciones económicas precarias, aquellos que viven sin pareja y que presentan una o más enfermedades crónicas. Las personas con depresión pueden tener presentes alteraciones biológicas que predispongan al riesgo de padecer algún padecimiento crónico. En suma, las personas con enfermedades crónicas pueden presentar limitaciones en su vida diaria que incremente las probabilidades de tener depresión (Boing, Rocha, Moretti-Pires, Glazer & Peres, 2012).

Aunque centrarse en la relación depresión y sistema biológico no es el objetivo del presente trabajo, se debe mencionar de manera breve y concreta que los cambios fisiológicos con que la depresión puede ser asociada. Entre estos cambios se encuentran los cambios hormonales y fisiológicos que incrementan las posibilidades de presentar ciertas enfermedades crónicas, por dar un ejemplo concreto, la depresión puede disminuir la variabilidad de la frecuencia cardíaca, además de tener relación altos niveles de cortisol, y tener un impacto sobre el sistema nervioso autónomo, en factores metabólicos y en el eje hipotálamo-hipófisis (Kanton, 2011).

Por otra parte, se ha documentado que la depresión también modula los comportamientos fisiológicos importantes como el sueño, el insomnio y la duración del sueño que, a su vez, pueden actuar como factor de riesgo para enfermedades como la hipertensión. Y es que hay una serie de comportamientos que se asocian al control de una enfermedad crónica como el asma y la depresión, al respecto algunos autores se han dado a la tarea de explicar los factores que intervienen en esta asociación y serán abordados a continuación.

1.7.2.1 Cambios en la conducta.

En primer lugar, la ansiedad y la depresión pueden inducir comportamientos que no beneficien el control asmático. Por ejemplo, la ansiedad es una respuesta normal y adecuada a los síntomas del asma tales como la disnea y opresión en el pecho, y puede con moderación tener resultados beneficiosos incluyendo el control de factores desencadenantes, el uso regular de medicación de control, y el contacto apropiado con profesionales de la salud durante las exacerbaciones (Lehrer et al., 1997; Spinhoven et al., 1997). Sin embargo, si la ansiedad es excesiva puede conducir a comportamientos inadecuados, incluyendo pobres comportamientos de auto-manejo como: uso excesivo de la medicación broncodilatadora, baja adherencia terapéutica (Cluley & Cochrane, 2001), malas relaciones con los profesionales de la salud, y tabaquismo (Bender, 2006; Thomas et al., 2011).

En lo referente al mecanismo de depresión y conducta, la depresión, ha sido considerada continuamente como un problema que deteriora el estado de salud de los pacientes y dificulta su manejo. El paciente asmático con síntomas de depresión clínica presenta alteraciones sobre sus funciones cognitivas (solución de problemas, concentración, atención y memoria), así como sus funciones físicas (nivel de energía, percepción inadecuada de síntomas), así como sobre su motivación y la capacidad de ejecución de conductas que le favorezcan, como puede ser la disminución en la frecuencia de toma de medicamentos y en la adecuada aplicación de los mismos (Strine, Mokdad, Balluz, Berry & Gonzalez, 2008; Opolski & Wilson, 2005).

Cuando el paciente con asma tiene una condición severa del padecimiento, es más probable que se sienta deprimido, debido al mayor nivel de síntomas, y esto a su vez puede dificultar que ejecute las conductas necesarias de auto-manejo y búsqueda de la atención médica (Lugo, 2013; Safren, Gonzalez & Soroudi, 2007a).

Vivir con una enfermedad crónica, como el asma, es estresante y puede limitar su involucramiento en tareas que resultaban placenteras anteriormente. Al no poder realizar las tareas que producen satisfacción, puede llevar o mantener los síntomas de la depresión (Safren, Gonzalez y Soroudi, 2007a). Adicionalmente, los síntomas físicos como la fatiga pueden perjudicar la habilidad de los pacientes para realizar sus actividades cotidianas, situación que es muy común en pacientes asmáticos (Deshmukh, Toelle, Usherwood, Grady, & Jenkins, 2007), ya que en las investigaciones suele ser el área de la calidad de vida (actividades cotidianas) que se ve más perjudicada (Lavoie et al. 2005). Reducir actividades gratificantes debido a una enfermedad crónica puede impactar a las relaciones con familia y amigos, y esto puede llevar a más sentimientos de soledad y tristeza. Alejarse de relaciones sociales es una de las consecuencias características de la depresión, y hace que la depresión empeore (Safren, Gonzalez, & Soroudi, 2007b).

Los estados emocionales pueden devenir de los síntomas asmáticos, ya que, al presentar los síntomas, los pacientes pueden presentar miedo, irritabilidad, preocupación, enojo y aislamiento; todos, síntomas característicos de la depresión (Juárez, 2010).

En conclusión, la relación entre asma y el estado psicológico se puede dar mediante dos vías; por un lado, como resultado de las dificultades en el ajuste al padecimiento y por otro, como barrera para un adecuado control del padecimiento (Lugo, 2013).

1.7.2.2 Percepción de síntomas.

La percepción y control de síntomas y su relación con el estado de ánimo, es un tema importante, debido a que dependiendo el grado de afectación que generan los síntomas (la percepción) en las actividades cotidianas del paciente podrán

presentarse consecuencias negativas sobre la calidad de vida como constantes quejas somáticas, limitaciones físicas, ausentismo escolar y laboral, y privación social en general (Bazán Riverón, 2009).

La percepción de los síntomas se construye con base a la información previa que se tiene de la enfermedad, información proporcionada por el equipo sanitario, otros pacientes o de los medios de comunicación, así como con diversas experiencias significativas durante el proceso de enfermedad o previas a ella. Se han identificado dos componentes que conforman la percepción a los síntomas, en primer lugar, encontramos el componente emocional, que hace referencia a estados de depresión, ansiedad, enojo, miedo, entre otros; como resultado de padecer los síntomas de la enfermedad. El segundo componente, hace referencia a las creencias sobre las causas, temporalidad, consecuencias y control/cura de la enfermedad (Lugo et al., 2014).

Gracias a las experiencias a las que se va enfrentando el paciente durante el curso de su enfermedad va desarrollando un patrón de respuestas aprendidas. Algunas de estas respuestas pueden llevar una connotación negativa como la negación, la habituación, la negligencia hacia el síntoma, la percepción selectiva y/o la falsa interpretación del mismo (Bazán Riverón et al., 2008). Y son precisamente estas respuestas negativas, las que tienen implicaciones no benéficas en la percepción que tenga el paciente sobre sus síntomas y control de la enfermedad, lo que conlleva implicaciones directas sobre el tratamiento tanto por el médico como por el paciente, que son la base para tomar decisiones terapéuticas (Ponte et al., 2007).

Se ha asumido como sentido común que los pacientes asmáticos con depresión tienen una tendencia a omitir o exagerar los síntomas. Por ejemplo, los pacientes con asma leve con frecuencia subestiman o sobreestiman los síntomas del asma, tal vez porque tienen menos experiencia en el manejo de la enfermedad, ya que los síntomas son menos frecuentes en esta población. O bien, algunos autores han demostrado que una situación de afectividad negativa podría influir en la percepción de disnea, mientras que otros han encontrado que los pacientes con

asma severa y depresión, a pesar de presentar un mayor grado de obstrucción de las vías respiratorias, reportan menos síntomas, sugiriendo así que la depresión afecta la percepción del control del asma (Schatz & Camargo, 2003).

Por consiguiente, las intervenciones para mejorar la percepción de los síntomas pueden traducirse en ayudar al paciente a tener una mejor percepción de las contingencias de síntomas desencadenantes. Al respecto, en la investigación de Janssens y Harver (2015) se evaluó el impacto de dos tipos de intervenciones basadas en la retroalimentación (monitoreo del PEF y entrenamiento en discriminación de desencadenantes) tanto en la frecuencia como en el tipo de desencadenantes de asma auto-reportados. Los autores se basaban en la premisa de que proporcionar retroalimentación a los pacientes mediante el PEF ha demostrado aumentar la precisión perceptual de la obstrucción del flujo de aire y mejorar la adherencia a los cortico-esteroides inhalados, mientras que el entrenamiento de retroalimentación para la discriminación entre la presencia o ausencia de estímulos desencadenantes ha sido útil para mejorar la percepción de la obstrucción del flujo de aire.

Participaron 227 niños con asma que recibieron tres sesiones de educación sobre asma y luego fueron aleatorizados a una de las tres condiciones de monitoreo de síntomas: monitoreo de síntomas y entrenamiento en PEF con retroalimentación, entrenamiento en PEF sin retroalimentación, y no recibir entrenamiento en PEF. Los niños reportaban al inicio y final del entrenamiento cuáles eran los desencadenantes de asma que identificaban. Los resultados de las intervenciones basadas en la percepción de los síntomas dieron como resultado un aumento en los factores desencadenantes que se reportaban, aumentaron el monitoreo en casa, y estos cambios fueron más marcados en aquellos participantes que completaron el entrenamiento en discriminación con retroalimentación. El aumento del número de desencadenantes del asma estuvo asociados a disminuciones en los puntajes de calidad de vida.

De forma similar, Juárez (2010) indica que para poder lograr un control tanto de síntomas asmáticos y de crisis asmáticas, es necesario tener una correcta

interpretación del grado de obstrucción bronquial. Para ello, se utiliza el flujómetro, con la finalidad de que el paciente lleve un control sobre la obstrucción; sin embargo, si el paciente no utiliza este instrumento o no conoce su uso correcto, se puede deteriorar su capacidad perceptiva del grado de obstrucción.

Autores como Barton, McKenzie, Walters y Abramson (2005), señalan que no se debe olvidar que el aumento de los síntomas y el deterioro del estado de salud relacionada con el asma reportada por personas con disfunciones psicológicas, pueden estar relacionado con una mayor percepción de los síntomas y, por lo tanto, con una mayor angustia asociada a ellos.

Por ejemplo, la disnea es una sensación básica y primitiva mediada por las áreas del cerebro medio, que se encuentra asociado anatómica y funcionalmente con el procesamiento emocional y la excitación (Peiffer, Poline, Thivard, Aubier & Samson, 2001). Por tanto, es posible que la activación de circuitos de procesamiento de la modulación neural y la disnea pueda afectar a la emoción, y a su vez que la ansiedad pueda influir en la percepción de la disnea.

En investigaciones recientes se ha demostrado que la ansiedad se encuentra asociada a la disnea percibida, y que la ansiedad puede estar dictando en gran medida la intensidad de la disnea e incluso influir en las pruebas de función pulmonar (Li et al., 2015).

También se ha demostrado que la ansiedad se asocia comúnmente con hiperventilación, disfunción de las cuerdas vocales y la respiración disfuncional. Estos trastornos respiratorios funcionales pueden causar síntomas similares al asma y pueden actuar como un disparador de exacerbaciones asmáticas (Ten Brinke et al., 2001; Hibbert & Pilsbury, 1988), ya que no se debe perder de vista que los patrones respiratorios anormales pueden causar síntomas tales como opresión en el pecho y dificultad para respirar (Hornsveld & Garssen, 2006; Van Lieshout & MacQueen, 2008).

De igual manera, es importante destacar la diferencia en la percepción de los síntomas que se ha encontrado entre hombres y mujeres. Y es que se han

encontrado números que indican que las mujeres reportan mayor cantidad de síntomas en comparación a los hombres. Entre los factores que podrían explicar este fenómeno podrían encontrarse que los trastornos de ansiedad y depresión se presentan de 2 a 3 veces con mayor frecuencia en mujeres, la historia de abuso físico y sexual que se encuentra con mayor prevalencia en el género femenino, el sistema endócrino-hormonal, y las diferencias de género en los roles sociales que permiten mayor expresividad a las mujeres (Fiestas-Teque & Vega-Dienstmaier, 2012).

1.7.2.3 Cambios en la función pulmonar.

Se han documentado las asociaciones entre los factores psicológicos y los síntomas del asma, así como la relación entre la inflamación de las vías respiratorias y los factores psicológicos.

Por ejemplo, se sabe que las emociones intensas pueden desencadenar crisis asmáticas, en particular las respuestas de ansiedad, debido a que la hiperventilación provocada durante un ataque de ansiedad puede estar asociada al broncoespasmo (Bazán Riverón, 2009; Fregoso, 2015).

Los episodios repentinos e inesperados de inflamación en la vía aérea, como las exacerbaciones asmáticas, son una de las principales características del asma. La inflamación es percibida por los pacientes como dificultad para respirar, muchas veces en asociación con opresión torácica, tos y silbidos en el pecho. Los pacientes reportan sentir frecuentemente una percepción de estrés combinado con el riesgo de ahogo. Este hecho hace que teman a los ataques de asma, lo que resulta un miedo constante en los pacientes. Esta amenaza real o esperada se asocia generalmente con ansiedad (Ciprandi et al., 2015).

En cuanto a la relación entre función pulmonar y emoción Ritz y Steptoe (2000) llevaron a cabo un experimento con el fin de determinar los cambios en la función pulmonar asociada al estado emocional. Presentaron diferentes videos que representaban diferentes estados emocionales (ansiedad, enojo, depresión, felicidad, euforia, alegría y neutralidad), a 20 personas asmáticas y a un grupo

control de 20 personas no asmáticas. Después de la sesión única donde se presentaban los videos, los participantes llevaron un diario de su estado del ánimo y se les tomaron los niveles de espirometría durante tres semanas. Los investigadores encontraron que, en las personas con asma, los estados negativos estaban asociados con una reducción del FEV₁, y que los estados positivos también se encontraban asociados, aunque en una menor medida. Esta asociación no se encontró en el grupo control. De igual manera, reportaron que los asmáticos presentaban una disminución del FEV₁ tras observar el video relacionado con el estado emocional depresivo, situación que no ocurría en los participantes sin asma. Los autores concluyen que la función pulmonar de los asmáticos es afectada de forma negativa por los estados de ánimo negativos que se pueden presentar en el día a día. Los efectos sobre la vía aérea que pueden incitar las emociones negativas, particularmente la depresión, podrían predecir cambios no favorables en la respuesta de la función pulmonar.

Con respecto a la asociación entre los cambios del estado de ánimo y la función pulmonar, e inflamación en la vía aérea, Kullowatz et al. (2008) analizaron los datos de 46 pacientes con asma y 25 sujetos sanos (controles), los que completaron cuestionarios referentes al estado de ánimo actual y molestias en la vida cotidiana (mediante la Agenda de Afecto Positivo y Negativo) en dos momentos que difirieron en temporalidad por 3 meses. La función pulmonar se midió mediante el VEF₁ y la inflamación de las vías respiratorias por la Fracción de Óxido Nítrico en el aire exhalado (FeNO). Emplearon análisis de regresión para controlar la carga de los alérgenos y la contaminación del aire (ozono), y estudiar la asociación entre cambios en los factores psicológicos y la función pulmonar y la inflamación de la vía aérea. Los resultados arrojaron que, en los pacientes con asma, el estado de ánimo negativo se asoció con un decremento en VEF₁ y un incremento en la FeNo. En los problemas cotidianos, se encontró un patrón inverso en las asociaciones, con la disminución de problemas cotidianos también disminuía el VEF₁ y se incrementaba la FeNO. Los análisis de mediación mostraron que la FeNo era un mediador importante en la asociación de tanto afecto negativo y problemas cotidianos con los

cambios de la función pulmonar. No se encontraron asociaciones significativas para los controles sanos.

Con la evidencia mencionada, podemos determinar que las variables psicológicas, sobre todo el estado de ánimo negativo, se encuentra asociado con la función pulmonar (medida mediante espirometría) y la inflamación bronquial en pacientes con asma. Por lo tanto, es necesario prestar atención a estos estados de ánimo y modificarlos para beneficio del paciente y el control de su enfermedad.

Capítulo 3. Asma y Calidad de Vida

Hasta el momento se han abordado aquellos aspectos que intentan explicar la relación existente entre los aspectos emocionales y el control del asma. La relevancia de la continua investigación referente a esta asociación, radica en buena medida a que existe evidencia de la afectación que las enfermedades crónicas pueden generar en la calidad de vida de quien la padece (Juárez, 2010).

Para evaluar este constructo se han empleado tanto instrumentos de calidad de vida general como los instrumentos que evalúan en lo específico. El uso de estos instrumentos constituye un avance en la evaluación del paciente, ya que se está tomando en cuenta su perspectiva como un criterio para considerar la mejoría clínica (Rtíz et al., 2013).

En el presente trabajo se propone a la calidad de vida como un indicador de que las intervenciones psicológicas tienen un impacto sobre la vida del paciente, por lo que se torna necesario plantear las siguientes interrogantes: ¿qué se entiende por calidad de vida en un aspecto general?, ¿qué se comprende por calidad de vida relacionada a la salud y relacionada a la enfermedad?

A su vez, se hace especial énfasis en los elementos que se evalúan en cada constructo. Además de enfocar la variable, así como sus implicaciones, al caso particular de los individuos asmáticos.

1.8 Calidad de Vida General

En el año 1948, la Organización Mundial de la Salud definió a la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad. Por tanto, la salud de una persona se debe evaluar más allá de su capacidad física, tomando en cuenta su contexto social y su salud mental.

Existen muchos factores que contribuyen a la calidad de vida del individuo, principalmente aspectos físicos, psicológicos y sociales, por lo que algunos autores definen el concepto de calidad de vida como el valor asignado a la duración de la vida, que se modifica de acuerdo con el estado emocional, las percepciones y las

expectativas del sujeto. No es un concepto estático, sino como algo dependiente del tiempo, que sufre cambios y refleja las experiencias de la vida (Shumacher, Olschewsky, & Schulgen, 1991).

1.9 Calidad de Vida relacionada con Salud

Sánchez Sosa y González-Celis (2006) indican que, de acuerdo con la literatura de investigación, una de las áreas más importantes en la calidad de vida, es la salud. Por lo tanto, se ha desarrollado un constructo que hace referencia específica al concepto de calidad de vida relacionada con la salud. De acuerdo con estos autores, el concepto es medido a través de la función física, estado psicológico y físico del individuo. Generalmente, los indicadores que se toman en cuenta para este constructo son: mortalidad, morbilidad, incapacidad, incomodidad e insatisfacción.

Al respecto, los autores señalan que las dimensiones de mortalidad y morbilidad hacen referencia a los datos que se presentan de dichas variables, debidas a la enfermedad. Por lo tanto, la salud es vista como el grado de enfermedad. La dimensión de incapacidad hace referencia a la habilidad de poder ejecutar actividades cotidianas e instrumentales de la vida diaria, y en su caso, de actividades ocupacionales, así como por el impacto que el grado de habilidad o deterioro físico se produce sobre el rendimiento. El malestar se caracteriza por la presencia o ausencia de dolor físico y la fatiga desde la percepción del individuo. Finalmente, la insatisfacción se refiere al grado de satisfacción con el funcionamiento social, bienestar general y la vida.

En este sentido, la salud es abordada como el grado de enfermedad, por lo que el foco de atención de la literatura sobre calidad de vida relacionada con la salud es la inclusión de la percepción de los pacientes acerca de su estado de salud (Bowling, 1991).

1.10 Calidad de Vida específica de la enfermedad

Si bien la calidad de vida relacionada con la salud mide distintos aspectos que contribuyen a que el sujeto perciba un grado de bienestar o malestar con su vida y su salud, no se especifican las dimensiones que suelen deteriorarse cuando existe un proceso de enfermedad. Por lo tanto, se requieren medidas que reflejen lo que les ocurre a los pacientes con padecimientos específicos, en escenarios particulares en que se desarrolla su vida diaria (Sánchez Sosa & González-Celis, 2006).

Urzúa (2010) hace la indicación de que, en el caso del abordaje de las enfermedades crónicas, es más correcto emplear el término de calidad de vida relacionada a la enfermedad, debido a los siguientes puntos:

- En las intervenciones médicas con pacientes crónicos, lo que se busca es evaluar la calidad de los cambios como resultado de dichas intervenciones.
- Permite explorar la experiencia que el paciente tiene de su enfermedad.
- Establece el impacto de la enfermedad en la vida diaria, es decir, es una medición de salud desde la perspectiva de los pacientes.

Por lo tanto, al realizar la medición de la calidad de vida relacionada con una enfermedad específica se deben tomar en cuenta los aspectos emocionales, derivados del proceso de enfermedad y de los efectos secundarios de los tratamientos a los que son sometidos. Destacan los problemas derivados de la adherencia terapéutica, de las relaciones interpersonales con la familia, con el equipo de salud, en el trabajo y en la vida social; problemas vinculados con la autoimagen y autoestima, así como el proceso de adaptación a la enfermedad, recuperación de la salud y el deterioro o con la proximidad de la propia muerte (Sánchez Sosa & González-Celis, 2006).

1.11 Costos del asma e impacto en la calidad de vida

El asma es un problema de salud pública significativo ya que a menudo requiere el uso de atención de emergencia, que a veces incluye el ingreso al

hospital, y es responsable de una gran cantidad de días perdidos en la escuela y/o el trabajo; además, puede causar discapacidad permanente temprana y muerte prematura (Masoli et al., 2004; Asher & Pearce, 2014).

La importancia relativa del impacto del asma aumenta con la edad y es particularmente evidente en los ancianos, especialmente en las mujeres, y en pacientes con asma no controlada (Asher & Pearce, 2014).

Un censo llevado a cabo en EE.UU. reportó que las personas con asma no controlada, en comparación con individuos sin asma, tienen hasta 4.6 veces más frecuencia de hospitalizaciones, hasta 1.8 veces más número de visitas al departamento de emergencia y reportan una menor productividad (es más probable que se encuentren desempleados, pasen más días ausentes del trabajo y presenten limitaciones de la actividad); sin embargo, la tasa de hospitalizaciones de individuos con asma controlada no difiere de la de los sujetos sanos. Por lo tanto, a medida que el costo del asma aumenta drásticamente a medida que disminuye el control de la enfermedad, se pueden obtener ahorros de costos sustanciales a través del manejo adecuado de los pacientes asmáticos (Bahadori et al., 2009).

También se debe de tener en cuenta que el tratamiento simultáneo del asma y sus comorbilidades aumenta los costos directos del tratamiento; empero, la falta de control del asma asociada con el tratamiento médico deficiente conduce a visitas frecuentes a la sala de urgencias y admisiones hospitalarias, principalmente en personas de edad avanzada, y aumenta los costos totales del tratamiento del asma (Braman, 2006; Masoli et al., 2014).

Al respecto de los costos de la enfermedad, Nunes, Margarida Pereira y Morais-Almeida (2017) describen que generalmente se clasifican en costos directos, indirectos e intangibles y los describen de la siguiente manera:

El costo directo incluye el control del asma (por ejemplo, visitas a servicios de emergencia, ingresos hospitalarios, medicamentos, incluidos todos los tipos de medicamentos, como medicamentos de venta libre y alternativos; visitas ambulatorias, incluidos todos los recursos humanos involucrados, como médicos, enfermeras, paramédicos, y psicólogos), investigaciones complementarias o

tratamientos (por ejemplo, imágenes, pruebas de piel y sangre, pruebas de función pulmonar, rehabilitación pulmonar) y otros costos (por ejemplo, medidas preventivas domésticas o profesionales, asistencia en el hogar, y transporte a consultas médicas).

Los costos indirectos incluyen las pérdidas relacionadas con el trabajo (por ejemplo, discapacidad temporal en términos de días perdidos parciales o totales, discapacidad temprana, discapacidad permanente) y mortalidad temprana.

Finalmente, los costos intangibles son aquellos relacionados con pérdidas no cuantificables, tales como la disminución de la calidad de vida, el aumento del dolor o el sufrimiento, la limitación de las actividades físicas y los cambios en el trabajo. Desafortunadamente, estos costos todavía no se mencionan sistemáticamente en la literatura sobre los costos del asma.

La hospitalización y los medicamentos son los impulsores más importantes de los costos directos; la pérdida de trabajo y escolar representa el mayor porcentaje de costos indirectos. A nivel mundial, los costos del asma aumentan, estrechamente relacionados con las comorbilidades, la edad y la gravedad del asma (Bahadori et al., 2009).

Una estimación reciente de los costos anuales totales del asma en los EE. UU. llevó a la conclusión de que los gastos del asma estaban aumentando de manera rápida y constante, de 12 mil millones de dólares en 1994 a 56 mil millones de dólares en el año 2011 (Barnett & Nurmagambetov, 2011).

Según la Organización Mundial de la Salud (2006) en 2004 los costos mundiales totales del asma probablemente excedieron los de la tuberculosis y el VIH/SIDA combinados.

En México las cifras de costos del asma no se encuentran actualizadas; no obstante, se cuenta con un estudio llevado a cabo en el año 2000 que buscó establecer los costos de atención al paciente con asma dentro del presupuesto de una clínica particular en Monterrey. Las cifras datan de 1998 dónde participaron 28 394 personas a las que se les proporcionó todos los servicios médicos: hospitalización y farmacia, de esta población el 2% presentó asma bronquial. Los

costos totales por asma fueron de 1 624 765 pesos, resultando los costos directos los más importantes, los cuáles absorbieron 1 582 735 pesos que representa un 97% del gasto total. El gasto de medicamentos representó 1 131 575 pesos, es decir, el 71% del total de los costos directos. Los costos indirectos representaron 42 030 pesos. Los costos de hospitalización y visitas a urgencias solo representaron el 10% del total. Los resultados permitieron concluir que los mayores costos son en medicamentos para pacientes ambulatorios (Cavazos, Conteras, Martínez, & Soni, 2000).

Estos costos pueden ser un indicador que se suma a la calidad de vida del sujeto con asma, y pudiera servir como parámetros para saber si una intervención o estrategia cumple los objetivos de costo-efecto; por lo que es importante mantener estas variables en la mira al analizar los beneficios de los programas de manejo de la enfermedad (Nunes et al., 2017).

1.12 Calidad de Vida en pacientes con asma y su relación con control de la enfermedad y estado emocional

Respecto al caso específico de calidad de vida y pacientes con asma, se ha encontrado que los pacientes con asma son más propensos a reportar una calidad de vida baja o pobre, ya que varias áreas de su vida se ven afectadas. En el caso específico de este tipo de pacientes, se ha establecido que las áreas que adquieren importancia en la evaluación de calidad de vida son: actividades de la vida diaria (limitaciones), función emocional, afectación de la vida diaria debido a la sintomatología asmática y la evitación de estímulos desencadenantes (Juniper, O'byrne, et al., 1999).

Un ejemplo de cómo afecta el asma, se puede ver reflejado en una encuesta realizada por la Oficina Australiana de Estadísticas (*The Australian Bureau of Statistics*, 2013), del 2011 al 2012 se reportó que el asma interfirió con la vida diaria de los pacientes en una proporción considerable (cerca del 40%). Ubicándose así en la cuarta posición de afecciones crónicas que provocaron que los pacientes faltaran al trabajo o la escuela en los últimos 12 meses. Y es que el asma impacta

de diversas maneras en la calidad de vida de las personas que viven con esta enfermedad. Uno de los impactos se da a través del control de la enfermedad. Al respecto, se ha documentado ampliamente que existe una alta correlación entre el control del asma y la calidad de vida de los individuos, de manera particular en el área correspondiente a la función emocional (Correia de Sousa et al., 2013).

Como ya se ha mencionado en el apartado anterior, diversas investigaciones llevadas a cabo en Latinoamérica, Estados Unidos de Norteamérica y países asiáticos han demostrado que los pacientes con asma clasificada como parcialmente controlada y no controlada utilizan con mayor frecuencia la medicación y servicios de salud comparados con pacientes cuya asma se clasifica como controlada.

Aunado a lo anterior, los pacientes con asma parcialmente controlada y no controlada son más propensos a faltar al trabajo y escuelas, y reportan decrementos en su productividad como resultado del asma, es decir, el paciente ve disminuida su calidad de vida tanto general como la relacionada al proceso de salud-enfermedad (Vollmer et al., 2002; Gold, Smith, Allen-Ramey, Nathan, & Sullivan, 2012; Gold et al., 2013; Gold, Thompson, Salvi, Faruqi, & Sullivan, 2014).

Otra medida que nos puede hablar de calidad de vida y su relación con el control de la enfermedad, se describe con base al uso de servicios de salud. Al respecto Schatz y Camargo (2003) describen que existen diferencias entre los usos de los servicios de salud (hospitalizaciones y visitas al servicio de urgencias). Los investigadores relatan que entre población pediátrica (edades entre 3 y 12 años) es más común que sean los varones quienes utilicen con mayor frecuencia los servicios de salud en comparación a las mujeres. Sin embargo, en las edades entre los 23 y 64 años la proporción se invierte, y son las mujeres quien acuden con mayor frecuencia a los servicios de salud.

Aquí cabe acotar la diferencia que se encuentra entre géneros, ya que como se apuntó en un apartado anterior, diversos estudios han puesto en evidencia que, aunque las mujeres suelen acudir con mayor frecuencia a los servicios de emergencias y reportar mayor intensidad y frecuencia de síntomas. Sin embargo,

es común que, al momento de comparar las medidas fisiológicas de obstrucción pulmonar, los varones son los que tengan un menor promedio de flujo espiratorio máximo (Cydulla et al., 2001).

Schatz y Camargo (2003) proponen que lo anterior sería coherente con la hipótesis de que los hombres pueden percibir los síntomas de manera similar a las mujeres, pero que su enfoque puede ser utilizar inhaladores de rescate y esperen la remisión del síntoma en lugar de buscar atención médica. Otras explicaciones a este hecho, se encuentran: aumento de la severidad del asma inherente en las mujeres, aumento de la percepción o reacción a los cambios fisiológicos del asma en las mujeres con un comportamiento de mayor búsqueda de servicios de salud, o que las mujeres reciben un tratamiento menos agresivo, debido al comportamiento del médico o del paciente.

Tradicionalmente, la severidad del asma y el adecuado control de la misma, se miden mediante medidas objetivas como la función pulmonar, empleo de medicamentos de rescate, hiperreactividad hacia los estímulos ambientales o externos, y número de hospitalizaciones del asma. Por lo tanto, se ha asumido que, si estas medidas objetivas mejoran, entonces los síntomas de los pacientes y su calidad de vida, debe mejorar también (Carranza Rosenzweig, et al., 2004).

Estos resultados son consistentes con los reportados por Méndez-Guerra et al. (2003) que, en el caso de la población mexicana, encontraron que los pacientes que tienen asma severa o asma mal controlada reportan menores puntajes de calidad de vida que pacientes con asma controlada, destacándose un deterioro en el área de función emocional.

De manera similar, Deshmukh et al. (2008) reportaron que, en una muestra de 110 pacientes, los estados de ansiedad y depresión estaban relacionados a una menor calidad de vida en las áreas de: actividades de la vida diaria, función emocional, sintomatología asmática y evitación de estímulos desencadenantes. Aquí es importante señalar que encontraron que no existía efecto aditivo al presentar comorbilidad entre depresión y ansiedad, lo cual concuerda con los hallazgos del estudio realizado por Lavoie et al. (2006).

Finalmente, en un estudio realizado por Kullozwatz et al. (2007) en el que participaron 88 individuos asmáticos, se reportó que los niveles de ansiedad y depresión explicaban las asociaciones entre el bienestar subjetivo, tanto en una escala de calidad de vida general y como en una de calidad de vida relacionada con la salud.

Por consiguiente, es necesario no perder de vista que estas variables se relacionan e interactúan, y deben ser consideradas al momento de diseñar programas de intervención para buscar su impacto y mejoría. Las intervenciones tanto educativas como psicológicas que evalúan la calidad de vida relacionada con el asma serán explicadas con mayor detenimiento en capítulos posteriores.

A pesar de la evidencia anteriormente citada, existen otros estudios que argumentan no existe una relación entre el control de la enfermedad, el control emocional y la calidad de vida general o relacionada a la salud o específica a la enfermedad.

Una de estas investigaciones es la realizada por Carranza Rosenzweig et al. (2004) mencionan que puede ser que la relación entre el control del asma y la función pulmonar o el control del asma, no se encuentren relacionadas. Ya que, aunque las medidas objetivas proveen información valiosa acerca del estado de la enfermedad, puede ser que no alcancen a evaluar si los pacientes se sienten mejor y si pueden funcionar bien en su día a día (física, social y emocionalmente). Por ejemplo, los pacientes pueden comenzar a mostrar signos de mejoría clínica basándose en medidas objetivas; sin embargo, si el tratamiento es inconveniente, tiene efectos no deseados o la mejoría clínica no alcanza un umbral crítico, es posible que el paciente no se sienta mejor y/o permanezca incapacitado para funcionar en sus actividades diarias. Como caso contrario, los pacientes pueden sentirse mejor y comenzar a experimentar una mejora en el funcionamiento de su día a día, que puede no ser capturada por las medidas objetivas tradicionales, como el FEV1 y la hiperreactividad de la vía aérea. En conclusión, el asma puede afectar la calidad de vida relacionada a la salud en formas que las medidas clínicas objetivas no pueden predecir. Los síntomas son muy importantes para los pacientes;

son la razón común por la que se busca atención médica. No obstante, ellos solos pueden no reflejar la gravedad del asma. Los síntomas pueden reflejar el nivel de control de la enfermedad logrado por el tratamiento y la autosugestión, mientras que afectan directamente la calidad de vida de los pacientes.

Otra investigación que soporta la evidencia de que no existe una relación entre las variables emocionales y el control del asma, fue la conducida por Heaney et al. (2005). Esta investigación se basó en la premisa de que las morbilidades psiquiátricas son un predictor para el asma no controlada; por lo tanto, examinaron la prevalencia de morbilidad psiquiátrica (empleando una entrevista psiquiátrica) en una muestra de pacientes no controlados, y su relación con una evaluación del estado del ánimo realizada por un médico general, con la calidad de vida relacionada al asma (mediante el *Asthma Quality of Life, AQoL*) y con el cuestionario *Hospital Anxiety and Depression Scale* –conocido por sus siglas en inglés, HADS. Los pacientes fueron evaluados por psiquiatras experimentados que basaron el diagnóstico psiquiátrico en el CIE-10, posteriormente fueron asignados a una intervención para el tratamiento médico o psicológico de las comorbilidades psiquiátricas.

Dentro de sus resultados, informan que de 65 pacientes que se presentaron a la entrevista psiquiátrica, 32 (49%) cumplían con criterios para algún diagnóstico del CIE-10, siendo depresión la más común, que representó una frecuencia del 59%. Los puntajes de ansiedad y depresión fueron significativamente más altos en los sujetos con diagnósticos psiquiátricos. Después de que los pacientes fueron evaluados y diagnosticados se les brindó atención farmacológica si presentaban depresión y derivados a servicios psiquiátricos si lo consideraban necesario. Los pacientes con ansiedad y trastornos de estrés fueron referidos al servicio clínico de psicología donde se les dio una intervención cognitivo conductual. Una vez finalizada la intervención se les volvió a evaluar con el HADS y AQoL.

El instrumento HADS tuvo buena sensibilidad predictiva para diagnósticos de depresión. Sin embargo, algo muy importante de destacar es que no hubo correlación entre el diagnóstico psiquiátrico del CIE-10 y la calidad de vida

relacionada al asma. Los autores contribuyen a la amplia literatura en asma diciendo que en su investigación los asmáticos con asma de difícil control presentan una alta prevalencia de sub-diagnóstico de comorbilidades psiquiátricas, donde la depresión se hace altamente prevalente, seguida de los trastornos de ansiedad. Sugieren que ya que es poco común que un médico neumólogo pueda llevar a cabo correctamente un diagnóstico psiquiátrico y es poco común que un servicio de atención a asmáticos cuente con un psiquiatra que evalúe a todos los pacientes, es necesario contar con un instrumento tan sencillo como el HADS, que puede ser una herramienta muy útil para detectar depresión.

Otra de las aportaciones de esa investigación, fue la que se derivó a partir de la hipótesis de que la detección y el tratamiento de enfermedades psiquiátricas se asociarían con un mejor resultado en las medidas del asma. Sin embargo, esto no fue respaldado por los resultados, ya que se observó una prevalencia similar de la enfermedad psiquiátrica en aquellos que mejoraron el control de su asma, en comparación a aquellos que no respondieron a la intervención médica, y que tampoco mejoraron sus niveles de calidad de vida relacionada al asma, a pesar del tratamiento psiquiátrico.

Relacionado a lo anterior, al hacer un análisis aún más minucioso, encontraron que aquellos pacientes con mejores resultados en sus medidas de asma, no tuvieron cambios en sus puntuaciones de ansiedad y depresión, mientras que en aquellos pacientes que tuvieron resistencia al tratamiento farmacológico los puntajes de depresión mejoraron significativamente. Estos hallazgos sugieren cierta disociación entre el estado psiquiátrico y el asma en esa población, y apuntan a que el papel potencial de la psicopatología de fondo en el asma de difícil control no es tan sencillo.

Capítulo 4. Intervenciones para favorecer el control del asma

Como ya se ha mencionado, una de las premisas básicas de las guías de tratamiento es que un componente clave para el manejo adecuado del asma, es la educación dirigida al paciente respecto a aspectos básicos de fisiología asmática, farmacología, indicaciones de qué hacer en caso de exacerbación asmática, entre otras (Gibson et al., 2002). Este consejo se basa en el supuesto de que mejorar el conocimiento del paciente respecto a su enfermedad, tendrá un impacto en beneficio de su salud física.

Por lo tanto, se han diseñado diversos tipos de programas o intervenciones, con aproximaciones teóricas diferentes y que evalúan diversas variables de salud, con el objetivo de cumplir con esta recomendación (Ritz et al., 2013). A continuación, se mencionan algunos tipos de programas y las revisiones sistemáticas y de meta-análisis que se han realizado de dichos programas.

1.13 Intervenciones educativas

En el año 2002 Gibson y colaboradores realizaron un meta-análisis de intervenciones educativas dirigidas a pacientes asmáticos. Dichos autores utilizaron una aproximación sistemática para la revisión de la literatura, con el objetivo de encontrar estudios confiables que avalaran los efectos de programas orientados a mejorar el conocimiento de los pacientes asmáticos, pero teniendo cuidado de excluir aquellas que tuvieran como objetivo mejorar sus habilidades de auto manejo.

En la revisión se incluyeron 12 programas de intervención; los criterios para incluir los estudios fueron: que participaran pacientes asmáticos mayores de 16 años y que la asignación de pacientes a las condiciones experimentales se hubiera dado de forma aleatoria.

Las variables que evaluaban estos estudios fueron los indicadores de morbilidad, entre ellos: hospitalización debida a agudización del asma, visitas a emergencias, visitas al médico no programadas con anterioridad, función pulmonar, uso de medicación y síntomas asmáticos.

Los resultados principales del meta-análisis mostraron que el brindar de conocimientos a los pacientes, no tuvo impacto en el número de hospitalizaciones, número de visitas al médico, mejora en la función pulmonar, uso del medicamento de rescate, y reducción en días perdidos debido a la enfermedad. En dos estudios la percepción que los pacientes tenían de sus de los síntomas asmáticos mejoró, es decir, a través de sus diarios de síntomas los individuos mencionaron que sus síntomas habían disminuido (Jenkinson, Davison, Jones & Hawtin, 1988; Wilson et al., 1993). En otro estudio, se encontró que los pacientes disminuyeron la frecuencia de sus visitas a la sala urgencias (Borrelli et al., 2007).

Después de esta revisión, los autores concluyen que el uso de programas basados únicamente en la transmisión de información no parece tener un impacto positivo a largo plazo en las variables de salud evaluadas. Se concluye que este tipo de intervenciones podrían ayudar a mejorar la percepción de síntomas de los pacientes, y quizás podrían reducir las visitas a urgencias en pacientes con asma severa, pero serían necesarios más estudios y datos que apoyaran esta idea.

En estudios posteriores al 2009 que no fueron incluidos dentro de esta revisión, se encuentra como ejemplo un programa educativo en el que se evaluaron los efectos del programa de manera longitudinal. El programa consistió en brindar al grupo experimental educación sobre el asma, uso de medicamentos y signos de exacerbación de una crisis; se concluyó que a corto plazo se identificaron cambios significativos en la calidad de vida, sin embargo al evaluar las diferencias a dos años, no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables evaluadas (días sin sintomatología asmática, uso del medicamento de rescate, días de ausentismo laboral, gasto en medicamentos, calidad de vida y valores de la espirometría) (Marabini et al., 2002; Marabini, Brugmani, Curradi, & Siracusa, 2005).

De igual manera, Mancuso et al. (2010) diseñaron una intervención educativa en la que se empleó un libro de 20 capítulos referentes sobre el asma, sus cuidados y el uso de medicamentos. Al finalizar la intervención no se reportaron cambios en las variables evaluadas, que incluían calidad de vida, función pulmonar y visitas al servicio de urgencias.

1.13.1 Programas educativos implementados en la sala de urgencias

Como se señaló en el apartado anterior, algunos resultados en la investigación de Bolton et al. (1991) sugieren que implementar los programas educativos en la sala de urgencias, podría traer diferentes resultados al presentar el programa en un escenario clínico. Por tal motivo, Tapp, Lasserson y Rowe (2007) realizaron un meta-análisis de las intervenciones educativas que se impartían en la sala de emergencias de los hospitales, con pacientes que habían acudido debido a haber presentado una exacerbación. Los criterios para la inclusión era que los estudios fueran aleatorizados, reclutaran a adultos (>17 años) que se hubieran presentado en el departamento de urgencias con una exacerbación aguda del asma. Las intervenciones podían consistir en brindar información general del asma o información particular de qué hacer en caso de exacerbación asmática.

Se examinaron 12 estudios que involucraron a un total de 1954 pacientes. Dentro de los resultados principales encontraron que las intervenciones educativas ayudaron a reducir las admisiones hospitalarias subsecuentes; pero no disminuyeron el hecho de que el paciente se presentara en la sala de urgencias en caso de exacerbación asmática. Tampoco se presentaron cambios significativos al realizar las comparaciones entre grupos (cuidado usual vs programa educativo) en términos de PEF, calidad de vida y días perdidos debido a la enfermedad. Los revisores concluyen que este tipo de intervenciones pueden ser una estrategia de refuerzo para evitar admisiones hospitalarias, pero existe poca evidencia para sugerir que este tipo de intervenciones benefician indicadores del control de esta enfermedad crónica, como lo son la función pulmonar y la calidad de vida.

1.14 Intervenciones de auto manejo (*self management*)

Existen otros tipos de programas de intervención que suelen ser más completos, ya que incluyen, además de conocimientos generales, un entrenamiento en una serie de habilidades para el cuidado de la enfermedad, los cuales son denominados programas de auto manejo, también conocidas por su nombre en inglés como intervenciones *self management*.

La literatura de este tipo de estudios es amplia y se ha apoyado de diversos tipos de metodología; cada uno hace énfasis en diferentes componentes y han arrojado diversos resultados. Por consiguiente, con el fin de homogeneizar los hallazgos de estos estudios, Gibson et al. (2006) realizaron un meta-análisis de este tipo de investigaciones para poder determinar qué variables de salud se ven beneficiadas y qué tipo de intervención son las más adecuadas.

Para ello, los autores incluyeron en la revisión todos aquellos estudios que hubieran asignado de manera aleatoria o cuasi-aleatoria a sus participantes a una condición experimental y a una condición de “control” o de “cuidado usual” (es decir, la atención estándar brindada por su servicio de salud), y que estudiaran los efectos de un programa de auto-manejo en variables de salud en adultos con asma. Identificaron un total de 36 estudios que cumplían con las características de inclusión. La severidad de la enfermedad de los pacientes incluidos en los estudios iba desde asma clasificada como leve, hasta asma clasificada como severa. Los autores señalaron que los estudios encontrados se podían clasificar dentro de los siguientes grupos:

- Auto manejo óptimo: incluían un plan de acción por escrito de cómo manejar el asma, los medicamentos y las exacerbaciones, junto con el auto-monitoreo de la función pulmonar por medio del uso de flujómetro, y revisiones médicas regulares.
- Auto monitoreo y revisiones regulares. Sin ningún plan de acción por escrito.
- Auto monitoreo de la función pulmonar por medio del uso del flujómetro.
- Revisiones médicas regulares.
- Plan de acción por escrito, pero sin otros elementos del manejo óptimo de la enfermedad.

Todos los estudios, sin excepción incluían algún módulo relacionado con la educación sobre aspectos al asma. Las variables en las que se medían los efectos de las intervenciones eran:

- Hospitalizaciones
- Visitas a la sala de urgencias

- Visitas no programadas al médico
- Días perdidos de trabajo o escuela por enfermedad
- Síntomas Nocturnos
- Días interrumpidos debido al asma
- Función pulmonar: VEF1 y PEF
- Uso de Corticoesteroides orales
- Calidad de Vida
- Costos

En conjunto, se obtuvieron los datos de un total de 4,593 pacientes. Los hallazgos principales indicaron que los programas de intervención en educación del auto-manejo del asma fueron significativamente favorables en las variables de: número promedio de hospitalizaciones, visitas a la sala de urgencias, menor número de visitas no programadas al médico, menor número de días perdidos de trabajo o escuela por enfermedad, y aumento en los niveles de calidad de vida. Para todas las variables que reportaron cambios significativos a favor, el tipo de intervención que obtuvo mejores resultados fue la que se denominó como auto manejo óptimo.

Así pues, los autores de la revisión concluyen que las intervenciones de auto manejo resultan clínicamente importantes en algunas de las variables de salud en pacientes asmáticos. Estas mejoras son aparentemente más importantes cuando las intervenciones incluyen un plan de acción por escrito, auto monitoreo de la función pulmonar y revisión médica de manera regular.

Las intervenciones anteriormente descritas en este apartado se encontraban dirigidas a pacientes con indistinto grado y control de asma. Por lo tanto, en el siguiente apartado se describen las intervenciones dirigidas a pacientes con una clasificación de asma severa.

1.14.1 Intervenciones de auto manejo para pacientes con asma severa

En el 2007 se publicó una revisión sistemática que se enfocaba únicamente en intervenciones educativas y auto manejo en adultos con asma clasificada como de severa a difícil control. Estas intervenciones tenían como característica ser

programas que incluían educación del asma, entrenamiento en auto manejo, y que tenía como objetivo modificar alguna variable psico-social como resultado de la intervención.

En la revisión se incluyeron 17 estudios que fueron divididos en tres categorías: auto-manejo (Blixen, Hammel, Murphy & Ault, 2001; Morice & Wrench, 2001; Osman et al., 1994, Yoon, McKenzie, Bauman & Miles; 1993), educativos (Brewin & Hughes, 1995; Garrett, Fenwick, Taylor, Mitchell & Rea, 1994; Ford, Havstad, Tilley & Bolton, 1997) y la combinación ambas aproximaciones (Put, van den Bergh, Lemaigre, Demedts & Verleden, 2003; Ross, Davis & MacDonald, 2005; Groen & Pelsler, 1960). Las características y contenido de las intervenciones variaron por las terapias utilizadas y los principales resultados fueron:

- Tres de los ensayos que utilizaron intervenciones con multi-componentes reportaron mejoría en el promedio de ingresos hospitalarios (Castro et al., 2003; George, et al., 2003; Mayo, Richman & Harris, 1990)
- Las intervenciones educativas reportaron mejorías en los puntajes de conocimientos (Brewin & Hughes, 1994), calidad de vida (Ford et al., 1997), síntomas, uso de medicamentos preventivos, severidad y apoyo social (Garrett et al., 1994).
- Las intervenciones psicosociales reportaron cambios significativos en la severidad (Groen & Pelsler, 1960), síntomas y función pulmonar (Put et al., 2003), ataques de pánico, síntomas de ansiedad y PEF (Ross et al., 2005).

Es importante señalar que estos cambios se mantuvieron a corto plazo, ninguno se reportó a largo plazo, es decir en los seguimientos. El beneficio se limitaba a aquellos pacientes que solo tenían un factor de riesgo asociado con resultados adversos, y los autores concluyen que fueron incapaces de identificar evidencia fehaciente de cambios significativos, en el cuidado de los pacientes que cuentan factores de riesgo múltiples y psicosociales.

Capítulo 5. Intervenciones psicológicas para adultos con asma

También se han diseñado intervenciones psicológicas que se enfocan a los pacientes asmáticos. Para conocer las diversas intervenciones que se han llevado a cabo, Yorke, Flemming y Shulham (2009) dirigieron una revisión de la literatura existente en las intervenciones psicológicas para el paciente asmático. Identificaron 15 estudios aleatorizados controlados para pacientes adultos asmáticos hasta mayo del 2009. El rango de intervenciones estudiadas fue diverso, nueve intervenciones incluyeron una de seis tipos diferentes de técnicas de relajación (Deter & Allert, 1983; Epstein et al., 2004; Erskine & Schonell, 1979; Ewer & Stewart, 1986; Freeman & Welton, 2005; Henry, De Rivera, González-Martín, & Abreu, 1993; Hockeymeyer & Smyth, 2002; Lehrer et al., 1994; Lehrer et al., 1997; Wagaman, 2000); cuatro estudios utilizaron terapia conductual (Lehrer et al., 1994; Lehrer et al., 2004; Payette et al., 1977; Put et al., 2003) de los cuales tres utilizaron explícitamente alguna técnica en biofeedback (Lehrer et al., 1997; Lehrer et al., 2004; Payette, 1977), tres estudios incorporaron técnicas cognitivas conductuales (Hockeymeyer & Smyth, 2002, Ross et al., 2005; Sommaruaga et al., 1995) y un estudio empleó la escritura emocional (Hockeymeyer & Smyth, 2002).

Los ensayos clínicos por lo general contaban con una muestra pequeña (desde 12 a 160 pacientes), conjuntando 687 pacientes en total. La severidad del asma iba desde leve a severa, aunque desafortunadamente no todos los estudios lo indicaban dentro de su descripción de participantes.

Debido a la diversidad de variables medidas e instrumentos empleados a través de estas intervenciones, no fue posible agrupar todos los datos para su meta-análisis, sin embargo, los resultados relevantes encontrados fueron:

- Las técnicas de *biofeedback* redujeron el uso de medicamentos de control y mejoraron las medidas de función pulmonar cuando eran reportadas en términos el PEF (Lehrer et al., 1994; Lehrer et al., 1997).
- Los estudios que trabajaron con técnicas cognitivo-conductuales reportan incrementos en los puntajes de calidad de vida (Put et al., 2003; Ross et al.,

2005), y una disminución en los síntomas de obstrucción pulmonar (Put et al., 2003) y síntomas de ansiedad, siempre y cuando estos síntomas fueran medidos a través de cuestionarios de calidad de vida y no por medio de escalas de ansiedad (Ross et al., 2005), por lo que los autores sugieren que los cambios de estas intervenciones se dan a nivel de calidad de vida principalmente.

- Las intervenciones en relajación ayudaron a reducir medicación de rescate (Ewer & Stewart, 1986; Deter, 1983; Lehrer et al., 2004) y mejoraron los niveles de auto eficacia, destacándose la relajación autógena. Los revisores indican que, si hipotéticamente el entrenamiento en relajación autógena fuera impartida a 100 pacientes, en 34 pacientes ayudaría a reducir el uso del inhalador de rescate.
- Las intervenciones no impactaron en el uso de servicios de salud o en las medidas de frecuencia, duración o severidad de los síntomas asmáticos.

Como puede observarse, los objetivos de las intervenciones se enfocan a tratar de minimizar el impacto físico, afrontar las dificultades del día a día y mejorar el control que el paciente tiene de su padecimiento. Sin embargo, dado el impacto negativo que tienen la ansiedad y depresión sobre el asma y su control, y los objetivos de las intervenciones anteriormente citadas, los resultados específicos de estas variables, son descritas en los siguientes apartados.

1.15 Resultados de las intervenciones en el estado emocional

1.15.1 Resultados en Ansiedad

En lo referente al impacto de estas intervenciones sobre las variables psicológicas, se reportó que el constructo de ansiedad fue medido en ocho de los doce estudios abordados en el meta-análisis (Deter, 1983; Epstein et al., 2004; Ewer & Stewart, 1986; Freeman & Welton, 2005; Put et al., 2003; Ross et al., 2005; Sommaruga, 1995; Wagaman, 2000). Cada estudio utilizó diversas aproximaciones, técnicas e instrumentos de medición.

De manera particular, los efectos de la relajación sobre los niveles de ansiedad fueron evaluados en cinco de los estudios (Deter & Allert, 1983; Epstein, 2004; Ewer, 1986; Freeman, 2005; Wagaman, 2000). Freeman & Welton (2005) evaluaron los niveles de ansiedad utilizando el instrumento titulado Perfiles de los Estados de Ánimo (*Profiles of Mood States*, POMS) diseñado por McNair, Lorr y Droppleman (1971), y reportaron que no existieron diferencias significativas al comparar el grupo experimental versus control al término de la intervención.

Por su parte, Deter y Allert (1983) utilizaron el Inventario Multifacético de la Personalidad Minnesota (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, MMPI-II) y observaron una mejoría a favor del grupo de intervención, sin embargo, no fue estadísticamente significativa.

La ansiedad fue medida utilizando el Inventario de Rasgo-Estado de Spielberger en los estudios de Epstein et al. (2004) y de Ewer y Stewart (1986). La investigación de Ewer y Stewart (1986) no presentó resultados finales, y por su parte Epstein et al. (2004) reportaron que no existieron diferencias significativas entre grupos.

Ansiedad considerada como “estado” fue evaluada en la investigación de Wagaman (2000) donde los grupos fueron de solo 8 personas, por lo que no se llegó a conclusiones estadísticas de comparación entre grupos. No obstante, cuando los dos grupos fueron comparados un año después, encontraron que los niveles de ansiedad habían disminuido significativamente para ambos grupos y no había diferencias entre ellos.

La ansiedad entendida como “rasgo” fue medido por Sommaruga et al. (2005) después de una intervención cognitivo-conductual. Los pacientes participaron en un programa titulado “Grupo de Rehabilitación de Asma” que incluía un programa educativo y una intervención cognitiva-conductual. En ambos grupos se observó una reducción de las puntuaciones de ansiedad que se evaluó mediante un cuestionario titulado Cuestionario Psicológico, que fue realizado para la investigación. Pasado un año, se encontró que solo en el grupo intervención se mantuvieron estos cambios a favor.

En la investigación de Put et al. (2003), la ansiedad fue evaluada por medio parte de una lista de auto-chequeo. En la investigación no se encontraron diferencias significativas posteriores a la intervención cognitivo conductual la cual consistió en un programa donde se identificaron las representaciones y cogniciones personales acerca del origen, síntomas, curso y tratamiento de la enfermedad. Se les brindó información sobre la fisiopatología del asma, mecanismo de la medicación, factores desencadenantes y cuidados generales, por medio de un programa de computadora). El programa también incluía técnicas conductuales tales como el auto-manejo, auto-observación, control de estímulos y control de respuesta, todas enfocadas para mejorar la adherencia de la enfermedad.

Finalmente, en el estudio realizado por Ross et al. (2005) midieron la ansiedad utilizando el Escala de Ansiedad de Sheehan (Sheehan Patient Rated Anxiety Scale, SPRAS) y el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad de (*Anxiety Sensitivity Index*, ASI). Los resultados arrojaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos al comparar las medidas del SPRAS, pero no se reportaron cambios con el inventario ASI. Es importante señalar que la muestra de este estudio estuvo compuesta por 48 mujeres (25 en grupo experimental y 23 en lista de espera) con diagnóstico confirmado de asma (indiferente si se encontraba controlada o no controlada al momento del estudio) y contaban con diagnóstico de trastorno de pánico confirmado por médico. La intervención consistió en educación en asma más un programa cognitivo-conductual diseñado exclusivamente para combatir el trastorno de pánico. La intervención consistió en cuatro componentes principales: (a) la educación sobre la naturaleza, la etiología y mantenimiento de la ansiedad y el pánico; (b) las técnicas de terapia cognitiva dirigidas a ayudar a identificar, monitorear y alterar las evaluaciones cognitivas defectuosas que estaban contribuyendo a su ansiedad y el pánico; (c) capacitación en métodos de respiración diafragmática profunda como una manera de reducir o eliminar los síntomas físicos que a menudo desencadenan ataques de pánico; y (d) los ejercicios de exposición interoceptivos diseñados para reducir el miedo a las sensaciones corporales asociadas con reacciones de ansiedad y a los ataques de pánico.

1.15.1.1 Distinción entre síntomas de asma y síntomas de ansiedad

Aquí se abre un breve apartado para comentar las características e intervenciones que ayudan a que el paciente ayude a distinguir entre un ataque asmático y un ataque de pánico y/o síntomas de ansiedad. Como se ha reiterado a lo largo del presente texto, las investigaciones psicológicas sugieren que el tratamiento cognitivo conductual puede ayudar a reducir los síntomas de pánico y el uso de medicación para el asma, así como subsecuentemente incrementar la calidad de vida de los pacientes, y que muchos de los síntomas físicos (como la opresión en el pecho, disnea, asfixia) y psicológicos (pánico, evitación de situaciones de ataque, catastrofismo) propios del asma se encuentran correlacionados y se sobre-solapan con los síntomas del trastorno de pánico. Esta comorbilidad entre las dos condiciones puede deberse a la adquisición del miedo mediante un condicionamiento clásico después de haber sufrido un episodio de asma grave, así como a las reacciones fisiológicas a medicamentos para el asma que tienen efectos sobre el sistema nervioso simpático (Carr, 1998).

Aunque en la mayoría de las investigaciones anteriormente citadas se dirigen a tratar los ataques de pánico y estados de ansiedad en pacientes asmáticos, no ilustran como diferenciar entre un ataque de pánico y un ataque de asma. No obstante, intervenciones como la de Schmaling y Bell (1997) identificaron que en los ataques de asma se identifican singularmente los síntomas de sibilancias, congestión mucosa y tos. La falta de una medición fisiológica objetiva en los ataques de pánico podría complicar la diferenciación; pese a esto, Feldman et al. (2009) asevera algo que podría ayudar a diferenciar los ataques de pánico es que los síntomas son de inicio rápido y los episodios son de duración breve. Otra acotación importante es que de acuerdo con Baron y Marcotte (1994) los ataques de asma que no remiten después de tres dosis de salbutamol pueden servir como un indicador para considerar que más bien se trata de un problema de ansiedad.

En general, los estudios indican la importancia y los beneficios de utilizar intervenciones cognitivo conductuales multi-componentes (por ejemplo, Lehrer et al., 1997) en el tratamiento del asma y el trastorno de pánico. Basados en estos

multi componentes (relajación, reestructuración cognitiva y psicoeducación), Tien, Goodie, Duncan, Szabo y Larson (2014) diseñaron una intervención que, entre otros objetivos, buscaba ayudar a un paciente adolescente a diferenciar entre los ataques de asma y los ataques de pánico. De esta intervención se rescatan los pasos y técnicas que emplearon los investigadores para enseñar al paciente a diferenciar entre asma y ansiedad.

Junto con el paciente se discutieron los síntomas característicos de cada condición, destacando los síntomas que experimentaba el paciente (psicoeducación). Se hizo hincapié en que ambos comparten similitudes (son recurrentes, inesperados, precipitados por la preocupación y caracterizados por la dificultad para respirar) y las formas en que podían diferir (los ataques de pánico eran de inicio más rápido que el ataque de asma). Se enfocaron en los síntomas que experimentaba el propio paciente, por ejemplo, tendía presentar cambios en la temperatura corporal (escalofríos, sofocos y sudoración) durante los ataques de pánico, situación que no compartían los ataques de asma. Se le brindó una lista que contenía tres columnas, en una se enlistaron los síntomas que el paciente informó durante los ataques de pánico, otra columna para los síntomas de asma y, una última columna los síntomas que se sobreponían. Además, se enseñó al paciente a responder diferencialmente al pánico frente a los síntomas del asma. Se educó al paciente sobre el uso de estrategias de relajación para reducir los síntomas de pánico. Para los síntomas de asma, se alentó al adolescente a continuar su plan de control del asma prescrito por su médico y a mantener la calma (también empleando la relajación) en un esfuerzo por evitar los síntomas del asma inducidos por la ansiedad. Una vez concluida la intervención el paciente dejó de cumplir los criterios para el desorden de pánico sin agorafobia (criterios que cumplía antes de la intervención), así como una reducción en la frecuencia de exacerbaciones asmáticas.

Por consiguiente, podemos cerrar este apartado haciendo hincapié en la relevancia de enseñar al paciente a distinguir los síntomas de ansiedad de los síntomas de asma, con base a su propia experiencia de síntomas. Además de ser necesario el entrenamiento en relajación y respiración.

1.15.2 Resultados en Depresión

Únicamente dos estudios de los presentados en la revisión tomaron en cuenta la depresión o síntomas depresivos como variable, ambos después de una terapia en relajación (Epstein et al., 2004; Freeman & Welton, 2005).

En el estudio realizado por Epstein et al. (2004) se indicó que no existieron diferencias significativas entre grupos después de la intervención. En este caso en particular, la depresión fue medida a través del Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI).

Por su parte, Freeman y Welton (2005) compararon los beneficios de dos intervenciones: una intervención basada en imaginación guiada y una intervención basada en el pensamiento crítico del manejo del asma. El objetivo principal de la investigación se dirigía a evaluar el control de síntomas, sin embargo, también se evaluó la depresión con el inventario POMS y no encontraron diferencias significativas entre grupos, ni intra-grupos (pre-intervención, post-intervención y seguimiento).

Al examinar los efectos de su intervención sobre la depresión utilizando el BDI, Ross et al. (2005) no reportaron diferencias significativas entre grupos. Se concluye que los estudios revisados no cuentan con evidencia suficiente para determinar si las intervenciones psicológicas, específicamente centradas en el marco teórico cognitivo-conductual, representan beneficios para la sintomatología depresiva de pacientes asmáticos tanto controlados como no controlados.

1.16 Intervenciones cognitivo conductuales para el tratamiento de la comorbilidad entre ansiedad y depresión en pacientes asmáticos

Desde el 2009 (que es el año hasta donde abarca la revisión realizada por Yorke et al., 2009) al 2015, se publicó un solo ensayo clínico aleatorizado con enfoque cognitivo-conductual con pacientes asmáticos que tenía como objetivo identificar los efectos de las técnicas en pacientes asmáticos adultos (Parry et al., 2012); y un estudio realizado por Stoop, Nefs, Pommer, Pop y Pouwer (2015) el cuál

se centraba en pacientes con diversas enfermedades neumológicas, entre ellas pacientes asmáticos, con el objetivo de observar los efectos de un programa de atención escalonada, sobre los niveles de ansiedad y depresión de los pacientes. A continuación, se describen dichos estudios.

El estudio de Parry et al. (2012) se centró en un programa cognitivo-conductual y los efectos que tenía en la relación entre ansiedad y el control de la enfermedad. Los autores trabajaron con asmáticos en un contexto de atención primaria, dentro de los criterios de inclusión era necesario que los pacientes contaran con diagnóstico de enfermedad asmática confirmado por médico neumólogo, sin importar el grado de control o nivel de severidad; además debían presentar ansiedad, lo anterior determinado por un puntaje igual o mayor a 8 en la sub-escala de ansiedad y/o depresión del HADS y 28 puntos o más en la sub-escala para pánico de la Lista de Chequeo de Síntomas de Asma (*Asthma Symptom Checklist*).

La intervención consistió en educación del asma más terapia cognitiva conductual para la ansiedad, diseñada para mejorar específicamente el auto manejo del asma. Todos los pacientes recibieron un panfleto que contenía información acerca de asma, medicación, y efectos de la ansiedad en la enfermedad, es decir la interacción entre pensamientos ansiosos y la hiperventilación. La información contenida en el panfleto era discutida posteriormente con el terapeuta y se aclaraban sus dudas.

Para cada paciente, el terapeuta realizó la formulación cognitiva del caso, centrándose principalmente en la asociación de “tener miedo” debido al asma, teniendo en cuenta la relación de desencadenantes situacionales, creencias referentes al asma, asunciones, el foco atencional y factores fisiológicos. En base a esa formulación, la terapia podía incluir cualquiera de los siguientes elementos:

1. Explicación de la naturaleza de las dificultades para respirar con el asma y ansiedad, y las diferencias entre ellas, para mejorar la discriminación de los pacientes entre síntomas de asma y de ansiedad.

2. Promover conciencia de los pensamientos que provocan ansiedad a través del auto monitoreo, particularmente las ideas catastróficas al mal interpretar las sensaciones fisiológicas, y aprender cómo generar pensamientos alternos con base a la evidencia.
3. Reducir preocupaciones somáticas disfuncionales a través de poner atención a otros estímulos.
4. Aprender métodos para reconocer y controlar la hiperventilación, incluyendo una técnica adecuada para respirar, postura y relajación.
5. Identificar desencadenantes de ataques de pánico.
6. Desarrollar habilidades de solución de problemas en los pacientes, y generación de hipótesis para mejorar la capacidad de acción del paciente ante los ataques de asma y saber cómo actuar en caso de presentar uno.
7. Explorar creencias acerca de los problemas relacionados con el asma.

La sesión introductoria tuvo una duración de 90 minutos, seguida de 4 a 6 sesiones de 60 minutos, de forma semanal o quincenal. Participaron como coordinadores cuatro terapeutas, todos con formación en terapia cognitivo-conductual. Además de ansiedad y depresión, se evaluaron calidad de vida relacionada con la salud, estado de salud general, y actitudes de cuidado hacia el asma. Los grupos fueron evaluados en los siguientes momentos:

1. Grupo experimental: Línea base, finalizado el tratamiento, después de 6 meses.
2. Grupo control: línea base, tres meses después, y 9 meses después de la línea base.

Los resultados principales arrojaron que existió una reducción total del pánico, medida por medio de la lista auto-chequeo en el grupo cognitivo-conductual en comparación del grupo control, al final del tratamiento. No obstante, la reducción fue solo estadísticamente significativa en ese punto y no se mantuvo en los seguimientos. Al finalizar el tratamiento, el 22% de los participantes continuaban en el rango clínico de miedo específico al asma. En referencia a los resultados de calidad de vida y de depresión, se reportó que, al finalizar la intervención, existían

diferencias significativas a favor del grupo experimental; sin embargo, al igual que en los cambios de las medidas de ataques de pánico, estos cambios no se mantuvieron durante los seguimientos.

Los autores concluyen que no hay efectos sobre la ansiedad en general, pero sí existen en la disminución de síntomas de pánico, aunque no se mantiene a los 6 meses, por lo que nuevas líneas de investigación deben centrarse en hacer que los beneficios alcanzados por la intervención, se mantengan.

Finalmente, se reporta una intervención realizada por Stoop, et al. (2015) evaluaron la eficacia de un programa de atención escalonada para reducir los síntomas de ansiedad y/o depresión en personas con enfermedades crónicas, entre ellas pacientes con asma (los otros padecimientos crónicos eran: diabetes tipo 2, asma y/o Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, EPOC). Emplearon el Cuestionario de Ansiedad Generalizada para ansiedad y el Cuestionario de Salud para Pacientes para detectar depresión. La muestra final fue de 46 pacientes, los cuales fueron asignados aleatoriamente a dos condiciones experimentales: grupo de atención escalonada (n = 23) y grupo control o de cuidado usual n = 23). De los cuales 11 pacientes asmáticos participaron en el grupo de atención y 12 en el grupo control, aunque es importante destacar que no se presentan datos de forma particular por cada padecimiento. El programa de atención escalonada consistió en una intervención que como duración máxima eran 12 meses, titulado *Disease Management program for Co-mordib depression and Anxiety* (DiMaCoDeA) el cual consistía en un tratamiento de atención escalonada seguido del monitoreo de síntomas de depresión y ansiedad para detectar casos de remisión. El primer nivel de atención consistió en 4 sesiones semanales que se enfocaban en psicoeducación, incluyendo información acerca de los síntomas de la depresión y ansiedad, cómo estructurar actividades y ejercicio a la rutina diaria, la importancia del contacto social y expresión emocional, y la introducción a los principios de la terapia cognitiva conductual. El nivel 2 consistía en un curso individual de 10 semanas de duración que tenía como objetivo atender a la sintomatología depresiva o ansiosa. El curso se basaba en los principios de la terapia cognitiva-conductual como la activación conductual, entrenamiento en habilidades sociales, y prevención

de recaídas. El tercer nivel de atención consistió en recomendar al paciente que consultara a su médico para discutir el uso de antidepresivos o ansiolíticos y sesiones de refuerzo (6 sesiones como máximo). La decisión de si el paciente continuaba al siguiente nivel dependía de los puntajes en las escalas que se completaban al finalizar cada nivel. En caso de no encontrar remisión de los síntomas, los participantes eran referidos al siguiente nivel.

Al finalizar el primer nivel, once pacientes se consideraron en remisión, pero los once presentaron recaída de síntomas en el seguimiento a los tres meses. Diez pacientes decidieron no continuar con el segundo nivel. De los siete pacientes que originalmente pasaron directamente al segundo nivel, seis finalizaron el nivel y entraron en remisión y posteriormente no presentaron recaídas. Al tercer nivel de atención pasaron 3 pacientes, de los cuales solo 2 aceptaron participar; no se informa acerca de las recaídas después de haber accedido a terminar el tercer nivel. Esto sugiere que la psicoeducación no es suficiente por sí sola para actuar como un tratamiento que mantenga los cambios a largo plazo, y la terapia cognitivo-conductual compuesta de diversas técnicas es la que mejor funciona.

Los resultados sugirieron que el programa de atención escalonada es efectivo en reducir los síntomas de ansiedad y depresión para pacientes crónicos que asiste a clínicas de atención primaria. Los tamaños del efecto de la *d* de Cohen, indicaron cambios entre lo moderado a grande para ansiedad y depresión inmediatamente después de los 12 meses que duraba el último escalón del tratamiento, y en el seguimiento a los 6 meses de finalizado el programa. Después de realizar los ajustes por edad, sexo, nivel educativo, y niveles en línea base, el grupo de intervención tuvo puntajes de ansiedad más bajos y con una significancia del 90% para la depresión en el post-tratamiento. Seis meses después (en total 18 meses desde la línea base), la diferencia entre grupos para los síntomas de ansiedad se mantuvo significativa, pero los cambios en los síntomas de depresión dejaron de ser significativos.

1.17 Intervenciones cognitivo conductuales diseñadas para pacientes con asma mexicanos

En el caso particular de la población mexicana, se identificaron diversos estudios realizados en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) que en conjunto han tenido como objetivo evaluar el impacto de intervenciones psicológicas dirigidas a diferentes variables, pero con el común denominador de medir ansiedad y depresión. En la tabla 3 se agrupan las distintas variables, participantes, diseños experimentales, aproximaciones de intervención, instrumentos de evaluación y principales resultados de estos estudios.

Las investigaciones citadas aportan evidencia importante que reafirma las ventajas de las intervenciones cognitivo conductuales para beneficiar la adherencia terapéutica (Caballero et al., 2009; Islas, 2011; Juárez, 2011) los síntomas de ansiedad (Caballero et al., 2009; Islas, 2011; Lugo, 2013; Sánchez, 2014) y los síntomas de depresión (Islas, 2011; Lugo, 2013) de los pacientes. No obstante, ya fuera porque no formaba parte de su objetivo principal o limitantes en la elección de los participantes, a partir de los resultados no se puede concluir categóricamente que el control emocional tenga un impacto en el control de la enfermedad. Al realizar observaciones de los estudios de forma individual, podemos señalar que en el caso de Caballero et al. (2009) incluyeron pacientes que no contaban con datos previos de ansiedad clínicamente significativa antes de iniciar el estudio, además de que los pacientes reportaban tanto asma controlada como no controlada. Situación similar ocurre en el estudio realizado por Juárez (2011) en el que tres pacientes reportaron niveles de depresión leve en el pre-test.

Por otra parte, el estudio de Islas (2001) representa una aproximación más directa a conocer el efecto de una intervención cognitiva conductual para la reducción de ansiedad, depresión y estrés, como lo reporta la autora. Sin embargo, no se reporta una definición operacional del control del asma (en unas partes del texto se refiere a la clasificación de control como al de severidad de forma indiscriminada), y aún más importante, el estado emocional del paciente no se consideraba un criterio de inclusión para participar en el protocolo.

En el caso de la investigación dirigida por Lugo (2013) en los criterios de inclusión se señala que solo se incluirán a pacientes con un punto de corte que señale presencia de depresión o ansiedad clínicamente significativa, pero al reportar los resultados se encuentra participación de pacientes con puntuaciones pre-test muy por debajo del punto de corte requerido para considerar síntomas significativos de ansiedad o depresión. Además, se incluyeron pacientes con asma intermitente, lo que podría indicar pacientes con asma controlada desde antes del inicio del protocolo.

Finalmente, en el caso del protocolo de Sánchez (2014) encontramos que la presencia *a priori* de síntomas de ansiedad no era un criterio de inclusión, por lo tanto, participaron pacientes que no presentaban ansiedad clínicamente significativa antes de iniciar la intervención, lo que limita los alcances de los resultados.

Tabla 3. Estudios realizados en población asmática mexicana en el INER

Autor	Variables	Participantes y Diseño Experimental	Intervención	Instrumentos de Evaluación y Registros	Resultados Principales
Caballero et al. (2009)	Variables Independientes (VI): Intervención Cognitivo Conductual	14 mujeres 1 hombre Diseño: N=1	Número de sesiones: 8 en promedio Duración: 60 minutos Frecuencia: semanales Técnicas: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Psico-educación (enfermedad y modelo cognitivo conductual) ➤ Solución de Problemas para la adherencia terapéutica ➤ Reestructuración Cognitiva ➤ Relajación Muscular Progresiva 	Registro conductual para conductas de adherencia terapéutica.	Disminución significativa en: <ul style="list-style-type: none"> • Uso de medicamentos de rescate • Exposición a factores desencadenantes • Ansiedad (BAI) • Síntomas: disnea, opresión torácica, flemas.
	Variables Dependientes (VD): <ul style="list-style-type: none"> • Adherencia Terapéutica • Ansiedad • Síntomas asmáticos 	Criterios de inclusión: Diagnóstico de asma por neumólogo tratante.		Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).	

Continuación Tabla 3. Estudios realizados en población asmática mexicana en el INER

Autor	Variables	Participantes y Diseño Experimental	Intervención	Instrumentos de Evaluación y Registros	Resultados Principales
Juárez (2010)	<p>VI: Intervención Cognitivo Conductual</p> <p>VD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adherencia Terapéutica • Depresión • Ansiedad • Calidad de Vida • Síntomas Asmáticos 	<p>9 mujeres</p> <p>Criterios de inclusión: no especificados.</p> <p>Diseño: No experimental, con mediciones repetidas pre-test, post-test y seguimiento.</p>	<p>Número de sesiones: 8 más evaluación inicial</p> <p>Duración: no especifica</p> <p>Frecuencia: 1 vez por semana</p> <p>Seguimientos: a un mes de finalizada la intervención.</p> <p>Técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Retroalimentación positiva ➤ Información del asma ➤ Reestructuración cognitiva ➤ Solución de problemas ➤ Modelamiento ➤ Ensayos conductuales ➤ Relajación autógena o muscular progresiva 	<p>Inventario de Calidad de Vida y Salud (INCAVISA).</p> <p>Inventario de Depresión de Beck (BDI).</p> <p>BAI</p> <p>Diario de síntomas de asma y uso de medicamento de rescate.</p> <p>Registro de Flujometría.</p> <p>Carnet de adherencia al tratamiento.</p>	<p>Disminución significativa en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Ansiedad • Exposición al humo de cigarro • Síntomas <p>Mejoría en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calidad de vida, en las áreas de: dependencia médica, percepción corporal, tiempo libre, evaluación de la percepción de bienestar y salud.

Continuación Tabla 3. Estudios realizados en población asmática mexicana en el INER

Autor	Variables	Participantes y Diseño Experimental	Intervención	Instrumentos de Evaluación y Registros	Resultados Principales
Islas (2011)	VI: Intervención Cognitivo Conductual	34 pacientes asmáticos (82% mujeres).	Número de sesiones: 10 sesiones, más 1 de evaluación inicial, 1 evaluación final y 1 de seguimiento.	Cuestionario de Estrés de Cohen, Karmarck y Mermelstein.	Disminución de: <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Depresión • Estrés.
	VD: <ul style="list-style-type: none"> • Control de síntomas • Conocimiento del Asma • Estrés • Ansiedad • Depresión 	Diseño experimental: diseño no equivalente de grupo control (18 participantes) y grupo experimental (16 participantes) con pre-test-post-test.	Duración: 90 minutos Frecuencia: semanales o quincenales Técnicas: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Educación y Psicoeducación del asma ➤ Relajación y Respiración Diafragmática ➤ Reestructuración cognitiva ➤ Asertividad ➤ Solución de problemas. 	Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).	Mejoría en: <ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos del asma • Valores de flujometría.
		Criterios de inclusión: Diagnóstico de asma confirmada. Asma no controlada según criterio no señalado. Mayores de 18 años. Vivir en zona metropolitana.		BDI	Miembros del grupo experimental pasó de asma clasificada como leve (n = 6) a intermitente (n = 15).
				Cuestionario de conocimientos sobre asma.	
				Auto-registros de síntomas físicos y psicológicos de asma.	

Continuación Tabla 3. Estudios realizados en población asmática mexicana en el INER

Autor	Variables	Participantes y Diseño Experimental	Intervención	Instrumentos de evaluación y registros	Resultados Principales
Lugo (2013)	VI: Intervención Cognitivo Conductual	6 pacientes asmáticos	Número de sesiones: 6, más 1 sesión evaluación inicial, 1 post-test, y seguimiento a un mes.	Cuestionario de conocimientos sobre asma.	Mejoría en: • Conocimientos de la enfermedad.
	VD: • Severidad del Asma • Depresión • Ansiedad • Conocimientos de la Enfermedad	Diseño: N=1 con réplicas individuales	Duración: 90 minutos Frecuencia: semanal	Técnicas: ➤ Educación en la enfermedad asmática. ➤ Entrenamiento en imaginación guiada. ➤ Solución de problemas	Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS).
	VI: Intervención Cognitivo Conductual			Escala Visual Análoga de Ansiedad.	• Clasificación de la severidad asma.
				Escala Visual Análoga de Disnea Percibida.	

Continuación Tabla 3. Estudios realizados en población asmática mexicana en el INER

Autor	Variables	Participantes y Diseño Experimental	Intervención	Instrumentos de Evaluación y Registros	Resultados Principales
Sánchez (2014)	VI: Intervención Cognitivo Conductual VD: • Ansiedad • Depresión • Control de la enfermedad	7 pacientes Diseño: N=1 con réplicas individuales	Número de sesiones: Dependiendo de la evolución del paciente, 10 aproximadamente, más una de evaluación inicial, una de evaluación final y una de seguimiento. Duración: 60 minutos Frecuencia: semanales o quincenales Técnica: ➤ Entrenamiento en biofeedback visual de la variabilidad de la frecuencia cardiaca auxiliado por la respiración diafragmática.	BDI BAI IDARE Cuestionario de Control de la Enfermedad (ACT). Diario de síntomas	Disminución en: • Ansiedad (seis de los siete participantes). • Depresión (siete pacientes).

1.17.1 Intervenciones cognitivo conductuales Breves

En primera instancia un punto muy importante a tomar en cuenta para las intervenciones psicológicas; es el hecho de que, si bien la sintomatología ansiosa y depresiva pueden compartir características e incluso presentarse de forma simultánea, se necesita como primer objetivo de la intervención, visualizar que se debe atender de forma particular a cada sintomatología y no perder de vista la enfermedad médica que presentan los pacientes (en este caso asma), pues los resultados pueden variar en función de ello.

Por ejemplo, el tratamiento cognitivo conductual que ha demostrado contar con evidencia de ser efectivo y eficaz para problemas de ansiedad, va dirigido a disminuir el pensamiento desadaptativo, disminuir la intolerancia a la incertidumbre, el comportamiento de evitación, y aminorar los síntomas físicos de la ansiedad. Los objetivos se alcanzan mediante las técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, auto monitoreo, ensayos conductuales, y principalmente entrenamiento en relajación y auto-control (Nezu, Nezu, & Lombardo, 2005). En el caso particular de pacientes con síntomas de ansiedad y asma, se debe añadir un módulo para que el paciente aprenda a reconocer la diferencia entre síntomas asmáticos y síntomas de ansiedad (Ross et al., 2005; Parry et al., 2012), y cómo se ve afectada la percepción de la disnea (Lugo, 2013).

Como ya se ha mencionado, en lo referente a la atención a los síntomas de depresión en población asmática, la literatura actual que evalúa el impacto de las intervenciones sobre los síntomas de depresión en pacientes controlados es más bien escasa (Smith & Jones, 2015), y suelen ser intervenciones enfocadas a trastornos de ansiedad donde se evalúa como concomitante los síntomas de depresión.

En el caso de la atención de la depresión, los objetivos que persigue la terapia cognitivo conductual son disminuir el pensamiento disfuncional, optimizar la capacidad de resolución de problemas, incrementar habilidades de auto control, mejorar las tasas de reforzamiento positivo; lo anterior mediante las técnicas de

reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, y terapia de activación conductual (Nezu et al., 2005). Además de destacar que la terapia cognitivo-conductual es el único tipo de terapia, a comparación de otros enfoques, que cuenta con evidencia para el tratamiento de desórdenes del estado de ánimo en adultos sin patologías fisiológicas (*The Australian Psychological Society*, 2010).

En el caso de pacientes con enfermedades crónicas y depresión, autores como Safren et al. (2007b) y Di Benedetto et al. (2014) hacen énfasis que el tratamiento de la depresión para pacientes crónicos debe de complementarse con la psico-educación en el modelo cognitivo-conductual de la depresión y su relación con la enfermedad, y en el fomentar la activación conductual encaminada a fomentar las conductas de auto cuidado que beneficiarían la enfermedad.

Las intervenciones breves cuentan con mucho potencial en términos de efectividad y eficacia para servir a aquellos individuos con sintomatología emocional. Y son precisamente los protocolos basados en la teoría cognitivo conductual para el tratamiento de los trastornos de la depresión y ansiedad (en rangos de leves a moderados) los que lideren en términos de costo-eficacia (McHugh, Gordon & Byrne, 2014).

Precisamente para hablar de los términos costo-eficacia, Otto et al. (2012) mencionan que este parámetro suele determinarse por el número de sesiones requeridas para obtener una respuesta al tratamiento. Una intervención más eficiente se traduce en costos directos más bajos. Por ejemplo, dos pacientes pueden ser tratados con una intervención breve (por ejemplo, cinco sesiones) en el tiempo que toma tratar a un paciente con sesiones más largas (de 12 a 15 sesiones). En cuanto al número exacto de sesiones de las que se debe componer una terapia breve, existe variación, sin embargo, se ha señalado que diez sesiones o menos son las adecuadas (Van Beek, et al., 2013; McHugh et al., 2014).

En referencia al por qué la aproximación cognitiva conductual es la adecuada para ser presentada de forma breve, se han identificado una serie de características que la hacen apropiada. Una primera característica es que, al utilizar las técnicas cognitivo conductuales, siempre existirá una evaluación inicial que permitirá

establecer objetivos reales, por medio de instrumentos que ayudan a medir y comprobar que se cumplen dichas metas. La segunda característica, reside en que al ser intervenciones estructuradas que siguen una metodología estricta, se facilita la entrega eficiente del tratamiento y así se evitan sesgos y fuentes de invalidez interna. Finalmente, la tercera característica es que los progresos que se logran en el consultorio pueden ser trasladados a la vida diaria del paciente a través de tareas y experimentos conductuales lo que permite obtener resultados rápidos y reales (McHugh et al., 2014). Cabe señalar que se ha establecido que la terapia breve no está indicada para casos donde se tenga diagnóstico de trastornos de la personalidad (por ejemplo, trastorno límite de la personalidad) o dificultades emocionales severas (por ejemplo, diagnóstico episodio depresivo mayor, bipolaridad, etc.) por lo que ha de ser utilizada después de realizar una evaluación inicial para descartar dichos escenarios (Van Beek et al., 2013).

Otro punto de importancia es que se vuelve necesario no solo valorar los efectos de las intervenciones sino también su efectividad relacionada a su contexto, que, por lo general, suele ser en contextos de atención primaria o de salud pública. Por lo tanto, se vuelve primordial considerar el nivel de cumplimiento total de los participantes al tratamiento; y es que el abandono al tratamiento es una de las mayores barreras para determinar el costo-beneficio de implementar terapias psicológicas dentro de los servicios de salud, por lo que este indicador debe ser considerado (Christensen, Griffiths, Mackinnon & Brittliffe, 2006; McHugh, et al., 2014). Autores como Otto et al. (2012) y Dao et al. (2011) aseguran que la brevedad de las intervenciones cognitivo-conductuales puede ser una de las variables por las que los abandonos al tratamiento son bajos en comparación con otras formas de psicoterapia. Se considera que un tratamiento más corto puede atraer a más pacientes.

Por su parte, McNaughton (2009) remarca que aquellas intervenciones breves que tienen una mejor estructura (mejor descripción de la metodología y pasos concretos), periodos de intervención más cortos, y contacto frecuente con el paciente, son aquellas que mejores resultados arrojan. Todas estas consideraciones suponen que el tratamiento breve puede mantener la máxima

eficacia que es el sello de protocolos estándar de las intervenciones cognitivo conductuales más largas.

Con el fin de comprobar la eficiencia y costo-eficacia de las intervenciones breves en comparación a intervenciones más largas, autores como Christensen et al. (2006) han diseñado investigaciones dónde se atiende a sintomatología depresiva y se comparan diversas combinaciones de terapia (extensas contra breves) y además comparan cuáles son los componentes o técnicas que resultan más útiles (terapia conductual, solución de problemas o manejo del estrés). Adicionado a ese objetivo, también exploraron si los programas más largos eran asociados a un mayor abandono del tratamiento. Los autores diseñaron seis versiones de tratamiento, teniendo un total de seis combinaciones diferentes de terapia (3 breves y 3 extensas). Los participantes podían elegir el tipo de tratamiento que tomar, o bien, si deseaban ser colocados al azar en cualquiera de las condiciones de tratamiento. El criterio para determinar si era una intervención breve o extensa, era el número de módulos que cursaba el participante. En total la intervención extensa se componía de 5 módulos, y las intervenciones breves de uno o dos módulos. De manera sucinta, los resultados indicaron que las intervenciones breves se traducen en cambios clínicos de pequeños a moderados para la reducción de sintomatología depresiva. Al comparar los cambios entre las intervenciones extensa y las intervenciones breves, encontraron que los programas más extensos con una mayor oportunidad para la participación no necesariamente se asociaban con un mayor cambio clínico significativo.

Sin embargo, las principales aportaciones del estudio se dirigen hacia qué tipo de técnicas son las más adecuadas para lograr reducción en los síntomas de depresión. Al respecto, los autores comentaron que la versión dónde el módulo de psicoeducación y la versión compuesta por psicoeducación más solución de problemas, no resultan efectivos para la disminución de síntomas depresivos por sí solas. Se detectó que las versiones del tratamiento dónde se incluía el módulo 2 (reestructuración cognitiva) fueron dónde se obtuvieron mejores resultados para la reducción de sintomatología depresiva. En cuanto al abandono al tratamiento, no se encontraron diferencias significativas entre la intervención extensa y la

intervención breve. No obstante, debido a los resultados positivos con las intervenciones breves, los autores sugieren continuar por esta línea con el objetivo de reducir costos y atender a más población.

En otro ejemplo tenemos el caso de McHugh et al. (2014) quienes diseñaron una intervención breve para evaluar la efectividad de la terapia en un servicio de atención primario con adultos. En total, participaron 92 pacientes con diversos problemas emocionales con rangos de leves a moderados. El diagnóstico del problema emocional era proveído por el médico tratante del paciente, y el criterio para medir la intensidad del síntoma se realizó con el *Clinical Outcome in Routine Evaluation Outcome* (CORE-OM), el cual es un auto reporte que consiste en 34 ítems que evalúan bienestar subjetivo, problemas/síntomas, funcionamiento social y riesgo. Para evaluar los síntomas de depresión se empleó el Inventario de Depresión de Beck (IDB). La estructura de la terapia consistió en una sesión de evaluación, seguida de cinco sesiones de terapia cognitiva conductual. Las estrategias de tratamiento incluyeron: uso de diarios de pensamientos, reestructuración cognitiva, experimentos conductuales, activación conductual y terapia de exposición (en caso de presentar ansiedad). De los 92 pacientes, 45 completaron el tratamiento de 5 sesiones, y dos de estos pacientes recibieron una sexta sesión adicional. Los pacientes que completaron el tratamiento mostraron mejoría clínica y estadísticamente significativa en los dominios del bienestar psicológico general medido por el CORE-OM y los síntomas de depresión medidos por el BDI. Debido a que los autores encontraron una alta tasa de abandono al tratamiento, una de las recomendaciones que hacen es el implementar estrategias como la entrevista motivacional al inicio de las sesiones, para prevenir el abandono al tratamiento e incentivar a los pacientes a asistir al tratamiento.

La aproximación de intervención breve también ha sido empleada para tratar a pacientes que presentan dolor en el tórax pero que no presentan enfermedad cardíaca, y además cruzan con un diagnóstico psiquiátrico de depresión o trastorno de pánico. Van Beek et al. (2013) parten de la referencia de que existen programas de 12 sesiones o más para tratar los trastornos de ansiedad y depresión, que sugieren la eficacia de este tipo de terapia. No obstante, los autores proponen una

intervención de aún menos sesiones para los síntomas depresivos y de ansiedad, de igual manera para llegar a mayor número de población. Se compararon 60 pacientes en el grupo de tratamiento cognitivo conductual breve contra 53 pacientes en el tratamiento usual que consistía en continuar con el tratamiento farmacológico para el dolor de tórax y atención médica usual. La intervención consistió en seis sesiones individuales de 45 minutos, que incluían psicoeducación, reestructuración cognitiva, y técnicas para modificar el comportamiento de evitación. Al inicio del tratamiento se hacía énfasis del modelo cognitivo conductual y dependiendo el paciente, se hacía énfasis en algún componente de la terapia más que en otro. Los síntomas de ansiedad, medidos a través el HADS, se redujeron significativamente a favor del grupo de intervención, sin embargo, no se reflejaron cambios significativos en la medida de depresión. Lo cual los autores explican sugiriendo que tal vez los resultados en depresión se pudieran observar en algún seguimiento.

En otros casos, las intervenciones breves son utilizadas en pacientes con enfermedades crónicas, como lo es en el caso de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello. En un estudio de caso único descrito por Kangas, Milross y Bryant (2014) presentan una propuesta de siete sesiones, dónde se incluyen las técnicas de psicoeducación, relajación muscular progresiva, terapia cognitiva, exposición guiada, exposición prolongada, activación conductual y prevención de recaídas. Con base en el caso que es presentado, los autores concluyen que estos programas breves son factibles de implementación en el campo aplicado de las clínicas de salud pública desde los niveles primarios y hasta los terciarios ya que se obtienen cambios clínicamente significativos.

La aproximación breve también ha sido empleada para el tratamiento de pacientes con fibromialgia con el propósito de evaluar la efectividad de una intervención cognitiva conductual breve dirigida al manejo del dolor. Participaron 34 pacientes en el grupo de intervención (de 5 a 6 sesiones), versus un grupo de cuidado usual. Las técnicas empleadas durante la intervención fueron: psicoeducación de la enfermedad, relación mente-cuerpo y del dolor, higiene del sueño, técnicas de distracción cognitiva, reforzamiento de estrategias de distracción, reforzamiento de estrategias de afrontamiento activadas, y relajación.

Los resultados señalan que durante el periodo de tratamiento existieron reducciones significativas en depresión y ansiedad. Si bien el objetivo principal no era identificar la técnica que fuese la más útil, los autores identificaron que la técnica que resultó más efectiva fue la de habilidades para la distracción cognitiva (Vázquez-Rivera, et al., 2009).

En el caso de las intervenciones realizadas en población asmática mexicana, si bien no son presentadas como intervenciones breves, se valen de tratamientos que en promedio reportaron diez sesiones de intervención (Caballero et al., 2009; Juárez, 2010; Islas, 2010; Lugo, 2013; Sánchez, 2014). Lo cual cumpliría con la característica de terapia breve en cuanto al número de sesiones. La investigación de Caballero et al. (2009) fue la que menor número de sesiones reportó, siendo seis en total; por otra parte, la intervención de Islas (2010) contó con un mínimo de once sesiones, y así representa la que más tiempo empleó para su implementación.

En cuanto a la deserción en el tratamiento, únicamente dos investigaciones reportaron los casos que abandonaron el tratamiento. Caballero et al. (2009) reportó que de diez pacientes y nueve finalizaron. Por su parte, Lugo (2013) señaló que de 25 pacientes que recibieron la invitación a participar, solo 14 accedieron a participar, diez pacientes iniciaron y únicamente seis concluyeron. Los motivos fueron falta de tiempo, falta de dinero para desplazarse y motivos personales (no especificados).

Es importante no olvidar que como ya se ha mencionado anteriormente, estas intervenciones obtuvieron resultados en beneficio a los estados emocionales principalmente en los síntomas de ansiedad (Caballero et al., 2009; Islas, 2010; Sánchez, 2014) y adhesión al tratamiento (Juárez, 2010). Por lo tanto, podemos inferir que las intervenciones que cuentan en promedio con diez sesiones resultan útiles para la modificación de variables psicológicas cuando son empleadas con pacientes que sufren asma bronquial.

1.17.2 Consideraciones para los instrumentos de medición de ansiedad y depresión en sujetos con asma

En forma de resumen, como se ha planteado a lo largo del texto aunado a las altas cifras de prevalencia de ansiedad y depresión en población de sujetos con asma, la problemática es de carácter transcendental ya que se ha evidenciado que la presencia de ansiedad y depresión tiene correlación con una serie de variables negativas como: un deterioro importante en el control de la enfermedad asmática (Lavoie et al., 2011), se duplica el riesgo de presentar una crisis de asma (Liu et al., 2014), los pacientes visitan con mayor frecuencia los servicios de emergencias (Tany & Saha, 2017), se genera una mala adhesión al tratamiento médico (Ritz et al., 2013), y se tiene un impacto negativo en los niveles de calidad de vida general (Correia de Sousa et al., 2013; Coban, & Aydemir, 2014) y en la calidad de vida relacionada a la enfermedad (Lomper, Chudiak, Uchmanowicz, Rosinczuk, & Jankowska-Polanska, 2016).

Es por lo anterior que, la valoración de los síntomas de ansiedad y depresión se vuelve una necesidad para el tratamiento integral del paciente y, por consiguiente, se debe contar con un instrumento con las propiedades psicométricas adecuadas para aportar mediciones válidas y confiables que permitan, de forma puntual, identificar estos estados psicológicos.

Dentro de las escalas de evaluación existe un vasto número de instrumentos que emplean múltiples preguntas para medir las esferas cognoscitivas, conductuales y somáticas de la ansiedad y depresión. Empero, como se ha señalado en el apartado de distinción entre síntomas de ansiedad y síntomas de asma, en el caso específico de esta población, los síntomas emocionales y los síntomas fisiológicos del asma como la disnea, taquicardia, sibilancias, cansancio, son similares y pueden llegar a confundirse, por lo que hay que ser cuidadoso en la elección del instrumento.

Al respecto, en una primera aproximación a la problemática se llevó a cabo en el INER una investigación que tenía por objetivo determinar las propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck por Guillén y González-Celis

(2019). En esta investigación se empleó un diseño ex post facto transversal con un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los participantes fueron 157 asmáticos usuarios de la clínica de asma del INER.

La evaluación se realizó en la sala de espera mientras el paciente aguardaba consulta médica. Los instrumentos que debía contestar el paciente fueron: BAI, Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Cuestionario de Control del Asma (ACT). El análisis factorial exploratorio inicial produjo cuatro factores y excluyó dos reactivos del instrumento. Los 19 reactivos restantes se agruparon en cuatro factores y explicaron el 59.93% de la varianza. El factor denominado “síntomas de respiración” agrupó síntomas de ansiedad similares a los asmáticos. El valor Alfa de *Cronbach* fue de .89. Se obtuvieron valores de correlación moderados con el BDI ($r = .53$) y ACT ($r = -.43$). Los resultados obtenidos llevan a sugerir que, este factor que incluye los síntomas de ansiedad que son similares a la crisis asmática, tal vez debería ser conveniente emplear el BAI a la par de una medida fisiológica pulmonar para poder tener un punto de verificación que avale la diferenciación entre el estado ansioso al estado asmático. Por lo que un instrumento que contemple las medidas fisiológicas de la ansiedad pudiera no ser lo más adecuado para emplear como instrumento de selección e identificación rápida en los contextos hospitalarios de atención de salud pública, donde lo que se persigue es distinguir al paciente que necesita.

Para tal motivo uno de los instrumentos empleados es la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, (HADS). La escala creada por Zigmond y Snaith (1983) para la medición de síntomas de ansiedad y depresión de sujetos que asisten a hospitales de medicina general, que aparentemente, no tienen una patología psiquiátrica. El HADS se basa en la premisa de que la prevalencia de ansiedad y depresión es alta en esta población, y que pueden coexistir con una enfermedad física.

Por lo consiguiente, el contenido del HADS se refiere más a los síntomas psicológicos que a los somáticos (como son la taquicardia, insomnio, pérdida de apetito, sudoración, entre otros), lo que ayuda a evitar atribuciones cuando se aplica

con personas que enfrentan enfermedades físicas (López Alvarenga, et al., 2002). En este caso, el instrumento HADS parece ser adecuado con los objetivos de las intervenciones dirigidas al campo de la salud, ya que logra distinguir el componente de la ansiedad y el componente de la depresión (Agudelo, Buena-Casa, Spielberger, 2007).

En México se ha realizado la aplicación y validación del HADS en distintas muestras, entre ellas con personas que padecen trastornos alimenticios (Barriguete, Pérez, De la Vega, Chávez-Peón, & Rojo, 2017), cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer (Galindo, Meneses, et al., 2015), mujeres con embarazo de alto riesgo (Villegas, 2004).

En el caso de los datos psicométricos en muestras con sujetos mexicanos que padecen enfermedades crónico-degenerativas, tenemos como primer ejemplo la aportación realizada por López Alvarenga et al. (2002). Dicho estudio fue realizado con sujetos obesos, y reportaron que el punto de corte para la calificación del cuestionario debe ser de ocho puntos para ansiedad y siete puntos para depresión. El coeficiente de Alfa de *Cronbach* se ubicó en .86, mientras que el coeficiente de correlación intraclase fue de .94. La validez de criterio fue adecuada ya que contó con concordancia con una entrevista clínica estructurada para detectar problemas psicológicos.

Por otra parte, Galindo, Benjet, et al. (2015) exploraron las propiedades del HADS en una muestra de 400 pacientes con cáncer. El análisis factorial de componentes principales desembocó en dos factores compuestas de 6 reactivos cada uno, similar a la versión original, y revelaban el 48.04% de la varianza explicada. La consistencia interna de la escala global indicó un alfa de .86, y de .79 y .80 para las escalas de ansiedad y depresión respectivamente. La validez de criterio mostró correlación con el inventario de ansiedad de Beck ($r = .612, p < .001$), el inventario de depresión de Beck ($r = .711, p < .001$) y el termómetro de distrés ($r = .523, p < .001$). El punto de corte, por medio de establecer el percentil 75, quedó establecido en 5 puntos para depresión y 6 puntos para ansiedad.

Finalmente, en una investigación realizada por Noguera et al. (2013), en participantes con diagnóstico de infección por VIH, se obtuvo un alfa para la sub-escala de ansiedad de .78, para depresión de 0.85, y un alfa total de .90. El análisis por componentes principales determinó un solo factor compuesto por 13 reactivos que explicaba el 54.65% de la varianza. Las sub-escalas de ansiedad y depresión se encontraron fuertemente correlacionadas, lo que llevó a los autores a sugerir que el puntaje total puede estar midiendo la variable de distrés general.

En el caso específico de la población asmática, el HADS ha sido el instrumento de elección por diversos investigadores para obtener las cifras de prevalencia en ansiedad y depresión (Arlindo et al., 2011; Espinosa et al., 2003; Labor et al.; 2017 Lomper et al., 2016), no obstante, no se ha realizado el proceso de conocer las propiedades del instrumento en una muestra de pacientes asmáticos. Debe considerarse lo expuesto por Clark et al. (2016), quienes mencionan que los pacientes con enfermedades fisiológicas suelen interpretar las variables psicológicas de manera particular dependiendo las características somáticas que les acontecen. Por lo que convendría explorar las propiedades del instrumento en la población de sujetos con asma.

JUSTIFICACIÓN

Existe amplia evidencia sobre la importancia de la relación de los estados emocionales y el control de la enfermedad asmática; así como entre las emociones, el control de la enfermedad y la calidad de vida. Los reportes a nivel mundial sugieren que pacientes con asma presentan 6 veces más probabilidades de cursar con síntomas de ansiedad o depresión a lo largo de su vida, en comparación con población sana (Scott et al., 2007).

Es por ello que, dentro de las guías de tratamiento para el asma, se destaca que los problemas de índole psicológico deben ser atendidos para favorecer el control de la enfermedad (Larenas-Linnemann et al., 2017; GINA, 2017; *British Thoracic Society*, 2014; *American Thoracic Society*, 2015, SMNCT, 2005). Aunque no señalan con qué tipo de tratamiento es que estas problemáticas deben ser atendidas se han diseñado diversas aproximaciones para hacer frente al problema.

Por una parte, en las revisiones que han surgido a lo largo de los últimos años, han dejado ver que las intervenciones centradas en conductas de auto-manejo han demostrado beneficios en las variables de admisiones hospitalarias, visitas a urgencias, ausentismo laboral y escolar y calidad de vida (Gibson et al., 2006). Por otro lado, las intervenciones con aproximaciones psicológicas se han traducido en cambios en el aumento de niveles de calidad de vida, uso del medicamento de rescate y cambios en la función pulmonar cuando es medida a través del PEF (Yorke et al., 2009).

En cuanto a los beneficios obtenidos en las variables de depresión y ansiedad, los datos sugieren que las intervenciones con aproximación cognitivo conductual que han tenido como objeto de estudio a las variables psicológicas, obtienen resultados favorables para el paciente (Caballero et al., 2009; Islas, 2011; Lugo, 2013).

En el caso particular de la ansiedad, los estudios que abordan problemas de trastornos de ansiedad (Parry et al., 2012), trastornos de pánico (Ross et al., 2005) y síntomas ansiosos (Caballero Suárez, 2009; Juárez Loya, 2010; Lugo González, 2013; Sánchez Cervantes, 2014) han reportado cambios significativos

estadísticamente y clínicamente después de aplicado el tratamiento. De igual forma, estos estudios han reportado que los datos de control de la enfermedad y adhesión al tratamiento, mejoran después de concluida la intervención (Caballero et al., 2009; Juárez, 2010; Ross et al., 2005; Parry et al., 2012).

Debido a que la ansiedad ha sido la protagonista debido a la alta incidencia entre la población asmática, se ha descuidado la atención a los pacientes que presentan no control de la enfermedad y síntomas depresivos. Hasta el momento no se ha localizado un estudio exclusivamente con pacientes asmáticos con depresión y clasificados como mal controlados (o con asma severa), en el que además las técnicas se encuentren dirigidas al control de los síntomas depresivos (por lo general se dirigen a sintomatología ansiosa o adhesión al tratamiento médico), y que se haya evaluado el impacto sobre el control de la enfermedad (Smith & Jones, 2015).

Si bien, las estadísticas señalan que las problemáticas psicológicas de ansiedad y depresión suelen aparecer como comorbilidad, las características únicas de los síntomas depresivos, como son la falta de actividad, motivación y apatía, descuido hacia el cuidado personal, etc., requieren la implementación de técnicas psicológicas particulares. Autores como Collimore y Rector (2014) mencionan que, en presencia de comorbilidad psicológica o psiquiátrica, es necesario atender al padecimiento que presente síntomas más molestos para el paciente. Por lo tanto, cuando existe presencia de síntomas de depresión en mayor medida en comparación a síntomas de ansiedad, es necesario resolver la depresión de primera instancia.

Lo anterior se vuelve aún más relevante cuando se ha observado que la presencia de depresión guarda una mayor relación con un mal control de la enfermedad, una calidad de vida más pobre, y un mayor reporte de síntomas, en comparación con la presencia de trastornos o síntomas de ansiedad (Lavoie et al., 2006; Labor et al., 2017; Merghani & Alawad, 2017).

Por lo tanto, para conocer si realmente se tiene un impacto en el control de la enfermedad al modificar los síntomas de depresión, se necesita contar con

criterios de inclusión más específicos dónde se evalúe a pacientes con síntomas de leves a moderados de depresión y con un asma no controlada (mal controlada o parcialmente controlada).

Otra de las características que debe de tomarse en cuenta es que las intervenciones se realizan por lo general en contextos de salud pública, dónde la afluencia de pacientes es grande, y en su mayoría los recursos humanos y económicos para atender a la población son limitados (Otto et al., 2012). Por lo que se vuelve necesario diseñar intervenciones breves con alta ganancia en términos de costo-beneficio. Las intervenciones cognitivo conductuales para la depresión son una respuesta práctica y viable para atender esta problemática.

Asimismo, se debe resaltar que las intervenciones guardan estrecha relación con la calidad de vida, ya que resulta ser una de las variables indicadoras de qué tan eficaz y benéfica resulta ser la intervención para el paciente.

En los estudios descriptivos correlacionales, los síntomas depresivos se encuentran en estrecha asociación con control de la enfermedad y la calidad de vida, sin embargo, otros estudios han señalado que tal correlación no existe y la modificación del estado emocional no repercute en el control de las medidas objetivas fisiológicas que hablan de un asma controlada o bien, tienen un impacto en la calidad de vida de los sujetos (Carranza Rosenweig et al., 2004, Heaney et al., 2005).

Por lo tanto, autores como Heaney et al. (2005) reconocen que, para examinar completamente la relación entre el tratamiento del elemento emocional, las medidas fisiológicas del asma y la calidad de vida, se requeriría un ensayo clínico aleatorizado, aunque a su vez reconoce que dichos ensayos resultan ser poco prácticos en el contexto hospitalario real, por lo que se deben diseñar otras formas de aproximación para tratar el estado psicológico, ya que aunque no se haya comprobado la relación directa con el control y la calidad de vida, es un hecho que debe atenderse. Por lo que tal vez, un enfoque de estudio de caso sea el más conveniente para abordar la problemática.

Precisamente, los estudios de caso único con réplicas individuales parecen ser los más prácticos para la aplicación de protocolos en el contexto hospitalario de la ciudad de México y zona metropolitana (Caballero et al., 2009, Islas, 2011, Lugo, 2013, Sánchez, 2014). No obstante, para el estudio específico de población asmática adulta, los estudios que evalúan el estado emocional antes y después de una intervención cognitivo-conductual, no han tomado a la calidad de vida relacionada con la enfermedad como una de las variables en dónde se refleje el impacto de la intervención (Caballero et al., 2009; Islas, 2011; Lugo, 2013).

No obstante a que existen investigaciones en población pediátrica mexicana, donde se evalúa la calidad de vida de pacientes asmáticos y su relación con el estado emocional, con instrumentos con validez y fiabilidad para esta población (Bazán Riverón, Almeida, Osorio, & Huitrón, 2013), en el caso de los adultos, los instrumentos que evalúan la calidad de vida relacionada a la enfermedad asmática, como la versión breve del Cuestionario de Calidad de Vida para pacientes con Asma (Juniper, Guyatt, et al., 1999) no cuenta con los datos necesarios de confiabilidad y validez para nuestra población. Por lo tanto, para el presente trabajo será necesario adaptar el instrumento al ámbito cultural mexicano y obtener los datos psicométricos.

De manera similar, dentro de las escalas más populares que se emplean para reportar los niveles de depresión y ansiedad es la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) de Zigmond y Snaith (1983), y aunque se ha sido empleada con diversas poblaciones de personas con enfermedades crónicas (Galindo, Benjet, et al., 2015; López Alvarenga et al., 2002; Noguera et al., 2013;) sería aconsejable contar con los datos de confiabilidad y validez para los pacientes con asma. Sobre teniendo en cuenta que algunas escalas de ansiedad como el Inventario de Ansiedad de Beck suelen confundir sintomatología asmática con ansiosa (Guillén & González-Celis, 2019), por lo que es aconsejable contar con una escala que pueda hacer la distinción. Así también, se tendría una escala que evaluara los niveles de depresión (variable protagonista en el estudio) con las propiedades psicométricas adecuadas a la muestra.

Por otra parte, si calidad de vida, depresión y el asma no controlada van ligados, se debe estudiar el impacto de forma conjunta. Por lo tanto, en el presente trabajo se plantea que una intervención cognitivo conductual breve dirigida a los síntomas depresivos de pacientes asmáticos no controlados, ayudará a mejorar el control de la enfermedad, y por consiguiente implicará una mejora en su calidad de vida relacionada a la enfermedad (figura 1).

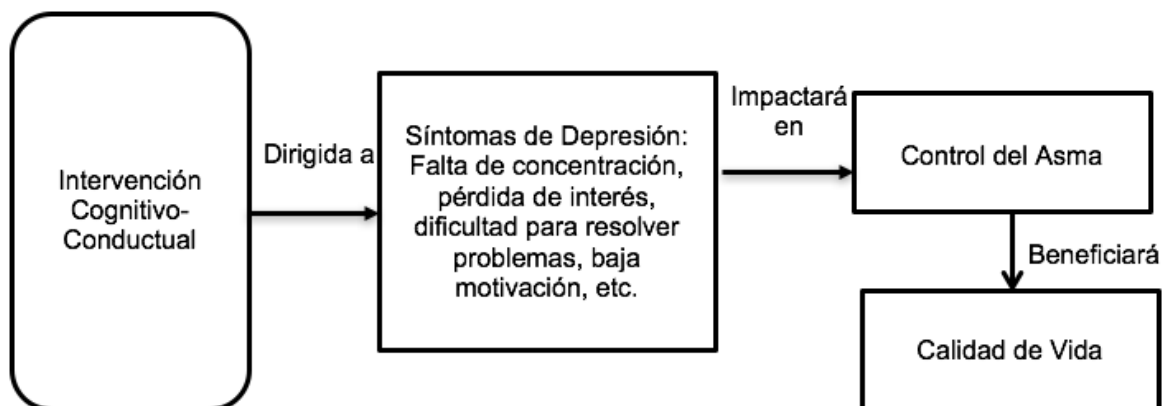


Figura 1. Relación entre la intervención cognitivo conductual para la disminución de síntomas depresivos y el control del asma. Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se describe la metodología que se empleó en la primera y segunda fase del trabajo de investigación. En la primera fase se llevó a cabo el proceso de estandarización del instrumento de calidad de vida para pacientes asmáticos en su versión breve conocido por el acrónimo de su nombre original en inglés (*Mini Asthma Quality of Life Questionnaire*, MiniAQLQ) de Juniper, Guyatt, et al. (1999), en población mexicana. De igual manera, en ese mismo apartado se presenta el análisis psicométrico de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS) de Zigmond y Snaith (1983). En la segunda fase se describe el proceso, los resultados, así como las conclusiones de intervención cognitivo-conductual para beneficiar el control de la enfermedad y calidad de vida por medio de un programa que se centra en el control de la sintomatología depresiva en pacientes asmáticos con asma no controlada.

FASE 1: Propiedades Psicométricas de los Instrumentos: Mimi-AQLQ y HADS

Objetivos Específicos

- Determinar la validez y confiabilidad del Cuestionario de Calidad de Vida para pacientes asmáticos de Juniper, Guyatt, et al. (1999) en su versión breve, en pacientes asmáticos mexicanos.
- Obtener las propiedades psicométricas (validez y confiabilidad) de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria en pacientes asmáticos mexicanos.
- Determinar si el estado del control del asma (controlada y no controlada) obtenida por el medio del Cuestionario del Control del Asma, se encuentra asociada a los puntajes de depresión, ansiedad y calidad de vida en una muestra en un instituto de tercer nivel de atención en la Ciudad de México.

Objetivos Particulares

- Determinar la validez de contenido de la versión en español del Cuestionario de Calidad de Vida para pacientes asmáticos por medio de jueces expertos.
- Determinar la confiabilidad, mediante el método de consistencia interna, de la versión en español del MiniAQLQ en una muestra mexicana.
- Determinar la validez factorial de la versión en español del MiniAQLQ en una muestra de pacientes mexicanos con asma.
- Determinar la validez divergente de la versión en español del MiniAQLQ para pacientes con asma, con medidas de sintomatología depresiva y ansiosa en una muestra mexicana de pacientes asmáticos.
- Determinar la validez convergente de la versión en español del MiniAQLQ mediante la medida de control de la enfermedad.
- Obtener la confiabilidad (consistencia interna) de la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS) en mexicanos con asma.
- Determinar la validez factorial de la versión en español del HADS para pacientes asmáticos en una muestra mexicana.

- Determinar la validez divergente del HADS para pacientes con asma con las medidas de calidad de vida y control de la enfermedad.

Método

Parte 1: Validez de Contenido del MiniAQLQ

Participantes

Validez de Contenido

Participaron 15 jueces expertos con experiencia de al menos 6 meses en el área clínica y/o de investigación en temas afines con calidad de vida relacionada al proceso salud-enfermedad y que atiendan población con enfermedades crónico-degenerativas. La obtención de participantes fue por el método de conveniencia.

Materiales

Formato para Jueces Expertos del Cuestionario de Calidad de Vida para pacientes asmáticos (anexo 1).

Diseño de Investigación

Se trata de un estudio no experimental, transversal y observacional (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

Instrumentos

1. **Cuestionario de Calidad de Vida para pacientes asmáticos, versión breve, *Mini Asthma Quality of Life Questionnaire*, (MiniAQLQ)**

Es un cuestionario de 15 reactivos derivado de la escala *Asthma Quality of Life Questionnaire*, (AQLQ), originalmente desarrollada por Juniper, Gordon, Roberts, Ferrie, & Joeschke (1992). El MiniAQLQ fue desarrollado como una alternativa a la versión larga, para poder ser utilizado en encuestas a gran escala y en estudios longitudinales (por ejemplo, en ensayos clínicos). Evalúa los dominios que han demostrado tener un impacto importante en las vidas de los pacientes asmáticos.

Los 15 reactivos evalúan cuatro dominios: síntomas (cinco reactivos), la función emocional (tres reactivos), los estímulos ambientales (tres reactivos), y la

limitación de la actividad (cuatro reactivos). La pregunta central de los primeros once reactivos (que evalúan los 3 primeros dominios) es: "En general, cuánto tiempo durante las dos últimas semanas_____". El espacio en blanco es completado por síntomas relacionados con el asma, respuestas emocionales sobre el asma, y estímulos o desencadenantes ambientales relacionados con el asma (por ejemplo, me molesta tener que evitar situaciones debido al humo del tabaco). Las respuestas de estos reactivos se contestan en una Escala Likert de 7 puntos (1=siempre a 7=nunca).

Los reactivos relacionados con la limitación de las actividades preguntan: "¿Qué tan limitado ha estado durante las últimas 2 semanas al realizar las siguientes actividades, como resultado de su asma?" Se presentan cuatro conjuntos de diversos tipos de actividades, agrupadas en: extenuantes, moderadas, sociales y actividades cotidianas. Las respuestas van desde 1= "Totalmente limitado" a 7= "En absoluto limitado".

Las puntuaciones de cada dominio, y una puntuación total se calculan sumando las respuestas, las puntuaciones más altas indican una mejor calidad de vida.

Los estudios de las propiedades psicométricas de la versión original en inglés del MiniAQLQ han demostrado que se trata de una medida válida y confiable para evaluar la Calidad de Vida en pacientes con asma. Obteniéndose los siguientes resultados. La consistencia interna va de un Alfa de *Cronbach* de .80 en el estudio original de Juniper et al. (1999b) a .86 en un estudio realizado por Ehrs, Nokela, Ställberg, Hjemdahl y Wiksträm Jonsson (2006). Sus sub-escalas también han demostrado consistencia interna elevada con valores alfa de .84 en síntomas, .89 para estímulos ambientales, .86 para la dimensión de estado emocional y .86 para actividades diarias.

La confiabilidad fue aceptable para el MiniAQLQ, con una correlación intraclass (ICC) = .83). Referente a la validez de constructo al comparar el MiniAQLQ con los valores de la espirometría PEF ($r = .25$, $p < .05$) y con el cuestionario de calidad de vida SF-36 ($r = .55$, $p < .05$). La validez de criterio demostró que no existe

sesgo entre los instrumentos ($p = .61$) y la correlación entre el MiniAQLQ y el AQLQ fue alta ($r > .80$, $p < .05$) en el puntaje total, dominio de síntomas, función emocional y estímulos ambientales, y moderado para el dominio de actividad ($r = .63$).

La versión en español se ha utilizado con una muestra de latinos radicados en Estados Unidos de Norteamérica por Mora et al. (2009) quienes la emplearon en una muestra de latinos americanos y en población afro-americana, con el objetivo de examinar si la traducción de los reactivos influía en las respuestas. Concluyendo que la traducción al español era adecuada para población latina radicada en los Estados Unidos.

Aunque el equipo de investigación a cargo de la elaboración del cuestionario cuenta con una traducción al español del instrumento para diversas regiones de América Latina, no se cuenta con la traducción al español específicamente para México. Por lo tanto, la traducción aquí empleada, fue traducida por un licenciado en interpretación y traducción del inglés original (proporcionada por los autores originales) al español, y un licenciado en psicología con conocimientos en psicología de la salud e idioma inglés, realizó la traducción del español al inglés. Lo anterior con el objetivo de obtener una traducción adecuada a la población mexicana.

Procedimiento

A los jueces expertos se les proporcionó de manera individual vía electrónica o presencial, un “Formato para Jueces Expertos del Cuestionario de Calidad de Vida para pacientes asmáticos” para que calificaran diversas categorías relacionadas al contenido del instrumento.

En una primera parte se solicitó al juez que considerara si la escala de calificación tipo Likert del instrumento se consideraba adecuada, y en caso de no ser así, cuál era su propuesta de modificación.

Posteriormente, se les pidió a los jueces expertos que indicaran si están “de acuerdo” o en “desacuerdo” en que el reactivo cumple con las siguientes dimensiones:

1. **Redacción:** Se refiere al uso adecuado de la sintaxis, el modo correcto de ordenarse las palabras dentro de una expresión.
2. **Lenguaje:** Que el reactivo utilice palabras apropiadas a la población mexicana, que para el caso de la investigación serán pacientes asmáticos usuarios de los servicios de salud pública.
3. **Validez teórica:** Grado en que el reactivo mida algún aspecto de la calidad de vida (que mida lo que se quiere medir) de acuerdo con la siguiente definición: Calidad de vida relacionada con una enfermedad específica: componente subjetivo de la calidad de vida general que hace referencia a los aspectos físicos, psicológicos, funcionales y sociales de los pacientes, derivados del mismo proceso de enfermedad y de los efectos secundarios de los tratamientos (Sánchez Sosa & González-Celis, 2006). Las dimensiones de calidad de vida relacionada a la enfermedad, en específico para pacientes que sufren asma, de acuerdo con Juniper, Guyatt, et al. (1999) son: limitación en las actividades diarias debido a la enfermedad, presencia de sintomatología, estado emocional y estímulos ambientales.

Análisis de Datos

Para determinar la validez de contenido se evaluó mediante el porcentaje de acuerdo entre jueces, tomándose como válidos aquellos reactivos cuyos valores fueran iguales o mayores al 80% (Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner, & Oksa, 2003).

Resultados

La muestra de jueces expertos se encontró integrada por 14 psicólogos y 1 médico que contaban con experiencia en el área clínica y de la salud; de los cuales el 80% fueron mujeres (Tabla 4). Cuatro de los expertos, contaban con experiencia directa atendiendo población asmática en temas relacionados con ansiedad, depresión, adherencia terapéutica y calidad de vida. La edad promedio de los

participantes fue de 32.27 ± 4.9 años. Todos los participantes empleaban una aproximación cognitiva-conductual en su práctica clínica.

Tabla 4. Características de los jueces expertos

	n	%
Sexo		
Femenino	12	80
Masculino	3	20
Nivel Máximo de escolaridad concluido		
Licenciatura	2	13.3
Maestría	12	5.3
Doctorado	1	6.7
Actualmente Cursando		
Maestría	1	6.7
Doctorado	6	40
Especialidad	1	6.7
Ninguno	7	46.7
Área de Experiencia		
Clínica	12	80
Salud	3	20
Formación académica		
Psicología	14	6.2
Medicina	1	6.7

Respecto a los dos códigos de respuesta propuestas por los autores de la escala, la mayoría de los expertos consideraron que se trataba de una cantidad inadecuada; considerando como excesiva, y plantearon cambios (Tabla 5). La propuesta dada por la mayoría fue disminuir la escala de 7 opciones de respuesta a 5 opciones de respuesta, el razonamiento detrás de la elección fue que, debido a las características de la población mexicana y la naturaleza del instrumento, sería mejor acotar las posibilidades de responder.

Tabla 5. Opiniones de jueces expertos respecto a las dos opciones de respuesta que son presentadas en el cuestionario

		n	%
Opciones de Respuesta 1	Cantidad de opciones de respuesta adecuada		
	Sí	4	26.7
	No	11	73.3
	Motivo		
	Demasiadas opciones	10	66.7
	Opciones no discriminan entre sí	2	13.3
	Las opciones son adecuadas	3	20
	Realizaría cambios		
	Sí	13	86.7
	No	2	13.3
	Cambios sugeridos		
	Disminuir a 4 opciones	4	26.7
	Disminuir a 5 opciones	6	40
	Agregar escala visual	1	6.7
	Agregar porcentajes en las respuestas	1	6.7
Agregar indicadores de tiempo	1	6.7	
Ninguno	2	13.3	
Opciones de respuesta 2	Cantidad de opciones de respuesta adecuada		
	Sí	5	33.3
	No	10	10
	Motivo		
	Son muchas opciones	11	4.9
	Las opciones son adecuadas	4	26.7
	Realizaría cambios		
	Sí	11	73.3
	No	4	26.7
	Cambios sugeridos		
	Disminuir a 4 opciones	3	20
	Disminuir a 5 opciones	5	33.3
	Agregar escala visual	3	20
	Agregar porcentajes en las respuestas	1	6.7
	Agregar indicadores de tiempo	1	6.7
Ningún cambio	2	13.3	

En la tabla 6 puede apreciarse los resultados de confiabilidad entre jueces expertos por cada uno de los quince reactivos del cuestionario. Los reactivos 2, 7 y 11 obtuvieron valores de acuerdo entre jueces menores al 80% en el dominio de redacción, sin embargo, en lenguaje y validez teórica ningún reactivo obtuvo valores por debajo de este porcentaje.

Tabla 6. Porcentaje de acuerdo entre jueces expertos por reactivo

Reactivo	% de Acuerdo Entre Jueces		
	Redacción	Dominio Lenguaje	Validez Teórica
1	93.3	87.6	100
2	60*	93.3	93.3
3	86.7	86.7	93.3
4	73.3	93.3	93.3
5	93.3	93.3	100
6	100	80	100
7	73.3*	93.3	100
8	93.3	93.3	93.3
9	93.3	100	100
10	86.7	93.3	93.3
11	66.7*	100	100
12	100	100	100
13	100	100	100
14	100	100	100
15	93.3	86.7	93.3

Nota: *Acuerdo menor al 80%

Con base a estos resultados se realizaron las siguientes modificaciones:

- Disminución de 7 opciones de respuesta a 5 opciones de respuesta. Se eliminaron las respuestas de los extremos.
- Cambio en la redacción en los reactivos 2, 7 y 11. Estos tres reactivos compartían la propiedad de estar haciendo alusión a desencadenantes asmáticos, y en su redacción indicaban dos posibles situaciones: que el factor desencadenante hubiera causado molestias o que hubieran tenido que evitar el desencadenante. Ya que esto podría confundir al paciente, la sugerencia principal que indicaron los jueces para el reactivo fuera dividido en dos preguntas, o bien modificar la pregunta para eliminar las dos opciones. La construcción del cuestionario está dada en términos de evaluar en qué intensidad los factores desencadenantes en general merman la calidad de vida del paciente, y no cuál de todos los desencadenantes fue más

molesto. Por lo tanto, se optó por conservar la cantidad de reactivos original, y modificar la redacción para que no se prestaran ambigüedades. Por ejemplo, el reactivo 2 originalmente decía “Le molestó el polvo o tuvo que evitarlo”, posterior a los cambios el reactivo dice “Presentó molestias debidas al polvo.”

Parte 2: Consistencia interna, validez factorial, concurrente y divergente del MiniAQLQ y HADS

Participantes

Los participantes fueron reclutados en la sala de espera clínica de asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Ismael Cosío Villegas (INER), durante los meses de junio a octubre. Todos participaron de manera voluntaria, confidencial, consentida e informada.

Los criterios de inclusión fueron: 1) Mayores de 18 años de edad, 2) diagnóstico confirmado de asma por neumólogo tratante, 3) acceder a participar en la investigación y firmar el consentimiento informado.

Los criterios de eliminación consistieron en: 1) Dejar inconcluso el 15% o más de algún instrumento de evaluación, 2) retiro voluntario del participante.

Muestra

Se estableció el tamaño de la muestra teniendo en cuenta que para poder realizar los procedimientos factoriales son necesarios al menos 5 participantes por cada reactivo del instrumento que se someterá en análisis (Carretero Dios & Pérez, 2005; Morales, 2013). El MiniAQLQ se compone de 15 reactivos y el HADS de 14 reactivos, por lo tanto, la cifra mínima de participantes se estableció en 75 sujetos.

Escenario

El estudio se llevó a cabo en la sala de espera de la clínica de asma del INER, el cual es un instituto de salud pública de tercer nivel de atención ubicado en el sur de la Ciudad de México

Instrumentos

- **Consentimiento informado:** Formato proporcionado por el INER para que el participante manifestara conocer los objetivos, ventajas y desventajas de participar en la investigación (anexo 2).
- **Ficha de identificación:** Contiene información de las características sociodemográficas de los pacientes: sexo, edad, estado civil, escolaridad, y datos referentes a la historia y evolución de la enfermedad (anexo 3).

Con la finalidad de homogenizar la lectura e interpretación de las calificaciones, de todos los instrumentos de evaluación, en particular, cuando se tienen diversos instrumentos con diferentes escalas, se convirtieron los puntajes en una escala del 0 al 100, por medio de una regla de linealidad (también conocida como regla de tres), que se calcula con la siguiente fórmula: Valor calculado = $(x * 100 / n)$.

Donde “x” representa la puntuación que se va a transformar y “n” es igual a la puntuación máxima total de la escala.

- **Cuestionario MiniAQLQ:** cuenta con las características mencionadas en el apartado anterior. Para el procedimiento de confiabilidad y validez se realizaron las modificaciones sugeridas por los jueces expertos, quedando conformado por 15 reactivos con 5 opciones de respuesta tipo Likert cada una. La calificación mínima del MiniAQLQ pasó de ser 15 puntos a 0 puntos, y la máxima pasó de 75 puntos a 100 puntos. El instrumento no cuenta con un punto de corte clínico, simplemente indica que a mayor puntuación mejor calidad de vida relacionada a la enfermedad (anexo 4).
- **Escala de Ansiedad y Estrés Hospitalario, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) de Zigmond y Snaithe (1983):** cuestionario que consta de 14 reactivos, integrado por dos subescalas de siete reactivos cada una, para ansiedad (reactivos impares) y para depresión (reactivos pares). El tiempo total de respuesta es de aproximadamente diez minutos. En las instrucciones se pide al paciente que describa cómo se ha sentido durante la última semana incluyendo el día de hoy.

Las opciones de respuesta son tipo Likert, las cuales van del 0 al 3, dando un puntaje mínimo de 0 y un puntaje máximo de 21 para cada subescala.

Los puntajes de cero a siete implican la ausencia de ansiedad y/o depresión clínicamente relevante, de ocho a diez que requiere consideración y del 11 al 21 la presencia de sintomatología relevante y un probable caso de ansiedad y/o depresión (Snaith, 2003).

Los autores señalan que los ocho reactivos de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y la revisión de la escala *Present State Examination* (PSE), así como de la investigación clínica acerca de las manifestaciones psíquicas de la ansiedad. De esta manera, los reactivos se dirigen a conocer si la persona ha estado tensa, preocupada o ha tenido sensaciones de temor. Por su parte, los siete reactivos de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia, puesto que de acuerdo con los autores es el rasgo psicopatológico central de la depresión. Así, la subescala de depresión indaga, básicamente, cuestiones como la pérdida de interés en las actividades cotidianas, tener pensamientos pesimistas o la incapacidad de reír (Zigmond & Snaith, 1983).

Para evitar las posibles altas puntuaciones engañosas implicadas en la evaluación de síntomas somáticos cuyo origen se presume psicógeno no se incluye ningún reactivo que hiciera referencia a funciones físicas o síntomas somáticos. En el caso de población con asma ha sido constantemente empleada debido a que los síntomas de ansiedad se confunden regularmente con síntomas de asma, como la pesadez en el tórax, taquicardia, o la dificultad para respirar.

Los datos de confiabilidad y validez en población mexicana provienen de dos estudios. El primero se llevó a cabo en una muestra de sujetos obesos mexicanos. En este estudio, López-Alvarenga et al. (2002) reporta que el punto de corte para la calificación del cuestionario debe ser en 8 puntos para ansiedad y 7 puntos para depresión. El coeficiente de Alfa de *Cronbach* se ubicó en .86. El coeficiente de correlación intraclase fue de .94. La validez de criterio es adecuada ya que tiene concordancia con la entrevista clínica estructurada para

detectar problemas psicológicos. Un segundo estudio con población mexicana de pacientes con diagnóstico de VIH, reportaron un Alfa de *Cronbach* para la subescala de ansiedad de .78 y para la subescala de depresión de .85, y un Alfa total de .90 (Noguera et al., 2013).

Para la presente investigación se convirtieron la escala de calificación en un puntaje del 0 al 100 mediante la regla de linealidad, donde a mayor puntaje mayor depresión y/o ansiedad. El punto de corte para ansiedad se estableció en 38 puntos, y para depresión en 33 puntos (anexo 5).

- **Cuestionario de Control de Asma, *Asthma Control Test (ACT)* de Nathan et al. (2004):** diseñado por médicos especialistas en asma, basado en criterios internacionales. En México es recomendado para su uso clínico en las guías del tratamiento del asma por neumólogos mexicanos para evaluar el control de la enfermedad (Larenas-Linnemann et al., 2017). El índice de confiabilidad del cuestionario para pacientes mexicanos se ha establecido en $\alpha = .77$ (Guillén & González-Celis, 2019).

Se compone de 5 preguntas (cuatro hacen referencia a la frecuencia de síntomas, y una pregunta dónde el paciente califica su percepción de control de la enfermedad), que evalúan el grado de control de la enfermedad durante las últimas 4 semanas. Las opciones de respuesta puntúan del 1 al 5, donde 1 = ausencia de control, y 5 = total control; así a mayor puntaje mejor control. Del puntaje se derivan tres categorías que siguen los criterios determinados por la guía GINA (2017) los cuales son los siguientes:

- a) Asma Controlada (25 puntos): Sin síntomas diurnos (dos veces o menos por semana), sin limitaciones en las actividades, no presentar síntomas nocturnos, no utilizar el medicamento de rescate, prueba de función pulmonar normal y sin exacerbaciones asmáticas en el último año.
- b) Asma Parcialmente Controlada (20 a 24 puntos): Síntomas diurnos más de dos veces por semana, limitaciones en las actividades diarias, presentar síntomas nocturnos, necesidad de un tratamiento de rescate más de dos veces por semana, función pulmonar $< 80\%$ predecible o el mejor porcentaje personal (si es conocido), una o más crisis asmáticas por año.

- c) Asma No controlada (19 puntos o menos): Tres o más características de parcialmente controlada por semana. Una o más crisis asmáticas por semana.

Continuando con el procedimiento que se siguió para los instrumentos anteriores, este cuestionario también fue convertido en una escala de 0 a 100 puntos. Los puntos de corte quedaron de la siguiente manera: se clasifica asma controlada con 100 puntos, asma parcialmente controlada de 99 a 77 puntos, y asma no controlada con puntajes menores a 76 puntos (anexo 6).

Procedimiento

El estudio fue previamente aprobado por el Comité de Ciencia y Bioética en Investigación del INER y quedó registrado ante el instituto con la clave C11-17.

Todos los pacientes que aguardaban para entrar a su consulta médica en la sala de espera de la clínica de asma eran candidatos a participar. Únicamente debían confirmar los criterios de inclusión, para lo cual se les preguntó su edad y si contaban con el diagnóstico de asma confirmado por su médico tratante

Posteriormente, el investigador explicó de manera sencilla los objetivos de la investigación e invitó al paciente a participar de manera voluntaria en la misma. Se les informó que los instrumentos debían ser completados en una única sesión, mientras esperaban a pasar a consulta con el neumólogo. Todos aquellos pacientes que accedieron a participar firmaron de forma consentida e informada el formato de consentimiento informado y posteriormente llenaban la ficha de identificación del paciente. La batería de instrumentos fue llenada de forma individual. Para aquellos participantes que no supieran leer, escribir, o tuvieran impedimentos visuales, el investigador aplicó los instrumentos en forma de entrevista. El tiempo para completar los instrumentos varió entre los 15 y 30 minutos por participante.

Análisis de Datos

Los datos fueron procesados con el programa estadístico SPSS en su versión 20. Para las variables categóricas (sexo, estado civil, escolaridad, datos de

historia de la enfermedad, etc.) se calcularon frecuencias y porcentajes. Mientras que para las variables continuas (edad, valores de depresión, ansiedad, puntajes de control del asma y calidad de vida) se obtuvieron las medidas de tendencia central: media y desviación estándar. Cabe mencionar que las puntuaciones de todos los instrumentos de evaluación se convirtieron a una escala de 0 al 100 con la finalidad de homogeneizar la lectura de los resultados. El procedimiento y puntos de corte de cada instrumento se encuentran descritos en el apartado de instrumentos.

Se empleó la prueba chi-cuadrada para examinar las diferencias entre los grupos de participantes con control del asma versus no controlados (clasificados por medio del ACT) contra las diferencias en las variables categóricas de sexo, presencia/ausencia de síntomas de depresión, presencia/ausencia de síntomas de ansiedad y puntajes de calidad de vida. La prueba *t* de *Student* para muestras independientes se utilizó para comparar las diferencias entre grupos (controlados versus no controlados) entre las variables continuas de edad y tiempo de evolución de la enfermedad. La significancia fue establecida en $p < .05$.

Para la validación de ambos instrumentos, MiniAQLQ y HADS se empleó el análisis estadístico descrito y propuesto por Reyes-Lagunes y García y Barragán (2008). Este procedimiento de análisis de datos se aplicó uno por cada instrumento. Los pasos se describen a continuación:

1. *Distribución de opciones de respuesta*: como primer paso se realizó un análisis de frecuencia de cada una de las opciones de respuesta por cada reactivo. Esto con la finalidad de comprobar que todas las respuestas fueran atractivas o adecuadas para el participante y que no existieran errores en la captura de datos. Los autores recomiendan que la frecuencia por cada opción de respuesta debe ser $\geq 5\%$. Los reactivos que no cumplan con el criterio deben ser puestas a consideración al continuar con los análisis siguientes.
2. *Discriminación de los reactivos por comparación de grupos extremos*: con el objetivo de evaluar la capacidad de discriminación de cada uno de los reactivos por comparación de grupos extremos, en el programa SPSS se

generó una nueva variable equivalente a la suma total de cada uno de los reactivos del instrumento a validar. A continuación se obtuvieron los valores del percentil 25 y 75 mediante un análisis de frecuencias. Una vez que se obtuvieron los cuartiles, se generó una nueva variable dicotómica: participantes por debajo del cuartil 25 y participantes con puntajes por arriba del cuartil 75. Esta última variable dicotómica fue entonces empleada como variable de agrupación para realizar pruebas *t* de *Student* de grupos independientes.

3. *Datos de confiabilidad*: Con todos los reactivos que pasaban el punto anterior, se realizó una prueba de confiabilidad interna mediante la fórmula alfa de Cronbach por el total de todos los reactivos del instrumento. También se revisaron los valores de correlación de cada reactivo con el puntaje total, la correlación al cuadrado con los otros reactivos y el valor de modificación del estadístico de confiabilidad al eliminar el reactivo.
4. *Validez de constructo*: Se empleó el estadístico índice de adecuación Kayser-Meyer-Olkin (KMO), y posteriormente se hizo un análisis de componentes principales con rotación ortogonal varimax. Los criterios para considerar un factor, fueron que tres o más reactivos con cargas mayores a .40 se agruparan y que existiera congruencia teórica entre ellos.
5. *Validez de criterio*: Para calcular la validez convergente del MiniAQLQ se calculó el coeficiente de correlación *r* de *Pearson* con la medida total del cuestionario de control de la enfermedad ACT, y para la validez divergente se correlacionó con las medidas depresión y ansiedad obtenidas a través del cuestionario HADS. En lo referente a la validez convergente del HADS se calculó el mismo coeficiente pero contrastando las sub-escalas de ansiedad y depresión, y la validez divergente con las medidas de calidad de vida y control de la enfermedad.

Resultados

Características socio-demográficas

En la tabla 7 se describen las características generales de los participantes de la primera fase. La muestra se encontró conformada por 75 participantes, 58 mujeres y 17 hombres, en un rango de edades entre los 21 y 85 años, que en conjunto reportan una media de edad de 43.95 ± 14.68 .

Tabla 7. Características sociodemográficas de los participantes en la Fase 1

Variable	Variable	n = 75 (%)
Sexo	Femenino	58 (77.3)
	Masculino	17 (22.7)
Edad		43.95 ± 14.68
Estado Civil	Soltero	33 (44)
	Casado	32 (42.7)
	Divorciado	6 (8)
	Viudo	4 (5.3)
Escolaridad	Primaria	13 (17.3)
	Secundaria	17 (22.7)
	Preparatoria	14 (18.7)
	Licenciatura	29 (38.7)
	Analfabeta	2 (2.8)
Ocupación	Empleado/Obrero	29 (38.7)
	Ama de Casa	26 (34.7)
	Empleada Doméstica	7 (9.3)
	Comerciante	8 (10.7)
	Estudiante	4 (5.3)
	Jubilado	1 (1.3)
	Ingresos Económicos	Sí
	No	18 (24)
¿El ingreso familiar satisface sus necesidades básicas?	Sí	41 (54.7)
	No	27 (36)
	No sabe	7 (9.3)

En lo referente a los datos de historia de la enfermedad la edad promedio de aparición de la enfermedad fue de 28.34 ± 16.03 , el 54.7% de los participantes tuvo al menos una hospitalización debida al asma durante el último año, y el promedio de la puntuación de control del asma se ubica por arriba de los 76 puntos que indican asma no controlada (tabla 8).

Tabla 8. Características de historia de la enfermedad y variables psicológicas de los participantes en la Fase 1

Variable	n=75 (%)
Edad al diagnóstico del asma	28.34 ± 16.03
Años de evolución de la enfermedad	15.81 ± 13.54
Presencia de co-morbilidades	
Sí	50 (66.7)
No	25 (33.3)
Tienen flujómetro	
Sí	31 (41.3)
No	44 (58.7)
Sabe el uso correcto del flujómetro	
Sí	23 (32)
No	39 (52)
No se encuentra seguro	12 (16)
Uso de Diario de Síntomas	
Sí	16 (21.3)
No	59 (78.7)
Asiste actualmente a terapia psicológica	
Sí	5 (6.7)
No	70 (93.3)
Hospitalizaciones debidas al asma durante el último año	
Ninguna	22 (29.3)
1 vez	41 (54.7)
2 a 4 veces	9 (12)
Más de 4 veces	2 (2.7)
No contestó	1 (1.3)
Control de la enfermedad ACT	76.37 ± 18.78
Total de HADS	33.36 ± 19.30
Depresión HADS	30.60 ± 18.82
Ansiedad HADS	36.21 ± 22.10
Calidad de Vida	74.68 ± 17.75

Comparación de grupos

La muestra de estudio fue categorizada como controlada y no controlada mediante el punto de corte del cuestionario de control del asma (ACT). En cuanto a la comparación entre los participantes con asma controlada (n=38) y participantes con asma no controlada (n=37) se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de participantes que presentaban síntomas de depresión y ansiedad (según el punto de corte clínico del HADS, el cual se

estableció en 38 puntos para ansiedad y 33 puntos para depresión). Adicionalmente se encontraron diferencias del control del asma en los participantes que puntuaron por arriba del percentil 25 (61.33 puntos) del MiniAQLQ y los que puntuaron por debajo de dicho percentil (tabla 9).

Tabla 9. Comparación de las características sociodemográficas y variables de interés (depresión, ansiedad y calidad de vida) entre los grupos con asma controlada y no controlada

Variables	Grupos Comparados		$\chi^2/ F (gl)$	<i>p</i>
	Controlados (ACT ≥ 76) n = 38	No controlados (ACT ≤ 77) n= 37		
Sexo			.239 (1)	.625
Mujeres	28 (48.3%)	30 (51.7%)		
Hombres	10 (41.2%)	7 (58.8%)		
Edad	44.39 ± 13.12	43.47 ± 13.85	-1.18 (73)	.239
Tiempo de evolución de la enfermedad	17.71 ± 13.90	13.85 ± 13.90	-.268 (73)	.789
Depresión- HADS			4.844 (1)	.028*
Ausencia de Síntomas (puntajes ≤ 32)	27 (62.8%)	16 (37.2%)		
Presencia de Síntomas (puntajes ≥ 33)	11 (34.4%)	21 (65.6%)		
Ansiedad-HADS			11.425(1)	.001***
Ausencia de Síntomas (puntajes ≤ 37)	30 (68.2%)	14 (31.8%)		
Presencia de Síntomas (puntajes ≥ 38)	8 (25.8%)	23 (74.8%)		
Calidad de Vida- MiniAQLQ			10.585 (1)	.001***
Puntajes por debajo percentil 25 ^a	35 (62.5%)	21 (37.5%)		
Puntajes por arriba del percentil 25 ^a	3 (15.8%)	16 (84.2%)		

Nota: ^a A mayor puntaje del instrumento MiniAQLQ indica mayor calidad de vida.

* *p* < .05, ** *p* < .01, *** *p* < .001

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de la validación del instrumento de calidad de vida para pacientes con asma.

Resultados de la validación psicométrica del MiniAQLQ de Juniper, Guyatt, et al. (1999)

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis de frecuencia para cada uno de los reactivos, para verificar la presencia o ausencia de efectos de piso o techo en la distribución de frecuencia en las opciones de respuesta, encontrándose que no hubo un sesgo en las opciones de respuesta extremas, con un porcentaje de respuestas en las dos opciones extremas adyacentes inferiores o superiores, no menor al 10%, excepto en el reactivo 15, donde la suma de las opciones extremas, 8 y 1.3% es menor al 10%. También se verificó que ningún valor se encontrara fuera del rango, así como la direccionalidad de todos los reactivos; que en este caso todos los reactivos siguen la misma dirección, por lo que no se modificó ninguna calificación (tabla 10).

Tabla 10. Análisis de frecuencias de los reactivos de del cuestionario MiniAQLQ

Reactivos	Códigos de Respuesta n (%)				
	Siempre	Casi siempre	Poco tiempo	Casi nunca	Nunca
1- Dificultad para respirar	2 (2.7)	6 (8)	17 (22.7)	26 (34.7)	24 (32)
2- Molestias debidas al polvo	14 (18.7)	14 (18.7)	15 (20)	18 (24)	14 (18.7)
3- Frustración como resultado de tener asma	7 (9.3)	4 (5.3)	18 (24)	13 (17.3)	33 (44)
4- Molestias debidas a la tos	7 (9.3)	9 (12)	6 (8)	17 (22.7)	36 (48)
5- Miedo por no tener a la mano el medicamento de rescate	14 (18.7)	3 (4)	9 (12)	12 (16)	37 (49.3)
6- Sensación de presión o pesadez en el pecho	7 (9.3)	5 (6.7)	14 (18.7)	17 (22.7)	32 (42.7)
7- Dificultades para dormir bien en la noche debido al asma	7 (9.3)	3(4)	11 (14.7)	11 (14.7)	43 (57.3)
8- Preocupaciones debidas a tener asma	10 (13.3)	5 (6.7)	11 (14.7)	15 (20)	34 (45.3)
9- Silbidos en el pecho	7 (9.3)	4 (5.3)	13 (17.3)	16 (21.3)	35 (46.7)
10- Se vio obligado a evitar el humo del cigarro	28 (37.3)	6 (8)	6 (8)	14 (18.7)	21 (28)
11- Evitó salir debido a factores ambientales (cambios clima, contaminación)	12 (16)	12 (16)	8 (10.7)	6 (8)	37 (49.3)
12- Actividades agotadoras	11 (14.7)	7 (9.3)	18 (24)	17 (22.7)	22 (29.3)
13- Actividades moderadas	7 (9.3)	4 (5.3)	19 (25.3)	9 (12)	36 (48)
14- Actividades sociales	4 (5.3)	6 (8)	8 (10.7)	13 (17.3)	44 (58.7)
15- Actividades de trabajo o diarias	6 (8)	1 (1.3)	9 (12)	17 (22.7)	42 (56)

Una vez obtenidos los valores del percentil 25 (61.33 puntos) y 75 (89.33 puntos) del total del instrumento, se crearon los grupos extremos con el propósito de evaluarse la capacidad de discriminación de cada uno de los reactivos por comparación de estos grupos, consiguiendo los resultados presentados en la tabla 11. Se puede observar que todos los reactivos tienen la propiedad de discriminar entre grupos extremos.

Tabla 11. Análisis de discriminación de los reactivos del cuestionario MiniAQLQ

Reactivos	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
1- (S) Dificultad para respirar	7.454	21.91	.000
2- (EA) Molestias debidas al polvo	11.646	35.21	.000
3- (E) Frustración como resultado de tener asma	8.950	38	.000
4- (S) Molestias debidas a la tos	8.658	38	.000
5- (E) Miedo por no tener a la mano el medicamento para el asma	9.669	38	.000
6- (S) Sensación de presión o pesadez en el pecho	20.507	38	.000
7- (S) Dificultades para dormir bien en la noche debido al asma	6.618	38	.000
8- (E) Preocupaciones debidas a tener asma	9.819	38	.000
9- (S) Silbidos en el pecho	9.819	38	.000
10- (EA) Tuvo que evitar el humo del cigarro	5.530	37.894	.000
11- (EA) Evitó salir debido a factores ambientales (cambios clima, contaminación)	4.155	31.605	.000
12- (A) Actividades agotadoras	8.080	26.020	.000
13- (A) Actividades moderadas	9.154	18.830	.000
14- (A) Actividades sociales	4.294	18.026	.000
15- (A) Actividades de trabajo o diarias	5.012	17.641	.000

Nota: Factores del MiniAQLA propuestos por Juniper: (S) Síntomas, (EA) Estímulos Ambientales, (E) Factores Emocionales, (A) Actividades.

El MiniAQLQ obtuvo una consistencia interna total de $\alpha = .900$. Como se puede observar en esta tabla 12, todos los ítems correlacionaron entre moderado y alto (valores entre $r=.422$, $p < .05$, y $r=.733$, $p < .05$), y el alfa de Cronbach no se modifica sustancialmente al eliminar algún reactivo.

El índice de adecuación Kayser-Meyer-Olkin (KMO) obtenido fue de .862, por lo tanto, se procedió a llevar a cabo del análisis factorial por medio de un análisis de componentes principales.

Tabla 12. Estadísticos de correlación y de eliminación de elemento del alfa de Cronbach del MiniAQLQ

Reactivos	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1- (S) Dificultad para respirar	.561	.468	.895
2- (EA) Molestias debidas al polvo	.733	.638	.888
3- (E) Frustración como resultado de tener asma	.706	.666	.889
4- (S) Molestias debidas a la tos	.529	.464	.896
5- (E) Miedo por no tener a la mano el medicamento para el asma	.701	.649	.889
6- (S) Sensación de presión o pesadez en el pecho	.743	.715	.888
7- (S) Dificultades para dormir bien en la noche debido al asma	.697	.710	.889
8- (E) Preocupaciones debidas a tener asma	.741	.711	.887
9- (S) Silbidos en el pecho	.684	.669	.890
10- (EA) Tuvo que evitar el humo del cigarro	.433	.351	.901
11- (EA) Evitó salir debido a factores ambientales (cambios clima, contaminación)	.422	.388	.901
12- (A) Actividades agotadoras	.509	.349	.896
13- (A) Actividades moderadas	.429	.507	.899
14- (A) Actividades sociales	.449	.436	.898
15- (A) Actividades de trabajo o diarias	.455	.553	.898

Nota: Factores del MiniAQLA propuestos por Juniper et al. (1999): (S) Síntomas, (EA) Estímulos Ambientales, (E) Factores Emocionales, (A) Actividades.

De la matriz de componentes rotados resultante se obtuvo una estructura factorial compuesta por tres factores que en conjunto explican el 62.21% de la varianza. La distribución original planteada por Juniper, Guyatt, et al. (1999) propone 4 factores: síntomas, estímulos ambientales, estado emocional y actividades, sin embargo, en el presente análisis los reactivos se agruparon en tres factores, los cuáles son presentados en la tabla 13 y fueron nombrados: factor 1, síntomas asociados al asma, factor 2, síntomas debidos a factores externos, y factor 3, actividades. El primer factor quedó conformado por 6 reactivos que en conjunto hacen referencia a los síntomas de la enfermedad asmática que están asociados a factores emocionales, producto de la sintomatología asociada a la enfermedad (dificultad para dormir, sensación de presión en el pecho, preocupaciones,

frustración). Mientras que el segundo factor fue conformado por 6 reactivos que hacen referencia a aquellos síntomas que se deben a factores externos de la índole ambiental, externa al individuo, como lo son las molestias debidas a la tos, al polvo, incluso realizar actividades agotadoras (que en muchas ocasiones salen del control personal). Finalmente, el tercer factor comprendió los tres reactivos que hacen referencia a las actividades que realiza el paciente con asma en su día a día. En la tabla 13 se presenta la estructura factorial resultante, así como la varianza y alfa de Cronbach por cada factor.

Tabla 13. Estructura factorial del cuestionario MiniAQLQ

Reactivos	Factores		
	Síntomas asociados al asma	Síntomas debidos a factores externos	Actividades
7- (S) Dificultades para dormir bien en la noche debido al asma	.851		
6- (S) Sensación de presión o pesadez en el pecho	.815		
8- (E) Preocupaciones debidas a tener asma	.797		
3- (E) Frustración como resultado de tener asma	.780		
9- (S) Silbidos en el pecho	.778		
5- (E) Miedo por no tener a la mano el medicamento para el asma	.746		
11- (EA) Evitó salir debido a factores ambientales (cambios de clima, contaminación)		.765	
1- (S) Dificultad para respirar		.629	
4- (S) Molestias debidas a la tos		.603	
2- (EA) Molestias debidas al polvo		.536	
12- (A) Actividades agotadoras		.496	
10- (EA) Tuvo que evitar el humo del cigarro		.444	
15- (A) Actividades de trabajo o diarias			.828
13- (A) Actividades moderadas			.684
14- (A) Actividades sociales			.657
% Varianza Explicada	43.959	10.361	7.891
% Varianza Acumulada	43.959	54.320	62.21
Alfa de Cronbach	.920	.756	.686

Nota: Método de extracción de Análisis de Componentes Principales. Método de Rotación: Varimax con Normalización Kaiser. La rotación convergió en 3 iteraciones. Factores del MiniAQLA propuestos por Juniper et al. (1999a): (S) Síntomas, (EA) Estímulos Ambientales, (E) Factores Emocionales, (A) Actividades.

En la tabla 14 se muestran los índices de correlación de los factores obtenidos con el total de la escala, los cuales oscilaron entre altas y muy altas ($r = .660$ a $r = .899$). En la misma tabla se muestran las correlaciones moderadas negativas con las variables de depresión ($r = -.480$, $p < .05$), ansiedad ($r = -.526$, $p < .05$), total de HADS ($r = -.535$, $p < .05$) y moderadas positivas con el control del asma ($r = .712$, $p < .05$).

Tabla 14. Correlaciones MiniAQLQ (calidad de vida) con HADS (depresión, ansiedad) y ACT (control del asma).

	1	2	3	4	5	6	7
1. Factor 1							
2. Factor 2	.652**						
3. Factor 3	.424**	.501**					
4. Calidad de Vida MiniAQLQ	.899**	.885**	.660**				
5. Depresión HADS	-.438**	-.345**	-.459**	-.480**			
6. Ansiedad HADS	-.521**	-.386**	-.391**	-.526**	.779**		
7. Distrés Total de HADS	-.512**	-.390**	-.447**	-.535**	.933**	.952**	
8. Control del Asma ACT	.626**	.667**	.430**	.712**	-.453**	-.478**	-.495**

Nota: Factor 1=Factores emocionales producto de la sintomatología asociada al asma, Factor 2=Síntomas debidos a factores externos, Factor 3= Actividades.

** $p < .01$ (2-colas)

Resultados de la validación psicométrica de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

Por tratarse de un instrumento que ya cuenta con versión traducida al español y validada en diversas muestras de participantes mexicanos (Galindo, Benjet, et al., 2015; López Alvarenga et al., 2002; Noguera et al., 2013) se decidió no realizar la validación de contenido mediante jueces expertos y pasar directamente a la validación de las propiedades psicométricas.

Se llevó a cabo el análisis de frecuencias de respuestas, y de este primer análisis de distribución se encontró que los 14 reactivos contaron con respuestas en cada una de las opciones a elegir y no existió ningún sesgo en la elección de

respuestas. Los reactivos 1, 3, 5, 8, 10, 11 y 13 siguen un sentido contrario al objetivo del instrumento que es a mayor puntaje mayor número de síntomas emocionales. Por lo tanto, la calificación de cada uno de esos reactivos citados fue invertida antes de presentar los resultados para poder continuar con la validación. Si bien el código de respuestas presentado en la tabla 15 no corresponde a todos los reactivos, sí representa la idea general que siguen todos los reactivos del instrumento.

Tabla 15. Análisis de frecuencias de los reactivos de la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

Reactivos	Siempre	Casi Siempre	Rara Vez	Nunca
1. (A)- Me siento tenso o nervioso	5 (6.7%)	18 (24%)	42 (56%)	10 (13.3%)
2. (D)- Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre	24 (32%)	31 (41.3%)	17 (22.7%)	3 (4%)
3. (A)-Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder	9 (12%)	16 (21.3%)	17 (22.7%)	33 (44%)
4. (D)-Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas	33 (44%)	31 (41.3%)	10 (13.3%)	1 (1.3%)
5. (A)-Tengo la cabeza llena de preocupaciones	9 (12%)	15 (20%)	43 (57.3%)	6 (10.7%)
6. (D)-Me siento alegre	19 (25.3%)	38 (50.7%)	17 (22.7%)	1 (1.3%)
7. (A)-Soy capaz de permanecer sentado tranquilo y relajada	16 (21.3%)	38 (50.7%)	14 (18.7%)	7 (9.3%)
8. (D)-Me siento lento y torpe	3 (4%)	16 (21.3%)	39 (52%)	17 (22.7%)
9. (A)-Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago	4 (5.3%)	7 (9.3%)	39 (52%)	25 (33.3%)
10. (D)-He perdido el interés por mi aspecto personal	7 (9.3%)	9 (12%)	31 (41.3%)	28 (37.3%)
11. (A)- Me siento inquieto como si no pudiera dejar de moverme	5 (6.7%)	10 (13.3%)	31 (41.3%)	29 (38.7%)
12. (D)- Espero las cosas con ilusión	27 (36%)	28 (37.3%)	18 (24%)	2 (2.7%)
13. (A)- Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor	5 (6.7%)	12 (16%)	37 (49.3%)	21 (28%)
14. (D)- Soy capaz de disfrutar un buen libro, programa de radio o televisión	36 (48%)	24 (32%)	13 (17.3%)	2 (2.7%)

Nota: Factores originales del HADS: (A) Ansiedad y (D) Depresión

Por medio del análisis de discriminación se comprobó que todos los reactivos de la escala fueron capaces de distinguir entre los grupos de participantes con puntajes por arriba del percentil 75 (50 puntos) y con puntajes por debajo de los 19.04 puntos que indican el percentil 25 (Tabla 16).

Tabla 16. Análisis de Discriminación de los reactivos de la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS)

Reactivos	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
1. (A)- Me siento tenso o nervioso	8.661	36	.000
2. (D)- Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre	5.633	36	.000
3. (A)-Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder	9.133	21.605	.000
4. (D)-Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas	5.180	36	.000
5. (A)-Tengo la cabeza llena de preocupaciones	9.135	36	.000
6. (D)-Me siento alegre	6.496	36	.000
7. (A)-Soy capaz de permanecer sentado tranquilo y relajada	4.072	36	.000
8. (D)-Me siento lento y torpe	5.125	36	.000
9. (A)-Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago	6.131	29.396	.000
10. D-He perdido el interés por mi aspecto personal	10.297	22.027	.000
11. (A)- Me siento inquieto como si no pudiera dejar de moverme	7.219	24.033	.000
12. (D)- Espero las cosas con ilusión	5.367	36	.000
13. (A)- Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor	8.641	26.883	.000
14. (D)- Soy capaz de disfrutar un buen libro, programa de radio o televisión	4.594	31.234	.000

Nota. Factores originales del HADS: (A) Ansiedad y (D) Depresión

Se realizó la prueba de confiabilidad interna mediante Alfa de *Cronbach*, donde junto con el estadístico de confiabilidad se revisaron los valores de correlación de cada reactivo con el total, la correlación al cuadrado con los otros reactivos y el valor de modificación del estadístico de confiabilidad al eliminar el reactivo (Tabla 17). Se obtuvo un valor de Alfa de *Cronbach* de .910 por los 14 reactivos, y de $\alpha = .812$ para el factor de depresión (7 reactivos) y de $\alpha = .873$ para

los 7 reactivos que conforman el factor de ansiedad. Todos los reactivos correlacionan de moderado a alto con el total (entre $r = .474$ y $r = .732$).

Tabla 17. Estadísticos de correlación y de eliminación de elemento del Alfa de Crobach la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria HADS

Reactivos	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa si se elimina el elemento
1. (A)- Me siento tenso o nervioso	.713	.671	.901
2. (D)- Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre	.592	.470	.905
3. (A)-Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder	.656	.603	.903
4. (D)-Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas	.509	.518	.908
5. (A)-Tengo la cabeza llena de preocupaciones	.732	.711	.900
6. (D)-Me siento alegre	.543	.519	.907
7. (A)-Soy capaz de permanecer sentado tranquilo y relajada	.474	.359	.910
8. (D)-Me siento lento y torpe	.546	.456	.907
9. (A)-Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago	.687	.721	.902
10. D-He perdido el interés por mi aspecto personal	.730	.636	.900
11. (A)- Me siento inquieto como si no pudiera dejar de moverme	.664	.668	.902
12. (D)- Espero las cosas con ilusión	.510	.419	.908
13. (A)- Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor	.726	.756	.900
14. (D)- Soy capaz de disfrutar un buen libro, programa de radio o televisión	.576	.567	.906

Nota: Factores originales del HADS: (A) Ansiedad y (D) Depresión

El índice de adecuación KMO fue de .839 por lo que se prosiguió con el análisis de componentes principales con rotación varimax ortogonal. En una prueba exploratoria inicial el análisis arrojó 2 factores que explican el 55.67% de la varianza total. El primer factor agrupó a todos los reactivos de ansiedad y dos reactivos que están contemplados como indicadores de depresión (reactivos 8 y 10) con un valor $\alpha = .897$. El segundo factor agrupó a los reactivos considerados como indicadores

de depresión, que explican en conjunto una varianza de 8.743 %, con un $\alpha = .771$ (tabla 18).

Tabla 18. Composición factorial de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria HADS en una muestra de pacientes con asma

Reactivos	Factores	
	Ansiedad	Depresión
13. (A)- Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor	.816	
1. (A)- Me siento tenso o nervioso	.789	
5. (A)-Tengo la cabeza llena de preocupaciones	.784	
9. (A)-Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago	.735	
10. (D)-He perdido el interés por mi aspecto personal	.718	
11. (A)- Me siento inquieto como si no pudiera dejar de moverme	.696	
8. (D)-Me siento lento y torpe	.653	
3. (A)-Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder	.599	
7. (A)-Soy capaz de permanecer sentado tranquilo y relajada	.411	
4. D-Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas		.850
6. D-Me siento alegre		.765
2. D- Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre		.600
14. D- Soy capaz de disfrutar un buen libro, programa de radio o televisión		.596
12. D- Espero las cosas con ilusión		.460
% Varianza Explicada	46.946	8.743
% Varianza Acumulada	46.946	55.688
Alfa de Cronbach	.897	.771

Nota: Factores originales del HADS: (A) Ansiedad y (D) Depresión. Método de extracción de Análisis de Componentes Principales. Método de Rotación: Varimax con Normalización Kaiser. La rotación convergió en 3 iteraciones.

Posteriormente se tomó la decisión de excluir los reactivos de depresión 8 y 10 debido a que se agrupaban en el factor de ansiedad. En este segundo análisis exploratorio, el índice KMO fue igual a .828. Como puede observarse en la tabla 19, se conservaron los 2 factores que explicaban el 57.041% de la varianza acumulada.

Tabla 19. Composición factorial de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en una muestra de personas con asma, sin los reactivos 8 y 10

Reactivos	Factores	
	1	2
1. (A)- Me siento tenso o nervioso	.817	
5. (A)-Tengo la cabeza llena de preocupaciones	.814	
13. (A)- Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor	.807	
9. (A)-Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago	.785	
11.(A)- Me siento inquieto como si no pudiera dejar de moverme	.662	
3. (A)-Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder	.594	
7. (A)-Soy capaz de permanecer sentado tranquilo y relajada	.435	
4. (D)-Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas		.834
6. (D)-Me siento alegre		.803
2. (D)- Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre		.590
14. (D)- Soy capaz de disfrutar un buen libro, programa de radio o televisión		.515
12. (D)- Espero las cosas con ilusión		.499
% Varianza Explicada	47.194	9.847
% Varianza Acumulada	47.194	57.041
Alfa de Cronbach	.873	.771

Nota: Factores originales del HADS: (A) Ansiedad y (D) Depresión. Método de extracción de Análisis de Componentes Principales. Método de Rotación: Varimax con Normalización Kaiser. La rotación convergió en 3 iteraciones.

En la tabla 20 se muestran los índices de correlación por cada uno de los factores, entre ellos y con el total de la escala HADS ($r=.779$, $r=.933$ y $r=.952$). Así como correlaciones moderadas negativas entre depresión y calidad de vida ($r=-.480$, $p < .05$), depresión y control del asma ($r=-.453$ $p < .05$), ansiedad y calidad de vida ($r=-.526$) y ansiedad y control de la enfermedad ($r=-.478$, $p < .05$).

Tabla 20. Correlaciones del HADS y sus factores con el MiniAQLA y ACT

	1	2	3	4
1. Depresión HADS				
2. Ansiedad HADS	.779**			
3. Total HADS	.933**	.952**		
4. Calidad de Vida MiniAQLQ	-.480**	-.526**	-.535**	
5. Control del Asma ACT	-.453**	-.478**	-.495**	.712**

** $p < .01$ (2-colas)

Para tomar la decisión final en si era conveniente conservar los reactivos 8 y 10 en análisis posteriores, se aplicó una prueba t para muestras independientes donde se compararon los puntajes de depresión entre los grupos con control del asma y no controlados. En ambos casos se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas (tabla 21).

Sin embargo, al comparar las puntuaciones de los participantes que habían sido clasificados por el ACT como no controlados, cuando se empleaban los 7 reactivos de depresión versus los 5 reactivos, por medio de una t de Student para pruebas apareadas. Se encontró que no existían diferencias significativas entre los grupos ($t=1.829$, $g=36$, $p=.76$).

Así al no existir diferencias en la medición de depresión cuando se empleaban todos los 7 reactivos o solo los 5 contemplados en el análisis factorial, después de haber eliminado a los reactivos 8 y 10, y con la finalidad de no modificar los puntos de corte clínicos, se decidió emplear la escala de depresión en su totalidad, es decir, los 7 reactivos, en la intervención como medida de depresión.

Tabla 21. Comparación de las medias de los grupos con asma controlada y no controlada cuando son medidos con los 7 reactivos del HADS-Depresión versus 5 reactivos

Variables	Grupos Comparados		t (g)	p
	Controlados (ACT ≥ 76) n = 38	No controlados (ACT ≤ 77) n= 37		
Depresión- HADS con 7 reactivos	23.80 ± 17.18	37.58 ± 18.05	3.384 (73)	.001***
Depresión- HADS con 5 reactivos	22.98 ± 18.18	35.67 ± 18.60	2.988 (73)	.004**

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Discusión y Conclusiones de la Fase 1

Esta primera fase se realizó con el objetivo de contar con pruebas psicológicas que permitan la correcta evaluación de las variables psicológicas que estarían presentes en la fase de intervención. Por lo tanto, se examinaron las variables psicométricas del instrumento de calidad de vida para pacientes con asma en su versión breve de Juniper, Guyatt, et al. (1999) y la HADS directamente en la población diana del estudio. De manera general, los resultados indican que ambos instrumentos presentan características adecuadas para ser empleados en población asmática asistente a consulta externa de un instituto de salud pública de tercer nivel de atención en la Ciudad de México.

Se encontró que la muestra no presentó una media por arriba del punto de corte (considerada en 33 para depresión y 38 puntos en el caso de ansiedad) para considerar depresión o ansiedad clínica según el HADS. La variable de ansiedad fue aquella que se acercó al punto de corte con una media de 36.21 puntos y se encontró presente en el 41.33% del total de los participantes, mientras que la depresión se encontró en un promedio ligeramente más alto, con el 42.66%. Lo anterior contradice con lo planteado por Strine et al., (2005) y Labor et al., (2017), quienes indican que la ansiedad se presenta con mayor frecuencia que la depresión en población asmática.

Los resultados obtenidos durante esta evaluación confirman que al menos el 52% de los participantes no se encuentran controlados, similar a lo reportado por Deshmunkh et al., (2005), Arlindo et al., (2011), Urrutia et al., (2012), donde se menciona que la mayoría de la población asmática no tiene un control adecuado de su enfermedad.

A diferencia de otros estudios como los de Strine et al., (2005), González-Barcala et al., (2012), Urrutia et al., (2012), las variables de sexo, edad y tiempo de evolución de la enfermedad, no fueron variables en la que se marcara una diferencia entre los grupos de participantes controlados y los no controlados. Por otro lado, las variables psicológicas de depresión, ansiedad y calidad de vida fueron las que marcaron diferencias significativas entre los dos grupos de control de la

enfermedad. Aquellos participantes en el grupo de síntomas clínicos de ansiedad y depresión parecen ser más propensos a tener asma no controlada. Estos resultados son similares a los reportados por Labor et al. (2017) y Correia de Sousa et al. (2013), quienes señalaron que los pacientes con asma no controlada son aquellos que tenían presencia de síntomas de ansiedad y depresión.

De manera similar, la comparación realizada entre los grupos que puntuaron por arriba del percentil 25 en calidad de vida y aquellos con puntuaciones por arriba de este cuartil, apuntó a que hay diferencias en el control de la enfermedad. Lo que nos lleva a concordar con lo expuesto por Deshmukh et al. (2005), Arlindo et al. (2011), y Correia de Sousa et al. (2013) que indican que la calidad de vida es una variable importante en el control de la enfermedad.

Lo anterior nos lleva a suponer que en el caso de los participantes del INER, las variables psicológicas son relevantes para el abordaje del control de la enfermedad y deben ser tomadas en cuenta al momento de diseñar un tratamiento integral para el paciente con asma.

De acuerdo con los jueces expertos consultados en la investigación, el instrumento de calidad de vida para pacientes asmáticos de Juniper, Guyatt, et al. (1999) en su versión breve, cuenta con los criterios de contenido adecuados para evaluar la calidad de vida específica a la enfermedad. El instrumento se caracterizó por una consistencia interna adecuada de $\alpha = .90$, el cual es un valor similar a lo reportado en su versión original.

Las correlaciones negativas moderadas entre calidad de vida y depresión ($r = -.480, p < .05$), calidad de vida y ansiedad ($r = -.526, p < .05$) demuestran que el instrumento cuenta con validez de criterio divergente adecuada. De la misma manera los datos de correlación alta positiva entre calidad de vida y control del asma ($r = .712, p < .05$) nos indican que la validez de criterio convergente del instrumento MiniAQLQ es altamente aceptable.

El análisis de componentes principales arrojó la presencia de 3 factores que explicaron buena parte de la varianza explicada (62.2%), distinto a lo presentado por los autores que indicaban una composición de 4 factores. Los factores

resultantes en la presente investigación fueron clasificados de la siguiente manera: sintomatología asociada a la enfermedad asmática asociados a factores emocionales, el segundo factor hace alusión a síntomas debidos a factores externos de índole ambiental, y finalmente, el tercer factor correspondiente a las actividades. Una posible explicación al por qué los síntomas se agruparon de manera distinta puede deberse a la traducción e interpretación lingüística de los reactivos ya que, aunque se contaba con una versión traducida al español de la cual no se especifica en qué país fue traducida o la nacionalidad de los traductores, por lo que se decidió adecuarla al léxico mexicano según las sugerencias de los jueces expertos.

Otra consideración se desprende de las observaciones hechas por Clark et al. (2016), quienes mencionan que los pacientes con enfermedad fisiológica suelen interpretar las variables psicológicas de manera particular dependiendo de las características somáticas que les acontecen y esto se ve reflejado cuando se realizan los análisis factoriales o confirmatorios de diversos instrumentos de evaluación psicológica. Como ya han documentado otros autores, en el caso de los pacientes con asma parece ser que conjuntan los síntomas somáticos de la enfermedad, con los síntomas característicos de ansiedad, como ocurrió con el primer factor originado en el análisis por componentes principales.

Juniper, Norman, Cox y Roberts (2001) mencionan que los cuestionarios de calidad de vida específicos por enfermedad, han sido diseñados para medir los problemas que son considerados como los más importantes para la mayoría de los pacientes con estas condiciones, pero los pacientes son heterogéneos en cuanto a sus experiencias y prioridades y ningún cuestionario es capaz de cubrir todos los problemas que experimentan todos los pacientes. En el caso específico del MiniAQLQ es una buena herramienta para identificar los problemas principales y partir de ahí para el diseño de intervenciones.

Similar a la importancia de contar con un instrumento específico para calidad de vida de pacientes con asma, se desprende la importancia de contar con una herramienta para evaluar la ansiedad del paciente con asma que se centre en los síntomas cognitivos de la ansiedad más allá de los síntomas fisiológicos.

En este caso, el instrumento HADS resulta ser una opción adecuada para esta tarea ya que obtuvo datos de consistencia interna adecuada ($\alpha = .839$) y correlacionó negativamente las medidas de calidad de vida ($r = -.480$, $p < .05$) y control de la enfermedad ($r = -.495$, $p < .05$) lo que nos habla de una validez de criterio divergente adecuada.

En cuanto a la composición factorial de la escala HADS el primer análisis arrojó dos factores, como los reportados por Zigmond y Snaith (1983). Situación similar a la reportada por Rico, Restrepo y Molina (2005) con pacientes con cáncer y Barriguet et al. (2017) con pacientes mexicanos con desórdenes alimenticios. Aunque es lo contrario a lo reportado por Nogueta et al. (2013), que buscaron la validación del HADS en personas mexicanas con infección por VIH y encontraron que el instrumento arrojaba solo un factor y decidieron llamar al conjunto de reactivos como una sola variable nombrada distrés.

Aunque en la presente investigación se obtuvieron dos factores, no debe de perderse de vista que la correlación entre ansiedad y depresión fue alta ($r = .779$, $p < .05$). Si bien son dos entidades psicológicas con síntomas en común, estos resultados podrían sumarse al debate de si deben ser evaluadas de manera conjunta o separada.

En el caso particular de la presente investigación, dos reactivos de depresión se agrupaban en los reactivos que evalúan depresión: “He perdido el interés por mi aspecto personal” y “Me siento lento y torpe”, por lo que se decidió llevar a cabo un segundo análisis de componentes principales sin dichos reactivos. Se encontró que las propiedades psicométricas de la escala no se veían afectadas al eliminar los reactivos, sin embargo, tampoco se encontraron alteraciones a la sensibilidad del instrumento para distinguir entre grupos con ausencia y presencia de síntomas de depresión, por lo que se decidió conservar los siete reactivos que constituyen la escala de depresión.

Las propiedades psicométricas y la brevedad de ambas escalas las hacen muy útiles como prueba de tamizaje para problemas psicológicos en pacientes con asma bronquial. Constituyen una contribución relevante y pueden considerarse

punto de partida para próximas investigaciones. En un futuro sería recomendable realizar los análisis confirmatorios correspondientes y dar continuidad a la evaluación de las propiedades psicométricas de dichos instrumentos y realizar los ajustes necesarios.

FASE 2: Intervención cognitivo conductual dirigida a pacientes con síntomas de depresión y asma no controlada

Objetivo General

Evaluar el efecto del manejo de los síntomas de depresión mediante una Intervención Cognitivo Conductual (ICC) breve sobre el control de la enfermedad y la calidad de vida de pacientes asmáticos no controlados.

Objetivos Específicos

- Comparar las medidas de los síntomas de depresión antes de la ICC breve, inmediatamente después del tratamiento y a los 4 meses de finalizada.
- Evaluar el efecto de la ICC breve dirigida a síntomas de depresión sobre los síntomas de ansiedad, antes, durante y una vez finalizado el tratamiento.
- Comparar las medidas de calidad de vida relacionada con la enfermedad asmática antes de la ICC breve, inmediatamente después de la intervención, y a los 4 meses de finalizada.
- Comparar las medidas relacionadas con control de la enfermedad (auto-reporte mediante cuestionario y valores del PEF obtenidos por flujometría) antes, durante, inmediatamente después de finalizada la ICC breve, así como a los 4 meses de finalizada.

Hipótesis principal

Si se entrena a pacientes asmáticos que presentan asma no controlada y síntomas depresivos, en el manejo de la sintomatología depresiva y entonces el control del asma se verá beneficiada, y por consiguiente la calidad de vida relacionada con la enfermedad.

MÉTODO

Participantes

Se invitó a participar a todos los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. Debido a las características de la población que acude al instituto y del escenario, no es posible fijar un tamaño de la muestra. Los pacientes debían cumplir los siguientes criterios:

Inclusión:

- 1) Mayores de 18 años.
- 2) Diagnóstico de asma confirmado por neumólogo.
- 3) Evolución del padecimiento mayor a 12 meses, reporte que hacía el mismo paciente y se comprobaba con el expediente.
- 4) Asma clasificada como No controlada, mediante el ACT (de 0 a 19 puntos en su escala original, equivalente a 76 puntos en una escala del 0 al 100).
- 5) Presencia de depresión medida por el instrumento HADS con una puntuación > de 7 en la escala correspondiente a depresión (equivalente a 33 puntos en una escala del 0 al 100).
- 6) Firmar el consentimiento informado (anexo 7).

Exclusión:

- 1) Presencia de déficits cognitivos que intervengan con los procesos cognitivos necesarios para llevar a cabo las técnicas de intervención.
- 2) Consumir ansiolíticos y/o anti depresivos.
- 3) Inclusión en otros protocolos de psicología u otra índole dentro del INER.
- 4) Asistir a consulta psicológica privada.
- 5) Requerir intervención psicológica que responda a otras características (ejemplo: fumadores, violencia de pareja, terapia familiar, manejo de duelo, entre otros).

Eliminación:

- 1) Resistencia ante la intervención o el investigador.
- 2) No completar la evaluación inicial.

En la figura 2 puede apreciarse que en total se evaluaron 75 pacientes que accedieron a contestar los cuestionarios de evaluación. De estos participantes, 12 (once mujeres y un hombre) cumplieron con los criterios de inclusión necesarios para participar en la intervención y se les realizó la invitación a participar en el protocolo. Siete sujetos (todas mujeres) aceptaron participar. El motivo principal para la no participación fue la distancia de su hogar al instituto y trabajo de tiempo completo que les impedía asistir a las sesiones. Dos participantes no se presentaron a la primera cita; en ambos casos se realizó llamada de rescate, sin embargo, no se logró volver a tener contacto con las participantes vía telefónica o presencial. Cinco pacientes iniciaron protocolo, tres de ellas abandonaron el protocolo debido a que se vieron directamente damnificadas el sismo acontecido el 19 de septiembre de 2018, una de ellas perdió su vivienda y otras dos se vieron afectadas ya que el colegio de sus hijos cerró y no fue posible que asistieran a las sesiones en los horarios previamente establecidos y se modificaron los horarios de atención que se tenían establecidos para psicología dentro de la clínica de asma. Dos participantes completaron únicamente la primera sesión del protocolo, mientras que otra ya había completado dos sesiones. Dos pacientes finalizaron protocolo y se presentaron a los seguimientos.

Cabe destacar que, dentro de la evaluación se ubicaron a 34 (54.7% del total de la muestra) participantes reportaron niveles de depresión dentro de los parámetros establecidos como criterio de inclusión, y 37 (49.3%) presentaban asma no controlada de acuerdo con el ACT. De forma conjunta, 23 (30.66%) pacientes presentaban depresión y asma no controlada. Sin embargo, once participantes se encontraban en un protocolo de investigación médica dentro del instituto. En entrevista informal, de estos once pacientes, dos comentaron que consumían antidepresivos y ansiolíticos por prescripción médica, y al menos nueve comentaron problemáticas con características psicológicas que requerían un enfoque de atención psicoterapéutica diferente a la ofrecida en el protocolo. Particularmente, en este grupo se encontraron tres casos donde el motivo de consulta psicológica se debía a problemas conyugales y de violencia de género.

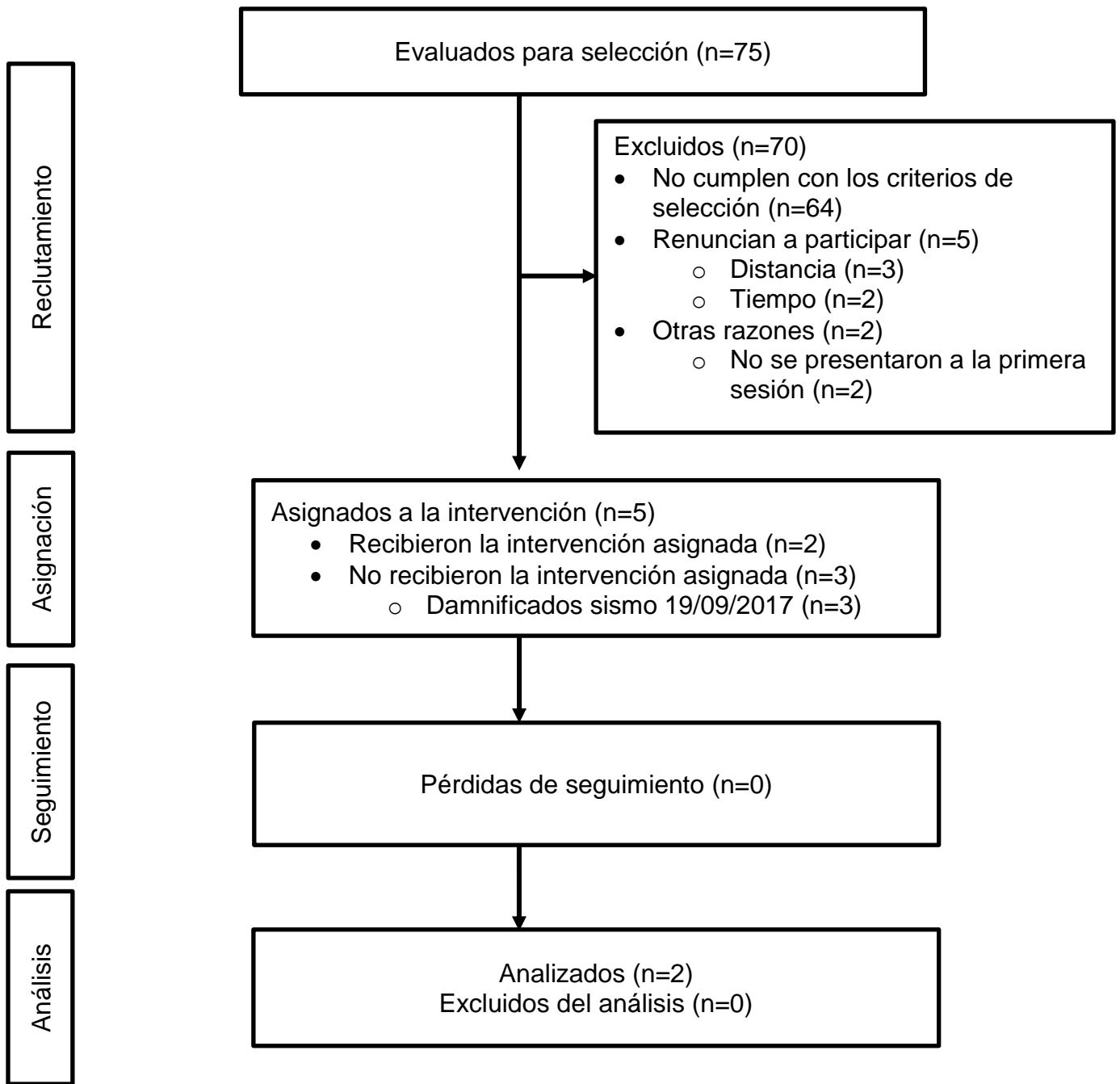


Figura 2. Diagrama de flujo del progreso a través de las fases de la intervención

Escenario

Consultorio de la clínica de asma del INER, con una dimensión aproximada de 2 x 2 m², alumbrado con luz artificial, sin ventanas. Equipado con un escritorio y tres sillas. Dentro del espacio del consultorio se encontraban refrigeradores industriales para la conservación de material biológico, el cuál ocasionalmente era activado, ocasionando ruido considerable por un espacio de 15 minutos continuos.

Diseño de Investigación

Se empleó un diseño de caso único ($n = 1$) con dos réplicas individuales del efecto del tratamiento en cada paciente. Este tipo de estudios pueden demostrar las relaciones causales, aunque no se basan en la representatividad estadística de muestras para grandes poblaciones, sino en el análisis del número de réplicas individuales del efecto clínico en los participantes que se exponen a la variable independiente a través del tiempo (Kazdin, 2003).

La elección del diseño se debió a dos factores, en primer lugar, se tomaron en cuenta los datos que se han obtenido en investigaciones como Carranza Rosenweig, et al. (2004), Heaney et al. (2005) y Chen et al. (2015), en los que se reportó que no existe relación entre el control de la enfermedad, el estado emocional y la calidad de vida relacionada a la enfermedad, que contrasta con aportaciones como la de Deshmukh et al. (2008), Kullowatz et al. (2007), Labor et al., 2017, y Merghani y Alawad (2017), la cuáles afirman que existe correlación entre las tres variables anteriormente destacadas. Por lo tanto, es conveniente realizar un abordaje inicial donde se analicen la relación de estas variables, en el sentido del impacto que tiene una intervención psicológica sobre ellas. Como una segunda consideración para la elección del diseño fueron las características de la participación que se han enunciado en investigaciones llevadas a cabo previamente en el instituto (Caballero et al., 2009, Juárez, 2010; Lugo, 2013; Sánchez, 2014) donde hay limitantes como los escasos recursos económicos de los pacientes para desplazarse a la clínica, problemas de horarios debido al trabajo, y el estigma del trabajo en el área de psicología, que invitan a tomar un enfoque de caso único para el abordaje y análisis del estudio.

Variables

Variable Independiente

ICC dirigida a la disminución de síntomas depresivos:

- Definición conceptual: Las ICC incorporan elementos centrales de las técnicas conductuales (aquellas técnicas que se centran en la modificación de la conducta a través de métodos de recompensa/castigo) y cognitivas (técnicas que se concentran en la identificación y modificación de pensamientos disruptivos o desadaptativos). Las ICC ponen énfasis en que el paciente encuentre la solución a sus problemas mediante el desarrollo y la práctica de las estrategias de afrontamiento (Smith & Jones, 2015).
- Definición operacional: La intervención estuvo compuesta de las siguientes técnicas: Psicoeducación, activación conductual, reestructuración cognitiva, relajación, respiración diafragmática, modelamiento y moldeamiento de la conducta de toma de flujometría, y solución de problemas.

Variables dependientes

Depresión

- Definición conceptual: Conglomerado de respuestas comportamentales, fisiológicas y cognitivas, las cuales se manifiestan por signos y síntomas de ánimo subjetivo bajo, actitudes nihilistas y pesimistas, perdida de espontaneidad y signos de anhedonia específica (Pardo, Sandoval, & Umbarila, 2004).
- Definición operacional: Se evaluó la depresión por medio del puntaje total obtenido por el paciente en la sub-escala de depresión del HADS, el puntaje deberá ser mayor o igual a 33 puntos para considerarse depresión.

Control del asma

- Definición conceptual: El tratamiento del asma busca el control general, esto quiere decir, prevenir los síntomas crónicos y el agravamiento, poder realizar actividades normales (incluyendo el ejercicio y otras actividades físicas), restablecer la función respiratoria a su nivel normal o casi normal y prescribir los fármacos óptimos para evitar efectos adversos (GINA, 2017). Se optó trabajar con el concepto de control del asma, en lugar de la clasificación de

severidad del asma ya que, aunque son complementarios, la clasificación de control puede evaluarse de una forma más sencilla al preguntar por la sintomatología del paciente, mientras que el grado de severidad va asociada a la combinación de síntomas, marcadores de inflamación, grado de obstrucción bronquial y tratamiento médico (Bruno et al., 2014) que suele ser asignada por el médico tratante, información que no siempre es de fácil acceso para el paciente o psicólogo dentro del contexto hospitalario.

- Definición operacional: Valores obtenidos en el Cuestionario de Control de Asma (Nathan et al., 2004), que sigue los criterios determinados por la guía GINA (2017). La clasificación obtenida con base a los puntajes es la siguiente:
 - Asma Controlada (100 puntos)
 - Asma Parcialmente Controlada (99 a 77 puntos)
 - Asma No controlada (76 puntos o menos), que es el puntaje que debía obtener el paciente.

Pruebas de función pulmonar

Definición conceptual: Conjunto de exámenes para medir la eficiencia de los pulmones para tomar y liberar el aire, así como su capacidad para movilizar gases como el oxígeno, desde la atmósfera hasta la circulación del cuerpo (Vilaquirán, Lutz, & Dennis, 2004). En este caso se obtuvo el Flujo Espiratorio Pico (PEF) mediante la prueba de flujometría, la cual es descrita a continuación.

- ***Flujo Espiratorio Pico o Máximo (PEF)***
 - ***Definición conceptual:*** “Es el mayor flujo que se alcanza durante una maniobra de espiración forzada. Se consigue al haber espirado el 75-80% de la capacidad pulmonar total, dentro de los primeros 100 ms de espiración forzada y se expresa en litros/minuto, litros/segundo o como porcentaje de su valor de referencia. *Refleja el estado de las vías aéreas de gran calibre, y es un índice aceptado como medida independiente de la función pulmonar.*” (Miquel-Gomara, 2002, p.207)

- *Definición operacional:* Se obtiene mediante la prueba de la flujometría y fue expresada en Litros/minuto. El participante registraba diariamente tres valores por la mañana y tres valores PEF por la noche. De estas tres mediciones se seleccionó por día, la más alta por las mañanas y la más alta por las noches. Se aseguró que la diferencia entre maniobras no superara el 5% o 10 Litros/min.

También se determinó el mejor valor PEF personal del paciente, que puede ser mediante dos maneras: se obtiene la medición más alta del paciente durante las dos primeras semanas de evaluación, o se emplean tablas de percentiles de referencia dónde se indican el valor que debe de alcanzar la persona por su sexo, edad y estatura. Del mejor valor personal se determinan tres estadios: del 100 al 80% del valor ideal del PEF se considera “semáforo verde” o control óptimo, del 80 al 60% se considera “semáforo amarillo”, y por debajo del 60% se considera “semáforo rojo” y se habla de asma no controlada, dónde el paciente está en riesgo de sufrir una crisis asmática. En el caso de México no se cuentan con tablas de referencia para la población, por lo que se optó por emplear la mejor medición que el paciente obtiene en las dos primeras semanas de medición del PEF, siguiendo las recomendaciones de la SMCNT (2005).

Calidad de vida relacionada a la enfermedad.

- Definición conceptual: componente subjetivo de la calidad de vida general que hace referencia a los aspectos físicos, psicológicos, funcionales y sociales de los pacientes, derivados del mismo proceso de enfermedad y de los efectos secundarios de los tratamientos (Sánchez Sosa & González-Celis Rangel, 2006). En el caso específico del asma Juniper, Guyatt, et al. (1999) determinaron que los dominios a evaluar en la calidad de vida relacionada con el asma son: limitación en las actividades diarias debido a la enfermedad, presencia de sintomatología, estado emocional y estímulos ambientales.
- Definición operacional: Valores obtenidos mediante el Cuestionario de Calidad de Vida para el Asma de Juniper, Guyatt, et al. (1999) en cada una

de sus dimensiones (síntomas, actividades diarias, estímulos ambientales y función emocional) y en forma total.

Ansiedad

- Definición conceptual: Estado emocional desapacible de miedo o aprehensión en ausencia de un peligro o amenaza identificable. Se caracteriza por pensamientos negativos recurrentes respecto a sí mismo o hacia la situación, movimientos repetitivos, respuestas de evitación, reacciones fisiológicas intensas como elevación de la tasa cardiaca, respiratoria, sudoración, entre otros (Farré, Laceras, & Casas, 2001).
- Definición operacional: La ansiedad se terminó por medio del puntaje total obtenido por el paciente en la sub-escala de ansiedad del HADS, el puntaje mayor o igual a 8 puntos indica la presencia de ansiedad clínicamente relevante, que sería el equivalente a 38 puntos en una escala del 0 al 100.

Instrumentos

Para homogenizar la lectura e interpretación de las calificaciones de todos los instrumentos de evaluación, cuyas escalas son distintas, se convirtieron los puntajes en una escala del 0 al 100 por medio de la fórmula de linealidad citada en la descripción de los instrumentos de la fase 1.

1. **Entrevista Inicial:** adaptada de la entrevista de salud para pacientes con asma (Lugo, 2013; Islas, 2011), la cual incluye datos generales del paciente, aspectos clínicos del asma y aspectos psicológicos. La entrevista tuvo el fin de delimitar el abordaje que se realizó con las técnicas de intervención para adaptarla a las necesidades particulares de cada paciente (anexo 8).
2. **Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS):** Elaborado por Zigmond y Snaith (1983), consta de 14 reactivos, y se encuentra dividido en dos escalas: depresión (7 reactivos) y ansiedad (7 reactivos). Las respuestas se encuentran estructuradas en escala tipo Likert, cuyas calificaciones oscilan entre valores de 0 a 3. Los pacientes deben evaluar los sentimientos que han experimentado durante la última semana. El contenido del HADS se refiere a los síntomas psicológicos del padecimiento, y los somáticos se dejan a un

lado para evitar equívocos de atribución cuando se aplica a pacientes que sufren enfermedades físicas. Para población mexicana, López-Alvarenga et al. (2002) reporta un Alfa de *Cronbach* de .86, y para datos de validez interna reporta una correlación intra clase de .946. Para la presente investigación, los puntos de corte se establecieron en una escala del 0 al 100, por lo tanto, el punto de corte para la dimensión de depresión se estableció en 33 puntos o más y 38 para la dimensión de ansiedad.

3. **Cuestionario de Control de Asma (*Asthma Control Test, ACT*):** Diseñado por médicos especialistas en asma, basado en criterios internacionales y el cual se compone de 5 preguntas que evalúan la percepción del paciente acerca del grado de control de su enfermedad cuyo puntaje deriva a tres categorías: 76 puntos o menos se consideró asma no controlada, 99 a 77 puntos asma parcialmente controlada y 100 puntos asma completamente controlada. El instrumento fue elaborado por Nathan et al. (2004) y se encuentra traducido al español. Debe de existir una diferencia mínima de 3 puntos para considerar que existe un cambio clínico importante. El instrumento cuenta con validez de expertos neumólogos para la población mexicana y un Alfa de *Cronbach* de .77 (Guillén & González-Celis, 2019).
4. **Cuestionario de Calidad de Vida para pacientes asmáticos (*Mini-Asthma Quality of Life Questionnaire, MiniAQLQ*):** Se trata de un cuestionario elaborado por Juniper, Guyatt, et al. (1999) que se compone de 15 reactivos, los cuales evalúan la calidad de vida del respondiente en 4 dominios: síntomas (cinco reactivos), función emocional (tres reactivos), estímulos ambientales (tres reactivos) y limitación en las actividades (cuatro reactivos). Las respuestas de los reactivos se registran en una escala Likert. Las primeras 11 preguntas, que corresponden a los síntomas, función emocional y estímulos ambientales, cuentan con 5 opciones de respuesta. Las últimas 4 preguntas, que corresponden al dominio de actividades, se responden también 5 opciones de respuesta tipo Likert que van desde 1 (totalmente limitado) a 5 (sin ninguna limitación). El puntaje total del MiniAQLQ es la media de las respuestas de cada uno de los 15 reactivos. Para catalogar el

grado de deterioro o incapacidad, la manera más sencilla es observar la escala Likert de respuesta en el instrumento. El puntaje mínimo es 1, lo que indicará deterioro severo. Los puntajes medios indican un grado moderado de deterioro. Los autores definen que en el caso del MiniAQLQ, para considerar que existió un cambio mínimo importante que indique que el paciente se vio beneficiado en la intervención es de .5 puntos. La calificación total de la escala también fue convertida en una escala del 0 al 100, dónde a mayor puntaje, mayor calidad de vida.

5. **Registro de función pulmonar (flujometría):** Se trata de un cuaderno donde se registraron diariamente los valores PEF obtenidos del uso de flujómetro diario por la mañana y por la noche (anexo 9).

Materiales

- **Manual para el manejo de la depresión, versión para el terapeuta:** contiene los pasos para cada técnica a emplear, así como actividades que debían llevar a cabo el investigador y el participante durante toda y cada una de las sesiones, también señala cómo realizar las evaluaciones en cada momento de la intervención (anexo 10).

Aparatos

- **Flujómetro:** Utilizado para medir la función pulmonar. Se trata de un aparato cilíndrico de uso individual y portátil que permite medir la máxima cantidad de aire exhalado. Esta medición permite evaluar de forma rápida y sencilla el grado de obstrucción de la vía aérea. La marca del flujómetro empleado fue la marca TruZone, la cual es la marca recomendada por los médicos adscritos a la clínica y la asociación de asma que opera en el instituto debido a que es una de las marcas más confiables para la obtención de la medida fisiológica. Se verificó que los participantes contaran con flujómetro de esta marca, en caso de que el paciente no fuera así, se le proporcionó uno.

Procedimiento

Reclutamiento y Pre-Test

El reclutamiento de los pacientes se llevó a cabo por medio de la canalización del médico tratante, personal de enfermería, o invitación mientras esperaban su cita médica después de completar los instrumentos para validación. Una vez que se comprobaba que el paciente cumplía con los criterios de inclusión según los instrumentos de evaluación, y el o la participante accedía a participar se recopilaban sus datos de contacto (nombre, edad y teléfono). Y se realizaba la entrevista inicial. A los participantes que se detectaron con otras problemáticas recibían otro tipo de atención en el servicio de psicología de la clínica o eran canalizados al servicio correspondiente.

En esta primera evaluación se comprobaba que los participantes conocieran cómo utilizar el flujómetro (los pasos se especifican en el manual del terapeuta) y en caso de ser requerido se volvía a corregir la técnica y se entrenaba en el llenado del registro de la flujometría. En caso de que el participante no contara con flujómetro, se le proporcionaba uno y se enseñaba la técnica.

Se solicitaba al participante que tomara las medidas de flujometría por la mañana y por la noche hasta la nueva cita (ver figura 3).

En esta sesión se le explicó al participante el encuadre teórico general de donde parte la intervención y se programaba una nueva cita, para iniciar con la primera sesión de intervención.

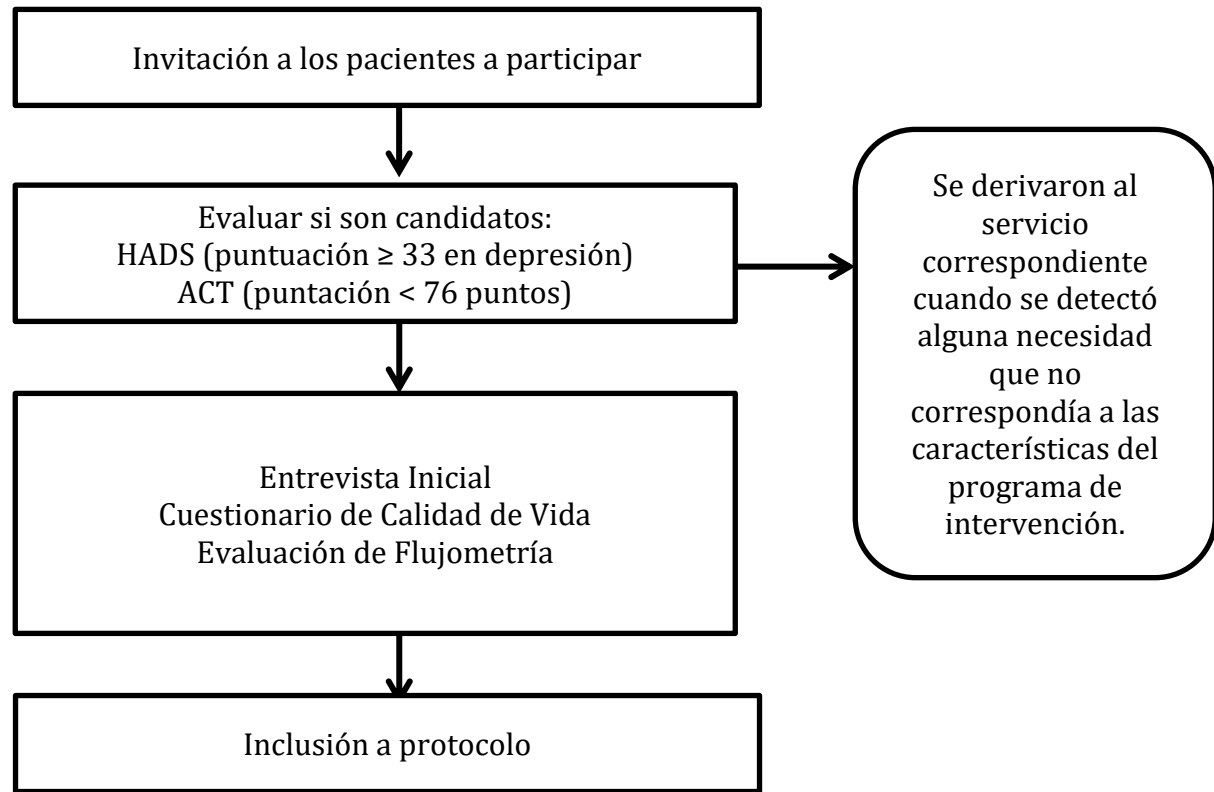


Figura 3. Procedimiento para el reclutamiento de pacientes

Intervención Cognitivo Conductual (ICC)

Se diseñó un manual para el terapeuta para la disminución de los síntomas depresivos. Es importante señalar que derivado de una consulta con expertos en el tema de atención a pacientes con enfermedades crónicas en el sector salud, se decidió no emplear un manual para el participante, debido a las características de la muestra estudiada dónde los participantes son de bajo nivel educativo y quienes se muestran reticentes a leer y llevar a cabo ejercicios por escrito.

La selección de las técnicas dependió con base a lo reportado en la literatura como las técnicas que son más eficaces en las intervenciones cognitivo conductuales breves sugeridas por Safren et al. (2007a) para el tratamiento de la depresión en enfermedades crónico-degenerativas. Las técnicas empleadas fueron: modelamiento y moldeamiento de toma de flujimetría, psico-educación en el

modelo cognitivo conductual para la depresión en personas con padecimientos crónicos, activación conductual, y reestructuración cognitiva. Así como una última sesión final donde se repasan las técnicas y se prevén recaídas.

De igual forma es primordial indicar que para cada sesión se contó con un criterio de éxito para que el participante pudiera pasar a la siguiente sesión o técnica. El criterio de éxito de cada sesión consistió en que el participante completara un ejercicio (recordara los pasos y diera un ejemplo) referente a la técnica aprendida en esa sesión. En caso de que el participante no alcanzara el criterio de éxito dentro del tiempo destinado a la sesión, se retomaba al inicio de la próxima sesión en donde el participante tenía hasta dos oportunidades para cumplir con el criterio e iniciar la nueva técnica. En el caso de fallar dos intentos, se daba por finalizada y se pasaba a la siguiente técnica. El esquema general de la intervención, donde se señalan las etapas, los objetivos, las técnicas empleadas, así como la duración de cada sesión puede apreciarse en la tabla 22. Puede consultarse el anexo 10 que contiene el manual del terapeuta.

Estructura general de las sesiones

La intervención se compuso de 1 sesión de evaluación inicial y 5 sesiones como parte del tratamiento (la evaluación post-test se realizó en la 5ta sesión), más 1 sesión de seguimiento (esta sesión pudo ser vía telefónica y no necesariamente presenciales). El participante tuvo la opción de contactar al terapeuta vía telefónica durante la intervención, si es que el participante así lo creía necesario para repasar alguna técnica psicológica o comentar su evolución.

En las sesiones se especificaban los requisitos que debía de cumplir el paciente durante la evolución de las mismas. Los requisitos eran establecidos dependiendo la técnica a emplear, sin embargo, contaron con el común denominador de garantizar que el paciente recordara los pasos y secuencia adecuados a cada técnica, que haya realizado el ejercicio correspondiente a la sesión, llevado a cabo la tarea en casa, y no tenga dudas respecto al empleo de las mismas.

Las sesiones fueron programadas una vez por semana o cada quince días, dependiendo de la disponibilidad del paciente, con una duración máxima de 75

minutos. En caso de que en los 75 minutos no se cubrieran las actividades destinadas a la sesión, se daba por finalizada y se retomaba en la siguiente sesión.

La agenda general a seguir dentro de las sesiones fue la siguiente:

1. Bienvenida
2. Revisión de tareas asignadas para casa, registro de flujometría.
3. Exposición de objetivos y actividades de la sesión.
4. Desarrollo de las actividades propias de la sesión.
5. Asignación de tareas para casa.
6. Autoevaluación del paciente.
7. Cierre de la sesión.

Tabla 22. Resumen de las sesiones de la ICC para disminuir síntomas de depresión en sujetos con asma

	Objetivos	Técnicas	Criterio de Éxito	Duración
Evaluación Inicial	<p>Evaluar al participante de forma individual mediante los cuestionarios y entrevistas correspondientes.</p> <p>Evaluar el conocimiento del paciente respecto al asma.</p> <p>Evaluar la ejecución del paciente en la toma de flujometría.</p> <p>Identificar las áreas problemas a trabajar con el paciente.</p>	<p>Entrevista</p> <p>Modelamiento y moldeamiento de toma de flujometría</p>	<p>El participante es capaz de ejecutar de forma correcta los 8 pasos para la toma de flujometría</p>	
Sesión 1	<p>Discutir la relación entre depresión y control de la enfermedad</p> <p>Proveer información referente a cómo la depresión puede afectar negativamente el control de la enfermedad</p> <p>Discutir los síntomas presentados por el paciente y crear el modelo cognitivo conductual de la depresión del paciente</p> <p>Realizar el ejercicio motivacional</p> <p>Discutir la estructura de las sesiones</p>	<p>Psicoeducación</p>	<p>Elaboración de la figura de componentes cognitivo-conductuales de la depresión del propio participante.</p>	<p>75 min máximo</p>
Sesión 2	<p>Introducir la planeación de actividades</p> <p>Trabajar con el paciente para identificar actividades placenteras</p> <p>Introducir entrenamiento en respiración y relajación como actividad placentera</p>	<p>Activación Conductual</p>	<p>Elegir tres actividades placenteras para realizar durante la semana</p>	

Continuación Tabla 22. Resumen de las sesiones de la ICC para disminuir síntomas de depresión en sujetos con asma

	Objetivos	Técnicas	Criterio de Éxito	Duración
Sesión 3	Explicar al paciente la técnica de reestructuración cognitiva Discutir las distorsiones cognitivas y los pensamientos automáticos Introducir al paciente al Registro de Pensamientos y enseñar al paciente a utilizarlo para monitorear sus pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas.	Reestructuración Cognitiva	Identificar un pensamiento automático/desadaptativo	
Sesión 4	Introducir y discutir las respuestas racionales Trabajar con el paciente para determinar el rol de las creencias fundamentales que influyen la forma en que interpreta las situaciones	Reestructuración Cognitiva	Generar un pensamiento alternativo.	75 min máximo
Sesión 5	Revisar el progreso y utilidad de las estrategias empleadas en el tratamiento Discutir posibles problemas que podrían presentarse y prevención de recaídas Plantear qué ejercicios para casa deben continuar llevándose a cabo. Realizar la evaluación final.	Solución de Problemas	Elaborar un plan de prevención ante recaídas. Completar instrumentos de evaluación	
Seguimiento a 4 meses	Evaluar el progreso del paciente.	Evaluación	Completar instrumentos de evaluación	30 minutos

Evaluación Post-Intervención

En la quinta sesión de la intervención, se llevó a cabo la misma evaluación que en la evaluación inicial con los instrumentos: HADS, ACT y MiniAQLQ. Y finalmente, se recolectaron los datos de los registros de los valores de la flujometría.

Seguimiento

Se realizó un seguimiento aproximadamente a los cuatro meses después de finalizada la intervención. El criterio para establecer el seguimiento se basó en que en la clínica de asma se programa una cita con espacio de 3 a 4 meses para evaluar la evolución del paciente con asma no controlada. Ya que se considera que es el tiempo adecuado para valorar si un tratamiento ha sido funcional para el sujeto con asma. Otro punto a considerar, es que así se aprovechó la posibilidad de que el paciente regresara a su cita de seguimiento en psicología, ya que se realizaba el mismo día.

La estructura general de la fase y los momentos en que se llevaron a cabo las evaluaciones con los instrumentos y pruebas de función pulmonar, pueden observarse en la tabla 23.

Tabla 23. Estructura general de las evaluaciones a realizar a lo largo de la investigación.

Instrumento	Pre-Intervención (1 o 2 semanas antes)	Intervención	Post-Intervención (Última sesión de tratamiento)	Seguimiento 4 meses
Entrevista				
HADS				
ACT				
MiniAQLQ				
Registro de Flujometría ^a				

^a Se solicitó registro de flujometría a las participantes durante el seguimiento, sin embargo, el seguimiento se realizó vía telefónica con una participante y no lo entregó, y la segunda participante olvidó llevarlo el día de la evaluación.

Análisis de Datos

Análisis de las escalas: HADS, ACT y MiniAQLQ

Para el análisis de datos de las escalas HADS (depresión), ACT (control del asma) y MiniAQLQ (calidad de vida) se emplearon los análisis pertinentes para casos único $n = 1$: significancia clínica de Jacobson y Truax (1991), índice de cambio confiable de Jacobson y Truax (1991), y cambio clínico observable de Cardiel (1994). Los cuales se desglosan a continuación.

Significancia Clínica por Jacobson y Truax

La importancia de la significancia clínica radica en que tras una intervención se espera que el sujeto puntúe hacia los valores de normalidad dentro del área clínica sometida a dicha intervención. Es decir, el cambio clínicamente significativo se produce cuando el sujeto recupera un funcionamiento que puede ser considerado

como parte de la población funcional. Para el presente trabajo se emplearon los siguientes criterios y puntos de corte propuestos por Jacobson y Truax (1991):

$$c = \frac{M_D DE_F + M_F DE_D}{DE_D + DE_F}$$

Donde:

M_D = Media del grupo disfuncional

DE_D = Desviación Estándar grupo disfuncional

M_F = Media del grupo funcional

DE_F = Desviación Estándar del grupo funcional

En el caso de la escala HADS, como grupo disfuncional se consideraron como referencia los sujetos de la muestra que participaron en la fase 1 de la investigación y que obtuvieron puntajes mayores a 38 en la sub-escala del HADS de depresión (que indica presencia de depresión) y 38 puntos en la sub-escala de ansiedad (presencia de ansiedad clínica). Como grupo funcional se entendió a todos aquellos participantes con puntuaciones menores a 38 puntos.

Para el control de la enfermedad medido con el cuestionario de control del asma ACT, se tomó como grupo funcional aquellos con puntuaciones mayores a 77 (asma controlada) y como no funcional a aquellos con puntuaciones menores a 76 (asma no controlada).

Para el caso del cuestionario de calidad de vida para asmáticos MiniAQLQ se consideró como funcional a aquellos que puntuaran arriba del percentil 25, y grupo disfuncional a aquellos debajo del percentil 25. Según lo establecido por Juniper et al. (1999) el instrumento no cuenta con un punto de corte, por lo consiguiente, el criterio de decisión fue retomado por lo expuesto por Reyes Lagunes y García y Barragán (2008) que refieren que para la validación de instrumentos de evaluación el percentil 25 puede evaluar la capacidad de discriminación de los reactivos, y los participantes ubicados por debajo de este percentil pueden considerarse como un grupo donde se ubiquen aquellos participantes con las puntuaciones más bajas.

Se considera que un sujeto alcanza el nivel funcional cuando:

Para una variable positiva: $X_{\text{post-intervención}} > C$

Para una variable negativa: $X_{\text{post-intervención}} < C$

Donde se entiende una variable positiva cuanto mayor sea la puntuación de la variable, se considera funcional la medida de la variable, es decir habrá una mejoría de la medida de un participante, tal es el caso para las variables calidad de vida y control del asma.

En el otro sentido, una variable es negativa cuanto menor sea la puntuación de la variable, se considera funcional la medida de la variable, así es que, habrá una mejor condición o mejoría en el participante, cuando se obtenga menor puntuación, por ejemplo, en las puntuaciones de depresión y ansiedad.

Índice de Cambio Confiable de Jacobson y Truax (ICC_{JT})

Es un procedimiento que determina si el o los sujetos han cambiado lo suficiente en sus puntajes como para que el cambio no sea debido a la simple falta de confiabilidad del instrumento de medición. La fórmula establecida por Jacobson y Truax (1991) para obtener el mismo es la siguiente:

$$ICC = \frac{X_2 - X_1}{EED}$$

Donde:

X_2 = Puntuación cruda del participante en post-intervención

X_1 = Puntuación cruda del participante en la pre-intervención

EED= Error estandarizado de las diferencias entre las dos medidas

Para obtener el EED se emplean las siguientes fórmulas:

$$EED = \sqrt{2(EEM)} = EEM\sqrt{2}$$

$$EEM = DE_{\text{normativa}}\sqrt{1 - r_{xx}}$$

Donde

EED= Error Estandarizado de las Diferencias entre las dos medidas

DE_{normativa}= Desviación Estándar de la muestra normativa

EEM= Error Estándar de Medida del instrumento

r_{xx} =Coeficiente de confiabilidad de la escala, en este caso se empleó el alfa de Cronbach

Para la interpretación de este índice, se considera que se refleja un cambio significativo cuando el valor del ICC es mayor a 1.96 (valor de las puntuaciones Z que equivale a $p < .05$). De esta forma se considera que la puntuación obtenida en la post-intervención refleja un cambio real que va más allá de fluctuaciones debidas a un instrumento poco preciso.

Interpretación de los resultados de cambio:

De acuerdo con lo planteado por Iraurgi (2010) la combinación entre el punto de corte y el índice de cambio confiable son las que definen la existencia de un cambio clínicamente significativo. Cuando la magnitud del cambio puede ser considerada confiable y, a su vez, se alcanza un criterio que localiza la puntuación obtenida en un nivel de funcionalidad.

Por lo tanto, Iraurgi (2010) menciona que del cumplimiento o no de los dos criterios planteados pueden abrirse varias posibilidades de clasificación de los resultados, los cuales son:

- A. *Recuperación*: cuando el cambio evidenciado sea confiable significativamente ($ICC_{JT} > 1.96$) y su puntuación final se encuentre dentro de la distribución normal.
- B. *Mejorado*: cuando exista evidencia de una mejora a partir del ICC_{JT} aunque no se llegue a alcanzar el nivel funcional.
- C. *No cambio*: cuando no se produce un cambio significativo en el ICC_{JT} , independientemente de la posición de la puntuación del post-test en la distribución poblacional funcional o disfuncional.

- D. *Deteriorado*: será en aquellos casos en los que el cambio sea significativo según el ICC_{JT} y se produzca en sentido contrario al esperado tras la intervención, de modo que sus puntuaciones se dirijan hacia valores de mayor disfuncionalidad.
- E. *Recaída y/o recurrencia*: Recaída hace referencia a un cambio desde una situación funcional (una vez lograda tras el tratamiento aparecen síntomas) a una posición de disfuncionalidad. La recurrencia significaría la reaparición del problema de salud después de la recuperación.

Cambio Clínico Observable (CCO) de Cardiel

El cambio clínico objetivo se empleó para calcular si el cambio de comportamiento de cada participante fue significativo con respecto a su propio comportamiento, de la pre-intervención a la post-intervención. La fórmula empleada por Cardiel (1994) es la siguiente:

$$\text{CCO} = \frac{X_2 - X_1}{X_1}$$

Dónde

X₁= Puntuación pre-intervención

X₂= Puntuación post-intervención

En los resultados presentados se reporta el valor absoluto obtenido y se utiliza el signo “+” para indicar un CCO positivo y el signo “-” para indicar un CCO negativo. Los puntos de corte propuestos para la interpretación son:

≤ + .19 Ausencia de Cambio

≥ + 0.20 CCO Significativo Positivo

≤ - 0.20 CCO Significativo Negativo

≥ - .19 Ausencia de Cambio

Para facilitar y homogeneizar la lectura de las tablas de resultados en el presente trabajo el signo para el valor del ICC_{JT} y el CCO se interpreta de la siguiente manera:

- Cuando el signo es negativo (-) indica una disminución de la presencia de síntomas de depresión y ansiedad, control de asma y calidad de vida.

- El signo positivo (+) indica mejoría de la puntuación para las variables control de asma y calidad de vida y un incremento de síntomas de depresión y ansiedad.

Es decir, el signo representa si el cambio fue positivo o de mejoría (+), o negativo o de deterioro (-).

Análisis de los Valores de Flujiometría

Para el análisis de los datos obtenidos por flujometría en términos del Pico Espiratorio Flujo (PEF) se obtuvieron los índices descriptivos de nivel, tendencia, variabilidad y estabilidad durante la línea base e intervención (Chávez & Tron, 2014). Estos índices se calcularon tanto para la mañana como para los valores de flujometría de la noche. Para obtener cada uno de los índices se realizan los pasos siguientes:

- **Nivel:** se suman los valores obtenidos en cada periodo de observación durante una fase y se dividen entre el número de observaciones o sesiones, es decir, se obtiene un promedio.
- **Tendencia:** la tendencia implica identificar la dirección y magnitud de los datos, en otras palabras, se obtiene un promedio de los incrementos o decrementos de la variable estudiada en un periodo. Se emplea la siguiente fórmula:

$$b = \frac{(\sum_{t=1}^n X_t Y_t) - (\sum_{t=1}^n X_t)(\sum_{t=1}^n Y_t)}{n(\sum_{t=1}^n X_t^2) - (\sum_{t=1}^n X_t)^2}$$

Donde

X_t = Número de observación

Y_t = variable de interés

n = total de observaciones

Si el resultado es $b > 0$ la serie de datos presentó incrementos, si $b < 0$, la serie presentó decrementos, y si $b=0$, los datos no presentaron ninguna tendencia.

- **Coficiente de variabilidad (CV):** para obtener una apreciación de la variabilidad en términos relativos, se calcula al dividir el índice de variabilidad

entre el nivel Y (media), y así se obtiene el porcentaje de la variación. Para calcularlo se obtiene la variabilidad (procedimiento mediante el cual se determinan las fluctuaciones o variaciones absolutas de la conducta respecto al nivel promedio de ejecución) con la siguiente expresión:

$$V = \sqrt{\frac{\sum_{t=1}^n Y_t^2 - n(Y_t)^2}{n}}$$

Y_t = valor de la variable de interés

n = total de observaciones

Para una apreciación más clara de la variabilidad se representa mediante el rango de variabilidad, el cual se obtiene al sumar y restar el índice de variabilidad al nivel de ejecución de esa fase, obteniéndose:

Límite inferior del rango: Media de $Y_t - V$

Límite superior del rango: Media de $Y_t + V$

- **Estabilidad:** Para estimar la estabilidad se calcula el estadístico C de Tryon, además del error estándar. Cálculo del estadístico de C de Tryon:

$$C = 1 - \frac{\sum_{t=1}^{n-1} (Y_{t+1} - Y_t)^2}{2 \sum_{t=1}^n (Y_t - Y)^2}$$

El error estándar se obtiene con la siguiente fórmula:

$$Sc = \sqrt{\frac{n - 2}{(n + 1)(n - 1)}}$$

La estimación del estadístico Z se emplea:

$$Z = \frac{C}{Sc}$$

Finalmente se obtiene el estadístico Z, que corresponde a la razón del índice C con respecto a su error estándar. Si la probabilidad asociada a Z es $< .05$ se determina que no hay estabilidad. Si la probabilidad asociada a Z es $>$ que $.05$ se dice que los datos analizados muestran estabilidad.

En último lugar se empleó la prueba t de Wilcoxon, para comparar las medias de flujometría en línea base con las medias de flujometría de la intervención.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los análisis de N=1 de las dos participantes que finalizaron el protocolo hasta la post-evaluación y seguimiento.

Participante 1

Ficha de Identificación del paciente

Sexo: Femenino

Edad: 49 años

Peso: 99 kg

Talla: 1.50 m

IMC: 44 (Obesidad tipo III)

Estado Civil: Soltera

Educación: 2do año de primaria

Ocupación: Hogar

Años transcurridos desde el diagnóstico de asma: 10 años

Medicamentos para el tratamiento del asma utilizaba al momento de la evaluación inicial: Symbicort 2 inhalaciones cada 12 horas, Spiriva Respimat 2 inhalaciones cada 24 horas, montelukast 1 cada 24 horas, Ventolin (salbutamol) por razón necesaria.

Co-morbilidades: Diabetes tipo 2, apnea del sueño, reflujo gástrico.

Visitas a urgencias durante el último año: negadas.

Hospitalizaciones debidas al asma durante el último año: negadas.

Observaciones de la bitácora de tratamiento: Con el fin de llevar un mejor control en la metodología del protocolo de investigación, se llevó una bitácora dónde se registraban las sesiones por cada uno de los participantes. Para realizar una revisión general de los hallazgos alcanzados durante la intervención se enunciarán las técnicas empleadas con cada una de las participantes, así como cuáles resultaron más prácticas dependiendo de sus características.

De forma general, para ambas participantes, se puede destacar la reticencia ante la intervención psicológica una vez que se les explica que deberán llevar a cabo tareas o ejercicios en casa o “en la vida real”. Las participantes reclutadas en

el protocolo manifestaron desagrado ante el hecho de tener que ejecutar tareas, al cuestionar los motivos, todas exteriorizaron sentir inseguridad por realizar los ejercicios de forma correcta. Principalmente, en el caso de las dos participantes que finalizaron el protocolo y los seguimientos, dijeron que la inseguridad recaía en que no creían contar con las herramientas de lectura y escritura necesarias para llevar a cabo los registros, motivo por el que se simplificó el registro de flujometría a firma pictórica. Conjuntamente, se recalcó que los objetivos de las tareas no recaían en obtener una evaluación numérica o complacer al terapeuta, sino que iba encaminado a la mejoría en su estado de ánimo.

Uno de los puntos vitales fue el modelamiento y moldeamiento de la toma de los valores PEF. Como ya se ha mencionado, para que el paciente asmático tenga un buen control de su enfermedad las guías de tratamiento recomiendan educar al paciente en el monitoreo de su función pulmonar. En el caso de la primera participante desconocía en su totalidad la función y ejecución de la flujometría, por lo que se trabajó el modelamiento y moldeamiento durante la primera sesión. Durante la segunda sesión, la paciente se manifestó preocupada porque sus mediciones no siempre eran las mismas, por lo que se tuvo que reforzar tanto la técnica en flujometría como psicoeducación proporcionada en la primera sesión.

Como notas en cuanto a la técnica de psicoeducación en el modelo CC de la depresión y control de la enfermedad se puede ver beneficiado con el uso de recursos pictóricos, ya que esta fue la forma más sencilla de que las participantes comprendieran la relación, y siempre haciendo hincapié en sus síntomas particulares.

Para la primera participante, la activación conductual (planeación de actividades) resultó ser una de las técnicas más beneficiosas, ya que, desde la entrevista inicial, ella dijo que se daba cuenta que “tenía depresión” ya que había dejado de realizar una serie de actividades importantes para ella como lo eran cantar, bailar mientras hacía sus labores domésticas, reír, maquillarse, disfrutar de la televisión, salir a la calle a pasear, abrazar a sus seres queridos, incluso tener un trabajo. Estas actividades las había dejado de realizar paulatinamente y no las

atribuía directamente al asma, sino a una serie de problemas que se habían presentado en su círculo familiar con su pareja, su mamá y sus hijas que se habían manifestado durante los últimos meses. Se elaboró el plan de actividades con base a que la participante fuera incorporando actividades semanalmente, las cuales la participante reportó estar realizando sin falta. También se instruyó a la participante en respiración diafragmática y relajación autógena, sin embargo, la participante optó por no considerar la relajación como actividad placentera, ya que lo que manifestaba era la necesidad de *“hacer algo, no quedarse tranquila meditando.”* En la última sesión, la paciente manifestó que ahora procuraba de forma diaria poner música y cantar, así como cuidar su aspecto personal, situación que se puso de manifiesto a través de las sesiones, ya que el cuidado en su persona de la participante pasó de ser desaliñado y no de acuerdo al contexto y espacio, a tener un aliño adecuado e higiénico. Aunque esta técnica pudo haber resultado “contraproducente” hasta cierto nivel, ya que de igual forma la participante dijo que si bien ahora realizaba más actividades, también se daba cuenta de que el asma “le molestaba” y no le dejaba realizar todas las actividades que deseaba. Esto se puede ver reflejado en sus puntajes de calidad de vida, situación que será abordada más adelante dentro de la discusión de resultados.

En cuanto a reestructuración cognitiva, se identificaron una serie de pensamientos que estaban limitando el control de su enfermedad. En el caso de la primera participante se identificaron las siguientes ideas: *“Es injusto que yo tenga tantas enfermedades y no tenga apoyo de mi pareja y familia”, “estoy triste porque no me alcanza para los medicamentos”, “mi familia, principalmente mi pareja, no me apoya en mi tratamiento, no quiere creer que estoy enferma así que me a veces me pregunto si en verdad estaré enferma”, “no debo quejarme de mi enfermedad porque cuando sea anciana nadie me va a querer cuidar y temo quedarme sola”*. Es cierto que intervenciones tan breves como la aquí sugerida no dan lugar a que se logre identificar las creencias subyacentes a los pensamientos irracionales y trabajar desde un enfoque cognitivo más amplio ya que se requeriría un mayor número de sesiones, sin embargo, se trabajaron con las ideas más apremiantes, en este caso

en particular la referente a la relación médico-paciente y los medicamentos, en conjunto con la técnica de solución de problemas.

Finalmente, en la última sesión se trabajó con solución de problemas para así prevenir probables recaídas. Se alentó a la participante a que continuara con la identificación de los pensamientos que le causaban molestia e intentara los ejercicios de reestructuración y continuara realizando actividades que resultaran de su agrado de forma diaria.

Resultados en las variables de interés

Como puede observarse en la tabla 24 en la variable depresión del pre-test al post-test la participante registró una mejoría clínicamente significativa hacia la normalidad, teniendo en cuenta el valor C se sitúa en 31.77 puntos dentro del factor de Depresión del HADS. Al efectuar la comparación pre-test-seguimiento se registró un deterioro, aunque es importante señalar que la disminución en la puntuación fue dentro del punto de corte indicado como funcional, por lo que se habla de un deterioro dentro de un funcionamiento normal dentro del grupo de referencia. En la comparación post-test-seguimiento no se reportaron cambios, pero la puntuación continuó dentro de la funcionalidad.

La participante obtuvo mejoría clínicamente significativa en los síntomas de ansiedad con una mejoría hacia la funcionalidad al realizar las comparaciones pre-test/post-test y post/test-seguimiento. En la comparación post-test-seguimiento, no se registró cambio y se mantuvo el puntaje dentro del rango de funcionalidad. Los puntajes del post-test y seguimiento se mantuvieron por debajo del punto C = 35.22 puntos. Al realizar la comparación pre-test con post-test puede observarse en la tabla 16 la participante 1 tuvo un cambio clínico observable (CCO) significativo negativo en la escala de depresión del HADS, así como en la escala de ansiedad que indican mejoría.

Referente al control del asma, el punto de corte de acuerdo con la fórmula de Jacobson y Truax (1991) se estableció en 81.32 puntos. Por lo anterior, se registró un cambio clínicamente significativo hacia la mejoría, pero dentro del grupo

disfuncional al realizar la comparación pre-test-post/test, situación similar en la comparación pre-test/seguimiento. En la tercera comparación (post-test/seguimiento), no se registró cambio dentro de la disfuncionalidad. De acuerdo a los puntos de corte establecidos por los autores originales Nathan et al. (2004) hubo un cambio de no control en el pre-test a asma controlada en el post-test y seguimiento.

En cuanto a la calidad de vida evaluada mediante el MiniAQLQ el valor C se sitúa en los 61.56 puntos. En los tres momentos de medición la participante no registró cambios clínicos significativos y se mantuvo dentro de la disfuncionalidad.

Tabla 24. Evaluación clínica de la participante 1 en los tres momentos de medición

Variable	Pre-test	Post-test	Seguimiento (Seg)	Punto de Corte Original	Valor "C"	Comparaciones	ICC _{JT} ^a	CCO de Cardiel ^b
Depresión (HADS-D)	66.67	0	19.04	33	31.77	Pre > Post	-5.19***	-1‡
						Pre > Seg	-3.30**	-0.77‡
						Post < Seg	+1.88	0
Ansiedad (HADS-A)	85.71	19.04	33.33	38	36.23	Pre > Postest	-7.20***	-0.77‡
						Pre > Seg	-5.65***	-0.61‡
						Post < Seg	-1.54	-0.75‡
Control del asma (ACT)	60	80	77	76	81.32	Pre < Post	+2.95*	+0.33‡
						Pre < Seg	+2.36**	+0.26‡
						Post > Seg	-0.59	-0.26‡
Calidad de Vida (MiniAQLQ)	57.33	48	53.33	No reportado	61.56	Pre > Postest	-1.24	-0.16
						Pre > Seg	-0.53	-0.06
						Post < Seg	+0.71	+0.11

Nota: Valor C= punto de corte de significancia clínica de acuerdo con Jacobson y Truax

^{a, b} El signo para el valor del ICC_{JT} y el CCO se interpreta de la siguiente manera: cuando el signo es negativo (-), indica una disminución de la presencia de síntomas de depresión y ansiedad, control de asma y calidad de vida; mientras que el signo positivo (+) indica mejoría de la puntuación para las variables control de asma y calidad de vida y un incremento de síntomas de depresión y ansiedad.

Criterios de cambio del Índice de Cambio Confiable de Jacobson y Truax (ICCJT):

* Puntuación $z \pm 1.96$ equivalente a $p \leq .05$, ** Puntuación $z \pm 2.61$ equivalente a $p \leq .01$, *** Puntuación $z \pm 3.33$ equivalente a $p \leq .001$

‡ **Cambio Clínico Observable (CCO)** significativo (valores entre ≥ 0.20 y ≤ -0.20).

En la tabla 25 se desglosan las evaluaciones clínicas de la participante 1 en cada una de las dimensiones evaluadas por el MininAQLQ. Como puede apreciarse, la dimensión de síntomas físicos la participante puntuó por arriba del valor C (establecido en 70.08 puntos) en el pre-test, sin embargo, disminuye por debajo del

punto en la calificación post-test y seguimiento, en la comparación pre-test/post y pre-test/seguimiento obtienen un cambio negativo significativo en el índice de cambio confiable.

Respecto al cambio sobre su mismo comportamiento, el cambio clínico objetivo de Cardiel nos indica que el cambio fue clínicamente significativo en forma negativa. La otra dimensión que se observa con modificaciones es la de estímulos ambientales; como puede distinguirse en la tabla, en las mediciones post-test y seguimiento, la participante puntúa por arriba del valor C, y el cambio clínico observable es significativo en las comparaciones pre-test/post-test y pre-test/seguimiento. En la dimensión de función emocional el puntaje de la participante se incrementó en el post-test y seguimiento, sin embargo, no fue clínicamente significativo ni rebasó el punto de corte. Por último, en limitación de las actividades las evaluaciones pre-test y seguimiento se encuentran por arriba del punto de corte, pero tampoco alcanzan la significación clínica necesaria para reportar un cambio.

Tabla 25. Evaluación de resultados clínicos de la participante 1 con respecto a las dimensiones originales del MiniAQLQ

Dimensión MiniAQLQ	Pre-test	Post-test	Seguimiento	Valor "C"	Comparaciones	ICC _{JT} ^a	CCO Cardiel ^b
Síntomas Físicos	72	40	48	70.08	Pre > Post	-4.2 ^{***}	-0.44 [‡]
					Pre > Seg	-3.19 ^{**}	-0.33 [‡]
					Post < Seg	+1.06	+0.20 [‡]
Estímulos Ambientales	33.33	53.33	53.33	52.73	Pre < Post	+1.18	+0.60 [‡]
					Pre < Seg	+1.18	+0.60 [‡]
					Post = Seg	0	0
					Función Emocional	20	33.33
Limitación en las Actividades	85	70	80	72.1	Pre < Seg	+1.36	+0.66 [‡]
					Post = Seg	0	0
					Pre > Post	-1.08	-0.17
					Pre > Seg	-0.36	-0.5
					Post < Seg	+0.72	+0.14

Nota: Valor C= punto de corte de significancia clínica de acuerdo con Jacobson y Truax

^{a, b} El signo para el valor del ICC_{JT} y el CCO se interpreta de la siguiente manera: símbolo positivo representa un aumento de puntaje en la dimensión, el signo negativo una disminución.

Criterios de cambio del Índice de Cambio Confiable de Jacobson y Truax (ICC_{JT}):

* Puntuación $z \pm 1.96$ equivalente a $p \leq .05$, ** Puntuación $z \pm 2.61$ equivalente a $p \leq .01$, *** Puntuación $z \pm 3.33$ equivalente a $p \leq .001$

[‡] **Cambio Clínico Observable (CCO)** significativo (valores entre ≥ 0.20 y ≤ -0.20).

En la tabla 26 se muestran los resultados de la participante 1 al realizar las comparaciones de los puntajes por dimensiones del MiniAQLQ, en este caso, las comparaciones referentes a las tres dimensiones obtenidas en el estudio de validez de la fase 1. En el factor 1 no se registraron cambios significativos, las puntuaciones se mantuvieron igual en los tres tiempos de evaluación. En el factor 2, que evalúa los síntomas de asma debido a factores externos, la única comparación con cambios clínicos significativos en el ICC_{JT} y el CCO de Cardiel fue la comparación pre-test/post-test, y el cambio fue en sentido negativo al esperado. En el factor 3, que hace referencia a las actividades, existieron cambios significativos en la prueba ICC_{JT} de forma negativa es en el pre-test/post-test, y positiva en la comparación post-test/seguimiento. En ninguno de los momentos de medición se ubicó por arriba del valor C estimado.

Tabla 26. Evaluación de resultados clínicos de la participante 1 con respecto a las dimensiones del MiniAQLQ obtenidas en la Fase 1

Dimensión AQLQ	Pre-test	Post-test	Seguimiento	Valor "C"	Comparaciones	ICC _{JT} ^a	CCO Cardiel ^b
Factor 1. Síntomas asociados al asma	43.33	43.33	43.33	74.28	Pre = Post	0	0
					Pre = Seg	0	0
					Post = Seg	0	0
Factor 2. Síntomas debidos a factores externos	56.66	43.33	46.78	59.6	Pre < Post	-2.65**	-0.23‡
					Pre > Seg	-1.98*	-0.17
					Post < Seg	+0.69	+0.07
Factor 3. Actividades	86.66	73.33	83.87	91.73	Pre > Post	-3.81*	-0.15
					Pre > Seg	-0.80	-0.03
					Post < Seg	+3.01**	+0.14

Nota: Valor C= punto de corte de significancia clínica de acuerdo con Jacobson y Truax

^{a, b} El signo para el valor del ICC_{JT} y el CCO se interpreta de la siguiente manera: símbolo positivo representa un aumento de puntaje en la dimensión, el signo negativo una disminución.

Criterios de cambio del Índice de Cambio Confiable de Jacobson y Truax (ICC_{JT}):

* Puntuación $z \pm 1.96$ equivalente a $p \leq .05$, ** Puntuación $z \pm 2.61$ equivalente a $p \leq .01$, *** Puntuación $z \pm 3.33$ equivalente a $p \leq .001$

‡ **Cambio Clínico Observable (CCO)** significativo (valores entre ≥ 0.20 y ≤ -0.20).

Resultados de Flujiometría

Como puede apreciarse en los datos de la figura 4 y en la tabla 27, al realizar la comparación de los índices descriptivos entre antes y durante de la intervención, del PEF de la primera participante se hacen las apreciaciones siguientes:

Se produjo un cambio de nivel favorable, en línea base el promedio de PEF fue de 264.29 L/min, el cual aumentó a 258.81 L/min durante la intervención.

La tendencia para la línea base fue negativa ya que desciende ocho unidades por día. Al asistir a la intervención la dirección cambia a una tendencia positiva, en la que se observa un incremento promedio de .78 L/min.

De acuerdo al coeficiente de variabilidad se aprecia ligeramente mayor variación de porcentaje en la línea base, se reduce apenas un 1% en la fase de intervención; sin embargo, para ambas fases se considera un coeficiente de variabilidad mínimo entre 9 y 8%. El rango de variabilidad para el PEF en línea base fluctúa entre 308 L/min y 242 L/min, mientras que para en la intervención fluctuó entre 308.78 L/min y 262.84 L/min.

El índice de estabilidad en las dos fases es considerado como no estable, y si bien es deseable para el caso de la fase de línea base sea estable antes de iniciar la intervención, se puede prescindir de este criterio, cuando existe una tendencia, como es este caso negativo, y se espera que en la fase de intervención exista un cambio de tendencia, es decir haya una mejoría, como se encontró en la participante. Para esta participante consideró como su mejor medición del PEF en 300 L/min, el 80% se estableció en 240 L/min, y el 60% por debajo de 260 L/min. Durante la línea base los valores se mantuvieron fluctuantes y la mayoría casi llegó al 80%. Todos los valores del PEF en la fase de intervención, se mantuvieron entre el 100 y 80% del valor establecido, ningún valor se ubicó por debajo del 60%.

Tabla 27. Índices descriptivos del PEF de la participante 1 durante las mañanas en ambas fases

	Nivel	Rango de Variabilidad	Tendencia	Coefficiente de Variabilidad	Estabilidad
Línea Base	$\bar{x} = 264.29$	Límite Superior=308.39 Límite Inferior =241.70	$b = -8.93$	CV = 9%	Z = 2.01 ($p < .05$)
Intervención	$\bar{x} = 285.81$	Límite Superior=308.78 Límite Inferior =262.84	$b = 0.78$	CV = 8%	Z = 2.20 ($p < .05$)

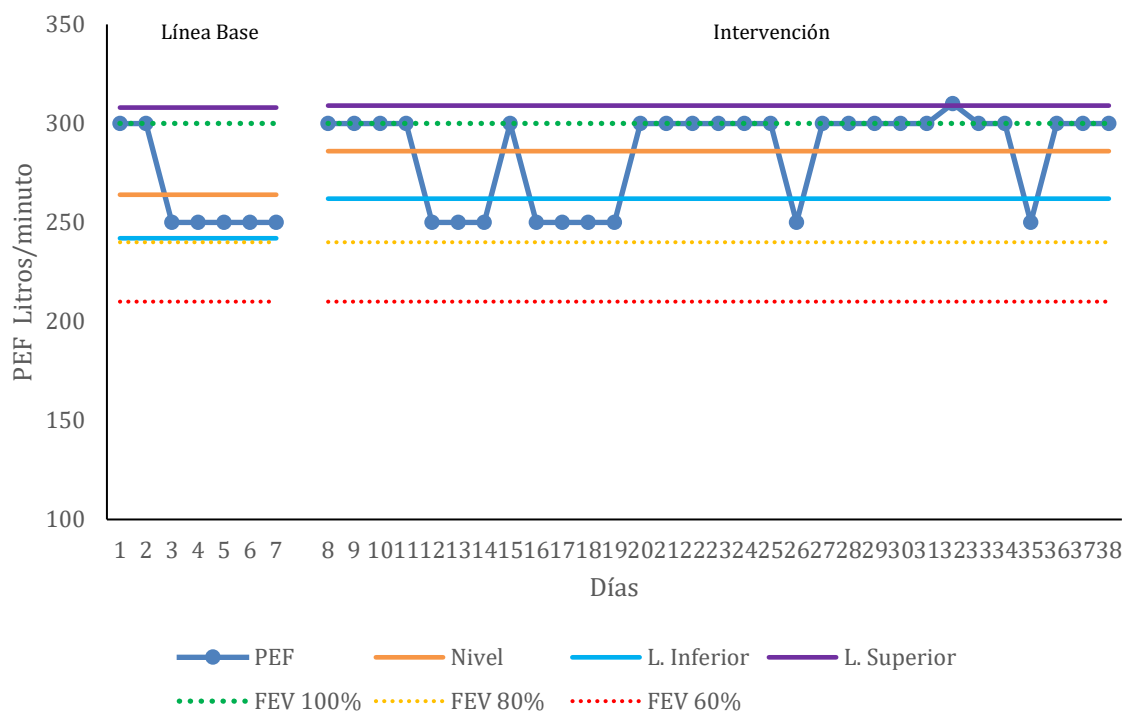


Figura 4. Valores absolutos del PEF de la participante 1 durante las mañanas en línea base e intervención.

Relativo a los valores de PEF obtenidos durante las noches por la participante 1, se observa en la figura 5 que el nivel del valor de PEF incrementó de 242.86 L/min a 287.42 L/min. En este caso, durante la línea base, dos medidas del PEF se ubicaron por debajo del 60% del valor PEF ideal. Mientras que en la fase de

intervención ningún valor se ubicó por debajo del 80% del PEF, la mayoría de los valores se mantuvieron dentro del rango entre el 80 y 100% del PEF ideal.

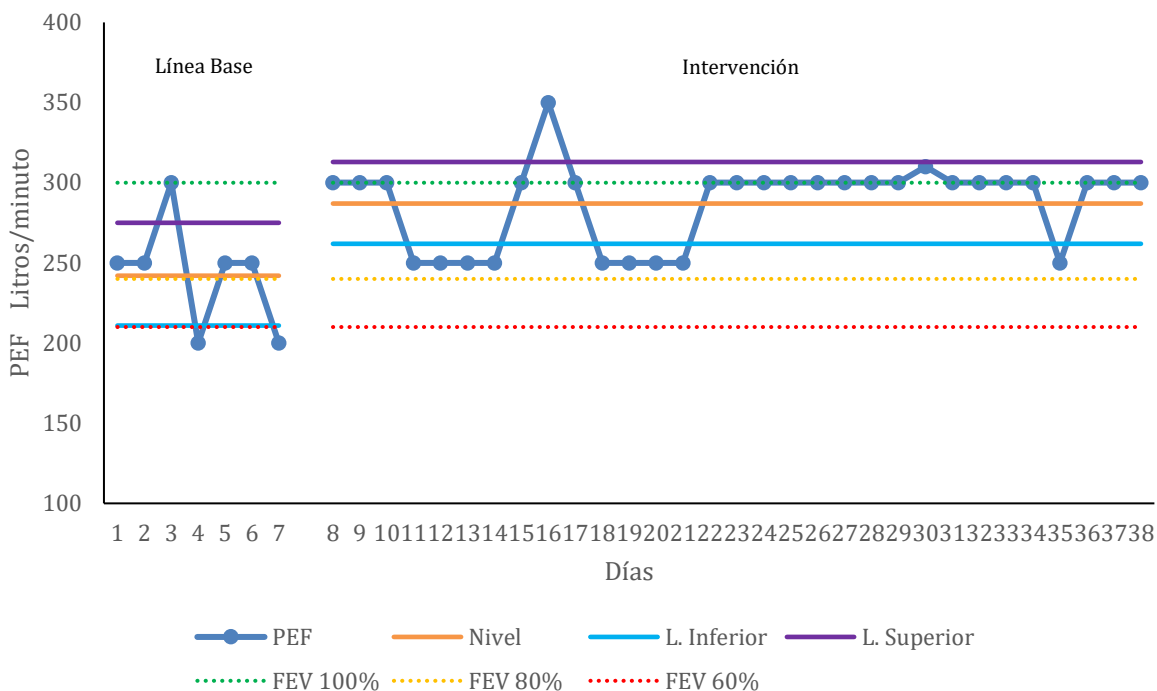


Figura 5. Valores absolutos de flujometría de la participante 1 durante las noches en línea base e intervención

La tendencia en línea base fue negativa, el valor desciende siete unidades por día, mientras que en la intervención aumenta .77 por día. De acuerdo con el coeficiente de variabilidad se aprecia un mayor porcentaje de variación en la línea base versus la fase de intervención, donde se reduce un 4%. El rango de variabilidad para el PEF durante la línea base fue de 274.80 L/min a 210.91 L/min; mientras que para la intervención fue de 312.94 L/min a 261.90 L/min. La línea base es estable hacia una tendencia negativa, mientras que en la intervención no se obtuvo estabilidad (tabla 28).

Tabla 28. Índices descriptivos del PEF de la participante 1 durante las noches en ambas fases

	Nivel	Rango Variabilidad	Tendencia	Coefficiente de Variabilidad	Estabilidad
Línea Base	$\bar{x} = 242.86$	Límite Superior = 274.80 Límite Inferior = 210.91	$b = -7.14$	CV = 13%	Z = 0.70 ($p > .05$)
Intervención	$\bar{x} = 287.42$	Límite Superior = 312.94 Límite Inferior = 261.90	$b = 0.77$	CV = 9%	Z = 2.88 ($p < .05$)

Finalmente, como puede apreciarse en la figura 6, el promedio de PEF durante mañana es igual antes y durante la intervención ($z = -1.41, p > .05$), sin embargo, durante las noches el promedio de PEF es estadísticamente significativo ($z = -2.00, p < .05$).

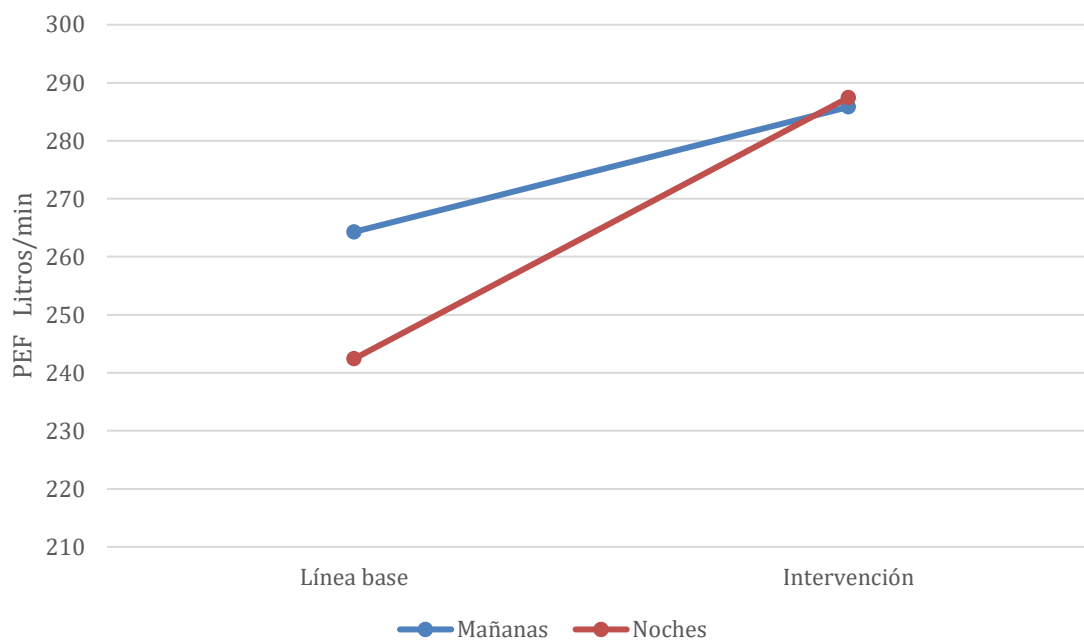


Figura 6. Promedio de PEF obtenido durante línea base e intervención en las mañanas y en las noches para la participante 1.

Participante 2

Ficha de Identificación

Sexo: femenino

Edad: 78 años

Peso: 69 kg

Talla: 1.42 m

IMC: 34.22 (Obesidad tipo 1)

Estado Civil: Casada

Educación: Sin estudios (analfabeta)

Ocupación: Empleada de limpieza.

Años transcurridos desde el diagnóstico de asma: 18 años

Medicamentos para el tratamiento del asma utilizaba al momento de la evaluación inicial: Symbicort 1 inhalación cada 12 horas, spiriva respimat 2 inhalaciones cada 24 horas, salbutamol por razón necesaria, montelukast todas las noches, teofilina cada 12 horas.

Co-morbilidades: Reflujo, rinitis alérgica, problemas cardiacos no especificados, apnea del sueño, e hipertensión.

Visitas a urgencias durante el último año: 4 visitas en los últimos 2 meses previos al inicio de la intervención.

Hospitalizaciones debidas al asma durante el último año: Ninguna.

Observaciones de la bitácora de tratamiento: En el caso de la segunda participante, manifestó que ella contaba con flujómetro y diario de flujometría desde hacía muchos años, no obstante, al realizar la evaluación de la ejecución de la flujometría se encontró que la paciente realizaba la técnica de toma de espirometría forzada. Esta técnica es diferente a la de la toma de flujometría, y requiere que el usuario expulse todo el aire que sea capaz en el menor tiempo posible (requisito que no es necesario en el caso de la flujometría, dónde sólo se solicita una expiración de aire rápida, sin necesidad de vaciar todo el aire de los pulmones. La espirometría forzada es una prueba que requiere la supervisión de personal médico

competente en la técnica, equipo especial y dónde se obtienen diferentes parámetros de la función pulmonar.

De igual forma, la participante dijo no conocer la finalidad de la flujometría, ya que la función que ella le veía era que el médico tratante la reconociera como una paciente cumplida en su tratamiento. Con estas observaciones podemos aseverar la importante tarea de no solo enseñar al paciente que la flujometría es importante sino también asegurarnos de que ejecute la tarea de forma correcta y entienda las implicaciones de monitorear sus valores del PEF.

En cuanto a la activación conductual, la paciente dijo tener muchas actividades durante el día ya que trabajaba, formaba parte de una asociación religiosa, y disfrutaba con su tiempo de ocio. Empero, reconocía que últimamente tenía dificultades para concentrarse en sus actividades ya que se encontraba “*muy ansiosa*” y eso la llevaba a preocuparse y ponerse triste. Por lo tanto, se planteó a la participante la opción de llevar a cabo la respiración diafragmática y relajación autógena como actividad placentera. Cabe destacar que la participante había visitado la sala de urgencias médicas al menos tres veces durante el último mes debido a ataques de asma, sin embargo, en ninguna visita fue necesario que permaneciera en hospitalización, lo que sugería un estado de ansiedad, situación que fue avalada por el médico tratante de clínica de asma. La participante dijo que llevó a cabo los ejercicios de relajación autógena de forma diaria durante todo el tiempo que duró la intervención.

Con esta participante se trabajaron los pensamientos y creencias irracionales que daban como desenlace los estados de ansiedad. Se detectaron pensamientos del tipo anticipatorio y catastrófico como “*esto que siento es un ataque de asma, seguro me van a tener que internar o me va a dar un ataque al corazón por no poder respirar*”, “*me voy a caer si me da un ataque de asma*”, “*necesito oxígeno sino me voy a desmayar, lo que necesito es que me internen*”. Estos pensamientos iban acompañados de las respuestas fisiológicas como temblor de manos y brazos, sensación de cambio de temperatura de frío a caliente que se originaba en el pecho e iba hacia la cabeza, sudor frío.

En este caso en particular, se destacó el cambio de temperatura corporal que se iniciaba del pecho hacia la parte superior del cuero cabelludo. Conjunto a la detención del pensamiento, se entrenó a la paciente a que diera la auto-instrucción de *“es preferible que no anticipe lo peor”* y que practicara la respiración diafragmática. Se reforzó que no olvidara llevar consigo su medicamento de rescate y lo aplicara si es que así lo consideraba necesario, siempre sin exceder las dosis recomendadas por el médico tratante. Al término de las sesiones, la participante reportó de forma verbal haber aprendido a *“no pensar siempre lo peor cuando siento el calor en mi cuerpo”* y practicar la relajación autógena casi de forma inmediata después de experimentar un estado de ansiedad.

Al finalizar las sesiones, se incentivó a que continuara la práctica de relajación y detención de pensamientos automáticos.

Resultados en las variables de interés

En la tabla 29 se muestra que realizar las comparaciones pre-test-post/test y pre-test/seguimiento en la variable depresión, la paciente 2 mostró una mejora clínicamente significativa hacia la funcionalidad. En la comparación post-test/seguimiento no se reportó un cambio significativo, no obstante, se mantuvo por debajo del punto de corte ($C = 31.77$ puntos). En lo concerniente a las medidas de depresión y ansiedad de la participante 2, puede observarse un CCO negativo significativo al comparar puntuaciones pre-intervención y post-intervención. De la post-intervención al seguimiento hubo un empeoramiento significativo de la variable depresión, sin embargo, no alcanzó los niveles de la pre-intervención.

En referencia a los puntajes de ansiedad, en la comparación pre-test/post-test se reportó una mejora hacia la funcionalidad, sin embargo, en la comparación pre-test/seguimiento no existió un cambio significativo, aunque el puntaje se dirigió hacia la disfuncionalidad. Durante el post-test/seguimiento ocurrió una recaída clínicamente significativa hacia la disfuncionalidad considerada como grave.

De la variable de control del asma se registró una mejoría hacia la funcionalidad en las mediciones pre-test/post-test y pre-test/seguimiento, en la comparación post-test-seguimiento el puntaje se mantuvo dentro de la funcionalidad, aunque no fue significativo.

Para la variable de calidad de vida registrada mediante el MiniAQLQ se registró una mejoría dentro de la funcionalidad en la comparación pre-test/pos-test. En las comparaciones pre-test/seguimiento y post-test/seguimiento, no se reportaron cambios, pero el puntaje se mantuvo por arriba del punto de corte significativamente clínico. De manera similar, se observa un CCO significativo con una dirección positiva para el control del asma (ACT) y para la calidad de vida (MiniAQLQ). Ambas medidas en la post-intervención indican que se trató de un cambio confiable clínicamente significativo.

Tabla 29. Evaluación de los resultados clínicos de la participante 2 en los tres momentos de medición

Variable	Pre-test	Post-test	Seguimiento	Punto de Corte Original	Valor "C"	Comparaciones	ICC _{JT} ^a	CCO de Cardiel ^b
Depresión (HADS-D)	57.14	4.76	23.80	33	31.77	Pre > Post	-4.72***	-0.91‡
						Pre > Seg	-2.38***	-0.58‡
						Post < Seg	+1.89	+4‡
Ansiedad (HADS-A)	72.72	23.80	61.90	38	36.23	Pre > Post	-5.65***	-0.67‡
						Pre > Seg	-1.54	-0.18
						Post < Seg	+4.11***	+1.6‡
Control del asma (ACT)	64	100	92	76	81.32	Pre < Post	+5.31***	+0.56‡
						Pre < Seg	4.13***	+0.43‡
						Post > Seg	+1.18	-0.08
Calidad de Vida (MiniAQLQ)	73.33	89.33	81.33	No reportado	61.56	Pre < Post	+2.13***	+0.22‡
						Pre < Seg	-1.70	+0.10
						Post > Seg	+1.07	-0.08

Nota: Valor C= punto de corte de significancia clínica de acuerdo con Jacobson y Truax

^{a, b} El signo para el valor del ICC_{JT} y el CCO se interpreta de la siguiente manera: cuando el signo es negativo, indica una disminución de la presencia de síntomas de depresión y ansiedad, control de asma y calidad de vida; mientras que el signo positivo indica mejoría de la puntuación para las variables control de asma y calidad de vida y un incremento de síntomas de depresión y ansiedad.

Criterios de cambio del Índice de Cambio Confiable de Jacobson y Truax (ICC_{JT}): * Puntuación $z \pm 1.96$ equivalente a $p \leq .05$, ** Puntuación $z \pm 2.61$ equivalente a $p \leq .01$, *** Puntuación $z \pm 3.33$ equivalente a $p \leq .001$

‡ **Cambio Clínico Observable (CCO)** significativo (valores entre ≥ 0.20 y ≤ -0.20).

La evaluación clínica de las dimensiones del MiniAQLQ pueden apreciarse en la tabla 30. La participante puntuó con 100 puntos en la dimensión de síntomas físicos, sin embargo, desde la evaluación pre-test obtuvo calificaciones sobre el punto de corte; en esta dimensión no se reportaron cambios significativos.

Por otra parte, en la dimensión de estímulos ambientales las puntuaciones post-test y pre-test se ubicaron por arriba del valor “c”, y además existieron cambios clínicamente significativos en el cambio clínico objetivo de Cardiel en las comparaciones pre-test/post-test y pre-test/seguimiento. La comparación pre-test/seguimiento fue significativa en el ICC_{JT}.

En lo referente a la función emocional, todas las evaluaciones se mantuvieron por arriba del punto de corte, empero en las comparaciones pre-test/seguimiento y post-test/seguimiento se obtuvieron cambios significativos negativos en el ICC_{JT} y cambios negativos clínicamente significativos en el CCO de Cardiel.

En la última dimensión que hace referencia a la limitación en las actividades, las evaluaciones post-test y seguimiento se ubicaron por arriba del valor C, por lo que pueden considerarse dentro de la funcionalidad. Las comparaciones pre-test/post-test y pre-test/seguimiento fueron significativas positivas en el ICC_{JT}, y el CCO de Cardiel fue clínicamente significativo en las mismas comparaciones.

Tabla 30. Evaluación de resultados de la participante 2 con respecto a las dimensiones del MiniAQLQ

Dimensión MiniAQLQ	Pre-test	Post-test	Seguimiento	Valor “C”	Comparaciones	ICC _{JT} ^a	CCO Cardiel ^b
Síntomas Físicos	92	92	100	70.08	Pre = Post	0	0
					Pre < Seg	+1.06	+0.08
					Post < Seg	+1.06	+0.08
Estímulos Ambientales	40	66.66	86.66	52.73	Pre < Post	+1.57	+0.66 [‡]
					Pre < Seg	+2.75 ^{**}	+1.16 [‡]
					Post < Seg	+1.18	+0.30 [‡]
Función Emocional	100	100	80	64.93	Pre = Post	0	0
					Pre > Seg	-2.05 ^{**}	-0.20 [‡]
					Post > Seg	-2.05 ^{**}	-0.20 [‡]
Limitación en las Actividades	55	95	85	72.1	Pre < Post	+3.17 ^{**}	+0.72 [‡]
					Pre < Seg	+2.38 ^{**}	+0.54 [‡]
					Post > Seg	-0.79	-0.10

Nota: Valor C= punto de corte de significancia clínica de acuerdo con Jacobson y Truax

^{a, b} El signo para el valor del ICC_{JT} y el CCO se interpreta de la siguiente manera: símbolo positivo representa un aumento de puntaje en la dimensión, el signo negativo una disminución.

Criterios de cambio del Índice de Cambio Confiable de Jacobson y Truax (ICC_{JT}):

* Puntuación $z \pm 1.96$ equivalente a $p \leq .05$, ** Puntuación $z \pm 2.61$ equivalente a $p \leq .01$, ***

Puntuación $z \pm 3.33$ equivalente a $p \leq .001$

[‡] **Cambio Clínico Observable (CCO)** significativo (valores entre ≥ 0.20 y ≤ -0.20),

En la tabla 31 se presentan los resultados de la participante 1 con respecto a las dimensiones que se obtuvieron en la validación del MiniAQLQ durante la fase 1. Se observa que en el Factor 1 que está relacionado a los factores emocionales producto de la sintomatología asociada al asma, existieron cambios en el índice de cambio confiable positivo en las comparaciones pre-test/post-test y post-test/seguimiento, no se reportaron cambios en el CCO en ninguna comparación.

Tabla 31. Evaluación de resultados clínicos de la participante 1 con respecto a las dimensiones del MiniAQLQ obtenidas en la Fase 1

Dimensiones MiniAQLQ	Pre-test	Post-test	Seguimiento	Valor "C"	Comparaciones	ICC _{JT}	CCO de Cardiel
Factor 1. Síntomas asociados al asma	96.66	96.66	100	74.28	Pre = Post	0	0
					Pre < Post	+2.12**	+0.03
					Post < Seg	+2.12**	+0.03
Factor 2. Síntomas debidos a factores externos.	80	66.66	93.33	59.6	Pre > Post	-2.66**	-0.16
					Pre < Seg	+2.67**	+0.16
					Post < Seg	+5.34***	+0.40‡
Factor 3. Actividades	66.66	93.33	80	91.73	Pre < Post	+7.61***	+0.40‡
					Pre < Seg	+3.81***	+0.20‡
					Post > Seg	-3.81***	-0.14

Nota: Valor C= punto de corte de significancia clínica de acuerdo con Jacobson y Truax

^{a, b} El signo para el valor del ICC_{JT} y el CCO se interpreta de la siguiente manera: símbolo positivo representa un aumento de puntaje en la dimensión, el signo negativo una disminución.

Criterios de cambio del Índice de Cambio Confiable de Jacobson y Truax (ICC_{JT}):

* Puntuación $z \pm 1.96$ equivalente a $p \leq .05$, ** Puntuación $z \pm 2.61$ equivalente a $p \leq .01$, *** Puntuación $z \pm 3.33$ equivalente a $p \leq .001$

‡ **Cambio Clínico Observable (CCO)** significativo (valores entre ≥ 0.20 y ≤ -0.20).

En el factor 2 que habla de síntomas relacionados a factores externos, existió un cambio negativo en el ICC_{JT} en la comparación pre-test/post-test, aunque en las comparaciones pre-test/seguimiento y post-test/seguimiento este cambio se vuelve positivo significativo, y también viene acompañado de un CCO de Cardiel significativo positivo. En lo referente al factor 3 se encontraron diferencias clínicas significativas en el ICC_{JT} en el pre-test/post-test, pre-test/seguimiento, y estas comparaciones viene acompañados de cambios significativos positivos en el CCO

de Cardiel. En la comparación post-test/seguimiento hubo cambios negativos en el ICC_{JT}, no obstante, no fue acompañado de un cambio en el CCO de Cardiel.

Resultados de flujometría

En la figura 7 se observa que el promedio del PEF en las mañanas durante la fase de intervención (que duró 14 días) fue de 184.29 L/min mientras que en la intervención existió un aumentó al a 251.14 L/min. El mejor valor alcanzado del PEF se consideró en 277 L/min; durante la línea base los valores se ubicaron entre el 80 y 60%, e incluso por debajo del 60%. En la fase de intervención los valores se ubicaron entre el 100 y 80%, y 80 y 60% del PEF ideal.

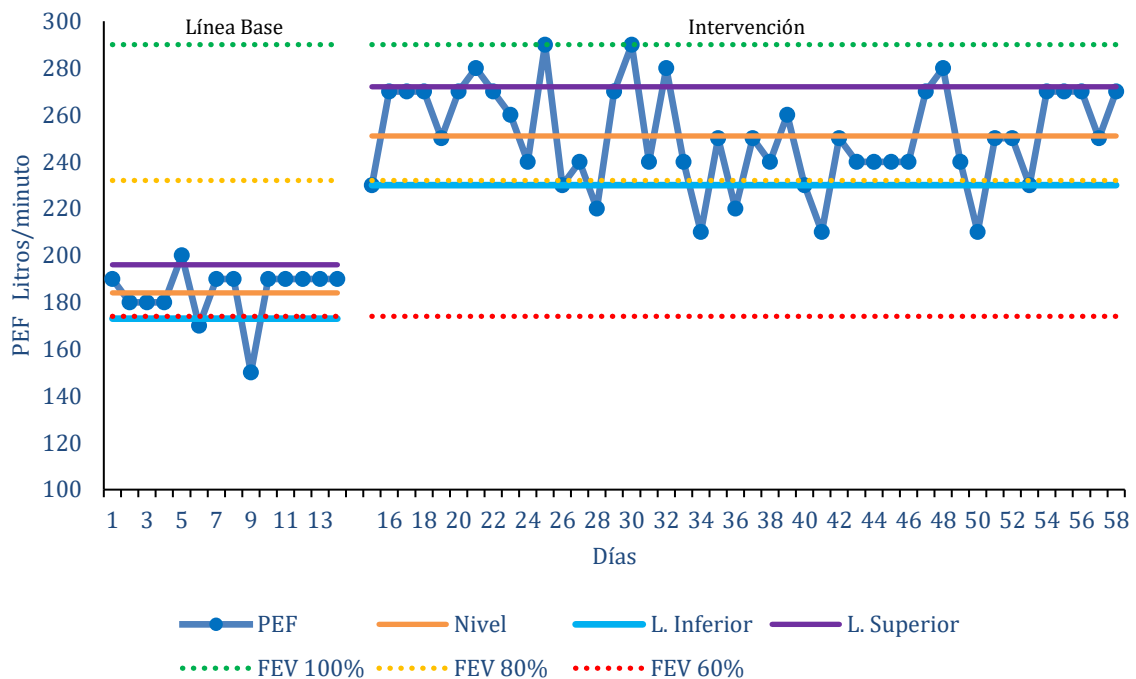


Figura 7. Valores absolutos de PEF de la participante 2 durante las mañanas en línea base e intervención

En la tabla 32 se puede observar que la tendencia fue positiva durante la línea base con un aumento diario de .35 unidades, mientras que, en la intervención la tendencia fue negativa con una pérdida de .22 unidades por día. El PEF varió en promedio 6% durante la línea base y 8% durante la fase de intervención. El

porcentaje de variación fue del 2% entre fases. El rango de variabilidad para el PEF en línea base fluctuó entre 196.07 L/min y 172.51 L/min. Los índices de estabilidad en las dos fases denotan estabilidad.

Tabla 32. Índices descriptivos del PEF de la participante 2 durante las mañanas en ambas fases

	Nivel	Rango Variabilidad	Tendencia	Coefficiente de Variabilidad	Estabilidad
Línea Base	$\bar{x} = 184.29$	Límite Superior = 196.07 Límite Inferior = 172.51	$b = 0.35$	CV = 6%	Z=-1.16 ($p > .05$)
Intervención	$\bar{x} = 251.14$	Límite Superior = 272.27 Límite Inferior = 230.01	$b = -0.22$	CV= 8%	Z=1.40 ($p > .05$)

Referente a los valores del PEF, puede observarse que durante la línea base, los registros indican que la medida se ubicó entre el 80 y 60% del valor ideal. Mientras que a lo largo de la intervención los valores se ubicaron entre el 100 y 80% del valor ideal, aunque al menos seis registros se ubicaron dentro del límite del 80% del valor ideal. De igual manera, como se indica en la figura 8 se aprecia un cambio de nivel favorable en los valores de PEF de 198.57 L/min a 257.27 L/min durante las noches.

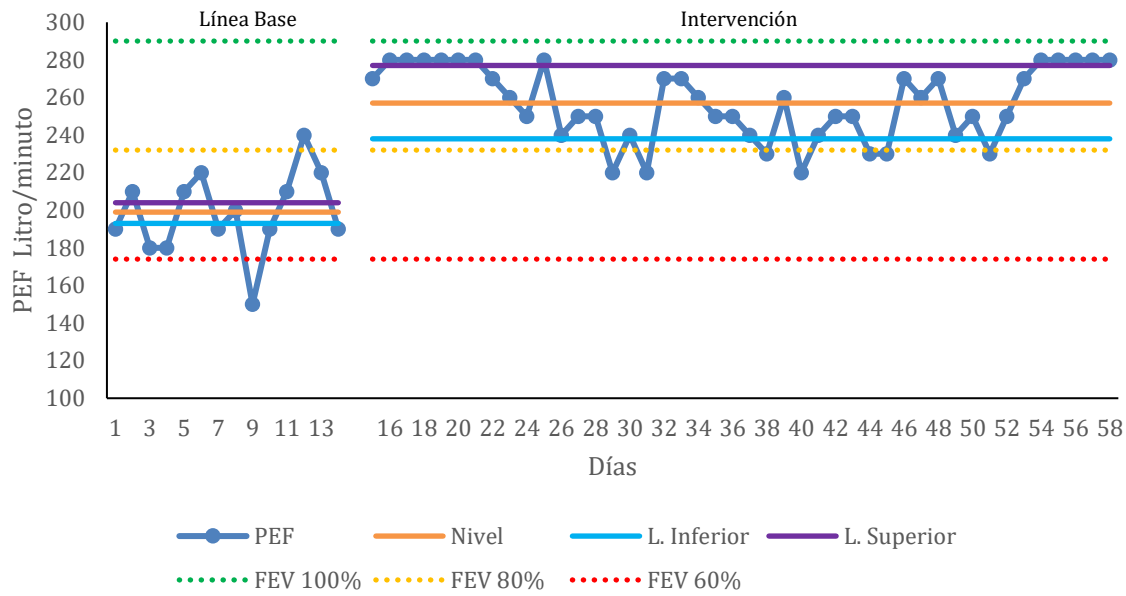


Figura 8. Valores absolutos de PEF de la participante 2 durante las noches en línea base e intervención

La tendencia en la línea base fue positiva con un aumento de 1.23 unidades por día, mientras que en la fase de intervención es negativa con una disminución de .15 unidades por día. El coeficiente de variabilidad fue menor en la línea base ya que en la intervención aumenta en 5%. Durante la línea base el índice de estabilidad fue invariable, mientras que durante la intervención se observó no estable (tabla 33).

Tabla 33. Índices descriptivos del PEF de la participante 2 durante las noches en ambas fases

	Nivel	Rango Variabilidad	Tendencia	Coefficiente de Variabilidad	Estabilidad
Línea Base	$\bar{x} = 198.57$	Límite Superior = 204.27 Límite Inferior = 192.87	$b = 1.23$	CV = 3%	Z=0.87 ($p > .05$)
Intervención	$\bar{x} = 257.27$	Límite Superior = 276.62 Límite Inferior = 237.92	$b = -0.15$	CV= 8%	Z= 6.22 ($p < .05$)

Como puede observarse en la figura 9, al emplear la prueba t de Wilcoxon, existen diferencias estadísticamente significativas en el promedio del PEF para línea base y durante la intervención para las mañanas ($z=-3.30, p < .05$) y para las noches ($z = -3.19, p < .05$).

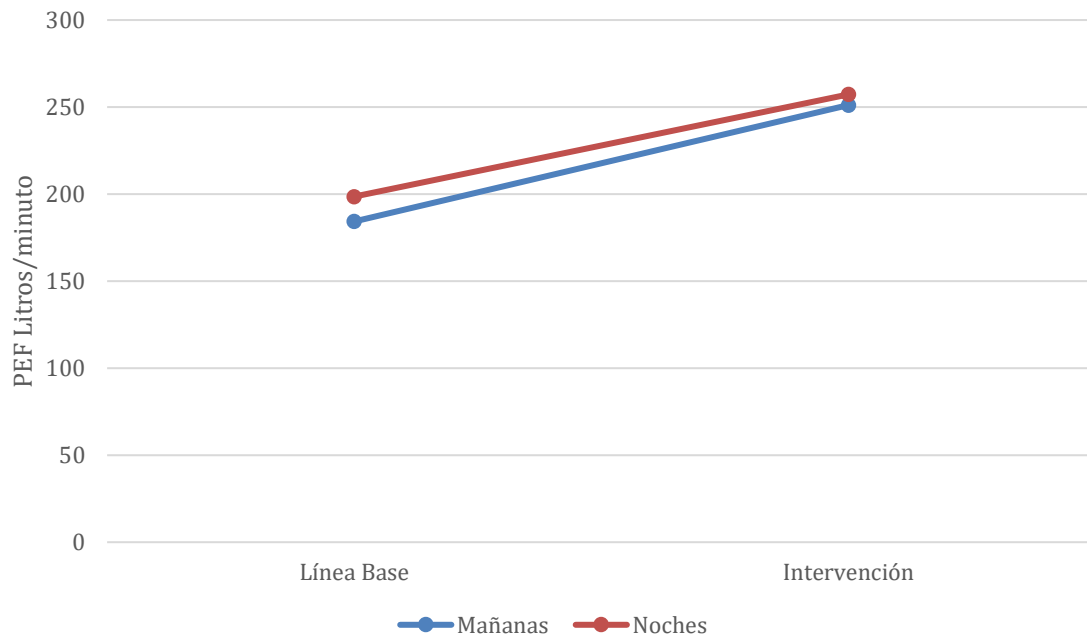


Figura 9. Promedio de PEF obtenido durante línea base e intervención en las mañanas y en las noches para el participante 2.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El propósito de la presente investigación consistió en evaluar los efectos de una intervención cognitivo conductual dirigida a los síntomas de depresión, sobre el control de la enfermedad y la calidad de vida de pacientes con asma no controlada.

En este sentido, las investigaciones antecesoras señalan que se pueden lograr cambios en el control de la enfermedad asmática cuando son atendidas las variables cognitivas y conductuales del individuo. Por su alta incidencia y parecido entre los síntomas de asma y ansiedad, la mayoría de los estudios se centran precisamente en el tratamiento de trastornos de ansiedad. No obstante, las investigaciones son conformadas por participantes que podían presentar indistintamente asma controlada y/o no controlada, y que de igual manera podían o no presentar síntomas depresivos. Si tenemos en cuenta que se ha demostrado que la depresión se suele correlacionar con el control del asma de manera importante, incluso con mayor fuerza que con la ansiedad, es necesario atender a la población que se presentara sintomatología depresiva y además reportara asma no controlada.

Por otro lado, la investigación correlacional es basta en relación al control de la enfermedad, el estado emocional y la calidad de vida, pero es escasa en el ámbito de evaluar las intervenciones aplicadas donde se busque evaluar los efectos de una intervención psicológica sobre la calidad de vida específica a la enfermedad.

Como primer punto, se discutirán brevemente los hallazgos principales derivados de la bitácora de tratamiento de las participantes. De forma general se debe resaltar la importancia del modelamiento y moldeamiento de la toma de flujometría que están llevando a cabo los usuarios con asma. Esto debido a que como se menciona en las guías de tratamiento (GINA, 2017) es de vital importancia que el paciente sepa monitorear de forma correcta la obstrucción del flujo aéreo, sin embargo, en ambos casos se encontraron lagunas en el conocimiento de la importancia del PEF y de la técnica de flujometría.

Otro punto muy importante es que, si bien, el objetivo principal y específico de la presente investigación no se centraba en el tratamiento de ataques de

ansiedad, con la segunda participante fue necesario trabajar los pensamientos que desencadenaban las crisis de angustia, ya que eran las que estaban originando los síntomas de depresión y a su vez originaban el sobre uso de los servicios médicos. Como ya han indicado investigaciones antecesoras (Tien et al., 2014), fue importante instruir a la participante en la identificación de síntomas que experimentaba cuando se trataba de un ataque de asma y cuando se trataba de un estado de ansiedad.

Como tercer punto y último punto del análisis de las bitácoras, se destaca la presencia de síntomas compartidos entre ansiedad y depresión. Una explicación a este fenómeno se encuentra en el planteamiento de la existencia de un factor de afectividad negativa, compartida por ambos tipos de trastornos. De tal forma que en este núcleo se agruparían los síntomas que suelen ser comunes, mientras que habría otro componente específico de la ansiedad que se refiere a la activación fisiológica y un componente específico para la depresión, en relación a la baja afectividad positiva (Agudelo et al., 2007).

A continuación, para al análisis de los resultados de las puntuaciones obtenidas a través de las escalas de medición empleadas por cada una de las participantes. En los siguientes párrafos se resalta la significancia clínica obtenida y se enuncia la discusión de resultados por cada una de las variables.

En cuanto a los síntomas de depresión, la primera participante obtuvo puntuaciones por debajo del punto de corte y el punto C en el post-test y el seguimiento, es decir, alcanzó un nivel funcional dentro de la muestra normativa después de la intervención. Mediante el ICC_{JT} y el CCO de Cardiel, se obtuvieron resultados significativos en la comparación pre-test/post-test y pre-test/seguimiento. Y es sumamente importante señalar que durante el seguimiento se continuó manteniendo la calificación dentro de la puntuación normativa.

En el caso de la segunda participante, en la variable depresión, los resultados fueron similares al de la primera participante, ya que también muestra cambios clínicos significativos en el ICC_{JT} y CCO de Cardiel, en las comparaciones de pre-test/post-test, y pre-test/seguimiento, ambas comparaciones en dirección a la

normatividad. Los cambios significativos no se mantuvieron en la comparación post-test/seguimiento, sin embargo, el puntaje en seguimiento se mantuvo dentro de los valores de normalidad.

Con esta evidencia podemos expresar que el tratamiento fue exitoso para la disminución de síntomas de depresión en el caso de ambas participantes. Estos resultados son similares a los obtenidos por Juárez (2010), Islas (2011), Parry et al. (2012), Lugo (2013), y Stoop et al. (2015), quienes reportan disminución en los síntomas de depresión al término de sus intervenciones. Y es caso contrario a lo reportado por Epstein et al. (2004), Freeman y Welton (2005), Ross et al. (2005), que concluyeron que no existían diferencias en la variable de depresión al término de sus protocolos de investigación con pacientes con asma.

Una gran ventaja de la presente investigación radica en que el cambio positivo en depresión se mantiene durante el seguimiento, ya que los autores que han evaluado hasta esta etapa, mencionan que es durante los seguimientos cuando desaparecen las diferencias y los participantes presenta recaídas (Parry et al., 2012; Stoop et al., 2015).

Los resultados en depresión también nos llevan a contradecir lo encontrado por Heaney et al. (2005), que habían apuntado a que el incremento en el control del asma conllevaba a una mejoría en la calidad de vida, sin embargo, no llevaba a una mejoría en los síntomas psicológicos.

En referencia a la variable de ansiedad, la primera participante reportó decremento de puntaje en el post-test y seguimiento, ambos por debajo del punto de corte. El cambio en sus puntuaciones fue clínicamente significativo en las pruebas de ICC_{JT} y CCO de Cardiel, en las comparaciones pre-test/post-test y pre-test/seguimiento.

Para la segunda participante, en ansiedad hubo un cambio clínico significativo hacia la disfuncionalidad durante la comparación post-test/seguimiento. Esto puede explicarse debido a que la participante realizó la evaluación de seguimiento una semana después de haberse presentado una réplica de un sismo, motivo por el cual reportaba estar alerta ante cualquier sonido.

Como se mencionó en la descripción del caso, la participante visitó el servicio de urgencias en cuatro ocasiones durante el último mes previo al inicio de la intervención y le repercutía en sus actividades laborales, situación que se modificó durante la intervención. Esta percepción del síntoma que tenía la paciente concuerda con lo expuesto por autores como Gold et al. (2014) y Gold et al. (2012) en referencia a que los pacientes que tienen una interpretación errada del síntoma suelen emplear con mayor frecuencia los servicios de salud y ver afectadas sus actividades laborales. En este caso en particular, no se puede decir que la participante haya tenido poca experiencia en el manejo de la enfermedad, como menciona Schatz y Camargo (2003) que suele ocurrir con algunos pacientes, ya que se trataba de una participante con más de una década de evolución de la enfermedad. En cambio, se puede sugerir que como producto de la historia personal de la participante con su enfermedad (historial previo de hospitalizaciones, experiencias en otras crisis asmáticas, experiencia en la atención médica), había desarrollado una serie de estrategias, entre los que destacaba la percepción selectiva y la falsa interpretación del síntoma, tal y como mencionan autores como Bazán Riverón et al. (2008) y Ponte et al. (2007).

Como se apuntó en un apartado anterior, el entrenamiento en reestructuración cognitiva, específicamente en la detención del pensamiento automático y entrenamiento en respiración diafragmática y relajación autógena, se alcanzó a modificar la respuesta de la participante. Al término de la intervención y en el seguimiento, la participante reportó que no había vuelto a hacer uso de los servicios de emergencias, sino que se había atendido a sus citas médicas previamente programadas.

Los hallazgos citados anteriormente nos llevan a sugerir que, si bien la ansiedad no era la variable protagonista de la intervención, se logró incidir significativamente sobre esta variable y obtener resultados favorables en las mediciones post-test. Lo que lleva a reforzar el planteamiento de otros autores como Agudelo et al. (2007) que plantean que la depresión y ansiedad comparten síntomas de connotación negativa, de tal forma que los síntomas comunes pueden ser atendidos de forma conjunta.

Los resultados aquí encontrados son apoyados por las deducciones obtenidas por Caballero et al. (2009), Juárez (2010), Lugo (2013) y Sánchez (2014), quienes reportaron disminución en los niveles de ansiedad al término del programa cognitivo conductual. Empero, los hallazgos aquí descritos son opuestos a los resultados del estudio de Parry et al. (2012), donde no se obtuvieron cambios en las evaluaciones post-test, en la variable de ansiedad evaluada a través de medidas de auto-reporte.

Pertinente al mantenimiento a largo plazo, los resultados aquí presentados son opuestos a los expuestos por Hockeymeyer y Smith (2002), Ross et al. (2005), Sommaruga et al. (2005), y Stoop (2015). Esto decido a que en sus intervenciones sí se había logrado mantener los cambios en ansiedad a mediano y largo plazo. Aunque en este caso incidieron variables ajenas al tratamiento la enfermedad y se relacionaron con un momento donde acaban de suscitarse fenómenos ajenos a la enfermedad asmática.

Continuando con la siguiente variable, la concerniente al control de la enfermedad calificada por el ACT, tenemos que la primera participante transitó de un asma clasificada como no controlada a un asma controlada durante el post-test y el seguimiento. Estos resultados se replican en el caso de la segunda participante, quien también pasó de reportar un asma no controlada a controlada, tanto de acuerdo a los criterios de los autores que establecieron los puntos de corte originales para el ACT, como los establecidos por el punto C.

Estos resultados nos llevan a apuntar que la intervención fue exitosa para favorecer el auto-reporte del control de la enfermedad y para mantener los cambios a mediano plazo. En la revisión sistemática realizada por Yorke et al. (2009) se expuso que las intervenciones cognitivo conductuales examinadas no habían logrado modificar de forma significativa el control del asma cuando era evaluado por medio de cuestionarios.

Otras investigaciones de corte cognitivo conductual que se enfocaron en la adhesión terapéutica como las reportadas por Islas (2011) y Lugo (2013), habían indicado un cambio positivo en la clasificación del asma una vez finalizada la

intervención, sin embargo, no se describió la forma de evaluación del control de la enfermedad, por lo que no se puede definir si fue por medio de auto-reporte del paciente o criterio del investigador.

La evidencia aquí encontrada aporta evidencia a las hipótesis que apunta a que el control del estado emocional conlleva una asociación con la modificación de percepción de síntomas; y por consiguiente la valoración del grado de control de la enfermedad que da el paciente (Gold et al., 2013).

Continuando con el control de la enfermedad medido a través de las medidas fisiológicas, en la revisión de Yorke et al. (2009), menciona que las intervenciones en relajación ayudaron a disminuir la obstrucción pulmonar medida a través de la espirometría. En el caso de esta investigación, se emplearon los valores PEF como medida fisiológica para medir el impacto de la intervención sobre el control. Como menciona la guía GINA (2017) la flujometría da un panorama aproximativo del control del asma, es sencillo, y económico. De forma general, se estima que la intervención empleada fue benéfica para mejorar los niveles de flujometría, y podría ser uno de los hallazgos más relevante de la investigación. Aunque, no debe de perderse en cuenta que en el momento en el que fueron captadas las participantes para la intervención, sus esquemas de tratamiento médico habían sido evaluados y modificados. La modificación del tratamiento médico persiguió el control de los síntomas asmáticos y la apertura de la vía aérea. Si el paciente es adherente a la modificación de su tratamiento médico puede traducirse la modificación de los valores de la flujometría, ya que es una medida sensible que se beneficia en un periodo relativamente corto.

Retomando el caso de ambas participantes, los resultados del nivel indican que el promedio del PEF aumentó durante la fase de la intervención, tanto por la mañana como por la noche.

Para la primera participante, la tendencia del PEF pasó de negativa a positiva. Aunque no mostró cambios significativos durante la mañana, sí se redujo la variabilidad de la medida durante la intervención. Situación benéfica de acuerdo

con la guía GINA (2017), ya que la reducción de variabilidad del PEF suele ser un indicador de que el control de la enfermedad va en mejoría.

En el caso de la segunda paciente, durante las mañanas el PEF aumentó en su nivel y en ambas fases la medida fue estable, sin embargo, aumentó la variabilidad en la fase de intervención. Durante la noche, en la intervención la tendencia del PEF fue negativa, y también presentó mayor variabilidad. En ambos casos, la prueba t de Wilcoxon registró que sí hubo diferencias significativas entre línea base e intervención, con un incremento en los puntajes PEF en la fase de intervención.

Por otro lado, es muy significativo que ambas pacientes se mantuvieran principalmente dentro de los rangos del 100% al 80% de su PEF máximo (o dentro del semáforo verde y amarillo) durante la intervención, situación que no ocurrió durante la línea base. Lo anterior puede ser un indicativo de un control de la enfermedad adecuado, si se toman como base los criterios de la GINA (2017). Al no ubicarse por debajo del 60%, puede interpretarse que las participantes no estuvieron en riesgo de desarrollar una crisis asmática. Lo que se sostiene con el discurso de las participantes, ya que ambas negaron haber presentado crisis durante el periodo de intervención o dentro de las semanas que transcurrieron hasta el seguimiento.

Otro punto a positivo es que ambas participantes presentaron diferencias significativas al comparar las medidas pre-test e intervención en las medidas tomadas en la noche, ya que es durante la noche cuando los pacientes con asma suelen presentar mayor congestión de las vías aéreas.

Ambas participantes alcanzaron sus mejores valores personales PEF durante el periodo de la intervención, situación que se considera ideal en las guías clínicas de tratamiento mexicanas (Larenas-Linnermann et al, 2017). Teniendo en consideración estos puntos, y analizando los resultados, podemos considerar que durante la intervención se produjeron beneficios que nos llevan a sugerir que se contribuyó al control de la enfermedad.

Investigaciones cognitivo conductuales como las de Islas (2010) y Lugo (2013) obtuvieron medidas del PEF en el pre-test, post-test y seguimiento. En sus resultados reportaron cambios positivos significativos en las mediciones pre-test, post-test y seguimiento, situación similar a la obtenida en la presente investigación. Aunque en el caso de estas investigaciones citadas, únicamente se compara una única medida del PEF y no los índices descriptivos obtenidos a través del tiempo.

Las medidas fisiológicas son importantes, y en este caso nos llevan a sugerir cambios favorables, pero no debemos olvidar que, a final de cuentas, lo importante es mejorar el bienestar del paciente como objetivo central en todo tratamiento, sobre todo en el caso de pacientes que llevan tantos años de evolución del padecimiento (Sullivan et al., 2013).

Finalmente, queda analizar los resultados obtenidos en la variable de calidad de vida relacionada a la enfermedad. Para realizar el análisis de esta variable se enlistarán los resultados individuales como se ha venido realizando con las demás variables, y posteriormente se hará el análisis de los hallazgos alcanzados en esta variable.

Prosiguiendo con el análisis por participante, la primera participante siempre se mantuvo por debajo del punto C, es decir, siempre se encontró dentro de la disfuncionalidad e incluso durante el post-test el cambio se dirigió a una dirección negativa. Al analizar los resultados de la participante por dimensiones del MiniAQLQ podemos observar que es en la dimensión de síntomas físicos en donde tuvo una disminución clínicamente significativa del puntaje. Situación que contrasta con sus resultados en el ACT y el reporte de su flujometría. En las dimensiones de estímulos ambientales y función emocional la paciente se ubicó por arriba del punto de corte en el post-test y seguimiento. Por otro lado, en la dimensión de limitación de las actividades no se reportaron cambios clínicamente significativos.

Por otra parte, al realizar el análisis por los factores establecidas en la fase 1 de la investigación, encontramos que la primera dimensión explorada se mantuvo con el mismo puntaje, pero las dimensiones que hablan de los factores externos y

limitaciones en las actividades disminuyeron durante el post-test, sin embargo, se recuperan en el post-test.

Al analizar el caso de la segunda participante, se nota que en la variable de calidad de vida se encontraron cambios clínicamente significativos mediante el ICC_{JT} y CCO de Cardiel, al efectuar las comparaciones pre-test/pos-test. Sin embargo, las calificaciones de la paciente siempre se ubicaron dentro del punto de corte C para ser consideradas dentro de la funcionalidad.

En su caso, todas las dimensiones del MiniAQLQ aumentaron de puntaje y se obtuvieron comparaciones significativas, a excepción de la dimensión de función emocional donde el ICC_{JT} y el CCO de Cardiel, que en las comparaciones pre-test/seguimiento y post-test/seguimiento, obtuvieron cambios clínicamente significativos, sin embargo, no disminuyó por debajo del valor C.

En diversas investigaciones de corte transversal exploratorio aseveran que el buen control de la enfermedad tiene un efecto significativo y directo en la calidad de vida específica a la enfermedad (Ross et al., 2005; Juárez, 2010; González-Barcala et al., 2012). Esta afirmación podría no aplicarse en esta investigación en particular, y debemos considerar las posibles explicaciones.

Como primer punto se debe recordar que la calidad de vida es un proceso subjetivo que en personas con asma se ve influida por distintos factores, como son los factores sociodemográficos (edad, sexo, nivel socioeconómico, nivel educacional y situación laboral: factores emocionales (por ejemplo, ansiedad, depresión), y factores clínicos propios de la enfermedad y de otras enfermedades que se conjugan en el vivir del día a día del paciente (comorbilidades). Por último, aunque no es inherente al sujeto, se deben tomar en cuenta las herramientas que se emplean para medir la calidad de vida y la calidad de vida relacionada a la enfermedad. Estos factores serán analizados a continuación para proponer explicación a lo encontrado en la presente investigación.

Si se analizan los factores sociodemográficos particulares de las participantes se tienen a dos mujeres, con más de una década de padecer la enfermedad asmática, con un nivel socioeconómico bajo, bajo nivel escolar y con

una situación laboral no ideal. Todas estas características las hacían propensas a tener niveles de calidad de vida bajos, ya que investigaciones como la de González-Barcala et al., (2002) señalan que los pacientes con edad avanzada, con síntomas de depresión y ansiedad, bajo nivel educativo y pobre control del asma suelen ser factores de riesgo para que el paciente con asma reporte una pobre calidad de vida general. Estas variables podrían estar conjugándose en un primer lugar para explicar los puntajes de la primera participante que siempre se mantuvo por debajo del punto de corte tanto de en la escala general como en las sub-escalas.

Sin embargo, para la segunda participante siempre se mantuvo por arriba del punto de corte, incluso antes de iniciar la intervención, aun cuando se trataba de una persona de la tercera edad, que compartía características sociodemográficas con la primera participante. Para explicar estos resultados, se podría plantear la posible explicación que ofrecen Kimura, Yokoyama, Kohno, Nakamura y Eboshida (2009). Estos autores explican que el deterioro de la calidad de vida por el mal control de la enfermedad se ve reflejado con significancia en varones, pero no en mujeres. Lo cual podría deberse a diferentes estilos de afrontamiento hacia la enfermedad.

Las diferencias de género en los roles sociales que perpetúan el supuesto de que los hombres deben ser estoicos y resistentes a asumir un rol de enfermos, factores culturales que permiten una mayor expresividad en las mujeres, la búsqueda de atención de salud, podrían generar diferentes formas de hacer frente a la enfermedad y estar sirviendo de variable mediadora para no ver afectada la calidad de vida (Fiestas-Teque & Vega-Dienstmaier, 2012).

Una consideración muy importante es el tiempo de evolución de la enfermedad, en la mayoría de las investigaciones se tiene en cuenta la edad del paciente, y se ha encontrado asociación entre edad avanzada y calidad de vida (Gonzalez-Barcala et al., 2002), a pesar de ello, las investigaciones no han explorado el tiempo de evolución de la enfermedad y la calidad de vida. En este caso particular se contó con dos participantes con más de diez años de evolución del padecimiento, que han debido afrontar diversos retos ante la enfermedad para

continuar siendo funcionales en su día a día. Por lo que podría plantear el supuesto de que a mayor tiempo de evolución el sujeto va desarrollando estrategias de afrontamiento ante la enfermedad que le lleven a mitigar un deterioro en la calidad de vida. Lo anterior viene de la mano con lo mencionado por Méndez Guerra et al. (2005) y Chen et al. (2015) que concluyen en sus estudios que los pacientes con enfermedades crónicas tienen cierto grado de adaptación a las barreras que conlleva su enfermedad, por ejemplo, en el caso de los pacientes con asma el área de limitación de las actividades no se ve afectada porque el participante deja de percibirlo como una barrera.

En cuanto a los factores emocionales, se tiene que ambas participantes cursaban con depresión y ansiedad al inicio de la intervención, sin embargo, ya se ha señalado que el control de la enfermedad parece ser solo uno de los factores que incide en la calidad de vida y no su determinante (Urrutia et al., 2012; Kwon, et al., 2008). Esto podría coincidir con los hallazgos aquí señalados, ya que las mediciones obtenidas por el HADS llevan a suponer que hubo una remisión de síntomas de depresión y ansiedad en ambas participantes, empero no se logró modificación de la calidad de vida relacionada a la enfermedad. Podría ser que los comportamientos de anhedonia relacionados a la depresión y la activación fisiológica asociada a la ansiedad no se encontraban influenciando de forma directa a la calidad de vida.

Continuando con la búsqueda de posibles explicaciones, se encontró con otra variable muy importante, y es la presencia de comorbilidades. Ambas participantes reportaron más de una condición añadida al asma o asociada a ésta. Enfermedades que también se encuentran asociadas a una gran cantidad de sintomatología fisiológica, por ejemplo, la primera participante tenía diagnóstico de diabetes, enfermedad que puede generar síntomas como cansancio, agotamiento, y letargia, entre otras. Y ambas presentan alteraciones en el patrón sueño debido a la apnea, lo cual puede asociarse con somnolencia e irritabilidad durante el día. Es así como la presencia de comorbilidad se asocia con puntajes de calidad de vida generales más bajos y con un sub-óptimo control del asma (Chen et al., 2015).

Xuan, Kirchdoerfer, Boyer, y Norwood (1999) encontraron que ciertas comorbilidades (como la hipertensión y afecciones gastrointestinales) pueden actuar como factores mediadores en los efectos del tratamiento farmacológico sobre las medidas de calidad de vida específicas para el asma.

Otra comorbilidad de vital valor que estuvo presente en ambas participantes fue la presencia de obesidad. Tanto el sobrepeso y la obesidad hacen más difícil el manejo y control del asma, por lo que se sugiere la pérdida de peso para pacientes con un Índice de Masa Corporal (IMC) elevado, ya que ayuda al estado clínico general del paciente, la función pulmonar, los síntomas, el control del asma en general y la calidad de vida (Bruno et al., 2014). Las demás fisiopatologías que presentaban las participantes, como diabetes, hipertensión, apnea del sueño, reflujo gastroesofágico, también tienen asociación con la presencia de obesidad.

Lo anterior es importante, ya que se ha puesto en evidencia que la prevalencia de asma no controlada es mayor en sujetos con subrepeso, en comparación con sujetos con normo-peso, sino que además el IMC y la circunferencia de la cintura se asocian negativamente con los cuatro dominios de calidad de vida que han sido planteados por Juniper, Guyatt, et al. (1999): síntomas, limitación en las actividades, y función emocional (Forte, Almeida, da Silva, Hennemann, & Dalcin, 2018). Por lo tanto, el manejo multidisciplinario de la obesidad es importante y la reducción de peso en adultos mediante regímenes dietéticos restrictivos e hipercalóricos se ha asociado con mejoría en la función pulmonar, síntomas y el estado de salud.

Lo anterior, viene asociado con otra variable muy esencial a considerar para el análisis de calidad de vida, esto es, la conceptualización de calidad de vida y las medidas de evaluación. Como ya se ha mencionado anteriormente, la evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud puede ser a través de instrumentos genéricos, específicos (calidad de vida relacionada a la enfermedad), o áreas o dimensiones de funcionamiento (por ejemplo, el dolor o la disnea). Esta evaluación diseñada para determinadas enfermedades tiene sus ventajas, como el permitir comprender el impacto individual de la enfermedad sobre las áreas de la vida de un

individuo particular, lo que lleva a aportar indicadores al equipo clínico con miras de elevar la calidad de vida del paciente (Urzúa, 2010). No obstante, esta evaluación también presenta algunas limitantes, entre las que se pueden nombrar que la vida diaria y cotidiana de un individuo es más que salud, y que las personas se ven enfrentadas a la toma de decisiones que no están basadas únicamente en los síntomas presentes y, además, no incluye la estimación de años de calidad de vida ajustados con base al juicio de adultos saludables en edad mediana (Lawton, 1999).

Urzúa (2010) menciona que es vital tener en cuenta que uno de los riesgos de la medición de la calidad de vida que evalúa específicamente en el impacto de una enfermedad, es considerar exclusivamente a la calidad de vida desde un punto de vista funcional. Por lo general, la evaluación se centra primariamente en el interés en la normalidad y adecuado funcionamiento de la persona en distintos aspectos de su vida, es decir, un estado funcional. Empero, no se debe olvidar que esta percepción de “normalidad” o “anormalidad” de la condición física o mental se da dependiendo de un grupo de referencia, teniendo un marcado efecto la cultura sobre la salud y la enfermedad (por ejemplo, la percepción de la seriedad de los síntomas está influenciada por los grupos de referencia).

Aunado a lo anterior y a las comorbilidades, Chen et al. (2015) mencionan que la calidad de vida en el asma y su medición es influenciada directamente por la presencia de comorbilidades. Entendiéndose como comorbilidad, la presencia de condiciones coexistentes o que interaccionan con la condición primaria. Los autores afirman que hay una alta prevalencia e impacto significativo de las comorbilidades en los pacientes con asma. Y sugieren que ignorar las comorbilidades pueden hacer que se sobre estime el beneficio de los tratamientos del asma si la comorbilidad está afectando los efectos del tratamiento.

Por consiguiente, Chen et al. (2015) proponen que la calidad de vida sea evaluada de forma específica (para poder medir los síntomas relacionados al asma) y que para las medidas de calidad de vida general suelen ser más sensibles para evaluar comorbilidades que los específicos. Así mismo, los instrumentos específicos

a la enfermedad resultan más sensibles para evaluar los síntomas de control del asma.

Los autores citados en el párrafo anterior sugieren que las medidas de calidad de vida general pueden resultar no apropiadas para estudiar los efectos en intervenciones específicamente a mejorar los síntomas del asma, ya que son diseñados para medir el estado de salud independientemente de la enfermedad subyacente. Sin embargo, pueden ser más útiles al medir el impacto de las comorbilidades ya que los sujetos pueden no experimentar continuamente manifestaciones de asma. Por otro lado, para intervenciones de amplio alcance como la modificación del estilo de vida en pacientes con asma (que van más allá del mero control de síntomas), el uso de instrumentos generales pueden ser la mejor recomendación.

En este caso en particular, el protocolo iba dirigido a los síntomas de depresión, bajo la hipótesis de que el cambio en sintomatología emocional beneficiaría el control y la calidad de vida dirigida a la enfermedad. Por lo tanto, siguiendo las recomendaciones de Chen et al. (2015) el uso de un instrumento que evaluara la calidad de vida general pudo haber informado de los cambios en la calidad de vida, sobre todo, teniendo en cuenta de que las participantes (y en general la población asmática) presenta comorbilidades.

De lo anterior se deriva de que se debió haber incluido un instrumento que evaluara no sólo calidad de vida general, además de una escala específica, ya que el objetivo de la intervención era impactar en el estado emocional y no en los síntomas del asma. Al impactar el estado emocional se buscaba cambiar los niveles de depresión y con ello impactar en su vida diaria, es decir en su estado de bienestar. Por lo que otra medida que se pudo haber empleado y que pudiera haber resultado más sensible para medir los cambios de la intervención, es precisamente la variable de bienestar subjetivo.

Otra explicación que va de la mano con el planteamiento anterior, es que los reactivos del MiniAQLQ pueden no abarcar las actividades específicas que se veían beneficiadas en ambas participantes. Si bien Juniper, Guyatt, et al. (1999) concluyen

que el MiniAQLQ es una buena herramienta para escenarios hospitalarios, recalcan que al ser aplicada en el ámbito clínico se debe considerar que tal vez actividades específicas que realiza el paciente no se encuentran incluidas.

Un punto más en consideración que se relaciona a lo anterior es que, en el caso de los pacientes con asma, Juárez (2010) dice que, en cuestiones de calidad de vida general, los pacientes se pueden ver beneficiados en las áreas de dependencia médica, percepción corporal, tiempo libre, evaluación de la percepción de bienestar y salud; por lo que sería importante considerar estos rubros que se contemplan en el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) elaborado Riveros, Sánchez Sosa y Del Águila (2015). Ya que, aunque los objetivos de la intervención no se centran en la adherencia terapéutica, en áreas como la de dependencia médica se ve reflejado el uso de servicios de salud, que es una de las áreas donde los pacientes no controlados suelen hacer mayor uso. Y en el caso de la primera participante, se vio reflejada una disminución de los servicios médicos. De igual manera, podría ser interesante explorar los cambios en percepción corporal y bienestar y salud que abordan un sentido más global y no únicamente de síntomas asmáticos.

Para cerrar este apartado se puede concluir que la creencia general dice que existe una correlación directa entre el control del asma y la calidad de vida relacionada a la enfermedad, por lo tanto, se podría realizar la suposición de que las medidas objetivas y subjetivas del asma se pudiera emplear de forma intercambiable. Sin embargo, se debe considerar que el impacto que el asma tiene sobre la calidad de vida relacionada a la salud no se explica por completo por medidas objetivas, como la función pulmonar (PEF). Por lo tanto, los datos que se aportan en una evaluación de calidad de vida relacionada a la salud o a la enfermedad complementan y no duplican los resultados de las evaluaciones tradicionales y objetivas del control del asma. Por lo tanto, no se encontrarían resultados directos en la calidad de vida al realizar intervenciones dirigidas al control del asma (Carranza Rosenzweig et al., 2004).

Finalmente, de forma particular para la interpretación de los datos obtenidos en la segunda participante, en dónde reportó menor puntajes en calidad de vida posterior a finalizada la intervención convendría revisar los datos aportados por Janssens y Harver (2015). Aunque su programa de identificación de estímulos desencadenantes no se encontró relacionada con la evaluación en el impacto emocional, si midió la calidad de vida relacionada a la enfermedad y calidad de vida y encontraron que una vez completado el entrenamiento los niños que informaron mayor número de factores desencadenantes también informaron niveles más bajos de calidad de vida. Situación muy similar a la reportada por la segunda participante, que también fue entrenada a monitorear su flujometría. Los autores mencionan que una posible explicación a este fenómeno, que también podría ser cuestionada en el caso de la segunda participante, es que llevar el registro del PEF puede provocar ajustes de comportamiento (por ejemplo, permanecer en casa) que tengan un impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud, efectos que deberían de documentarse en futuras investigaciones.

Relacionado a lo que se sugiere en guras investigaciones, en el siguiente apartado se enlistarán una serie de limitaciones que se encontraron a lo largo del proyecto de investigación y consideraciones para futuros protocolos que busquen el tratamiento de sujetos con asma, sobre todo en escenarios de atención de salud pública.

Limitaciones de la investigación y recomendaciones futuras

Una de las grandes limitaciones del estudio es la muestra tan homogénea y reducida que no permite generalizar los hallazgos. Sin embargo, en los estudios psicológicos por lo general se emplean muestras con pocos participantes debido a las limitantes que se generan en los servicios de salud pública de México. Como lo son la falta de espacio físico para el servicio psicología, el que el paciente deba asumir con los gastos y largas horas en desplazarse al lugar de la intervención, la falta de promoción del servicio de psicología, entre otros.

Por otra parte, aunque el uso del registro de la flujometría fue benéfico y ayudó a las participantes a tener una forma de llevar el control de su enfermedad, también debe tenerse en cuenta que contar únicamente con una medición fisiológica puede haber limitado los hallazgos de la investigación. Lo ideal es contar también con la prueba de espirometría, que suele dar datos más precisos de la función pulmonar, además de que es supervisada por técnicos especialistas en la prueba y reduce el error de medición por parte del paciente. En este caso no se empleó ya que la prueba de espirometría constituía un gasto extra que debía ser absorbido por el paciente y el médico neumólogo tratante era el único que podía ordenarla dentro del instituto.

En cuanto a los registros que deben ser llevados por los pacientes, se exhorta a mantener los registros de medida del PEF por medio de la flujometría. Ya que es una medida sencilla de obtener y al ser el único registro que deben llevar los pacientes para su control suelen cumplir con el llenado de los instrumentos de manera formal y continua.

Dentro de los obstáculos para el reclutamiento de pacientes para el proyecto de investigación se encuentra que dentro de la clínica de asma se llevaba a cabo un protocolo patrocinado por un laboratorio farmacológico donde se les brindaban medicamentos de forma gratuita. En dicho protocolo se encuentra dirigido a las mujeres y participaban de forma activa más de la mitad de la población que asiste a la clínica de asma.

En el trabajo del psicólogo dentro del ambiente hospitalario siempre existen ciertas dificultades para llevar a cabo un trabajo de alcance científico. Una dificultad habitual con la que se encontró al momento del reclutamiento de pacientes, son los estigmas que prevalecen sobre el ejercicio de la psicología, tanto en la población general como en el personal de servicios de salud. La práctica psicológica continúa siendo percibida como un área de la salud no necesaria al menos de que el paciente tengan problemas emocionales incapacitantes, o bien, se tiene la idea de que se trata de una práctica donde lo importante es la expresión emocional sobre los cambios conductuales y cognitivos puntuales.

Por otro lado, tenemos con especial atención el sismo acontecido en la ciudad de México el 19 de septiembre del 2017. A raíz del sismo reportado ese día, las actividades e instalaciones del instituto se vieron afectadas, y a su vez entorpeció la evaluación, reclutamiento y tratamiento de participantes para el protocolo.

Otro obstáculo muy importante en la presente investigación fue que había pacientes que cumplían con los criterios de asma no controlada y síntomas de depresión, sin embargo, al realizar la exploración inicial se detectaron un alto número de casos que pertenecían a problemas relacionados con problemas de pareja y violencia de género, por lo que debieron recibir otro tipo de tratamiento psicológico o debieron ser canalizados a otras instancias para su atención. Entre los problemas más comunes que reportaron las pacientes se pueden enumerar: violencia económica para adquirir los fármacos necesarios, violencia psicológica y física ejercida por la pareja, y problemas de infidelidad.

Aquí cabe hacer una pausa y mencionar que además de la elaboración del protocolo en la clínica de asma, se acordó que se daría atención psicológica a los pacientes que lo solicitaran sin necesidad de ser referidos por el médico tratante o sin necesidad de ser evaluados forzosamente para el protocolo. La totalidad de los pacientes que acudieron por voluntad propia al servicio de psicología, sin excepción, referían problemáticas de relación de pareja y/o violencia. Incluso, los varones que se acercaron al terapeuta se acercaban con la misma problemática.

Por lo tanto, sería altamente aconsejable que para futuras intervenciones se plantee el diseño de programas de intervención para participantes con asma que se dirijan a estas problemáticas y consultar sus repercusiones en el control de la enfermedad.

No existen cifras exclusivas para violencia ejercida en contra de mujeres con asma, pero es una problemática que está presente en toda la población femenina de México. Tan solo cifras reportadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, según datos recabados con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), se dice que en el año 2016 en México

al menos 66.1% de las mujeres mayores de 15 años han sufrido al menos un incidente de violencia emocional, económica, física o sexual a lo largo de su vida. Al menos 43.9% ha sido en su relación actual, y el 25.6% en los últimos 12 meses, y de este total el 78.6% no solicitó apoyo y no presentó una denuncia. Este es un problema del que no se escapan las mujeres que padecen enfermedades crónicas, y no se debe de perder de vista que esto puede estar influenciando directamente su tratamiento de la enfermedad.

Desde otra perspectiva, otro tipo de intervención que podría implementarse para mejorar el grado de control del asma sería la enfocada a la percepción de síntomas. Como se estudió en el presente trabajo, la percepción que tienen los sujetos respecto a sus propios síntomas afecta el uso de servicios de salud, sin embargo, al modificar la percepción se pueden ver beneficiados los aspectos emocionales y fisiológicos. Se han descrito varias prácticas, y aquí vale la pena destacar la aproximación que sugieren Gold et al. (2012), y es que la investigación ha descubierto que los pacientes y los médicos a menudo no usan los mismos términos cuando describen los síntomas del asma, lo que podría generar confusión y malentendidos y, por consiguiente, alterar la percepción o negligencia hacia el síntoma. Mejorar la comunicación entre los pacientes y los profesionales de la salud aumenta las tasas de adherencia a los medicamentos. Además, las directrices hacen hincapié en educar a los pacientes sobre el manejo de las comorbilidades y las exposiciones ambientales que pueden agravar su asma.

Desde otro ángulo, otra sugerencia para el entrenamiento en percepción de síntomas y la carga de la enfermedad, valdría la pena revisar la propuesta de Janssens y Haver (2015) para el manejo de la percepción a través de la identificación de desencadenantes idiosincrásicos por parte del paciente. Los autores indican que la identificación precisa de desencadenantes de asma resulta de tres procesos que se encuentran en interacción, estos son: a) identificación de desencadenantes potenciales de asma, b) percepción de síntomas de asma, y c) reconocimiento de una contingencia entre desencadenantes y síntomas. Por consiguiente, intervenciones donde el paciente conozca cuáles son los factores desencadenantes, cómo evitarlos y reciba retroalimentación biológica (como tomar

la flujometría cuando el paciente se enfrenta a algún estímulo que considere desencadenante, revise su función pulmonar y lo relacione con sus síntomas), puede beneficiar el control de la enfermedad y el conocimiento que el propio paciente tenga de sus síntomas.

En referencia a la calidad de vida se deben proponer las siguientes consideraciones. Primero, tener en cuenta los factores relacionados con la calidad de vida que son importantes para el paciente, ya sea los contemplados dentro de la calidad de vida general o la relacionada a la enfermedad (Sullivan et al., 2013). Segundo, no perder de vista la carga que conllevan las diferentes comorbilidades con las que convive un paciente con asma. Los estudios futuros deberían investigar la interacción de las intervenciones del asma con el control del asma y la comorbilidad para determinar la calidad de vida y determinar los cambios individuales alcanzados. Se hace la sugerencia muy puntual de incluir instrumentos de calidad de vida general, que proporcionen más información sobre qué áreas de la vida del sujeto están siendo afectadas, o bien, que permitan ver en qué áreas tuvo un impacto benéfico la intervención. Tercero, emplear medidas de calidad de vida general del paciente con asma, y no medidas específicas que se centren en los síntomas.

También emplear medidas sensibles que den cuenta del impacto de la intervención sobre la disminución de síntomas de depresión, como por ejemplo medidas del bienestar psicológico o subjetivo, además de la percepción de la calidad de vida en general del paciente con asma. En el caso puntual del bienestar subjetivo, debemos recordar que se interesa en por cómo y por qué las personas experimentan su vida de forma positivamente, dentro de este constructo se encuentran diferentes conceptos como felicidad, satisfacción con la vida, afectos positivos o negativos. Y se trata de una apreciación individual y subjetiva (Cabañero et al., 2004). Por otra parte, el concepto de bienestar psicológico se focaliza en el desarrollo de capacidades y crecimiento personal, en el estilo y manera de afrontar los retos diarios, el esfuerzo y planteamiento de metas (Molina y Meléndez, 2006). Por lo tanto, estas dos variables pueden ser vistas con las características opuestas

a la depresión, síntomas que fueron el blanco de la presente intervención, por lo que pudieron ser más sensibles para detectar los cambios.

Pese a las limitaciones mencionadas, los resultados del presente estudio significan un avance para la atención integral del paciente con asma no controlada. Dirigir la intervención cognitivo conductual a favorecer la disminución de síntomas de depresión tiene un efecto sobre el control de la enfermedad asmática, tarea que es de vital importancia para el tratamiento del paciente.

Conclusiones generales

En el protocolo de investigación presente, que se centró en el tratamiento de síntomas de depresión en personas que presentaban asma no controlada, se obtuvieron cambios favorables en la variable de depresión, y dichos cambios se mantuvieron durante el seguimiento. De igual manera, se reportan cambios favorables en el estatus de la enfermedad, que pasó de ser reportada como no controlada a controlada por ambas participantes. Dichos resultados nos llevan a sugerir que la intervención fue exitosa para disminuir los síntomas de depresión, beneficiar el control de la enfermedad y para mantener los cambios en ambas variables.

Los hallazgos dejan entrever que, en estos casos, la depresión tenía un efecto negativo en la función conductual y cognitiva que bien podían estar afectando la motivación y energía del paciente, y se pudo estar traduciendo en un mal control de la enfermedad. Al verse modificados los síntomas de depresión, se logró incrementar el control de la enfermedad evaluada a través del ACT y se beneficiaron varios aspectos de los valores del PEF obtenido por medio de la flujometría.

Otra variable que fue beneficiada en el post-test fue la ansiedad, que logró disminuirse y hacer que regresara a niveles considerados dentro de la funcionalidad. Aunque estos cambios no se mantuvieron a través del tiempo en una participante se debió a una variable externa a las abordadas en la intervención.

Finalmente, los resultados en calidad de vida nos dejan apreciar que para evaluar los beneficios sobre la calidad de vida relacionada a la enfermedad sería importante considerar otras variables y mecanismos de la función emocional y el control de la enfermedad. Sobre todo, en pacientes que llevan ya más de una década padeciendo la enfermedad y enfrentándose a tratamientos médicos; así como también, es importante tener en cuenta la existencia de comorbilidades.

Se concluye, las intervenciones cognitivo conductuales breves pueden representar una ventaja para el tratamiento de los pacientes con asma no controlada que además presentan síntomas de depresión.

REFERENCIAS

- Agudelo, D., Buena-Casal, G., & Spielberger, C.D. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30 (2), 33-41.
- American Thoracic Society (2015). *Allergy & Asthma*. Recuperado el 1 septiembre del 2015, de <http://www.thoracic.org/statements/allergy-asthma.php>
- Arlindo-Vieria, A., Lopes-Santoro, I., Dracoulakis, S., Ballini-Caetano, L., & Godoy-Fernandes, A. L. (2011). Anxiety and depression in asthma patients: impact on asthma control. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 37(1), 13-18.
- Australian Bureau of Statistics. (2013). *Australian Health Survey: Users' Guide, 2011-13*. Recuperado el 31 de agosto del 2015, de <http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/Latestproducts/>
- Asher, I., & Pearce, N. (2014). Global burden of asthma among children. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 18, 1269–78. doi: 10.5588/ijtld.14.0170
- Bahadori, K., Doyle-Waters, M. M., Marra, C., Lynd, L., Alasaly, K., Swiston, J., & FitzGerald, J. M. (2009). Economic burden of asthma: a systematic review. *BMC Pulmonary Medicine*, 9(1). doi:10.1186/1471-2466-9-24
- Bailey, E., Cates, C., Kruske, S., Morris, P., Brown, N., & Chang, A. (2009). Culture-specific programs for children and adults from minority groups who have asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd006580.pub4
- Barnett, S. B. L., & Nurmagambetov, T. A. (2011). Costs of asthma in the United States: 2002-2007. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 127(1), 145–152. doi:10.1016/j.jaci.2010.10.020
- Baron, C., & Marcotte, J. (1994). Role of panic attacks in the intractability of asthma in children. *Pediatrics*, 94, 108—110.
- Barriguete, M. J., Pérez, B. A., De la Vega, M. R., Barriguete, C. P., & Rojo, M. L. (2017). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Mexican

- population with eating disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8, 123-130. doi: 10.1016/j.rmta.2017.05.001
- Barton, C., McKenzie, D., Walters, E., & Abramson, M. (2005). Interactions Between Psychosocial Problems and Management of Asthma: Who Is at Risk of Dying?. *Journal of Asthma*, 42(4), 249-256. doi:10.1081/jas-200057881
- Bazán Riverón, E. G., Forns Serrallonga, D., Remei Prat, S., Torres Velázquez, L.E., Ocaña Servín, H., Paredes Rivera, M. P., & Osorio Guzmán, M. (2008). Validación del cuestionario "Percepción parental de síntomas infantiles de asma" en México. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 21(3), 169-180.
- Bazán Riverón, E.G. (2009). *Evaluación del impacto familiar del asma bronquial infantil en población mexicana* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- Bazán Riverón, G.E., Almeida, R., Osorio, M., & Huitrón, V. (2013). Evaluación de la relación entre depresión, asma bronquial y calidad de vida en niños mexicanos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16, 4. Recuperado de: www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/download/43691/39602
- Bender, B. (2006). Risk Taking, Depression, Adherence, and Symptom Control in Adolescents and Young Adults with Asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 173(9), 953-957. doi:10.1164/rccm.200511-1706pp
- Blixen, C., Hammel, J., Murphy, D., & Ault, V. (2001). Feasibility of a Nurse-Run Asthma Education Program for Urban African-Americans: A Pilot Study. *Journal of Asthma*, 38(1), 23-32. doi:10.1081/jas-10000000264
- Boing, A.F., Rocha, M. G., Moretti-Pires, R.O., Glazer, P. K., Peres, M. A. (2012). Association between depression and chronic diseases: results from a population-based study. *Revista de Saude Publica*, 46 (6), 617-623. doi: 10.1590/S0034-89102012005000044
- Bolton, M., Tilley, B., Kuder, J., Reeves, T., & Schultz, L. (1991). The cost and

- effectiveness of an education program for adults who have asthma. *Journal of General Internal Medicine*, 6(5), 401-407. doi:10.1007/bf02598160
- Borrelli, B., Riekert, K., Weinstein, A., & Rathier, L. (2007). Brief Motivational interviewing as a clinical strategy to promote asthma medication adherence. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 120(5), 1023-1030.
- Boulet, L.P., & Boulay, M.E. (2011). Asthma related comorbidities. *Expert review of Respiratory Medicine*, 5(3), 377-393. doi:10.1586/ers.11.34
- Bowling, A. (1991). *Measuring Health: A review of Quality of Life Measurement Scales*. Open University Press: Buckingham.
- Braman, S.S. (2006). The global burden of asthma. *Chest*, 130(Sup 1), 4-12.
- Brenner, B.E., Holmes, T.M., Mazal, B., Camargo, C.A. (2005). Relation between phase of the menstrual cycle and asthma presentations in the emergency department. *Thorax*, 60(10), 806-809. doi:10.1136/thx.2004.033928
- Brewin, A.M., & Hughes, J.A. (1995). Effect of patient education on asthma management. *British Journal of Nursing*, 4, 81–101.
- British Thoracic Society (BTS). (2014). *British guideline on the management of asthma*. Recuperado el 1 de septiembre de 2015, de <https://www.brit-thoracic.org.uk/document-library/clinical-information/asthma/btssign-asthma-guideline-2014/>
- Bruno, A., Pace, E., Cibella, F., & Chanez, P. (2014). Body mass index and comorbidities in adult severe asthmatics. *BioMed Research International*. doi:10.1155/2014/607192
- Caballero, N., Fernández, M., Salas, J., Chapela, R., & Sánchez Sosa, J. J. (2009). Efectos de una intervención psicológica cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y la ansiedad en pacientes asmáticos. *Revista Española de Asma*, 1, 6-15.
- Cabañero, M.J., Richard, M., Cabrero, J., Orts, M.I., Reig, A., y Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de una escala de satisfacción con la vida de Diener en

- una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, 16, 448-455.
- Calam, R., Gregg, L., Simpson, A., Simpson, B., Woodcock, A., & Custovic, A. (2005). Behavior Problems Antecede the Development of Wheeze in Childhood. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 171(4), 323-327. doi:10.1164/rccm.200406-791oc
- Campbell, D. T., & Stanley, J. (1973). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cardiel, R. (1994). La medición de la Calidad de Vida (Measuring Quality of Life). En L. Moreno, F. Cano-Valle, & H. García-Romero (Eds.), *Epidemiología Clínica* (pp. 189-199). México: Interamericana-McGraw Hill.
- Carr, R.E. (1999). Panic disorder and asthma. *Journal of Asthma*, 36, 143-152. doi:10.3109/02770707707056310
- Carranza Rosenweig, J. R., Edwards, L., Lincourt, W., Dorinsky, P., & ZuWallack, R. (2004). The relationship between health-related quality of life, lung function and daily symptoms in patients with persistent asthma. *Respiratory Medicine*, 90, 1157-1165.
- Carretero Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 521-551.
- Castro, M., Zimmermann, N., Crocker, S., Bradley, J., Leven, C., & Schechtman, K. (2003). Asthma Intervention Program Prevents Readmissions in High Healthcare Users. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 168(9), 1095-1099. doi:10.1164/rccm.200208-877oc
- Cavazos, G., Contreras, C., Martínez, L., & Soni, D. (2000). Un estudio económico sobre asma en México. *Revista Alergia México*, 47(3), 96-99.
- Cayo-Quiñe, A., Martínez-Vargas, V., Bustamante-Voysest, R., Psicoya, A., & Alberca, J. (2015). Incorrect use of metered-dose inhalers in adult patients at hospital in Callao, Peru, 2014: cross-sectional study. *Medwave*, 15(5), e6163

doi: 10.5867/medwave.2015.05.6163

- Chávez, B. M., y Tron, A. R. (2014) Los índices descriptivos en los diseños N=1. En: M. Chávez, & R. Rocío (2014). *Análisis Descriptivo en Psicología: Aspectos Metodológicos y Estadísticos*. México: FES-Iztacala UNAM.
- Chen, W., Lynd, L., FitzGerald, J. M., Marra, C., Rouseay, R., & Sadatsafavi, M. (2015). The added effect of comorbidity on health-related quality of life in patients with asthma. *Quality of Life Research*, 24(3), 2507-2517. doi: 10.1007/s11136-015-0995-6
- Christensen, H., Griffiths, K., Mackinnon, A., & Brittliffe, K. (2006). Online randomized controlled trial of brief and full cognitive behavior therapy for depression. *Psychological Medicine*, 36(12), 1737-1746.
- Ciprandi, G., Schiavetti, I., Rindone, E., & Ricciardolo, F. (2015). The Impact of anxiety and depression on outpatients with asthma. *Annals of Allergy and Asthma Immunology*, 115(5), 408-414. doi: doi: 10.1016/j.anai.2015.08.007.
- Clark, J., Marszalek, J., Bennett, K., Harry, K., Howarter, A., Eways, K., & Reed, K. (2016). Comparison of factor structure models for the Beck Anxiety Inventory among cardiac rehabilitation patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 89, 91-97. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.08.007
- Cluley, S., & Cochrane, G. (2001). Psychological disorder in asthma is associated with poor control and poor adherence to inhaled steroids. *Respiratory Medicine*, 95 (1), 37-39. doi:10.1053/rmed.2000.0968
- Coban, H., & Aydemir, Y. (2014). The relationship between allergy and asthma control, quality of life, and emotional status in patients with asthma: a cross-sectional study. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*, 10, 78-90. doi: 10.1186/s13223-014-0067-4
- Collimore, K., & Rector, N. (2014). Treatment of Anxiety Disorders with Comorbid Depression: A Survey of Expert CBT Clinicians. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(4), 485-493.

- Combescure, C., Chanez, P., Saint-Pierre, P., Duarès, J.P., Proudhon, H., & Godard, P. (2003). Assessment of variations in control of asthma over time. *European Respiratory Journal*, 22, 298-304. doi:10.1183/09031936.03.00081102
- Cooper, C., Parry, G., Saul, C., Morice, A., Hutchcroft, B., Moore, J., & Esmonde, L. (2007). Anxiety and panic fear in adults with asthma: prevalence in primary care. *BMC Family Practice*, 8(1), 62. doi:10.1186/1471-2296-8-62
- Correia de Sousa, J., Pina, A., Cruz, A., Quelhas, A., Almada-Lobo, F., Cabrita, J.,... Yaphe, J. (2013). Asthma control, quality of life, and the role of patient enablement: a cross-sectional observational study. *Primary Care Respiratory Journal*, 22(2), 181-187. doi:10.4104/pcrj.2013.00037
- Cydulla, R. K., Emerman, C. L., Ckark, S., Woodruff, P.G., Singh, A.K., & Camargo, C.A. Jr. (2001). Differences between men and women in reporting of symptoms during an asthma exacerbation. *Annals of Emergency Medicine*, 38, 123-128. doi:10.2067/mem.2001.114305
- Dahlem, N., Kinsman, R., & Horton, D. (1977). Panic-fear in asthma: Requests for as-needed medications in relation to pulmonary function measurements. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 60(5), 295-300. doi:10.1016/0091-6749(77)90108-7
- Dao, T., Youssef, N., Armsworth, M., Wear, E., Papathopoulos, K., & Gopaldas, R. (2011). Randomized controlled trial of brief cognitive behavioral intervention for depression and anxiety symptoms preoperatively in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 142 (3), e109-e115.
- Deshmukh, V.M., Toelle, B.G., Usherwood, T., Grady, B., & Jenkins, C.R. (2007). Anxiety, panic and adult asthma: A cognitive-behavioral perspective. *Respiratory Medicine*, 101, 194-202.
- Deshmukh, V. M., Toelle, B. G., Usherwood, T., O'Grady, B., & Jenkins, C. R. (2008). The association of comorbid anxiety and depression with asthma-related

- quality of life and symptom perception in adults. *Respirology*, 13(5), 695–702. doi:10.1111/j.1440-1843.2008.01310.x
- Deter, H., & Allert, G. (1983). Group therapy for asthma patients: a concept for the psychosomatic treatment of patients in a medical clinic: A controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 40(4), 95-105. doi:10.1159/000287757
- Di Benedetto, M., Lindner, H., Aucote, H., Churcher, J., McKenzie, S., Croning, N., Jenkins, E. (2014). Co-morbid depression and chronic illness related to coping and physical and mental health status. *Psychology, Health & Medicine*, 19(3), 253—262 doi: 10.1080/13548506.2013.803135
- Di Marco, F., Verga, M., Santus, P., Giovannelli, F., Busatto, P., & Neri, M.,...Centanni, S. (2010). Close correlation between anxiety, depression, and asthma control. *Respiratory Medicine*, 104(1), 22-28. doi:10.1016/j.rmed.2009.08.005
- Ehrs, P., Nokela, M., Ställberg, B., Hjemdahl, P., & Wikström Jonsson, E. (2006). Brief Questionnaires for Patient-Reported Outcomes in Asthma. *Chest*, 129(4), 925. doi:10.1378/chest.129.4.925
- Epstein, G.N., Halper, J.P., Barret, E.A.M., Birdsall, C., McGee, M., Baron, K.P., & Lowenstein, S. (2004). A pilot study of mind-body changes in adults with asthma who practice mental imagery. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 14(4), 66–71.
- Erskine, J., & Schonell, M. (1979). Relaxation therapy in bronchial asthma. *Journal of Psychosomatic Research*; 23, 131–9.
- Espinosa, L. F., Parra, R., Segura, M., Toledo, N., Sosa, E., & Torres, S. (2006). Ansiedad y depresión en asmáticos adultos en comparación con sujetos sanos. *Revista Alergia México*, 53(6), 201-206.
- Ewer, T., & Stewart, D. (1986). Improvement in bronchial hyper-responsiveness in patients with moderate asthma after treatment with a hypnotic technique: a randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 293(6555), 1129-1132. doi:10.1136/bmj.293.6555.1129

- Farré, J., Laceras, M., & Casas, J. (2001). *Enciclopedia de Psicología*. Barcelona: Océano.
- Feldman, J. M., Siddique, M. I., Thompson, N. S., & Lehrer, P. M. (2009). The role of panic-fear in comorbid asthma and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(2), 178–184. doi:10.1016/j.janxdis.2008.06.005
- Fiestas-Teque, L., & Vega-Dienstmaier, J. (2012). Síntomas físicos en pacientes con trastornos de ansiedad y depresión que acuden a la consulta externa de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 75 (2), 47-57. doi
- Ford, M., Havstad, S., Tilley, B., & Bolton, M. (1997). Health outcomes among African-American and Caucasian adults following a randomized trial of an asthma education programs. *Ethnicity & Health*, 2(4), 329-339. doi:10.1080/13557858.1997.9961842
- Forte, G. C., Almeida, J. C., da Silva, D. T. R., Hennemann, M. L., & Dalcin, P. T. R. (2018). Association between anthropometric markers and asthma control, quality of life and pulmonary function in adults with asthma. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. doi:10.1111/jhn.12584
- Freeman, L., & Welton, D. (2005). Effects of imagery, critical thinking, and asthma education on symptoms and mood state in adult asthma patients: a pilot study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11(1), 57-68. doi:10.1089/acm.2005.11.57
- Fregoso, V., M. J. (2015). *Detección de variables psicológicas y efectos de sesión única en cuidadores primarios informales de niños con asma* (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Galindo V., O., Benjet, C., Juárez, G. F., Rojas, C. E., Riveros Rosas, A., ...Alvarado A. S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud mental*, 28(4), doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.035

- Galindo, V. O., Meneses, G. A., Herrera, G. A., Caballero, T. M., & Aguilar, P. J. (2015). Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: propiedades psicométricas. *Psicooncología*, 12(2), 383-392. doi: 10.5209/rev_PSIC2015.v12.n2-3.51016
- García-Río, F., Calle, M., Burgos, F., Casan, P., Del Campo, F., Galdiz, J.,...Puentes-Maetsu, L. (2013). Espirometría. *Archivos De Bronconeumología*, 49(9), 388-401. doi:10.1016/j.arbres.2013.04.001
- García-Sancho, C., Fernández-Plata, R., Martínez-Briseño, D., Franco-Marina, F., & Pérez-Padilla, J. (2012). Prevalencia y riesgos asociados con pacientes adultos con asma de 40 años o más de la Ciudad de México: estudio de base poblacional. *Salud Pública de México*, 54(4), 425-432. doi:10.1590/s0036-36342012000400013
- Garrett, J., Fenwick, J.M., Taylor, G., Mitchell, E., & Rea, H. (1994). Peak expiratory flow meters (PEFMs)--who uses them and how and does education affect the pattern of utilization? *Australian And New Zealand Journal of Medicine*, 24, 521–529.
- George, M., O'Dowd, L., Martin, I., Lindell, K., Whitney, F., & Jones, M.,... Panettiere, R. (1999). A Comprehensive Educational Program Improves Clinical Outcome Measures in Inner-City Patients with Asthma. *Archives of Internal Medicine*, 159(15), 1710. doi:10.1001/archinte.159.15.1710
- Gibson, P., Powell, H., Wilson, A., Abramson, M., Haywood, P., Bauman, A.,... Walters, E. (2006). Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd001117
- Gibson, P., Powell, H., Wilson, A., Hensley, M., Abramson, M., Bauman, A., & Walters, E. (2002). Limited (information only) patient education programs for adults with asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd001005

- Global Initiative for Asthma, GINA (2015). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2015*. Recuperado el 23 de abril del 2015 de <http://www.ginasthma.org/>
- Global Initiative for Asthma, GINA (2017). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2017*. Recuperado el 21 de noviembre de 2017 de <http://www.ginasthma.org/>
- Gold, L. S., Montealegre, F., Allen-Ramey, F. C., Jardim, J., Smith, N., Sansores, R., & Sullivan, S. D. (2013). Level of asthma control and healthcare utilization in Latin America. *Allergy*, 68(11), 1463–1466. doi:10.1111/all.12237
- Gold, L. S., Thompson, P., Salvi, S., Faruqi, R. A., & Sullivan, S.D. (2014). Level of asthma control and health care utilization in Asia-Pacific countries. *Respiratory Medicine*, 108, 271-277. doi:10.1016/j.rmed.2013.12.004
- Gold, L.S., Smith, N., Allen-Ramey, F.C., & Sullivan, S.D. (2012). Associations of patient outcomes with level of asthma control. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 109 (4), 260-265. e2. doi:10.1016/j.anai.2012.07.024
- Goldney, R.D., Ruffin, R., Fisher, L.J., & Wilson, D.H. (2003). Asthma symptoms associated with depression and lower quality of life: a population survey. *Medical Journal of Australia*, 178, 437-41.
- González-Barcala, F.J., De la Fuente, R., Tafalla, M., Nuevo, J., & Caamaño-Isorna, F. (2012). Factors associated with health-related quality of life in adults with asthma. A cross-sectional study. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 7 (2), 2-10. doi: 10.1186/2049-6958-7-32
- Goodwin, R.D., Jacobi, F., & Thefeld, W. (2003). Mental disorders and asthma in the community. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1125-30. doi: 10.1001/archpsyc.60.11.1125
- Groen, J.J., & Pelsler, H.E. (1960). Experiences with, and results of, group psychotherapy in patients with bronchial asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 4, 191–205.

- Guillén D.B.C., & González-Celis, R.A.L. (2019). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en adultos asmáticos. *Psicología y Salud*, 29(1). Manuscrito presentado para su publicación.
- Hasler, G., Gergen, P.J., Kleinbaum, D.G., Ajdacic, V., Gamma, A., Eich, D.,...Angst, J. (2005). Asthma and panic in young adults: a 20-year prospective community study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 171(11): 1224-30. doi: 10.1164/rccm.200412-1669OC
- Heaney, L.G., Conway, E., Kelly, C., & Gamble, J. (2005). Prevalence of psychiatric morbidity in a difficult asthma population: relationship to asthma outcome. *Respiratory Medicine*, 99, 1152-1159.
- Henry, M., De Rivera, J.L., Gonzales, I.J., Gonzales-Martin, I.J., & Abreu, J. (1993). Improvement of respiratory function in chronic asthmatic patients with autogenic therapy. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(3):265–70.
- Hernández, S., Fernández, C., & Baptista, L. (2010). Capítulo 7: Diseños de investigación. En: *Metodología de la Investigación*. (5ta edición). México: McGraw-Hill.
- Hibbert, G.A., & Pilsbury, D. (1988). Demonstration and treatment of hyperventilation causing asthma. *British Journal of Psychiatry*, 153, 687-689. doi:10.1192/bjp.153.5.687
- Hockemeyer, J., & Smyth, J. (2002) Evaluating the feasibility and efficacy of a self-administered manual-based stress management intervention for individuals with asthma: Results of a controlled Study. *Behavioral Medicine*, 27, 161-172.
- Horne, R., & Weinman, J. (2002). Self-regulation and self-management in asthma: exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. *Psychology and Health*, 17, 17-32. doi: 10.1080/08870440290001502
- Hornsveld, H.K., & Garsen, B. (2006). Double-blind placebo-controlled study of the hyperventilation provocation test and the validity of the hyperventilation syndrome. *Lancet*, 384, 154-158.

- Hotz, S., Kaptein, A., Pruitt, S., Sánchez-Sosa, J. J. & Willey, C. (2003). *Adherent to long-term therapies. Evidence for action*. Switzerland: World Health Organization.
- Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K., & Oksa, L. (2003). Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of Nursing Studies*, 40(6), 619 -625.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. (2009). *Guía de Práctica, Diagnóstico y Tratamiento del Asma en Mayores de 18 años*. Recuperado el 12 de noviembre de 2012 de http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/000GER_Aasma.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). *Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en el Hogar (ENDIREH) 2016*. Recuperado el 4 de junio de 2018 de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/endireh/endireh2017_08.pdf
- Iraurgi, C. I. (2010). Evaluación de resultados clínicos (y III): Índices de Cambio Fiable (ICF) como estimadores del cambio clínicamente significativo. *Norte de Salud Mental*, 36, 105-122.
- Islas, S. N. (2010). *Efecto de una intervención cognitivo-conductual para el control del asma en pacientes mal controlados* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Jacobson, N.S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Janssens, T., & Harver, A. (2015). Effects of symptom perception interventions on trigger identification and quality of life in children with asthma. *Pulmonary Medicine*, doi: 10.1155/2015/82137

- Jenkinson, D., Davison, J., Jones, S., & Hawtin, P. (1988). Comparison of effects of a self-management booklet and audiocassette for patients with asthma. *British Medical Journal*, 297, 267–270.
- Jonas, B., Wagener, D., Lando, J., & Feldman, J. (1999). Symptoms of anxiety and depression as risk factors for development of asthma. *Journal of Applied Bio-behavioral Research*, 4, 91-119.
- Juárez, L. A. (2010). *Evaluación de una intervención psicológica para mejorar la adherencia terapéutica sobre la calidad de vida de pacientes con asma* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México
- Juniper, E., Guyatt, G., Cox, F., Ferrie, P., & King, D. (1999). Development and validation of the Mini Asthma Quality of Life Questionnaire. *European Respiratory Journal*, 14(1), 32-38. doi:10.1034/j.1399-3003.1999.14a08.x
- Juniper, E., Norman, G., Cox, F., & Roberts, J. (2001). Comparison of the standard gamble, rating scale, AQLQ and SF-36 for measuring quality of life in asthma. *European Respiratory Journal*, 18(1), 38-44. doi:10.1183/09031936.01.00088301
- Juniper, E., O'byrne, P., Guyatt, G., Ferrie, P., & King, D. (1999). Development and validation of a questionnaire to measure asthma control. *European Respiratory Journal*, 14(4), 902-907. doi:10.1034/j.1399-3003.1999.14d29.x
- Juniper, F.E., Gordon, H.G., Roberts, S.E., Ferrie, P.J., & Joeschke, R.K. (1992). Evaluation of Impairment of Health-Related Quality of Life in Asthma: Development of a Questionnaire for use in Clinical Trials. *Thorax*, 47, 76-83.
- Kangas, M., Milross, C., & Bryant, R. (2014). A Brief, Early Cognitive-Behavioral Program for Cancer-Related PTSD, Anxiety, and Comorbid Depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21 (4), 416-431.
- Kanton, W.J. (2011). Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues in Clinic Neuroscience*, 13(1), 7-23.
- Katz, P.R., Morris, A., Julian, L., Omachi, T., Yelin, E.H., Eisner, M.D., & Blanc, P.D. (2010). Onset of depressive symptoms among adults with asthma: results

- from a longitudinal observational cohort. *Primary Care Respiratory Medicine*, 19(3), 223-30.
- Kazdin, A.E. (2003). *Methodological issues & strategies in clinical research*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kimura, T., Yokoyama, A., Kohno, N., Nakamura, H., & Eboshida, A. (2009). Perceived stress, severity of asthma, and quality of life in Young adults with asthma. *Aerology International*, 58, 71-79. doi:10.2332/allergolint.O-07-531
- Kullowatz, A., Kanniess, F., Dahme, B., Magnussen, H., & Ritz, T. (2007). Association of Depression and Anxiety with Health Care Use and Quality of Life in Asthma Patients. *Respiratory Medicine*, 101, 638-644.
- Kullowatz, A., Rosenfield, D., Dahme, B., Magnussen, H., Kanniess, F., & Ritz, T. (2008). Stress Effects on Lung Function in Asthma are Mediated by Changes in Airway Inflammation. *Psychosomatic Medicine*, 70, 468-475.
- Kwon, H., Lee, S., Yang, M., Lee, S., Kim, S., Kim, D.,...Chang, Y. (2008). Correlation between the Korean version of asthma control test and health-related quality of life in adult asthmatics. *Journal of Korean Medicine Science*, 23, 621-627.
- Labor, M., Labor, S., Juric, I., Fijacko, V., Popovic Grle, S., & Plavec, D. (2017). Long-term predictors of anxiety and depression in adult patients with asthma. *The Central European Journal of Medicine*. doi: 10.1007/s00508-017-1203-1
- Larenas-Linnemann, D., Salas-Hernández, J., Vázquez-García, J.C., Ortiz-Aldana, I., Fernández-Vega, M., ... Del Río-Navarro, B.E. (2017). Guía Mexicana del Asma. *Revista Alergia México*, 64(1), s11-s128.
- Lavoie K.L., Cartier, A., Labrecque, M., Bacon, S.L., Lemièrre, C., Malo, J.L.,... Ditto, B. (2005). Are psychiatric disorders associated with worse asthma control and quality of life in asthma patients?. *Respiratory Medicine*, 99, 1249-57.
- Lavoie, K., Bacon, S., Barone, S., Cartier, A., Ditto, B., & Labreque, M. (2006). What is worse for asthma control and quality of life: Depressive disorders, anxiety disorders or both?. *Chest*, 130, 1039-1047. doi: 10.1378/cest.130.4.1039

- Lavoie, K., Bodreau, M., Plourde, A., Campbell, T., & Bacon, S. (2011). Association between generalized anxiety disorder and asthma morbidity. *Psychosomatic Medicine*, 73, 504-513
- Lawton, M. (1999). Quality of life in chronic illness. *Gerontology*, 45, 181-183. doi:10.1159/000022083
- Lehrer, P., Carr, R., Smetankine, A., Vaschillo, E., Peper, E., Porges, S., & Hochron, S. (1997). Respiratory sinus arrhythmia versus neck/trapezius EMG and incentive spirometry biofeedback for asthma: A pilot study. *Applied Psychophysiology & Biofeedback*, 22, 95–109.
- Lehrer, P., Hochron, S.M., Mayne, T., Isenberg, S., Carlson, V., Lasoski, A.M.,...Rausch, L. (1994). Relaxation and music therapies for asthma among patients prestabilized on asthma medication. *Journal of Behavioral Medicine*, 17(1),1–24.
- Lehrer, P., Isenberg, S., & Hochron, S. (1993). Asthma and emotion: A Review. *Journal of Asthma*, 30 (1), 5-21
- Lehrer, P., Vaschillo, B., Lu, S., Scardella, A., Siddique, M., & Habbib, R. (2004). Biofeedback treatment for asthma. *Chest*, 126, 352-61. doi: 10.1007/s10484-008-9070-1.
- Li, L. H., He, H. X., Liang, M. B., Zhang, H., Wang, Y., & Wang, G. (2015). Anxiety but not depression symptoms are associated with greater perceived dyspnea in asthma during bronchoconstriction. *Allergy and Asthma Proceedings*, 1, 447-457. doi: 10.2500/aap.2015.36.3897.
- Liu, S., Wu, R., Li, L., Li, G., Zhang, X., Guo, Y., Wang, Y... Li, H. (2014). The Prevalence of Anxiety and Depression in Chinese Asthma Patients. *PLoS ONE*, 9(7), e103014. doi: 10.1371/journal.pone.0103014
- Lomper, K., Chudiak, A., Uchmanowicz, I., Rosinczuk, J., & Jankowska-Polanska, B. (2016). Effects of depression and anxiety on asthma-related quality of life. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 84(4), 212-221. doi: 10.5603/PiAP.2016.0026

- López-Alvarenga, J.C., Vázquez-Velázquez, V., Arcila-Martínez, D., Sierra-Ovando, A.E., González-Barranco, J., & Salín-Pascual, R. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, 54(5), 403-409
- Loung, K.V., & Nguyen, L.T. (2000). Hyperthyroidism and asthma. *Journal of Asthma*, 37(2), 125-130.
- Lugo, G., I., V. (2013). *Efectos de una intervención psicológica cognitivo-conductual sobre el estado emocional y síntomas de la enfermedad en pacientes asmáticos*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Lugo, G., I. V., Reynoso E., L., & Fernández Vega, M. (2014). Percepción de enfermedad, depresión, ansiedad y control del asma: Una primera aproximación. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 73(2), 114-121.
- Macsali, F., Real, F.G., Plana, E., Sunyer, J., Anto, J., ... Svanes, C. (2011). Early age of menarche, lung function and adult asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 183(1), 8-14. doi:10.1164/rccm.200912-1886OC
- Masoli, M., Fabian, D., Holt, S., & Beasley, R. (2004). Global initiative for asthma (GINA) Program. The global burden of asthma: executive summary of the GINA dissemination committee report. *Allergy*, 9, 469-78. doi: 10.1111/j.1398-9995.2004.00526.x
- Mancuso, C., Peterson, M., Gaeta, T., Fernández, J., Birkhahn, R., Melniker, L., & Allegrante, J. (2010). A randomized controlled trial of self-management education for asthma patients in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 20, 1-10.
- Marabini, A., Brugnami, G., Curradi, F., & Siracusa, A. (2005). Does an asthma education program improve quality of life? A two-year randomized trial. *Journal of Asthma*, 42, 577-581.

- Marabini, A., Brugnami, G., Curradi, F., Casciola, G., Stopponi, R., Pettinari, L., & Siracusa, A. (2002). Short-term effectiveness of an asthma educational program: results of a randomized controlled trial. *Respiratory Medicine*, 96, 993-998.
- Martínez-Moragon, E., Perpiña, M., Belloch, A., de Diego, A., & Martínez-Francis, M. (2003). Determinants of dyspnea in patients with different grades of stable asthma. *Journal of Asthma*, 40, 945-53.
- Masoll, M., Fabian, D., Holt, S., & Beasley, R. (2004). *Global burden of asthma*. Recuperado el 31 de agosto del 2015 de <http://www.ginasthma.org/pdf/GINABurdenReport.pdf>
- Mayo, P.H., Richman, J., & Harris, H.W. (1990). Results of a program to reduce admissions for adult asthma. *Annals of Internal Medicine*, 112, 864–71.
- McHugh, P., Gordon, M., & Byrne, M. (2014). Evaluating brief cognitive behavioral therapy within primary care. *Mental Health Review Journal*, 19 (3), 196-206.
- McNair, D. M., Lorr, M., & Droppleman, L. F. (1971). *Manual for the Profile of Mood States*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Services.
- McNaughton, J. (2009). Brief Interventions for Depression in Primary Care. *Practica Medicalà*, 3(15), 153-160.
- Méndez-Guerra, G., Salas-Hernández, J., Vargas, H., Pérez-Chavira, R., León-Munguía, L., Franco-Martínez, S., & Chapela-Mendoza, R. (2003). Calidad de vida en pacientes asmáticos mexicanos. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 16, 234-242.
- Merghani, T. H., & Alawad, A. O. (2017). Indicators of asthma control in asthmatic patients: Are they related to depression? *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 15, 673-676. doi: 10.3889/oamjms.2017.091
- Miquel-Gomara, P. J., & Román, R. M. (2002). Medidor de Peak-Flow: técnica de manejo y utilidad en atención primaria. *Medicina Familiar*, 3, 206-213.

- Molina, C.J., y Meléndez, J.C. (2006). Bienestar psicológico en envejecientes de la República Dominicana. *Geriatrka*, 22(3), 349-373.
- Mora, P., Contrada, R., Berkowitz, A., Musumeci-Szabo, Wisnivesky, J., & Halm, E. (2009). Measurement invariance of the Mini Asthma Quality of Life Questionnaire across African-American and Latino adult asthma patients. *Quality of Life Research*, 18, 371-380 doi: 10.1007/s11136-009-9443-9
- Morales, V. (2013). El Análisis Factorial en la construcción e interpretación de test, escalas y cuestionarios. Recuperado el 22 de abril de 2014 de <http://web.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/AnalisisFactorial.pdf>
- Morice, A.H., & Wrench, C. (2001). The role of the asthma nurse in treatment compliance and self-management following hospital admission. *Respiratory Medicine*, 95(11), 851-856.
- Nathan, R.A., Sorkness, C.A., Kosinski M, Schatz, M., Li, T., Marcus, P., Murray, J., & Pendergraft, T. (2004). Development of the asthma control test: A survey for assessing asthma control. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 113, 59-65.
- National Heart, Lung, and Blood Institute/National Asthma Education and Prevention Program [NHLBI/NAEPP]. (2007). *Expert panel report: Guidelines for the diagnosis and management of asthma*. Recuperado el 12 de julio del 2016 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7232/>
- Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales*. México: El Manual Moderno.
- Noguera, O. M., Barrientos, C. V., Robles, G. R., & Sierra, M. J. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21 (2), 29-37.
- Nunes, C., Margarida Pereira, A., & Morais-Almeida, M. (2017). Asthma costs and social impact. *Asthma Research and Practice*, 3(1). doi:10.1186/s40733-016-0029-3

- Oga, T., Nishimura, K., Tsukino, M., Sato, S., Hajiro, T., & Mishima, M. (2007). Analysis of longitudinal changes in the psychological status of patients with asthma. *Respiratory Medicine*, 101, 2133-2138. doi: 10.1016/j.rmed.2007.05.009
- Opolski, M., & Wilson, I. (2005). Asthma and depression: a pragmatic review of the literature and recommendations for future research. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1-18. doi: 10.1186/1745-0179-1-18
- Oraka, E., King, M., & Callahan, D. (2010). Asthma and Serious Psychological Distress: Prevalence and Risk Factors among US Adults, 2001-2007. *Chest*, 137(3), 609-16
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (1948). *Constitución de la OMS: Principios. Definición de salud*. Recuperado el 22 de enero del 2015 de <http://www.who.int/about/mission/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Fact sheet: Bronchial asthma. The human and economic burden*. Recuperado el 8 de septiembre de 2018 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs206/en/>
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2013). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Recuperado el 15 de febrero de 2015 de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf
- Osman, L.M., Abdalla, M.I., Beattie, J.A., Ross, S.J., Russell, I.T., Friend, J.A.,...Douglas, J.G. (1994). Reducing hospital admission through computer supported education for asthma patients. *British Medical Journal*, 308, 568–71.
- Otto, M., Tolin, D., Nations, K., Utschig, A., Rothbaum, B., Hofmann, S., & Smits, J. (2012). Five sessions and counting: considering ultra-brief treatment for panic disorder. *Depression and Anxiety*, 29 (6), 465-470.
- Pardo, G., Sandoval, A., & Umbarila, Z. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*. 13, 13-28.

- Parry, G.D., Cooper, C.L., Moore, J.M., Yadegarfar, G., Campbell, M.J., Esmonde, L.,...Hutchcroft, B.J. (2012). Cognitive behavioral intervention for adults with anxiety complications of asthma: prospective randomized trial. *Respiratory Medicine*, 106(6), 802–810.
- Payette, B.A. (1977). The effect of EMG biofeedback training on selected physiological and personality variables in the adult asthma patient. *Dissertation Abstracts International*, 38(5), 2419-2423.
- Peiffer, C., Poline, J.B., Thivard, L., Aubier, M., & Samson, Y. (2001). Neural substrates for the perception of acutely induced dyspnea. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 163(4), 951-957.
- Pink, J., Pink, K., & Elwyn, G. (2009). Measuring Patient knowledge of asthma: a systematic review outcome measures. *Journal of Asthma*, 46, 980-987.
- Ponte, E. V., Petroni, J., Ramos, D. C. B., Pimentel, L., Freitas, D. N., & Cruz, Á. A. (2007). A percepção do controle dos sintomas em pacientes asmáticos. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 33(6), 635–640. doi:10.1590/s1806-37132007000600005
- Posada, R., & Ochoa, L. (2001). Educación en asma bronquial. En M- Reyes (comp.) *Neumología pediátrica. Infección, alergia y enfermedad respiratoria en el niño.* (727-738). Colombia: Médica Panamericana.
- Postma, D.S. (2007). Gender differences in asthma development and progression. *Gender Medicine*, 4 (Sup. B), S133-S146.
- Put, C., van den Bergh, O., Lemaigre, V., Demedts, M., & Verleden, G. (2003). Evaluation of an individualised asthma programme directed at behavioural change. *European Respiratory Journal*, 21(1), 109–115.
- Regalado, P., & Vargas, M. (2005) Epidemiología del asma. En: J. Salas, R. Chapela & M. Vargas (2005) *Asma: Enfoque Integral para Latinoamérica*. McGraw-Hill: México.
- Reyes Lagunes, I., & García y Barragán, L.F. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: Un ejemplo. En Rivera-Aragón S, Díaz-

- Loving R, Sánchez-Aragón, R. (Eds.) *La Psicología Social en México*. Vol. XII. México: Asociación Mexicana de Psicología Social; 625-636.
- Rico, J., Resptrepo, M., & Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del instituto nacional de cancerología de Colombia. *Avances en Medición*, 3, 73-86.
- Rimington, L., Davies, D.J., Lowe, D., & Pearson, M.G. (2001). Relationship between anxiety, depression, and morbidity in adult asthma patients. *Thorax*, 56(4), 266-271. doi:10.1136/thorax.56.4.266
- Ritz, T., & Steptoe, A. (2000). Emotion and pulmonary function in asthma: Reactivity in the field and relationship with laboratory induction of emotion. *Psychosomatic Medicine*, 62, 808-815.
- Ritz, T., Meuret, A., Trueba, A., Fritzsche, A., & von Leupoldt, A. (2013). Psychosocial factors and behavioral medicine interventions in asthma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(2), 231-250. doi:10.1037/a0030187
- Riveros, A., Sánchez Sosa, J.J., & Del Águila, M. (2008). *Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)*. México: Manual Moderno.
- Ross, C., Davis, T.M.A., & MacDonald, G.F. (2005). Cognitive behavioral treatment combined with asthma education for adults with asthma and panic disorder. *Clinical Nursing Research*, 14(2), 131–57.
- Safren, S., Gonzalez, J., & Soroudi, N. (2007a). *Coping with chronic illness. A cognitive-behavioral therapy approach for adherence and depression. Client Workbook*. Oxford University Press: Nueva York.
- Safren, S., Gonzalez, J., & Soroudi, N. (2007b). *Coping with chronic illness. A cognitive-behavioral therapy approach for adherence and depression. Therapist Guide*. Oxford University Press: Nueva York.

- Sánchez, C., C., T. (2014). *Retroalimentación biológica para el manejo de ansiedad, depresión y control del asma en adultos*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Sánchez Sosa, J.J., & González-Celis, R. A. L. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En: V. Caballo (Coord.). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. (pp. 473-492). Madrid: Pirámide.
- Schatz, M., & Camargo, C. A. (2003). The relationship of sex to asthma prevalence, health care utilization, and medications in a large managed care organization. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 91(6), 553–558. doi:10.1016/s1081-1206(10)61533-5
- Schmaling, K.B., & Bell, J. (1997). Asthma and panic disorder. *Archives of Family Medicine*, 6, 20-23. doi:10.1001/archfami.6.1.20
- Scott, K., Von Korff, M., Ormel, J., Bruffaerts, R., Alonso, J., Kessler, R.C.,...Haro, J.M. (2007). Mental disorder among adults with asthma: results from the World Mental Health Survey. *General Hospital Psychiatry*, 29, 123-33. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2006.12.006
- Sears, M.R. (2008). Epidemiology of asthma exacerbations. *Journal of Allergy Clinical Immunology*. 122, 662-668.
- Servicio Vasco de Salud (2009). *Guía Práctica Clínica sobre Asma*. Recuperado el 12 de octubre de 2012 de www.avpap.org/gtvr/GPCasma
- Shumacher, M., Olschewsky, M., & Schulgen, G. (1991). Assessment of quality of life in clinical trials. *Statistics in Medicine*, 10(12), 1915-1930.
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud. (2016). *Anuario de Morbilidad 2016: Veinte principales causas de enfermedad nacional por grupo de edad*. Recuperado el 9 de mayo de 2018 de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2016/morbilidad/nacional/veinte_principales_causas_enfermedad_nacional_grupo_edad.pdf

- Smith, H., & Jones, C. (2015). Psychological Interventions in Asthma. *Current Treatment Options in Allergy*, 2(2), 155-168. doi:10.1007/s40521-015-0051-3
- Snaith, R. P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, e29. doi: <http://doi.org/10.1186/1477-7525-1-29>.
- Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax (SMNCT, 2005). Consenso mexicano de asma. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 64 (Supl 1), S7-S44
- Sommaruaga, M., Spanevello, A., Migliori, G.B., Neri, M., Callegari, S., & Majani G. (1995) The effects of a cognitive behavioral intervention in asthmatic patients. *Monaldi Archives of Chest Diseases*, 50(5), 398–402.
- Spinhoven, P., van Peski-Oosterbaan, A., Van der Does, A., Willems, L., & Sterk, P. (1997). Association of anxiety with perception of histamine induced bronchoconstriction in patients with asthma. *Thorax*, 52(2), 149-152. doi:10.1136/thx.52.2.149
- Stoop, C., Nefs, G., Pommer, A., Pop, V., & Pouwer, F. (2015). Effectiveness of a stepped care intervention for anxiety and depression in people with diabetes, asthma or COPD in primary care: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 184, 269-276
- Strine, T., Mokdad, A., Balluz, L., Berry, J., & Gonzalez, O. (2008). Impact of depression and anxiety on quality of life, health behaviors, and asthma control among adults in the United States with asthma, 2006. *Journal of Asthma*, 45, 123-133. doi: 10.1080/02770900701840238.
- Suárez, L., Huerta, J., & Del Olmo, H. (2010). Aspectos psicológicos del asma. *Alergia, asma e inmunología pediátricas*, 19, 18-22.
- Sullivan, P. W., Smith, K. L., Ghushchyan, V. H., Globe, D. R., Lin, S.-L., & Globe, G. (2013). Asthma in USA: its impact on health-related quality of life. *Journal of Asthma*, 50(8), 891–899. doi:10.3109/02770903.2013.813035
- Tany, R.F., & Saha, A. K. (2017). A study on stress and anxiety in relation to asthma. *Journal of Psychosocial Research*, 12, 117-126. doi: 10.1186/s40733-015-0007-1.

- Tapp, S., Lasserson, T., & Rowe, B. (2007). Education interventions for adults who attend the emergency room for acute asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd003000.pub2
- Ten Brinke, A., Ouwerkerk, M.E., Zwindermann, A.H., Spinhoven, P., & Bel, E.H. (2001). Psychopathology in patients with severe asthma is associated with increased health care utilization. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 163, 1093-1096.
- Teodorescu, M., Polomis, D.A., Hall, S.V., Teodorescu, M.C., Gangnon, R.E.,...Jarjour, N. (2010). Association of obstructive sleep apnea risk with asthma control in adults. *Chest*, 138, 543-550. doi: 10.1378/chest.09-3066
- The Australian Psychological Society. (2010). *Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorders: A literature Review*. Recuperado el 20 de octubre de 2015 de www.psychology.org.au/
- The Global Asthma Network. (2014). *The Global Asthma Report*. Recuperado el 12 de noviembre de 2015 de http://www.globalasthmanetwork.org/publications/Global_Asthma_Report_2014.pdf
- Thomas, M., Bruton, A., Moffatt, M., & Cleland, J. (2011). Asthma and psychological dysfunction. *Primary Care Respiratory Journal*, 20(3), 250-256. doi:10.4104/pcrj.2011.00058
- Tien, K.J., Goodie, J.L., Duncan, C., Szabo, M.M., & Larson, N.A. (2014). Is it asthma of panic attack? A case study of asthma and anxiety in an adolescent male. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 2(2), 142-152. doi:10.1037/cpp0000057
- Urrutia, I., Aguirre, U., Pascual, S., Esteban, C., Ballaz, A., Arrizubieta, I., & Larrea, I. (2012). Impact of Anxiety and Depression on Disease Control and Quality of Life in Asthma Patients. *Journal of Asthma*, 49(2), 201–208. doi:10.3109/02770903.2011.654022

- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica Chile*, 138(3), 358-365
- Van Beek, M., Oude Voshaar, R., Beek, A., van Zijderveld, G., Visser, S., Speckens, A., Batelaan, N., & van Balkom, A. (2013). A Brief Cognitive-Behavioral Intervention for Treating Depression and Panic Disorder in Patients with Noncardiac Chest Pain: A 24-Week Randomized Controlled Trial. *Depression and Anxiety*, 30 (7), 670-678.
- Van Es, S., le Coq, E., Brouwer, A., Mesters, I., Nagelkerke, A., & Colland, V. (1998). Adherence-Related Behavior in Adolescents with Asthma: Results from Focus Group Interviews. *Journal of Asthma*, 35(8), 637-646. doi:10.3109/02770909809048966
- Van Lieshout, R., & MacQueen, G. (2008). Psychological Factors in Asthma, *Allergy, Asthma and Clinical Immunology*, 4(1), 12-28.
- Vargas-Domínguez, C., Gochicoa-Rangel, L., Velázquez-Uncal, M., Mejía-Alfaro, R., Vázquez-García, J., Pérez-Padilla, R., & Torre-Bouscoulet, L. (2011). Pruebas de función respiratoria, ¿cuál y a quién?. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 70(2), 101-117.
- Vázquez-Rivera, S., González-Blanch, C., Rodríguez-Moya, L., Morón, D., González-Vives, S., & Carrasco, J. (2009). Brief cognitive-behavioral therapy with fibromyalgia patients in routine care. *Comprehensive Psychiatry*, 50 (6), 517-525.
- Vázquez, I., Romero-Frais, E., Blanco-Aparicio, M., Seoane, G., Otero, I., Rodríguez-Valcarcel, M.,...Vera-Hernando, H. (2010). Psychological and selfmanagement factors in near-fatal asthma, *Journal of Psychosomatic Research*, 68(2), 175-81.
- Vilaquirán, C., Lutz, J, R., & Dennis, R. (2004) Pruebas Funcionales Respiratorias. En C.E., De Zubría C., S.E. Zubría & De Zubría, S. (Eds.), *Asma Bronquial* (pp.264-267). Colombia: Editorial Médica Panamericana.

- Villegas, P. G. (2004). *Reporte de experiencia profesional*. (Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, UNAM, México). Recuperada de <http://132.248.9.195/ppt2004/0332285/Index.html>
- Vollmer, W. M., Markson, I. E., O'connor, E., Ann Frazier, E., Berger, M., & Buist, A. S. (2002). Association of Asthma Control with Health Care Utilization. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 165(2), 195–199. doi:10.1164/ajrccm.165.2.2102127
- Wagaman, M.J. (2000). Physiological and psychological effects of various hypnotic suggestions with asthma patients. *Dissertation Abstracts International*, 61(1-B), 185-187.
- Wilson, S.R., Scamagas, P., German, D.F., Hughes, G.W., Lulla, S.,...Arsham, G. (1993). A controlled trial of two forms of self-management education for adults with asthma. *American Journal of Medicine*, 94:564–76.
- Wright, R., Rodríguez, M., & Cohen, S. (1998). Review of psychosocial stress and asthma: an integrated biopsychosocial approach. *Thorax*, 53(12), 1066-1074. doi:10.1136/thx.53.12.1066
- Xuan, J., Kirchdoerfer, L. J., Boyer, J. G., & Norwood, G. J. (1999). Effects of comorbidity on health-related quality-of-life scores: An analysis of clinical trial data. *Clinical Therapeutics*, 21(2) 383–403.
- Yoon, R., McKenzie, D., Bauman, A., & Miles, D. (1993). Controlled trial evaluation of an asthma education program for adults. *Thorax*, 48(11), 1110-1116. doi:10.1136/thx.48.11.1110
- Yorke, J., Fleming, S., & Shuldham, C. (2009). Psychological interventions for adults with asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd002982.pub3
- Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psiquiátrica Escandinava*, 67, 361-370.

ANEXOS



Anexo 1. Formato para jueces expertos del cuestionario de calidad de vida para pacientes asmáticos

Reciba un cordial saludo a nombre del equipo de psicólogos al que pertenecemos; le agradecemos su valioso interés por cooperar en la validación de contenido para población mexicana, mediante jueces expertos del instrumento titulado: **CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA PARA PACIENTES CON ASMA de Juniper y colaboradores (1999).**

Las respuestas que usted nos proporcione serán muy importantes las cuales serán tratadas de manera anónima y confidencial, con fines exclusivamente estadísticos.

Así mismo, le solicitamos que antes de iniciar con la validación de los instrumentos sea tan gentil de proporcionarnos los siguientes datos:

FECHA: _____ **SEXO:** ()F ()M **EDAD:** _____

ÚLTIMO GRADO ACADÉMICO CURSADO:

() Preparatoria () Licenciatura () Maestría () Doctorado () Especialidad () Otro ¿Cuál? _____

GRADO ACADÉMICO QUE SE ENCUENTRA CURSANDO ACTUALMENTE:

() Preparatoria () Licenciatura () Maestría () Doctorado () Especialidad () Otro ¿Cuál? _____

ÁREA DE EXPERIENCIA:

() Clínica () Educativa () Social () Salud () Educación Especial

() Otra, Especificar: _____

Problemas psicológicos que atiende en su área de trabajo con mayor frecuencia:

INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan las 2 indicaciones y las opciones de respuesta que se proporcionan a los y las pacientes para contestar el cuestionario. Le pedimos responda las siguientes tres preguntas, referentes a las opciones de respuesta.

- INSTRUCCIÓN PARA EL O LA PACIENTE CON LA QUE CONTESTARÁ DE LA PREGUNTA 1 A LA 11: **“EN GENERAL, ¿CUÁNTO TIEMPO DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS....”**
- OPCIONES DE RESPUESTA PARA EL O LA PACIENTE CON LA QUE CONTESTARÁ DE LA PREGUNTA 1 A LA 11:
1. Siempre. 2. Casi siempre. 3. Gran parte del tiempo. 4. Parte del tiempo. 5. Poco tiempo. 6. Casi nunca. 7. Nunca.

¿Considera la cantidad de opciones de respuesta es el adecuado? () Sí () No ¿Por qué?

¿Realizaría alguna modificación a las opciones de respuesta? () Sí () No

En caso de sugerir alguna modificación, ¿Cuál sería?

- INSTRUCCIÓN PARA EL O LA PACIENTE CON LA QUE CONTESTARÁ DE LA PREGUNTA 12 A LA 15 : **“¿QUÉ TAN LIMITADO O LIMITADA HA ESTADO DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS AL REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES A CAUSA DE SU ASMA?”**
- OPCIONES DE RESPUESTA PARA EL PACIENTE CON LA QUE CONTESTARÁ DE LA PREGUNTA 12 A LA 15:
1. Totalmente limitado 2. Extremadamente limitado. 3. Muy limitado. 4. Con limitación moderada. 5. Con algo de limitación. 6. Con poca limitación. 7. Nada limitado.

¿Considera la cantidad de opciones de respuesta es el adecuado? () Sí () No ¿Por qué?

¿Realizaría alguna modificación a las opciones de respuesta? () Sí () No

En caso de sugerir alguna modificación, ¿Cuál sería

INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan los 15 REACTIVOS que constituyen un instrumento para evaluar la calidad de vida en pacientes asmáticos.

Le pedimos a usted, evalúe reactivo por reactivo considerando las siguientes categorías:

1. **REDACCIÓN:** Se refiere a que el reactivo presente una sintaxis adecuada, que las palabras estén ordenadas y expresadas de manera correcta dentro de una oración.
2. **LENGUAJE:** Que el reactivo utilice palabras apropiadas a la población mexicana, que para el caso de la investigación serán pacientes asmáticos usuarios de los servicios de salud pública.
3. **VALIDEZ TEÓRICA:** Se refiere al grado en que el reactivo mida algún aspecto de la calidad de vida (que mida lo que se quiere medir) de acuerdo con las siguientes definiciones:

La **CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA ENFERMEDAD** se refiere a un componente subjetivo de la calidad de vida general que es determinada principalmente por el estado de salud y se enfoca principalmente en el estado físico, psicológico y social (Juniper, 2001). En el caso específico del asma y la calidad de vida relacionada con la salud, Juniper et al. (1999) determinaron que los dominios a evaluar en la calidad de vida relacionada con el asma son: limitación en las actividades diarias debido a la enfermedad, presencia de sintomatología, estado emocional y estímulos ambientales.

El **ASMA** se define como una enfermedad crónica de los pulmones que inflama y estrecha la vía aérea. Se caracteriza por sibilancias (silbidos al respirar), presión en el pecho, dificultad para respirar y tos. Con frecuencia los síntomas se presentan por la noche o en las primeras horas de la mañana (Fernández & Chapela, 2005).

Para cada una de las categorías seleccione y marque con una “X” **solo UNA** de las opciones de respuesta *ACUERDO* o *DESACUERDO*.

	REDACCIÓN		LENGUAJE		VALIDEZ TEÓRICA	
	Acuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Desacuerdo
1. Sintió dificultad para RESPIRAR?						
2. Le molestó el POLVO o tuvo que evitarlo?						
3. Se ha sentido FRUSTRADO o FRUSTRADA como resultado de tener asma?						
4. Le molestó la TOS?						
5. Tuvo MIEDO POR NO TENER A LA MANO SU MEDICAMENTO PARA EL ASMA?						
6. Experimentó sensación de PRESIÓN O PESADEZ EN EL PECHO?						

Para cada una de las categorías seleccione y marque con una “X” solo **UNA** de las opciones de respuesta *ACUERDO* o *DESACUERDO*.

	REDACCIÓN		LENGUAJE		VALIDEZ TEÓRICA	
	Acuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Desacuerdo
7. Le molestó o tuvo que evitar el HUMO DEL CIGARRO?						
8. Presentó dificultades para DORMIR BIEN durante la noche debido al asma?						
9. Se sintió PREOCUPADO o PREOCUPADA PORQUE TIENE ASMA?						
10. Ha sentido un SILBIDO O CHIFLIDO en el pecho?						
11. Le molestó o tuvo que evitar salir debido al clima o la contaminación del aire?						

Para cada una de las categorías seleccione y marque con una “X” solo **UNA** de las opciones de respuesta *ACUERDO* o *DESACUERDO*.

	REDACCIÓN		LENGUAJE		VALIDEZ TEÓRICA	
	Acuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Desacuerdo
12. ACTIVIDADES AGOTADORAS (como ir de prisa, hacer ejercicio, subir corriendo las escaleras, hacer deporte)						
13. ACTIVIDADES MODERADAS (como caminar, hacer el quehacer, arreglar el jardín, ir de compras, subir escaleras)						
14. ACTIVIDADES SOCIALES (como platicar, jugar con niños/mascotas, visitar amigos/parientes)						
15. ACTIVIDADES relacionadas con su TRABAJO (todas las actividades que debe realizar en su ambiente de trabajo, sino trabaja piense en todas las actividades diarias que realiza)						

Comentarios o sugerencia

¡GRACIAS POR SU VALIOSA PARTICIPACIÓN!

Anexo 2. Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación psicológica (fase 1)

Ciudad de México, a ___ de ____ del 20__.

Estimado Usuario:

Por medio del documento presente, se le invita a participar en el estudio de investigación psicológica titulado “Control del asma y calidad de vida como efecto de una intervención cognitivo conductual dirigida a síntomas depresivos en pacientes con asma no controlada”, que tiene como primer objetivo estandarizar un instrumento para Calidad de Vida en pacientes asmáticos.

Su participación en este estudio no tiene ningún costo o remuneración. Es voluntaria y puede negarse a participar si así lo desea. Si accede a participar, está en su derecho de retirarse si así lo desea. En cualquiera de los casos, no existirá represalia alguna, ni negación alguna al acceso a los servicios de salud a los que usted acude actualmente.

El estudio consiste en resolver **TRES CUESTIONARIOS** de evaluación psicológica que permiten medir su estado de ánimo y los cambios observados en su vida diaria. Los cuestionarios se responden en una única sesión, en un periodo entre 15 y 30 minutos, mismos que deben ser llenados dentro de esta institución y que por ningún motivo podrá llevarse a casa el participante.

Si acepta participar, es necesario que se comprometa a responder con sinceridad las preguntas. Le aseguramos no causar algún perjuicio a su salud física o emocional. Un profesional titulado en psicología le orientará en el llenado de los cuestionarios y estará al pendiente de las respuestas. En caso de detectar que requiera de intervención psicológica se lo hará saber exclusivamente a usted y se le asesorará en el procedimiento para solicitarla **si es que usted así lo desea.**

Si es que cumple con los criterios para participar en la segunda fase de la investigación, la cual consiste en una intervención psicológica breve de 5 sesiones, se la informará y si usted lo desea, podrá participar.

Los resultados podrán documentarse en publicaciones científicas, manteniendo la más estricta confidencialidad en lo referente a su identidad personal.

Si usted deseara conocer los resultados del estudio podrá obtenerlos a través de los responsables de esta investigación cuyos nombres son:

Dra. Margarita Fernández Vega
Mtra. En Psic. Centli Guillén Díaz Barriga
Dra. Rocío Chapela Mendoza

En caso de cualquier duda o comentario puede ponerse en contacto con los miembros del Comité de Ciencia y Bioética en Investigación. Teléfono 54 87 17 00 ext. 5254 o 5110.

De antemano agradecemos su atención y esperamos contar con su participación.

Participante (nombre, fecha y firma)

Investigador responsable (nombre, fecha y firma)

Testigo 1 (nombre, relación o parentesco, fecha y firma).

Testigo 2 (nombre, relación o parentesco, fecha y firma).

Anexo 3. Ficha de datos generales

Fecha _____ No. Folio _____

1. **Nombre:** _____ **Edad:**

2. **Sexo:** Mujer () Hombre ()
3. **Teléfono de contacto:** _____ **Correo electrónico:** _____
4. **Estado Civil:** Soltero/a () Casado/a () Unión Libre () Divorciado/a () Viudo/a ()
5. **Escolaridad (¿Hasta qué año estudió?):** _____
6. **Ocupación:** _____
7. **¿Cuenta con algún ingreso económico?** Sí () No ()
8. **¿El ingreso económico satisface sus necesidades?** Sí () No ()
9. **¿Qué edad tenía cuando le diagnosticaron asma?** _____
10. **¿Hace cuantos años padece asma?** _____
11. **¿Qué medicamentos toma para el asma?**

12. **¿Toma algún otro medicamento?** Sí () No () **¿Cuál?**

13. **¿Padece de alguna otra enfermedad?** (puede marcar más de una opción)
 - () No padezco ninguna otra enfermedad
 - () Reflujo
 - () Rinitis
 - () Alérgico a Aspirina
 - () Diabetes
 - () Hipertensión Arterial
 - () Hipo/hipertiroidismo
 - () Problemas Cardiacos
 - () Otra: _____
14. **¿Tiene flujómetro?** Sí () No ()
15. **¿Sabe usar el flujómetro de forma correcta?** Sí () No () No estoy seguro/a ()

16. **¿Lleva diario de síntomas?** Sí () No ()

17. **¿Actualmente, asiste a terapia psicológica?** Sí () No ()

18. **De un año a la fecha ¿en cuántas ocasiones ha estado hospitalizado a causa de su asma?**

() Ninguna () 1 vez () De 2 a 4 ocasiones () más de 4 ocasiones

19. **De un año a la fecha ¿en cuántas ocasiones ha acudido a consulta con un médico a causa de su asma?**

() Ninguna () 1 vez () De 2 a 4 ocasiones () más de 4 ocasiones

Anexo 4. Cuestionario de calidad de vida para pacientes con asma

INSTRUCCIONES: Por favor, lea y conteste todas las preguntas. Marque con una "X" la casilla que mejor describa su situación durante las dos últimas semanas.

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

	SIEMPRE (14 días)	CASI SIEMPRE (13-10 días)	POCO TIEMPO (5-9 días)	CASI NUNCA (1-4 días)	NUNCA (0 días)
1. Dificultad para respirar?					
2. Molestias debidas al polvo?					
3. Frustración como resultado de tener asma?					
4. Molestias debidas a la tos?					
5. Miedo por no tener a la mano su medicamento para el asma?					
6. Sensación de presión o pesadez en el pecho?					
7. Dificultades para dormir bien en la noche debido al asma?					
8. Preocupaciones debidas a tener asma?					
9. Silbidos o presión en el pecho?					

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

	SIEMPRE (14 días)	CASI SIEMPRE (13-10 días)	POCO TIEMPO (5-9 días)	CASI NUNCA (1-4 días)	NUNCA (0 días)
10. Tuvo que evitar el humo del cigarro?					
11. Evitó salir debido a factores ambientales (por ejemplo: cambios de clima o contaminación?)					

¿QUÉ TAN LIMITADO O LIMITADA, A CAUSA DE SU ASMA, SE HA SENTIDO DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS AL REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES?

	TOTALMENTE LIMITADO	MUY LIMITADO	MODERADAMENTE LIMITADO	POCO LIMITADO	NADA LIMITADO
12. ACTIVIDADES AGOTADORAS (como ir de prisa, hacer ejercicio, subir corriendo las escaleras, hacer deporte)					
13. ACTIVIDADES MODERADAS (como caminar, hacer el quehacer, arreglar el jardín, ir de compras, subir escaleras).					
14. ACTIVIDADES SOCIALES (como platicar, jugar con niños/mascotas, visitar amigos/parientes)					
15. ACTIVIDADES relacionadas con su TRABAJO (todas las actividades que debe realizar en su ambiente de trabajo <u>sino trabaja piense en todas las actividades diarias que realiza</u>)					

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS:

MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACIÓN.

Anexo 5. Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)

INSTRUCCIONES: A continuación, hay una lista de preguntas acerca de cómo se siente emocionalmente. Lea cada pregunta y marque con una “x” la respuesta que se acerque más a cómo se ha sentido durante la última semana. No es necesario que piense mucho las respuestas.

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a)

Todo el día	Gran parte del día	De vez en cuando	Nunca
-------------	--------------------	------------------	-------

2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre

Siempre	Casi Siempre	Rara vez	No, en absoluto
---------	--------------	----------	-----------------

3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder

Sí, y es muy intenso	Sí, pero no muy intenso	Sí, pero no me preocupa	Nada
----------------------	-------------------------	-------------------------	------

4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas

Siempre	Casi Siempre	Rara vez	Nunca
---------	--------------	----------	-------

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones

Todo el día	Casi todo el día	De vez en cuando	Nunca
-------------	------------------	------------------	-------

6. Me siento alegre

Siempre	Casi Siempre	Rara vez	Nunca
---------	--------------	----------	-------

7. Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquilo(a) y relajado(a)

Siempre	Casi Siempre	Rara vez	No, en absoluto
---------	--------------	----------	-----------------

8. Me siento lento(a) y torpe

Todo el día	Casi todo el día	De vez en cuando	Nunca
-------------	------------------	------------------	-------

9. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueo” en el estómago

Siempre	Casi Siempre	Rara vez	Nunca
---------	--------------	----------	-------

10. He perdido el interés por mi aspecto personal

Completamente	A menudo	Rara vez	Nada
---------------	----------	----------	------

11. Me siento inquieto(a) como si no pudiera dejar de moverme

Siempre	Casi Siempre	Rara vez	Nunca
---------	--------------	----------	-------

12. Espero las cosas con ilusión

Siempre	Casi Siempre	Rara vez	Nunca
---------	--------------	----------	-------

13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor

Siempre	Casi Siempre	Rara vez	Nunca
---------	--------------	----------	-------

14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, programa de radio o televisión

Siempre	Casi Siempre	Rara vez	Nunca
---------	--------------	----------	-------

Anexo 6. Cuestionario de control del asma (ACT)

INSTRUCCIONES: Marque con una “x” la respuesta que mejor lo represente.

1. En las **últimas 4 semanas**, ¿Con qué frecuencia el asma le impidió hacer todo lo que quería realizar en el trabajo, en la escuela o en la casa?

Siempre	Casi Siempre	Algunas veces	Casi Nunca	Nunca
---------	--------------	---------------	------------	-------

2. Durante **las últimas 4 semanas**, ¿con qué frecuencia sintió que le faltaba el aire?

Siempre	Casi Siempre	Algunas veces	Casi Nunca	Nunca
---------	--------------	---------------	------------	-------

3. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿con qué frecuencia los síntomas del asma (silbidos en el pecho, tos, falta de aire, opresión o dolor en el pecho, etc.) lo(a) despertaron en la noche o más temprano que de lo usual en la mañana?

Siempre	Casi Siempre	Algunas veces	Casi Nunca	Nunca
---------	--------------	---------------	------------	-------

4. En las **últimas 4 semanas**, ¿con qué frecuencia utilizó su inhalador de rescate o medicamentos en nebulizador (por ejemplo, el salbutamol)?

Siempre	Casi Siempre	Algunas veces	Casi Nunca	Nunca
---------	--------------	---------------	------------	-------

5. ¿Cómo clasificaría el control de su asma en **las últimas 4 semanas**?

No controlada en absoluto	Mal Controlada	Algo controlada	Bien Controlada	Completamente Controlada
---------------------------	----------------	-----------------	-----------------	--------------------------

¡AGRADECEMOS SU PARTICIPACIÓN!

Anexo 7. Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación psicológica (fase 2)

Ciudad de México, a ___ de ____ del 20__.

Estimado Usuario:

Se le invita a participar en la investigación titulada: “Control del asma y calidad de vida como efecto de una intervención cognitivo conductual dirigida a síntomas depresivos en pacientes con asma no controlada”, la cual tiene el propósito de evaluar el impacto de una intervención psicológica sobre el control de la enfermedad asmática.

Su colaboración es voluntaria y puede negarse a participar, aún si accediera, tiene la absoluta libertad para dejar la intervención en cualquier momento si así lo desea, sin problema o consecuencia alguna, es decir, no afectará en lo absoluto la atención que se le brinda en el instituto.

La intervención psicológica consiste en:

1. Evaluación inicial a través de cuestionarios, entrevista inicial y registros personales.
 2. Programa para el control de la enfermedad, que consta de 5 sesiones de 60 minutos de duración, una vez por semana.
 3. Evaluación final a través de cuestionarios y entrevista final.
 4. Fase de seguimiento, la cual consta de citas personales o llamadas a su domicilio o teléfono celular, a los 3 y 6 meses después de terminada la intervención.
1. **Evaluación inicial:** La cual se llevará a cabo mediante la resolución de algunos breves cuestionarios, una entrevista y el llenado de algunos registros personales referentes a su enfermedad.
 2. **Intervención psicológica:** En este programa se le dotará de algunas técnicas psicológicas **durante 5 sesiones, una vez por semana, con una duración de 60 minutos cada una.**
 3. **Segunda evaluación.** En la que se volverá a pedirle respuesta los cuestionarios que se realizaron en la evaluación inicial.
 4. **Fase de seguimiento:** la cual consta de citas personales o llamadas a su domicilio o teléfono celular, a los 3 y 6 meses después de terminada la intervención.

En caso de aceptar participar en esta investigación es necesario que usted se encuentre de acuerdo y se comprometa en llevar a cabo las actividades sugeridas por el personal de salud y asista a las citas asignadas para dicho fin. Su participación no tiene costo alguno, pero podrá ser excluido de la investigación en caso de no llevar a cabo las actividades sugeridas o faltar a sus citas.

Si acepta a participar, accede a que los investigadores responsables puedan tener acceso a su expediente médico, garantizando que recibirá toda la información de los resultados de esta intervención

Los resultados obtenidos de este estudio, podrán reportarse en publicaciones científicas, manteniendo la más estricta confidencialidad en lo que se refiere a su identidad personal. Si usted tuviera dudas, comentarios o si desea conocer las publicaciones derivadas de esta investigación podrá obtenerlas a través de los responsables:

Dra. Margarita Fernández Vega
Psic. Centli Guillén Díaz Barriga
Dra. Rocío Chapela Mendoza

En caso de cualquier comentario puede ponerse en contacto con los miembros del Comité de Ciencia y Bioética en Investigación. Teléfono 54 87 17 00 ext. 5254 o 5110.

De antemano agradecemos su atención y esperamos contar con su participación.

Participante (nombre, fecha y firma)

Investigador responsable (nombre, fecha y firma)

Testigo 1 (nombre, relación o parentesco, fecha y firma).

Testigo 2 (nombre, relación o parentesco, fecha y firma).

Anexo 8. Entrevista de salud para el paciente con asma

Fecha_____ No. Folio_____

1; DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombre:_____

Edad:_____ Expediente:_____

Sexo: Femenino () Masculino ()

Escolaridad:_____

Estado Civil:_____

Ocupación:_____

Residencia:_____

2. ANTECEDENTES DE ASMA

1. ¿Por quién fue referido?

2. ¿Cuánto tiempo tiene que padece Asma?

3. ¿Qué medicamentos toma y en qué dosis?

4. ¿Qué severidad de asma tiene?

- a) Intermitente
- b) Leve persistente
- c) Moderada persistente
- d) Severa persistente
- e) No sé

5. ¿Padece de alguna otra enfermedad?

Ninguna____

Reflujo____

Rinitis____

Alérgico a Aspirina____

Diabetes____

Hipertensión Arterial____

Hipo/hipertiroidismo____

Problemas Cardíacos____

Problemas Psiquiátricos____

Otra: Especifique

6. ¿Tiene flujómetro?

Sí () No ()

7. ¿Actualmente realiza el llenado del diario de síntomas?

Sí () No ()

8. ¿Ha recibido información, capacitación o entrenamiento por parte del equipo de salud (médico, enfermera, asociación de asma o psicólogo) referente a:

() ¿Qué es el asma?

() ¿Qué cuidados debe de llevar a cabo?

() ¿Cuáles son los tratamientos para el asma?

() ¿Cómo administrarse correctamente su medicamento?

() ¿Qué es y para qué sirve el flujómetro?

() ¿Cuáles son los parámetros normales en mi flujometría?

() ¿Qué hacer en caso de una exacerbación de los síntomas/crisis asmática?

() ¿Cómo llenar el diario de síntomas de asma?

() ¿Cómo influyen las emociones y el estrés en su enfermedad?

3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS-IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS

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

Sí () No ()

10. ¿Ha requerido en algún momento de atención psiquiátrica?

Sí () No ()

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

Trabajo____

Escuela____

Labores del hogar____

Cuidado de la familia____

Vida social____

Vida sexual____

Economía____

Pasatiempos____

Vacaciones____

Convivencia con la pareja____

Actividades de diversión____

Estado de ánimo____

Otra:

Especifique_____

12. 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

13. 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:

Cambios en temperatura___

Humedad___

Polvo___

Contaminación ambiental___

Humo de cigarro___

Animales domésticos (perro, gato) ___

Olores (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:_____

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

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

16. De un año a la fecha ¿en cuántas ocasiones ha acudido a consulta con un médico a causa de su asma?

Durante el último mes:

11. ¿Con qué frecuencia ha presentado falta de aire?

- a) Nunca
- b) De una a dos veces por semana
- c) Una vez al día
- d) De dos a tres veces al día
- e) De cuatro a seis veces al día

12. ¿Con qué frecuencia ha presentado opresión en el pecho?

- a) Nunca
- b) De una a dos veces por semana
- c) Una vez al día
- d) De dos a tres veces al día
- e) De cuatro a seis veces al día

13. ¿Con qué frecuencia ha presentado tos?

- a) Nunca
- b) De una a dos veces por semana
- c) Una vez al día
- d) De dos a tres veces al día
- e) De cuatro a seis veces al día

14. ¿Con qué frecuencia ha presentado flemas?

- a) Nunca
- b) De una a dos veces por semana
- c) Una vez al día
- d) De dos a tres veces al día
- e) De cuatro a seis veces al día

15. ¿Con qué frecuencia ha presentado silbidos?

- a) Nunca
- b) De una a dos veces por semana
- c) Una vez al día
- d) De dos a tres veces al día
- e) De cuatro a seis veces al día

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

16. ¿Ha llegado a pensar que las dificultades que tiene relacionadas con su enfermedad o en otra parte de su vida no tiene una solución?

17. ¿Ha llegado a pensar que no es capaz de resolver algunas dificultades de su vida o que lo sobrepasan?

18. ¿Piensa que usted u otras personas son responsables de las dificultades que en ocasiones tiene?

19. ¿Piensa que usted tiene más dificultades que otras personas?

20. ¿Piensa que si resuelve sus dificultades va a tener muchas consecuencias y pocas ganancias?

21. ¿Cuándo trata de resolver una dificultad hace muchas cosas sin pensar en las consecuencias que tendría?

22. ¿Ha evitado o dejado de lado dificultades por no sentirse preocupado o por pensar que no las puede resolver?

Notas:

23. ¿Es normal que necesite que otras personas resuelvan o ayuden a resolver sus dificultades?

24. ¿Cuándo tiene alguna dificultad usted analiza la dificultad y trata de encontrar la mejor solución?

LISTA DE PROBLEMAS O DIFICULTADES



En base a la siguiente definición, responda: Un **PROBLEMA** es una situación específica de la vida que **CAUSA MALESTAR** y se torna problemática por que no se encuentra como resolverlo, debido a la presencia de algunos **OBSTÁCULOS. POR ESO NOS SENTIMOS MAL.**

En el siguiente recuadro realizar una **LISTA DE LOS PROBLEMAS QUE EN ESTE MOMENTO CREE QUE TIENE. No hay un número específico, son los que usted cree que tiene en este momento.**

Anexo 9. Registro de flujometría.

Nombre:

Fecha de inicio:

	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:
						
						

Anexo 10. Manual para el terapeuta

“DEPRESIÓN Y ASMA”

Basado en el manual “Coping with Chronic Illness. A Cognitive-Behavioral Therapy Approach for Adherence and Depression” (Safren, Gonzalez & Soroudi, 2008).

Introducción

El presente manual se encuentra dirigido a psicólogos que desean auxiliar a individuos mayores de 18 años con asma clasificada como no controlada y que además presentan sintomatología de depresión.

Las intervenciones cognitivo conductuales dirigidas al manejo de la depresión han mostrado ser de gran eficacia y efectividad para el control de la sintomatología depresiva. Al dirigir la intervención a pacientes con asma, se pretende que el tratamiento no solo ayude a la sintomatología emocional sino también se vea reflejada en el control de la enfermedad. Ayudando así a la calidad de vida general del participante.

El presente manual describe la intervención psicológica que se compone de 1 sesión de evaluación inicial, 4 sesiones de trabajo, y 1 sesión de evaluación final. La duración de cada sesión depende de las tareas que va ejecutando el participante y de que cumpla el criterio de éxito que es señalado en cada sesión.

De forma general, el mínimo de total de sesiones es de 6 y el máximo es de "7". Las sesiones deben ser impartidas en sesiones individuales de 75 minutos máximo, una vez a la semana o cada quince días. Las técnicas que se emplean son:

1. Psicoeducación del Modelo Cognitivo-Conductual
2. Activación Conductual
3. Entrenamiento en Respiración Diafragmática y Relajación Autógena de Schultz
4. Reestructuración Cognitiva
5. Solución de Problemas

Para llevar a cabo las sesiones es necesario contar con:

- Espacio destinado a la consulta, amplio, iluminado y ajeno a ruidos extraños.
- Material especificado para cada sesión (registros y cuestionarios de evaluación)
- Flujómetro maraca TruZone
- Registros de flujometría.
- Manual del Terapeuta

En cada sesión se sigue en el siguiente formato:

1. Establecer la agenda de la sesión.
2. Revisar el material previo y ejercicios en casa.
3. Evaluar los progresos del participante mediante registros y cuestionarios.
4. Desarrollo de la nueva técnica a aprender.
5. Ejercicios para realizar en casa.

Evaluación Inicial y Flujiometría

Objetivos

- Realizar un primer acercamiento con el participante.
- Evaluar al participante de forma individual mediante los cuestionarios y entrevistas correspondientes, los cuales son enlistados en el apartado a continuación.
- Evaluar el conocimiento del participante respecto al asma.
- Evaluar la ejecución del participante en la toma de flujometría.
- Identificar las áreas problemas a trabajar con el participante.

Materiales

- Ficha de Datos Sociodemográficos
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) de Zigmond y Snaith (1983)
- Cuestionario de Control del Asma (ACT) de Nathan et al. (2004)
- Entrevista Inicial para Pacientes con Asma elaborada por Islas (2011) y Lugo (2013)
- Cuestionario de Calidad de Vida Para Pacientes con Asma en su formato breve (MiniAQLQ) de Juniper, Guyatt, et al. (1999).
- Registros de Flujiometría

Escenarios

- Sala de espera de clínica de asma
- Consultorio dentro de la Clínica de Asma

Actividades

Llenado de instrumentos

Ya sea en la sala de espera o en el consultorio, el psicólogo saludará y se presentará con el participante, indicando el objetivo de la evaluación. Se le explicará al participante que se le proporcionarán algunos cuestionarios que deberá llenar, con el propósito de detectar si es candidato a una investigación psicológica que tiene como objetivo el control del asma y el manejo emocional. Si el participante se encuentra de acuerdo se le proporcionará para que lea y firme el consentimiento informado.

Posteriormente, el psicólogo le entregará los instrumentos que a continuación se presentan, en el siguiente orden, para su llenado:

1. Ficha de Datos Sociodemográficos.
2. ACT
3. HADS
4. MiniAQLQ

Una vez que el participante finalice el llenado de los instrumentos, el psicólogo comprobará que los instrumentos estén completos, y los calificará de forma inmediata.

Los criterios para pertenecer al programa de intervención son los siguientes:

Inclusión:

- 7) Mayores de 18 años.
- 8) Diagnóstico de asma confirmado por neumólogo.
- 9) Evolución del padecimiento mayor a 12 meses.
- 10) Asma clasificada como no controlada, mediante el ACT (de 0 a 19 puntos).

- 11) Presencia de depresión medida por el instrumento HADS con una puntuación > de 7 en la escala correspondiente a depresión.

Exclusión:

- 6) Puntaje de ansiedad > 8 puntos y puntaje de depresión < 7 puntos medido por el HADS.
- 7) Presencia de trastornos mentales o cognitivos que intervengan con los procesos cognitivos necesarios para llevar a cabo las técnicas de intervención.
- 8) Consumir ansiolíticos y/o anti-depresivos.
- 9) Inclusión en otros protocolos de psicología u otra índole dentro del INER.
- 10) Asistir a consulta psicológica privada.
- 11) Requerir intervención psicológica que responda a otras características (ejemplo: fumadores, violencia de pareja, terapia familiar, manejo de duelo, entre otros).

Eliminación:

- 3) Resistencia ante la intervención o el investigador.
- 4) No completar la evaluación inicial.

Finalmente, el psicólogo realizará la entrevista inicial para pacientes con asma (elaborada por Islas (2011) y corregida por Lugo (2013), que tiene como objetivo recolectar información del padecimiento y aspectos psicológicos del participante.

Revisión de la Técnica de Flujiometría para toma del Pico Espiratorio Flujo (PEF)

Una vez finalizada la entrevista inicial para pacientes con asma, se revisará la técnica de flujometría. Para ello se le entregará al participante un flujómetro nuevo con una boquilla nueva, y se le pedirá que realice una prueba de flujometría. Se revisará que el participante cumpla todos y cada uno de los siguientes pasos:

1. La persona debe estar en posición de pie.
2. Debe realizar una inspiración máxima.
3. Colocarse la boquilla en la boca.
4. Fijarla y sellar la boquilla con los labios.
5. Espirar lo más fuerte y rápido posible, antes de 4 segundos después de haber hecho una inspiración máxima.
6. La maniobra debe repetirse al menos tres veces, permitiendo un tiempo de descanso adecuado entre ellas.
7. Las dos mayores mediciones deben tener una diferencia menor a 20 L/min entre ellas. El participante puede seguir haciendo maniobras de espiración forzada, hasta un máximo de 8 veces.
8. Se registrará el valor más alto obtenido en las mediciones.

Se corregirán los pasos que el participante pudiera estar ejecutando de manera incorrecta. Ya sea mediante modelamiento o moldeamiento de la conducta.

Llenado de Registro de Flujiometría

Finalmente, se instruirá al participante en el llenado del registro de flujometría, el cuál deberá contestar de forma diaria durante toda la intervención.

- **Registro de Flujiometría:** se debe indicar que la medición se debe realizar a la misma hora todos los días. Tres tomas durante la mañana y tres tomas durante la noche. Se anotan todas las mediciones y se elige la medición mayor.

Finalmente, se programará cita para iniciar la intervención en un periodo no mayor a 2 semanas.

Criterio de éxito:

- ✓ El participante deberá de ser capaz de ejecutar de forma correcta los 8 pasos para la toma de flujometría delante del investigador o facilitador
- ✓ El participante deberá llenar un recuadro del registro de flujometría en presencia del investigador o facilitador

Tareas para casa:

- Llenado del registro de flujometría

Sesión 1: Psicoeducación acerca de la Intervención Cognitiva Conductual

Materiales

- Esquema del Modelo de la depresión desde el enfoque Cognitivo Conductual
- Tabla de Cuadro del progreso del participante.
- Registro de Flujometría

Esquema General de la Sesión

1. Establecer la agenda de la sesión
2. Discutir la estructura de las sesiones
3. Revisar registros de flujometría tomados durante la semana
4. Discutir los componentes de la depresión bajo el marco cognitivo-conductual
5. Discutir los síntomas presentados por el participante y crear el modelo cognitivo conductual de la depresión del participante
6. Asignar tareas para casa.
7. Realizar la autoevaluación.

Establecer agenda

Comenzar cada sesión de forma interactiva mediante el establecimiento de una agenda con el participante. Esto ayudará a mantener una estructura y permitirá que el terapeuta y el participante acuerden los puntos más importantes a resolver. Informarle que en esta sesión la sesión se centra en explorar la relación entre la depresión y el control de la enfermedad.

Formato del Tratamiento

Explica al participante que las siguientes actividades son incluidas en cada sesión:

- 1) **Establecer una agenda:** Uno de los retos al dirigir un tratamiento psicoterapéutico en general, pero en específico con pacientes con enfermedades crónicas y depresión, es distraerte con problemáticas de los pacientes que no estén ligadas al presente y a la adquisición de habilidades para la solución de problemas. Algunas veces, estas conversaciones son pertinentes a su depresión y pueden ser abordadas, otras veces, es necesario convenir empatía hacia al participante, pero enfocar la sesión a lo que se había planteado inicialmente.
- 2) **Revisión de ejercicios para casa:** Al final de cada sesión, psicólogo y participante trabajarán para asignar un ejercicio para ser llevado en casa. El ejercicio será dirigido específicamente a las habilidades que se hayan practicado durante la sesión. Los ejercicios serán entonces revisados al inicio de la siguiente sesión. Es importante reconocer cuándo el participante es exitoso en su tarea y ayudarle a resolver cualquier barrera que se le pudo haber presentado en la ejecución de la tarea. Repetición y práctica de las habilidades que

se van aprendiendo es vital para maximizar las ganancias adquiridas en el tratamiento. Aquí se incluye una lista de chequeo para monitorear las tareas en casa, y de igualmente en el manual para el participante

- 3) **Asignación de tareas en casa:** Al final de cada sesión se trabajará con el participante para asignar tareas en casa basadas en las habilidades que se aprendieron durante la sesión.
- 4) **Abordando preocupaciones acerca del tratamiento:** Antes proseguir a la siguiente sesión, es importante discutir con el participante cualquier preocupación que pueda tener acerca del tratamiento. Si el participante ha tenido experiencias pasadas con la psicoterapia relacionada a la depresión, asegúrese de hablar de esto. Algunas preguntas podrían ser:
¿Qué le gustó o disgustó acerca de la última vez que estuvo en terapia para la depresión?
¿Por qué decidió en ese programa en particular? ¿qué le ayudó y qué no le ayudó.

Revisión del registro de flujometría

Revisar el registro de flujometría que lleva el participante. Comentar cambios con referencia a semanas previas, si es que son detectados.

Discutir la relación entre estado emocional y control de la enfermedad

El propósito de esta primera sesión es enseñar al participante acerca de la depresión en el contexto de tener una enfermedad crónica. El énfasis es cómo cada uno de los componentes de la depresión (cognitivo, conductual y fisiológico) se suman a un ciclo, y pueden empeorar los síntomas y disminuir las habilidades para cuidar de la salud, o la capacidad física del cuerpo. Esta sesión está destinado a sentar las bases para el resto del tratamiento.

La confianza y credibilidad del tratamiento es crítica para que la intervención sea exitosa. Por lo tanto, esta sesión es de particular importancia, porque los pacientes necesitan entender la razón detrás del enfoque cognitivo-conductual con el fin de que tengan la motivación para comprometerse al tratamiento. Es de importancia particular hacer el modelo relevante a las particularidades de las necesidades del participante. Se requiere que el psicólogo obtenga información acerca de las dificultades actuales del participante para manejar su estado de ánimo y su enfermedad. Safren, González y Soroudi (2008) indican que la mejor manera de lograrlo es a través de la presentación de ejemplos y ejercicios en lugar de una presentación didáctica.

Componentes de la Depresión

La discusión principal de la “depresión” debe enfocarse en los tres componentes y su interacción.

Componente Cognitivo

El componente cognitivo consiste en pensamientos negativos que las personas tienen. Esto puede ser exacerbado por estresores asociados a la enfermedad crónica y puede incluir pensamientos negativos acerca de su tratamiento o estado de salud.

Ejemplos de pensamientos negativos: “Yo no me merezco esta enfermedad”, “Desde que enfermé soy un inútil”, “No vale la pena cuidarme, de todas formas, siempre me enfermo”, “Nunca podré ser feliz mientras esté enfermo.”

Componente Conductual

Los componentes conductuales de la depresión se refieren a los comportamientos particulares que una persona hace o deja de hacer cuando está deprimida. Es importante señalar que estos comportamientos pueden llevar o incrementar la depresión. Evitar actividades que normalmente podrían traducirse en placer es un problema clave. Adicionalmente, individuos con depresión pueden

tener dificultad para resolver problemas debido a una motivación disminuida y pensamientos negativos. Esto puede afectar los comportamientos de auto-manejo de la enfermedad crónica. Ejemplos de comportamientos: aislarse, no convivir con familiares, dejar de realizar actividades placenteras, sobre-medicarse, no seguir las indicaciones médicas.

Componente fisiológico

Los componentes fisiológicos de la depresión pueden incluir baja energía, bajo apetito, fatiga, problemas del sueño, y problemas de concentración. Estos síntomas pueden ser exacerbados por la enfermedad crónica y/o los medicamentos.

Ejemplos de componentes fisiológicos: En el asma, por ejemplo, la falta de aire puede confundirse con ansiedad o viceversa y llevar a un mayor uso del medicamento de rescate. El cansancio de la enfermedad puede confundirse con el cansancio de la depresión.

Modelo Cognitivo-Conductual de la depresión

Completar el modelo cognitivo-conductual que se muestra en la figura 1 (contenida al final de este manual) con el participante, y llena específicamente con los síntomas de cada categoría. El desarrollo del modelo debe ser un proceso interactivo- Escribe cogniciones específicas, conductas y síntomas fisiológicos que el participante reporte cuando está deprimido.

La base para el tratamiento radica en que el participante entienda en cómo funciona el modelo cognitivo conductual. Esta discusión usualmente comprende una porción significativa de la sesión y asegura que el participante entienda el modelo y cómo se explica el mantenimiento del estado de ánimo depresivo y cómo afecta su estado de salud. Es importante que el participante entienda por completo el modelo. El psicólogo debe utilizar lenguaje que entienda el participante. Por ejemplo, la palabra “cognición”, puede ser difícil de entender para algunos pacientes. En lugar de ello, utiliza palabras como “pensamientos” o “creencias” pueden ayudar a que el participante vea las asociaciones entre cogniciones y emociones.

Debido a la gran importancia de estos conceptos, se recomienda que el terapeuta asegure de tomarse el tiempo necesario con este modelo. Completar el esquema de forma interactiva con ellos puede ser útil, para que el terapeuta y el participante puedan ir revisando la evolución conjuntamente.

Preguntas de Sondeo para cada dimensión:

Se pueden emplear las siguientes preguntas para ayudar al participante a completar su Modelo Cognitivo-Conductual de la depresión.

Componente conductual: ¿Qué tipos de cosas cree usted que evita o hace con menos frecuencia, debido a que usted se encuentra deprimido*? ¿Qué tipo de cosas usted hace más, debido a que usted se encuentra deprimido*?

*Dependiendo del participante, se debe ser prudente en el uso de la palabra tristeza, en vez de depresión.

Componente cognitivo: ¿Qué pensamientos tienes sobre ti mismo? ¿Qué pensamientos tienes sobre tus relaciones con los demás? ¿Sobre tu futuro? ¿Sobre tu enfermedad? ¿Acerca de tus medicamentos y tratamiento? Piense en la última vez que se sintió triste, imagine dónde estaba. ¿Qué pasaba por tu mente en ese momento?

Componente Fisiológico: ¿Qué síntomas físicos experimentas? ¿Tienes problemas para dormir? ¿Problemas para concentrarte? ¿Cambios en el apetito? ¿Fatiga o baja energía?

Rol del asma: ¿Cómo es que tener asma contribuye a tus pensamientos, conductas y síntomas físicos? ¿Cuándo te sientes enfermo cuidas de ti mismo? ¿Tener asma afecta tu estado de ánimo? ¿A raíz de que fuiste diagnosticado tu estado de ánimo cambió?

Ciclos de la depresión

Utilizando el siguiente diálogo de muestra para mostrar el participante cómo interactúan sus síntomas juntos, formando un ciclo de depresión.

“Cuando una persona tiene este tipo de pensamientos pasando por su cabeza, es menos probable que haga actividades placenteras o que favorezcan su salud, y es más probable que se aleje de los demás. No hacer estas actividades y estar aislado van a hacerlo más propenso a sentir como que tiene menos energía y más fatiga. Estos síntomas van a hacerlo sentir más deprimido y a hacerlo más propenso a tener más pensamientos negativos. Este ciclo se convierte en una espiral descendente hacia la depresión, a menos que se haga algo para romper esta conexión.”

Utiliza la siguiente metáfora para ilustrar el ciclo de la depresión:

“Como comentamos, la depresión es un ciclo.

Al estar deprimido, es más difícil motivarse uno mismo para lograr cambios, y como no has estado motivado para cambiar, te sientes más deprimido.

Una forma de pensar en esto, es mediante la analogía de estar atorado en un agujero. Digamos que una persona está atascada en un agujero y la única herramienta que tiene para salir del agujero es una pala. La persona sabe cómo cavar, y es algo fácil de hacer, y le es confortable, lo mantiene a gusto. Sin embargo, si la persona cava, hace el problema peor; el agujero se sigue haciendo más grande.

Un día, alguien se acerca y le lanza una escalera. Pero la única cosa que sabe hacer la persona es cavar. Cavar es confortable, pero ahora tiene otra opción.

No solo eso, la escalera tiene un problema, está ardiendo. Así que escalar será doloroso y difícil, y cavar es fácil y cómodo. Sin embargo, la escalera sacará a la persona del agujero.”

Metas del tratamiento

Explica al participante que el objetivo del tratamiento es atacar cada uno de los tres componentes de la depresión y romper la conexión entre ellos. Proporciona una vista breve de cada uno de las sesiones que componen este tratamiento, y cómo cada componente atiende a los componentes de la depresión.

1. Activación conductual, abordará el componente de la conducta de la depresión, ya que ayudará a aumentar el número de actividades placenteras y disminuirá o eliminará conductas que contribuyen a la depresión.
2. Entrenamiento en relajación, dará al participante las herramientas para abordar los síntomas físicos de la depresión.
3. Reestructuración cognitiva: ayudará al participante a detectar pensamientos automáticos no funcionales y sustituirlos por pensamientos adaptativos.

Criterios de éxito

- ✓ Elaboración de la figura de componentes cognitivo-conductuales de la depresión del propio participante.

- ✓ El participante deberá de explicar en voz alta un ejemplo acerca de cómo interactúan los componentes en su modelo CC para la depresión.

Autoevaluación

Se deberá guiar al participante para que llene la auto-evaluación que viene al final de cada sesión, que se presentan en el manual del participante. El objetivo es reforzar las conductas adquiridas, y fomentar la motivación del participante.

Tareas

- Continuar con el registro de flujometría

Sesión 2: Activación conductual

Nota: (Incluye Respiración Diafragmática y Relajación Autógena como opciones de actividad placentera).

Materiales

- Lista de eventos positivos
- Registro de flujometría

Esquema general

- Establecer la agenda
- Revisar las puntuaciones en flujometría y síntomas y discutirlo con el participante
- Introducir la planeación de actividades
- Trabajar con el participante para identificar actividades placenteras
- Presentar la respiración diafragmática y relajación autógena de Schultz como actividad placentera.
- Asignar ejercicios para casa

Activación conductual

Recuérdale al participante que el componente conductual de la depresión se refiere en particular a aquellos comportamientos que hace o deja de hacer porque se siente "deprimido" o "triste". El participante puede evitar las situaciones que normalmente lo proveen de gusto o placer o que lo hacen sentirse útil y competente. Sin embargo, si el participante no lleva a cabo tareas que le sean placenteras, la depresión puede incrementarse.

Asegúrate de abordar la posibilidad de que el participante no pueda participar en ciertas actividades debido a su condición médica, síntomas o limitaciones físicas. Trabaja con el participante mediante una lluvia de ideas para evaluar todas las posibles opciones de actividades.

Lista de eventos positivos

Utilizando la lista de eventos positivos que se presenta en el manual del terapeuta, trabaja con el participante para crear una lista de eventos que no realiza en el presente pero que solía llevar a cabo antes de encontrarse deprimido o con asma. El objetivo de este ejercicio es identificar las actividades en las que el participante pueda comenzar a participar nuevamente y que lo hagan sentir más optimista y que pueda hacer en conjunción con las limitaciones de padecer una enfermedad crónica. Recomendamos revisar toda la lista con el participante durante la sesión. La razón es que, los sujetos con depresión suelen saltar rápidamente a la conclusión de que ellos no tienen ningún interés o que es imposible que lleven a cabo esas actividades ahora que están enfermados. La discusión de cada

una de las actividades presentadas en la lista ayuda también a establecer rapport con el participante.

También se recomienda ayudar a los pacientes, a lo largo del tratamiento, a mantener estas actividades de forma regular. Por lo tanto, en sesiones futuras incluyen la revisión de estas actividades recreativas.

Es importante establecer expectativas apropiadas de acuerdo a llevar a cabo estas actividades. Por ejemplo, si el participante propone como meta conocer nuevos amigos al unirse a algún grupo, es importante que no espere tener nuevos amigos dos segundos después de haberse unido a un taller o actividad. Sin embargo, si el participante realiza regularmente esta actividad, es más probable que con el tiempo vea a las mismas personas, y paulatinamente las conozca y establezca relaciones con ellas.

El paciente deberá elegir al menos tres actividades placenteras que deberá de realizar durante la semana.

Técnica para la respiración diafragmática

Como opción a una actividad placentera, se presenta la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva. Estas dos actividades, se presentan como opción, sin embargo, la idea es motivar al participante para que las utilice.

Haz que el participante practique la respiración diafragmática durante la sesión. Instruye al participante para que coloque una mano encima de su estómago y la otra en su pecho. Enseña al participante a diferenciar entre la respiración torácica y la respiración diafragmática, por medio de hacer que respire de manera lenta y que observe que mano es la que se mueve. La respiración torácica ocurre cuando la mano colocada en el pecho es la que se mueve; la respiración diafragmática ocurre cuando la mano en el estómago es la que se mueve.

Puedes emplear el siguiente diálogo para guiar al participante a través del proceso de la respiración diafragmática:

Colócate en una posición cómoda. Ahora, lentamente toma aire por la nariz. Mientras tomas aire, cuenta lentamente hasta tres y siente como tu estómago se expande con tu mano. Sostén la respiración por un segundo y saca el aire, contando lentamente a tres. Cuando tomas aire, piensa en la palabra “inhala.” Cuando exhales, piensa en la palabra “relájate.”

Haz que el participante repita este ejercicio hasta que sea capaz de hacerlo correctamente. Como cualquier otra habilidad, toma práctica para poderlo dominar.

Entrenamiento en relajación muscular progresiva

Justo como la respiración diafragmática, la relajación autógena es una habilidad que puede ser aprendida mientras sea practicada de manera regular. Ayuda con la tensión, con ciertos efectos secundarios causados por la medicación, el dolor y el estrés.

El terapeuta puede utilizar el siguiente diálogo para introducir la técnica de relajación muscular progresiva al participante:

“Haremos un procedimiento llamado relajación autógena. La técnica incluye ir imaginando sensaciones de calor y pesadez en varios grupos musculares, cada grupo a su tiempo. Toma alrededor de 25 minutos, y para cuando acaba el procedimiento, tu cuerpo está totalmente relajado.

Una vez que estás relajado, el truco es hacer una nota mental de cómo se siente estar relajado. Entonces puedes aplicar este recuerdo a diferentes situaciones de estrés, en conjunto con la respiración diafragmática, cuando hacer todo el procedimiento no te sea posible.”

Antes de ejecutar el ejercicio de relajación con el participante, revisa con el participante las instrucciones para aclarar cualquier duda. Pregunta la participante si tiene alguna duda o preocupación antes de continuar.

Guion para la Relajación Autógena

El siguiente esquema puede ser utilizado para crear la grabación. Se emplea un tono de voz calmado y monótono. La relajación muscular progresiva involucra sensaciones de calor y pesadez. Los pacientes deben ser instruidos a relajarse o “dejarse ir” al mismo tiempo, de tal manera que el contraste entre tensión y relajación sea alcanzado.

Se puede emplear el siguiente diálogo:

“Siéntate confortablemente en la silla y relájate tanto como te sea posible. Respira calmada y regularmente con tu estómago. (Espera unos segundos). Presta atención a mi voz. Si, mientras realizamos este ejercicio, tu mente comienza a divagar, atrae tu atención de vuelta al procedimiento de relajación.”

Puede utilizar el siguiente diálogo para cada grupo de músculos:

“Cierra los ojos y concéntrate en tu brazo derecho. Repite mentalmente “mi brazo derecho pesa”, “el brazo derecha pesa cada vez más.” (repetir 6 veces). Repite mentalmente “estoy completamente tranquilo” (3 veces). Respira profundamente. Ahora repite mentalmente “mi brazo derecho está caliente”, “mi brazo derecho está cada vez más caliente” (repetir 6 veces). Repite mentalmente “estoy completamente en paz” (tres veces).”

Se repite estas instrucciones sustituyendo el brazo derecho por otras extremidades: brazo izquierdo, pierna derecha, pierna izquierda, cuello y hombros. Posteriormente se continúa con:

“Ahora concéntrate en las pulsaciones de tu corazón, repite mentalmente “mi corazón late tranquilo” (6 veces)”. Repite mentalmente “estoy tranquilo” (3 veces). Ahora repite mentalmente “mi mente está fresca” (6 veces). Repite “estoy en paz” (3 veces). Repite mentalmente “estoy despejado, fresco y totalmente relajado” (6 veces).”

Después de que repase todo el procedimiento de manera sistemática, se continúa con lo siguiente:

“Ahora puedes incluso relajarte más si continúas respirando y relajándote. Tu cuerpo entero se encuentra relajado. Continúa respirando y relajándote, respira de manera calmada y regular, para alcanzar un estado de relajación más profundo.

(Haz una pausa de un minuto)

Ahora quiero ayudarte a relajarte aún más. Voy a contar despacio del 20 al 1. Cada vez que diga un número quiero que te sientas más relajado. Incluso aunque sientas que estás totalmente relajado, intenta relajarte un poco más.

(Contar lentamente del 20 al 1).

En este momento quiero que tomes una nota mental del grado de relajación en el que te encuentras. Nota que es lo que se siente estar relajado. No existe tensión en tu cuerpo y estás totalmente relajado. Recuerda lo que se siente. Te voy a dejar respirar y relajarte por otro minuto. Mientras respiras, piensa en la palabra “inhalo” cada vez que tomes aire, y piensa en la palabra

“relajado” cada vez que exhales. Si tu mente comienza a divagar, sólo piensa de nuevo “inhala” y “relajado.”

(Espera otro minuto).

Ahora hemos finalizado con el entrenamiento en relajación. Cuando te encuentres listo, puedes abrir tus ojos, puedes tomarte el tiempo que creas necesario.

Una vez más, recuerda al participante que la relajación muscular es una habilidad que se aprende. La práctica es necesaria para que el participante pueda dominar la técnica y aplicarla en situaciones de la vida real. La idea es que el participante practique tanto que eventualmente él o ella sean capaces de simplemente tomar un respiro lento y profundo, y sea capaz de sentirse relajado.

Criterio de éxito de la sesión

- ✓ El participante elige tres actividades placenteras para realizar durante la semana
- ✓ El participante realizará la ejecución de la respiración diafragmática de manera correcta al menos durante tres inspiraciones/espирaciones.
- ✓ El participante practica una vez todos los pasos de la relajación autógena siguiendo las instrucciones del terapeuta.

Tareas

- El participante deberá continuar con los registros de fluometría
- Para el terapeuta: alentar al participante para que incorpore actividades placenteras que eligió dentro de sus actividades diarias. Idealmente, una actividad placentera al día).
- Si el participante decide emplear la relajación autógena, se indicará que debe al menos tres o cuatro veces por semana.

Sesión 3: Reestructuración Cognitiva: Parte I

Materiales necesarios

- Lista de Distorsiones Cognitivas
- Registro de Pensamientos

Esquema General de la Sesión

- Establecer agenda
- Explicar al participante la técnica de reestructuración cognitiva
- Discutir las distorsiones cognitivas y los pensamientos automáticos
- Introducir al participante al Registro de Pensamientos y enseñar al participante a utilizarlo para monitorear sus pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas.
- Asignar las tareas para casa

Reestructuración Cognitiva

Se ha dividido la información referente a la reestructuración cognitiva en dos partes, en la primera sesión nos enfocaremos a identificar los pensamientos automáticos y a clasificarlos de acuerdo a la lista de distorsiones cognitivas que se presenta en el manual del participante. También las hemos incluido aquí como referencia.

Instrucciones Preliminares para la Reestructuración Cognitiva

A continuación, se presenta un guion de lo que se puede decir al participante.

El propósito de utilizar el Registro de Pensamientos es identificar y modificar los pensamientos automáticos negativos en las situaciones donde te sientes preocupado o abrumado.

El primer paso para aprender a pensar en una forma más útil es volverte más consciente de esos pensamientos y su relación con tus sentimientos. Si estas anticipando una situación estresante o una tarea que te está haciendo sentir preocupado, escribe tus pensamientos que surgen a partir de esa situación.

Si la situación ya sucedió, y te das cuenta que sigues pensando en ella, enlista tus pensamientos.

En la **primera columna** del Registro de Pensamientos está diseñada para que describas esa situación.

En la **segunda columna** es para que anotes los pensamientos durante la situación estresante o difícil.

La **tercera columna** está diseñada para que escribas qué emociones estás teniendo y cuál es tu estado de ánimo cuando estás teniendo estos pensamientos.

La **cuarta columna** es para que observes si tus pensamientos se parecen a alguno de la lista de las distorsiones cognitivas. Estas pueden incluir:

- Todo o nada
- Sobregeneralización
- Saltar a conclusiones: Adivinar/Lectura de pensamiento
- Magnificación o minimización
- Razonamiento emocional
- “Deberías”
- Etiquetar
- Personalización
- Sesgo del pensamiento

Introduce el concepto de reestructuración cognitiva refiriéndote nuevamente a el modelo cognitivo-conductual de la depresión del participante. El componente cognitivo se compone de pensamientos negativos que las personas tienen cuando están deprimidas. La reestructuración cognitiva es una forma de cambiar estos pensamientos negativos y creencias en un esfuerzo de aliviar la depresión. Es importante hacer notar que la reestructuración cognitiva es diferente al “pensamiento positivo”. El objetivo de la reestructuración cognitiva es generar pensamientos alternativos. Esto es particularmente importante porque vivir con una enfermedad crónica causa muchos estresores que son reales, por lo tanto, la reestructuración cognitiva deberá incluir formas realistas de pensamiento en las situaciones que pueden ser negativas.

La reestructuración cognitiva puede ayudar con la activación conductual. Al revisar el Registro de Actividades del participante, indica las veces cuando él o ella calificó su estado de ánimo bajo y cómo es que la reestructuración cognitiva puede ser utilizada.

Distorsiones Cognitivas

Indica al participante que revisarán la lista distorsiones cognitivas que se incluye en su manual. Ayuda al participante a identificar qué tipos de pensamientos aplican en su caso. Explica al participante que las distorsiones cognitivas mantienen a las emociones negativas. Haz hincapié en que los pensamientos negativos e inadecuados pueden traer como consecuencia comportamientos

perjudiciales, como la evitación, sentimientos de inutilidad y desesperanza, depresión, y la inhabilidad de hacerse cargo de sí mismo y de su enfermedad.

La recomendación es revistar la lista de distorsiones cognitivas una por una con el participante, y pidiéndole ejemplos específicos de cuando haya pensado de esa manera. Si el participante tiene dificultad para realizar el ejercicio, puedes auxiliarte de su modelo Cognitivo Conductual de la depresión.

Lista de distorsiones cognitivas

- ❖ **Pensamiento “del todo o nada”:** Ves las cosas en blanco y negro. Por ejemplo, tienes que cambiar *tu vida entera* porque tienes que tomar medicamentos para tu asma, o si no haces las cosas a la perfección, y olvidas tomar una dosis de medicamento, entonces no vale tu esfuerzo para nada. Otro ejemplo, estás siguiendo una dieta para controlar el reflujo, y un día decides comer de más o darte algún permiso. Al día siguiente, te dices a ti mismo “todo lo que he hecho no sirvió para nada, o sigo la dieta al pie de la letra o no sirve para nada. Como arruiné el día de ayer, no importa lo que coma hoy, el resto de la semana o el resto del mes.”
- ❖ **Sobregeneralización:** Consiste en ver un evento aislado como un patrón que nunca terminará y está condenado a repetirse. Por ejemplo, has seguido las indicaciones médicas y un día despiertas y la flujometría te indica que estás en los límites de tu PEF, y entonces te dices a ti mismo “¡Nunca podré controlar mi asma! Todo lo que haga no hará ninguna diferencia, nunca cambiará mi estado de salud.”
- ❖ **Filtro mental:** Elijas un detalle específico de un pensamiento y te fijas en eso exclusivamente, así que su visión de la realidad se vuelve negra. Por ejemplo, has estado evitando el polvo para evitar tener una crisis asmática, además de estar tomando tus valores de PEF todas las mañanas. Esto ha estado ayudando un poco al control del asma, de manera lenta pero constante. Sin embargo, sólo te fijas en lo negativo. Por ejemplo, puedes pensar “Bueno, si he estado evitando el polvo pero, aun así, tengo que estar tomando el medicamento de rescate durante las noches.” Te enfocas en la información negativa e ignoras toda la positiva.
- ❖ **Descalificar lo positivo:** Rechazas todas las experiencias positivas o de éxito insistiendo que “eso no cuenta” por alguna u otra razón. En este sentido, puedes mantener una creencia negativa que es contradicha por experiencias del día a día. Por ejemplo, Tal vez te dices a ti mismo “ellos sólo están siendo educados” cuando alguien te hace un cumplido. Imagina que alguien elogia tu ropa, y tu respondes “¡Oh!, ¿Esta cosas viejas y desgastadas?” Esta es un pensamiento negativo destructivo porque lo que estás diciéndote a ti mismo es que no eres merecedor del cumplido. En vez de eso, puedes aceptar recibir el elogio y decir “Gracias”.
- ❖ **Saltar a conclusiones:** Puede que hagas interpretaciones negativas incluso cuando no exista evidencia que soporte estas conclusiones. Existen dos tipos:
- ❖ **Leer el pensamiento:** Concluyes arbitrariamente que alguien está reaccionando negativamente a ti, y no te molestas en confirmar esta teoría. Ejemplo, asumes que le molestará a tu familiar invitarte a su casa porque tienes asma y debes pedirle que limpie el polvo antes de visitarla.

- ❖ **Predecir el futuro (adivinación):** Anticipas que las cosas saldrán mal, y tu sientes que tus predicciones son un hecho que jamás podrá cambiar. Por ejemplo, predices que no importa lo que hagas, nunca jamás podrás evitar los factores desencadenantes de tu asma.
- ❖ **Magnificación o minimización:** Puedes exagerar la importancia de las cosas (como la importancia que tu enfermedad tiene sobre tu vida, tus errores, o los logros de otras personas) o puedes encoger las cosas hasta que parezcan pequeñas (como tus propios logros y cualidades, tu habilidad de hacer algo a pesar de tener una enfermedad crónica, o las imperfecciones de otros).
- ❖ **Catastrofización:** Atribuyes consecuencias extremas y horribles a los resultados de los eventos. Por ejemplo, puede que interpretes un olvido de tomar los medicamentos como una señal de que jamás serás capaz de seguir tu régimen médico. Un error en el trabajo significa ser despedido; un mal día lo interpretas como que serás infeliz para toda la vida.
- ❖ **Razonamiento emocional:** Asumes que tus emociones negativas reflejan como son las situaciones, es decir, “si siento esto es porque debe ser verdad”. Ejemplo, “Me siento mal por tener sobre peso, por lo tanto, la gente debe de pensar que soy una mala persona.” Otro ejemplo muy común es “Cometí un error, así que debo de merecer todo lo malo que me pase” o “Me siento deprimido, así que debo de ser un perdedor.”
- ❖ **“Debeísmo” o “Deberías”:** Concentrarse en lo que uno piensa que «debería» ser en lugar ver las cosas como son, y tener reglas rígidas que se piensa que deberían aplicarse sin importar el contexto situacional. Por ejemplo, te crees que deberías limpiar tu casa todos los días para que esté libre de polvo, pero no tienes tiempo de hacerlo diario, por lo tanto, te sientes culpable.
- ❖ **Etiquetar y des-etiquetar:** Consiste en asignar etiquetas globales a algo o alguien en vez de describir la conducta observada objetivamente. La etiqueta asignada por lo común es en términos absolutos, inalterables o bien con fuertes prejuicios. Ejemplo, si olvidas tomar tus medicamentos un día, piensas “soy un estúpido” o “no soy bueno cuidándome.”
- ❖ **Personalización:** Consiste en asumir que uno mismo u otros han causado cosas directamente, cuando muy posiblemente no haya sido el caso en realidad. Cuando se aplica a uno mismo puede producir ansiedad y culpa, y aplicado a otros produce enojo exacerbado y ansiedad de persecución. Por ejemplo, tu pareja puede regresar a casa de mal humor después del trabajo y puede que te digas a ti mismo “él/ella está enojado conmigo” o “él/ella ya no se interesa en mí.”
- ❖ **Sesgo confirmatorio o pensamiento desadaptativo:** Te concentras en un pensamiento que puede ser verdad, pero sobre el cual no tienes ningún control, por ejemplo, “mis habilidades están más limitadas de lo que estaban antes de enfermarme.” Pensar excesivamente en esto puede distraerte de tareas importantes o limitarte a llevar a cabo conductas nuevas que te ayuden a tener una mejor calidad de vida.

Pensamientos automáticos

Los pensamientos automáticos son aquellos que vienen a la mente de manera automática cuando ocurre una situación en particular. En vez de reaccionar a la realidad de la situación, un individuo

reacciona a sus puntos de vista (muchas veces distorsionados) de la realidad. Explica al participante que cuando él o ella se encuentra deprimido, los pensamientos automáticos son más propensos a ser negativos. Pregunta al participante si él o ella sabe manejar un auto (o alguna otra actividad como andar en bicicleta, cocinar, transportarse en la ciudad, etc.). Puedes utilizar y modificar según las características del participante, el siguiente ejemplo:

Piensa cuando aprendiste a manejar un auto. Cuando iniciaste, era difícil tratar de coordinar muchas tareas a la vez, tenías que estar muy pendiente de mantener el volante en la posición correcta, recordar prender las intermitentes al dar vueltas o cambiar de carril, mantenerte en tu carril, estar pendiente del cambio de velocidades, considerar a otros conductores y peatones, y estacionarte.

Piensa en cómo manejas ahora. Probablemente ahora conduzcas sin tener que estar pensando o presentando atención tan activamente acerca de lo que estás haciendo. La acción de manejar se ha vuelto automática para ti.

De la misma manera que manejar se ha vuelto una tarea automática, también pueden ser las interpretaciones que tenemos de ciertas situaciones, lo que puede resultar en una continuación del estado depresivo. Las personas tienden a interpretar las situaciones de manera automática en relación a su estado emocional. Así que, si una persona ha estado deprimida por mucho tiempo, esa persona tenderá a interpretar situaciones positivas o neutrales como situaciones malas y negativas.

Identificando pensamientos negativos

Utiliza el Registro de Pensamientos para explicarle al participante cómo monitorear sus pensamientos. Pide al participante que elija una situación que haya sucedido en la semana que haya bajado su estado de ánimo y ayúdalo a identificar los pensamientos automáticos que generó esa situación. Conforme discutan los pensamientos, vayan anotándolos en el Registro de Pensamientos. La última columna del Registro de Pensamientos se dejará en blanco por el momento, ya que las respuestas racionales serán discutidas más adelante.

Enseñar a los pacientes a identificar pensamientos automáticos puede llevar tiempo y ser un proceso difícil por lo que se recomienda comenzar con preguntas sencillas.

Adicionalmente, el psicólogo debe prestar especial atención a los pensamientos relacionados con el asma. Los pacientes con condiciones médicas pueden “internalizar” pensamientos y creencias acerca de sí mismos consistentes con ser “una persona enferma”, que pueden estar sesgando las interpretaciones de los eventos.

Las preguntas iniciales pueden ser:

- ¿Qué estaba pasando por tu cabeza en ese justo momento?
- ¿Qué estabas pensando cuando eso sucedió?
- ¿Qué sucedió en esa situación que fue lo que te molestó o te hizo sentir mal?

Continuar cuestionando más allá de los pensamientos negativos específicos a esa situación específica, puede permitir una comprensión más profunda de un patrón en el curso de interpretar situaciones negativamente. Por ejemplo, en ocasiones, creencias negativas pueden surgir y revelar su relación con la enfermedad. En otras ocasiones, se puede identificar que la creencia ya estaba presente antes de la enfermedad, pero se exacerbó debido a esta. Algunos ejemplos para explorar estas creencias incluyen:

- ¿Por qué crees que ves las cosas de esa manera?
- ¿Qué es lo que dice eso acerca de ti?
- ¿Por qué interpretas la situación de la manera que acabas de describir?
- ¿Puedes pensar en la primera vez que pensó lo mismo por algo como esto?
- ¿Tu pensamiento acerca de estas situaciones ha cambiado desde que se te diagnosticó una enfermedad crónica (asma)?

Identificando distorsiones cognitivas

Una vez que los pensamientos automáticos han sido identificados, una forma de ayudar al participante para pensar de manera más adaptativa es pedirle que identifique en la lista de distorsiones cognitivas, el tipo de cogniciones que presenta con mayor frecuencia. Este ejercicio puede servir como antecedente para futuras sesiones donde se pide al participante que genere pensamientos racionales.

Una trampa potencial en este ejercicio es que el psicólogo y el participante tarden mucho tiempo en la clasificación "correcta" de la distorsión. En vez de pasar mucho tiempo tratando de encontrar la correcta clasificación dentro de la lista de distorsiones, se debe seguir generando preguntas y diálogo con el participante acerca del porqué le dio una clasificación y no otra.

Una excepción debe ser las distorsiones clasificadas como "pensamientos desadaptativos", porque en el caso de los enfermos crónicos, podrían ser verdad. Se debe tener cuidado de que el participante etiquete estos pensamientos, sólo cuando en verdad son objetivamente verdaderos.

Discute cada uno y resalta la importancia de la conexión entre pensamiento y estado de ánimo. Si el tiempo lo permite, puedes realizar este ejercicio con el participante en múltiples ocasiones.

Próximas sesiones

Como se ha mencionado previamente, se tomará aproximadamente tres sesiones para abordar la información de esta sesión. Las próximas sesiones incluirán enseñar al participante cómo identificar los pensamientos automáticos negativos y su impacto en las situaciones.

Criterio de éxito

- ✓ El participante deberá identificar un pensamiento desadaptativo ayudado por el terapeuta, para lo cual se podrá ayudar de su modelo CC elaborado durante la primera sesión o remontar a algún episodio ocurrido durante la semana.

Tareas

- El participante deberá continuar con el registro de flujometría.
- El participante deberá utilizar el Registro de Pensamientos y deberá identificar un pensamiento en alguna situación que le causa malestar durante la semana.
- Para el terapeuta: Comenta con el participante situaciones posibles en las que se pueda trabajar durante la semana.
- Para el terapeuta: discutan de manera anticipada posibles problemas o retos a los que se pueda enfrentar el participante.

Sesión 4: Reestructuración Cognitiva: Parte II

Materiales

- Registro de Pensamientos
- Registro de Flujometría

Esquema General de la Sesión

- Establecer agenda
- Revisar el material y ejercicios para casa de las sesiones previas
- Introducir y discutir las respuestas racionales
- Trabajar con el participante para determinar el rol de las creencias fundamentales que influyen la forma en que interpreta las situaciones
- Asignar tareas para casa

Revisar: Reestructuración Cognitiva Parte I

Ayuda al participante con cualquier problema haya experimentado durante la semana que no pueda ser resuelto con la reestructuración cognitiva.

Revisa el trabajo del participante con su Registro de Pensamientos y las situaciones donde debe registrar sus pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas. Discutan cada situación de manera individual. Si el participante no realizó su tarea, pueden completar el presente ejercicio durante la sesión.

Respuestas racionales

Revisen las razones para repensar situaciones que hacen que uno se sienta deprimido o abrumado. El propósito de la Reestructuración Cognitiva es ayudar a promover el pensamiento optimo cuando estás deprimido o sintiéndote médicamente mal. A lo largo de la semana, cuando te estas sintiendo triste o ansioso o molesta acerca de tu enfermedad, continúa anotando tus pensamientos para cada situación en el Registro de Pensamientos en tu manual. Si estas anticipando una situación o tarea estresante, escribe tus pensamientos referentes a esa situación. Si la situación ya sucedió, y te das cuenta que sigues pensando negativamente, enlista tus pensamientos para esa situación.

La **primera columna** es la descripción de la situación.

La **segunda columna** es para que hagas una lista de todos los pensamientos durante la situación.

La **tercera columna** es para que escribas que emociones tuviste y como se encuentra tu estado de ánimo.

La **cuarta columna** es para que relaciones tus pensamientos con la lista de distorsiones cognitivas.

Las cuales incluyen:

- Todo o nada
- Sobregeneralización
- Saltar a conclusiones: Adivinar/Lectura de pensamiento
- Magnificación o minimización
- Razonamiento emocional
- "Deberías"
- Etiquetar
- Personalización
- Sesgo del pensamiento o Pensamiento Desadaptativo

La **quinta columna** del Registro de Pensamientos es para que escribas las opciones alternativas a tus pensamientos, también llamadas respuestas racionales. Las respuestas racionales es una declaración que te puedes decir a ti mismo para ayudarte a sentir mejor acerca de determinada situación. Ten en cuenta que no estamos pidiendo que ignores todos los aspectos negativos de tus pensamientos. La idea es generar una forma de pensar más balanceada, objetiva, y que te sea útil. Para ayudarte a evaluar de manera objetiva estos pensamientos, pregúntate lo siguiente:

- ¿Cuáles son las consecuencias de continuar pensando de esta manera?
- ¿Tengo evidencia de que este pensamiento es verdadero?
- ¿Hay alguna explicación alterna?
- ¿Qué es lo peor que puede pasar?
- ¿Ha ganado esta situación importancia que no se merece?
- ¿Qué es lo que un buen entrenador diría de esta situación?
- ¿Qué he hecho para controlar la situación?
- ¿Me estoy preocupando excesivamente?
- ¿Qué es lo que un buen amigo me aconsejaría en esta situación?
- ¿Qué es lo que le diría yo a un buen amigo si se encontrara en una situación similar a la mía?

- ¿Por qué este pensamiento en particular es una distorsión cognitiva?

Probando los pensamientos automáticos en situaciones de la vida real

Cuando sea posible, el participante debe probar los pensamientos negativos a través de la experiencia. Esto se puede hacer en conjunto con la activación conductual. Referente a actividades próximas, el participante puede utilizar el Registro de Pensamientos para prepararse para esta situación. El participante puede preparar con antelación y establecer metas realistas. Después de la situación, el participante deberá ser motivado a revisar su Registro de Pensamientos completo antes de entrar a la situación y determinar qué tan ciertos fueron sus pensamientos automáticos y sus respuestas racionales.

Criterio de éxito

- ✓ El participante deberá completar el registro de pensamientos en todas sus columnas, con ayuda del terapeuta.

Tareas para casa

- Continuar con el registro de flujometría.
- El participante deberá enlistar durante la semana al menos dos de sus pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y respuestas racionales en el Registro de Pensamientos.
- Para el psicólogo: Comenten posibles situaciones en las que el participante pueda trabajar durante la semana.
- Para el psicólogo: Discutan de manera anticipada problemas que puedan prevenir al participante de completar sus ejercicios asignados para casa.

Sesión 5: Mantenimiento y Prevención de Recaídas y Evaluación Final

Materiales

- HADS
- ACT
- MiniAQLA
- Registros de Flujometría

Esquema general

- Establecer la agenda de la sesión
- Revisar las puntuaciones en flujometría
- Revisar las tareas
- Revisar el progreso y utilidad de las estrategias empleadas en el tratamiento
- Discutir la transición en volverse su propio terapeuta
- Discutir el mantenimiento de las ganancias
- Discutir posibles problemas que podrían presentarse y prevención de recaídas
- Plantear qué ejercicios para casa deben continuar llevándose a cabo.
- Llevar a cabo la evaluación final

Discute la transición de volverse “su propio terapeuta”

La clave a una transición exitosa para convertirse en su propio terapeuta es el uso persistente del uso de las habilidades aprendidas en este programa y ganar dominio sobre ellas. Se debe enfatizar

este punto con el participante mediante de la sugerencia de que estas estrategias y habilidades deben ser practicadas de forma regular para que se vuelvan automáticas y habituales. De este modo, cuando las sesiones regulares del tratamiento terminen, el programa de tratamiento del propio participante inicia, y él o ella pueden trabajar para solidificar y expandir estas habilidades y estrategias que aprendió.

El progreso del participante

Con el fin de ayudar al participante en la transición a esta nueva fase del tratamiento en donde toma el rol de su propio psicólogo, es importante que el participante reconozca la naturaleza de los beneficios alcanzados. Una forma de mirar este progreso es mediante el uso de la “Tabla de Resumen del Progreso”, puntajes de la escala HADS, y los ejercicios dejados para casa, a lo largo de todas las sesiones. Si existieron ganancias o pérdidas importante a lo largo del tratamiento, es importante discutir qué ocurrió esa semana que causara el cambio.

Mantenimiento de ganancias, previniendo recaídas y finalizando el tratamiento

Es importante que el participante distinga la diferencia entre “un revés” y “una recaída”. Explica que la mayoría de las personas esperan que el cambio ocurra linealmente y consistentemente y ser capaces de mantener esos cambios de manera fácil. En contraste, el progreso usualmente ocurre con “subidas y bajadas” y cambia día a día, y hay varias caídas después del tratamiento. Explica que estos “reveses” son parte del progreso. Puedes utilizar el siguiente diálogo:

“El completar el tratamiento exitosamente no quiere decir que no tendrás dificultades en un futuro. Para la mayoría de las condiciones, lo cambios que tú has hecho pueden ir y venir a lo largo del tiempo. La clave para mantener las ganancias del tratamiento a largo plazo es estar listo para los periodos donde se presentan las dificultades. Estos periodos no son signos de que el tratamiento haya fallado. Al contrario, estos periodos son signo de que necesitas aplicar las habilidades y practicarlas más seguido.”

Resolviendo dificultades

Podría ser de ayuda relacionar alguno de los síntomas que el participante está experimentado con algunas de las estrategias utilizadas en el tratamiento. Puedes utilizar el modelo cognitivo-conductual del participante para identificar las cogniciones específicas, conductas y síntomas fisiológicos que el participante reporta experimentar cuando está deprimido.

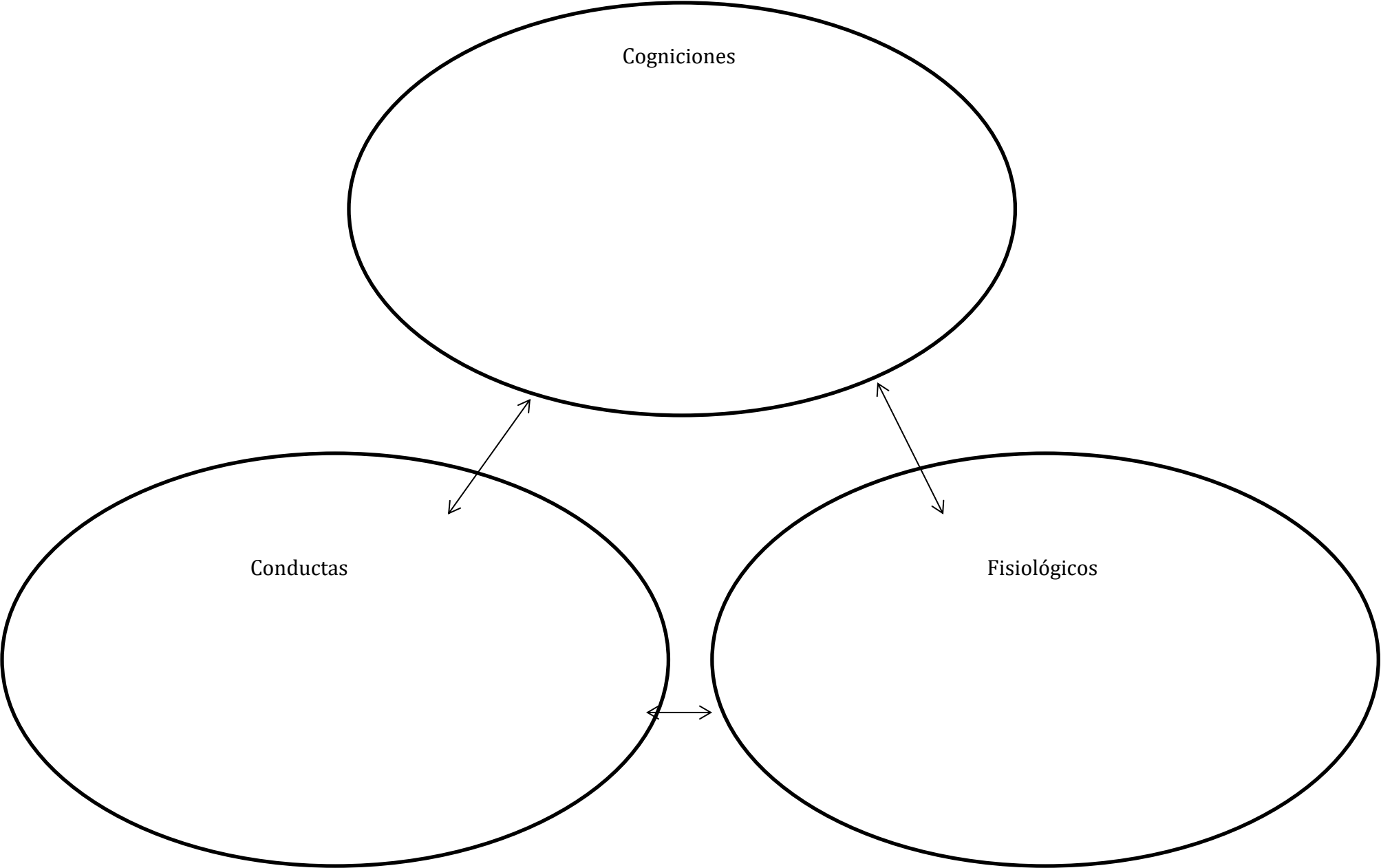
Evaluación Final

Pide al participante que vuelva a contestar la batería de instrumentos que contestó al inicio del programa. Revisa los puntajes y brinda retroalimentación.

Cierre

Como con cualquier terapia, pasa algún tiempo procesando con el participante el término de la terapia. Comparte tus ideas acerca de lo que fue para ti trabajar con el participante, señala los aspectos del tratamiento que fueron especialmente agradables para ti y los avances que notaste. Felicita al participante por todo el gran trabajo que se invirtió en completar el programa de tratamiento. Recuerda al participante una vez más que la clave está en practicar estas habilidades una y otra vez. Las mejorías no se mantendrán mágicamente por sí mismas.

Modelo Cognitivo Conductual de la Depresión/Ansiedad



LISTA DE EVENTOS POSITIVOS

- Ir a comer con un amigo
- Hablar por teléfono con un amigo
- Ir al cine
- Relajarse en el parque o en el patio de la casa
- Leer un libro por placer
- Salir a caminar con un amigo
- Ir por helado en una tarde calurosa
- Ir al teatro
- Jugar un juego de mesa con un niño o amigo
- Comer una comida especial o un antojo en específico
- Tomar un baño de burbujas
- Crear arte, dibujar.
- Tomar fotos
- Hornear
- Crear alguna manualidad
- Organizar fotografías
- Ayudar a otras personas
- Ser voluntario en alguna actividad
- Cocinar alguna comida gourmet
- Rentar alguna película
- Hacer joyería
- Hacerse manicura o pedicura
- Patinar
- Buscar alguna actividad en la comunidad y participar en ella
- Donar tiempo a alguna caridad
- Unirse al gimnasio
- Jugar tenis o squash
- Redecorando alguna habitación de la casa
- Conseguir una mascota
- Andar en bicicleta
- Jugar ajedrez o algún juego de mesa
- Mirar deportes en la televisión
- Asistir a algún estadio o partido
- Jugar con frisbee
- Buscar chistes en internet
- Inventar chistes
- Ir a algún lugar público y observar gente
- Ir a algún centro comercial a mirar escaparates
- Observar las estrellas
- Asistir a algún planetario
- Ir a escalar paredes
- Ir a mirar la naturaleza
- Ver televisión
- Tomar una taza de té
- Jugar cartas con algún amigo
- Ir a las “maquinitas”
- Navegar por Internet
- Bajar canciones
- Utilizar chats online
- Grabar algún programa de televisión
- Jugar videojuegos
- Comenzar alguna colección
- Salir a una cita
- Relajarse
- Salir a correr, caminar, trotar
- Llevar un diario de lo que he hecho durante el día
- Leer revistas o periódicos
- Descansar bajo el sol
- Salir de compras
- Escuchar música
- Recordar momentos pasados
- Comenzar un scrapbook
- Pasar una tarde con algún amigo
- Planear las actividades para el día siguiente
- Conocer gente nueva
- Comer comida saludable
- Practicar karate, judo o kickboxing

- Pensar en la jubilación
- Llevar acabo arreglos en la casa
- Trabajar en arreglar aparatos viejos
- Utilizar ropa especial
- Tener tardes tranquilas
- Cuidar plantas
- Comenzar algún negocio propio
- Nadar
- Dibujar, colorear, pintar.
- Ejercitarse
- Ir a una fiesta
- Jugar soccer
- Volar papalotes
- Tener discusiones amigables con conocidos
- Organizar reuniones familiares
- Tener sexo seguro
- Ir a acampar
- Cantar
- Hacer arreglos de flores
- Practicar religión (ir a misa, rosarios, etc.)
- Ir a la playa
- Planear algún paseo
- Hacer algo espontáneo
- Tejer, bordar, etc.
- Viajar por carretera,
- Organizar una fiesta
- Hacerse miembro de algún club
- Coquetear, besar.
- Tocar algún instrumento musical
- Hacer algún regalo a alguien
- Comprar algún disco de música o concierto
- Escribir un diario
- Escribir una novela
- Escribir
- Cocinar
- Salir a cenar a algún lugar especial
- Ir a un concierto
- Jugar con niños
- Escribir correos electrónicos
- Actuar
- Enseñar
- Jugar con animales
- Cortarse el cabello
- Limpiar alguna habitación
- Hacer crucigramas
- Bailar
- Hacer un picnic
- Jugar voleibol
- Meditar
- Enseñar fotos
- Jugar billar.
- Vestirse elegante
- Pensar cómo he ido mejorando.
- Ir a museos
- Hacer velas
- Escuchar la radio
- Ir a que le den un masaje
- Decir "Te amo"
- Pensar acerca de las cualidades positivas que poseo
- Tomar un baño
- Tomar clases de baile
- Tener una pecera
- Pensar que soy una persona que puede hacer frente a las dificultades
- Ir al centro comercial
- Hacer algún video casero
- Hacerme algún regalo.