



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
PROBLEMAS RESPIRATORIOS QUE RECIBEN
INHALOTERAPIA**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:

TANIA LETICIA MARTÍNEZ FRANCO

**DIRECTORA: DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA
REVISORA: MTRA. MARÍA ASUNCION VALENZUELA COTA**

**SINODALES: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
DRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ
MTRA. LILIA JOYA LAUREANO**



CIUDAD UNIVERSITARIA, D.F. MAYO 2015



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

Agradezco a mis padres Carmen, Leticia y Calixto por su amor, su guía, su apoyo y por ser parte importante en mi vida, porque gracias a ustedes soy quien soy y he logrado salir siempre adelante. Gracias por ser luz en mi camino y una sonrisa cada día, les doy gracias por ser mi ejemplo de amor, de esfuerzo, de valentía y entrega. Realmente no hay palabras suficientes que describan lo mucho que los amo y las muchas bendiciones que les deseo, porque ustedes son mi motor y mi tesoro.

A mi tía Paty por su amor y apoyo, por siempre mostrarme fortaleza, pasión y dedicación a lo que uno hace con amor. Gracias por enseñarme a no rendirme y buscar hacer siempre lo mejor en cualquier aspecto de mi vida. Te amo.

A mis tíos Eduardo, Beatriz, Francisco, Aida, Fernando, Arturo y Ricardo por darme su amor, una visión positiva ante las dificultades de la vida. Por mostrarme que con esfuerzo, amor y dedicación uno puede alcanzar sus metas. Muchas gracias por todo lo que me han enseñado, por lo que hemos vivido, por ser de la forma que son conmigo.

A mi bello Ángel por aparecer en mi camino y sujetarme de la mano para pasar del Tú y Yo al Nosotros, gracias por construir nuestro día a día con amor, con apoyo, dedicación y cuidado. Gracias por tu nobleza, tu pasión por todo lo que haces, por tu ternura, tu paciencia y por ser tan tú que me es tan fácil ser tan yo, Gracias mi amor, Te Amo.

A mis primos y sobrinitos por ser alegría, les agradezco su amor, travesuras, ingenio, locuras y demás, porque sin querer me mostraron muchas cosas importantes y hemos aprendido el uno del otro.

A mi amiga Daniela por nuestra amistad y por todo lo que hemos compartido y creado juntas en estos años, se que seguiremos juntas pese las distancias y recuerda que Te quiero mucho, podrás contar conmigo siempre y tienes mi apoyo, confianza y cariño.

A mis amigas y amigos por ser parte importante de mi vida, porque con ustedes aprendí y viví cosas maravillosas. Los quiero mucho y me encantan sus personalidades tan diferentes, agradezco habernos encontrado en el momento justo, ya sea desde la prepa o en la universidad. Gracias por su amor, por su apoyo, los consejos mutuos, por las sorpresas, por las dificultades, por compartir tantos momentos- historias- recuerdos preciados. Gracias por seguir aquí y por permitirme ser parte de sus vidas.

A las personas que formaron parte en mi preparación profesional y de los que aprendí mucho como Psicóloga, amiga y ser humano, gracias Mtra. Angélica Ocampo Ocampo, Dr. Eduardo Cuevas, Dr. Oscar Zamora Arévalo, Dra. Andrómeda Valencia, Dr. Jorge Rogelio Pérez. Porque con su experiencia, sabiduría, guía y orientación hicieron que amaré cada día más lo que hago y buscaré nuevas oportunidades de crecimiento.

A la Dra. Mariana Gutiérrez Lara por ser parte importante en mi formación profesional, por darme una visión diferente de la psicología y contribuir en mi curiosidad ante la vida. Por ser el ejemplo de la dedicación, el esfuerzo, amor y perfeccionismo. También le agradezco por su orientación, tiempo y paciencia con mi trabajo. Gracias por todo Dra.

A la Mtra. Asunción Valenzuela Cota por tomarse el tiempo en la revisión de mi trabajo, por sus conocimientos brindados en clase y fuera del aula así como sus sugerencias.

A la Dra. Blanca Elena Mancilla Gómez por ser un gran ejemplo para mí, tanto como profesionalista como ser humano. Le agradezco por su sabiduría compartida, por sus sugerencias a mi trabajo y principalmente por hacerme buscar e interesarme con gran pasión por lo que hago, por darme la oportunidad de aprender más de usted. Muchas gracias por todo Dra.

A la Mtra. Lilia Joya Laureano por su amabilidad, disposición y sus sugerencias brindadas. Muchas gracias porque me hizo reflexionar sobre cosas que no había identificado y que me generaron un mayor enriquecimiento.

Al Dr. Samuel Jurado Cárdenas, por sus contribuciones a mi trabajo y porque siempre me mostró a una persona cálida, humana, crítica y de buen humor. Muchas gracias.

Agradezco al Dr. Erasmo Espinosa por ser parte importante en este trabajo, por permitirme llegar a su unidad y compartir mis conocimientos en el área de inhaloterapia. Gracias por su apoyo, sus experiencias, su confianza, su cuidado y principalmente por su amistad.

A mi amada Universidad Nacional Autónoma de México, por contribuir a mi preparación como profesionalista desde la preparatoria hasta hoy en día.



Índice

Resumen.....	5
Introducción.....	6
Capítulo 1. Calidad de Vida.....	9
Capítulo 2. Ansiedad.....	17
Capítulo 3. Depresión.....	29
Capítulo 4. Enfermedades respiratorias.....	39
Capítulo 5. El papel del psicólogo en el ámbito hospitalario.....	46
Método.....	56
Resultados.....	62
Discusión.....	73
Conclusión.....	77
Referencias.....	79
Anexos.....	87

Resumen.

Las enfermedades como sinusitis, asma, pólipos, rinitis y alergia pueden causar un gran desgaste físico y emocional a quien las padece. Por ello, el presente estudio tuvo por objetivo evaluar los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias que recibieron el tratamiento de inhaloterapia.

Se encontró que el tratamiento ayudo a disminuir los síntomas físicos presentados por los pacientes y existieron diferencias significativas en sus niveles ansiedad rasgo y depresión. Para el factor calidad de vida se hallaron cambios en la escala Física en contraste de los factores Psicológico, Social y Ambiental para los cuales no hubo diferencias significativas.

Palabras Claves: Problemas respiratorios, inhaloterapia, ansiedad, depresión, calidad de vida.

Introducción.

Los padecimientos respiratorios son un caso de gran importancia en nuestra sociedad, ya que en México se reportan afecciones como sinusitis, rinitis, enfermedades obstructivas y diversas alergias, que en conjunto dañan a nuestra población limitando su desempeño laboral, social e individual.

Las Infecciones Respiratorias Agudas ocupan en el país el primer lugar dentro de las causas de morbilidad y como demanda de atención médica entre los menores de 5 años. Se estima que tres de cada cuatro consultas que se otorgan en los servicios de salud para atender enfermedades infecciosas, corresponden a padecimientos respiratorios agudos. El 99% de los casos que se notifican afectan vías respiratorias superiores y solamente el 1% a vías respiratorias inferiores, como la neumonía y bronconeumonía. Se ubican asimismo, entre las diez principales causas de defunción en la población general y dentro de las tres primeras causas de muerte entre los menores de 5 años (Secretaría de Salud, 1994).

Al hablar del sistema respiratorio debemos tomar en cuenta que este se divide en vías aéreas Superiores e Inferiores, donde las superiores incluyen cavidades como las fosas nasales y faringe; mientras que la vía aérea inferior incluye la laringe, tráquea y bronquios (Espinosa, 2013).

Los padecimientos de las vías aéreas superiores al igual que otras enfermedades, llegan a impactar en la calidad de vida de las personas, ya que los diversos síntomas generan ciertas limitaciones en quien las padece. Por ello, es necesario poner énfasis en el estudio de la calidad de vida de los pacientes, ya que esto nos permitirá conocer los efectos de la enfermedad y del tratamiento sobre la salud.

De acuerdo con la OMS, la Calidad de Vida es la percepción que tiene el individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (Grupo WHOQOL, 1995) “Algunos de los aspectos a evaluar en la calidad de vida son: las variables independientes, como las emociones, la familia, el ambiente social y el lugar de residencia, entre otros, que pueden influir en la calidad de vida del paciente, y las variables

dependientes, como las dimensiones física, emocional y social” (Vinaccia y Orozco, 2005, pág. 129).

A medida que las enfermedades crónicas han aumentado su prevalencia, de forma lenta pero progresiva, se ha aumentado el interés por la calidad de vida del enfermo y por los múltiples factores biopsicosociales que inciden sobre ella (Vinaccia y Orozco, 2005).

Referente a la sinusitis crónica se sabe que es una entidad subvalorada y subdiagnosticada, en la edad pediátrica. La sintomatología varía con la edad, así, los niños mayores y adolescentes tienen molestias similares a las de los adultos, mientras que en los pequeños son más difíciles de correlacionar (Mejía, Sánchez y López, 1999).

La rinitis alérgica debe ser considerada y tratada como parte de un proceso inflamatorio, poniendo especial atención a sus complicaciones y padecimientos coexistentes como el asma, otitis, sinusitis con consecuencias obstructivas al dormir, sueño fragmentado, efectos en la conducta y aprendizaje. Este padecimiento puede ser desencadenado por diversos alérgenos, como los alimentos y algunos compuestos químicos caseros o industriales (Vilchis et.al, 2011).

El asma puede confundirse con síntomas de tos causados por rinitis y goteo retrorinal (Sacre, 2006). El asma es un trastorno que provoca que las vías respiratorias se hinchen y se estrechen, lo cual hace que se presenten sibilancias, dificultad para respirar, opresión en el pecho y tos (Medlineplus, 2014). Por otro lado, los pólipos son masas suaves similares a sacos en el revestimiento de la nariz o los senos paranasales, no son cáncer. Parecen crecer debido a la inflamación e irritación prolongadas en la nariz a raíz de alergias, asma o infección (Medlineplus, 2014).

Las diversas limitaciones o incomodidades que presentan los pacientes con estos problemas respiratorios ocasionan que en la mayoría de las veces busquen ayuda profesional, aunque no siempre es de manera oportuna.

En la población que acude al hospital por atención médica, por lo general sus diagnósticos han sido poco acertados lo que ocasiona que deambulen por diversas unidades y reciban varios tratamientos antes de entrar a la unidad correspondiente a su padecimiento.

Uno de los tratamientos que pueden seguir los pacientes con algún problema respiratorio obstructivo o inflamatorio, es la inhaloterapia, ya que es menos invasivo y menos traumático en comparación con otros tratamientos médicos como las cirugías. Se sabe que la inhaloterapia es la administración nebulizada de partículas al tracto respiratorio con propósitos terapéuticos. Ésta mejora la movilización y evacuación de secreciones respiratorias y se puede acompañar del uso de soluciones salinas (Güell, 2005).

La posible conexión entre los distintos tipos de padecimientos respiratorios y factores psicológicos no posee una relación bien establecida, dado que apenas existe investigación básica, pero hay argumentos que apoyan una relación positiva. En el caso de las enfermedades alérgicas o de tipo inmunitario se ha señalado frecuentemente la presencia de factores psicológicos (Camelo, 2005).

Es por ello que el presente estudio se dio a la tarea de conocer las características de la población con enfermedades respiratorias y a evaluar sus niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida, ya que estas son variables que comúnmente se asocian al proceso salud-enfermedad.

Capítulo 1. Calidad de Vida.

La calidad de vida ha sido definida por diversos autores que han delineado algunos componentes de un mismo constructo. La Organización mundial de la salud (OMS) definió la Calidad de vida como la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (Grupo WHOQOL, 1995).

Tras el interés sobre el estudio de la calidad de vida, numerosas investigaciones se desarrollaron dando como resultado la creación de instrumentos que pudieran arrojar algún dato sobre la calidad de vida de las personas. La Organización Mundial de la Salud decidió involucrarse más en el tema y en el año de 1991 formó un grupo multicultural de expertos con el fin de obtener una base sólida que permitiera estudiar y conocer el concepto de calidad de vida. Esta definición y sus puntos de consenso fueron la base de la creación del instrumento de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-100), que, a diferencia de otros instrumentos, parte de un marco teórico para su creación, se desarrolló de forma simultánea en distintas culturas y utilizó metodologías para evaluar la pertinencia para los futuros usuarios de los aspectos incluidos en la evaluación (Schwartzmann, 2003).

De acuerdo con Schwartzmann (2003), el Grupo WHOQOL estableció en 1955 la siguiente serie de pautas, que fueron aceptados por diversos grupos de investigadores con relación al término de calidad de vida.

1. *Subjetivas*: Recoger la percepción de la persona involucrada.
2. *Multidimensionales*: Revelar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal etc.
3. *Incluir sentimientos positivos y negativos*.
4. Registrar la *variabilidad en el tiempo*: La edad, el ciclo de vida en el que se encuentran (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.

El concepto de calidad de vida abarca aspectos físicos (cuerpo y sus sistemas), psicológicos (cogniciones, emociones, conducta) sociales (relaciones interpersonales ya sea con la familia, amistades, etc.), ambientales (el medio en el que se encuentra), que son percibidos por cada individuo.

De acuerdo con Vinaccia y Orozco (2005) el bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño, el reposo, el dolor y otros síntomas. El bienestar social, se asocia a las funciones y relaciones sociales, el afecto, la intimidad, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar. El bienestar psicológico lo relaciona al temor, ansiedad, depresión, cognición y angustia que genera la enfermedad y el tratamiento. Por último, el bienestar espiritual integra aspectos como el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la religiosidad y la fortaleza interior.

Como se puede observar la calidad de vida tiene diversos componentes, mismos que pueden clasificarse como aspectos objetivos y subjetivos. Los aspectos objetivos son aquellos que se apoyan en lo que el individuo puede hacer, es decir las capacidades como moverse, valerse por sí mismo entre otras, mientras que los aspectos subjetivos se relacionan con la percepción que tiene el sujeto o grupo hacia su estado físico, mental, emocional y social con respecto a un momento en particular (Schwartzmann, 2003; Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006).

González-Celis (2002) mencionan que los aspectos objetivos se basan en la valoración que hace un externo y experto en medir la calidad de vida de la persona, de acuerdo con ciertos criterios, en el cual se utilizan indicadores objetivos como: escolaridad, estado de salud, vivienda o alimentación, nivel económico. La dimensión objetiva de la calidad de vida hace referencia a indicadores que son evaluados por otras personas, con relación a la funcionalidad física, psicológica y social, también a las oportunidades y acceso a los recursos que posea el individuo.

La dimensión Subjetiva que describe González-Celis (2002) hace referencia a la evaluación propia o que hacemos sobre nuestra calidad de vida, es decir, a la percepción que tenemos de nuestro bienestar, de lo que valoramos de

nuestra vida en relación a diferentes dimensiones y que puede estar relacionado a la satisfacción por la vida y la felicidad.

Sánchez-Sosa y González-Celis (2006), señalan que el concepto de calidad de vida abarca tres dimensiones globales:

- a) Aquello que la persona es capaz de hacer, el estado funcional
- b) El acceso a los recursos y las oportunidades
- c) La sensación de bienestar.

Las dos primeras dimensiones las denominan como calidad de vida objetiva mientras que la última como calidad de vida subjetiva.

Por su parte Ardila (2003) menciona que la calidad de vida debe entenderse como un aspecto más complejo e integral, por lo cual enumera de la siguiente manera los aspectos objetivos y subjetivos implicados en la calidad de vida.

Como Aspectos subjetivos se encuentran:

1. Intimidad
2. Expresión emocional
3. Seguridad percibida
4. Productividad personal
5. Salud percibida

Como aspectos objetivos incluye:

1. Bienestar material
2. Relaciones armónicas con el ambiente
3. Relaciones armónicas con la comunidad
4. Salud objetivamente considerada

Ardila (2003) menciona que para tener calidad de vida necesitamos sentirnos sanos, productivos, seguros y ser capaces de expresar nuestras emociones y compartir nuestra intimidad.

Tomando en cuenta lo que es calidad de vida, podemos decir que la Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS) se enfoca principalmente a la enfermedad y a los efectos de su tratamiento. Para Schwartzmann (2003) “la

evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar” (pág.13).

La calidad de vida relacionada con la salud se ha medido por la función física, estado psicológico, interacciones sociales y síntomas físicos, esta medición basándose en mortalidad, morbilidad, incapacidad, incomodidad e insatisfacción (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006).

Para Schwartzmann (2003) la esencia del concepto de calidad de vida relacionado a la salud (CVRS) está en reconocer que “la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal” (pag.13).

La calidad de vida y sus factores físicos, sociales, ambientales y psicológicos, se ven afectados ante la presencia de enfermedad. Las enfermedades respiratorias implican afecciones en las diversas áreas del paciente y algunos de estos padecimientos se pueden considerar como crónicos.

Ibarra (2009) refiere que una enfermedad se considera como crónica cuando su duración es mayor a tres meses, altera la forma en que realizamos nuestras actividades o nuestra vida diaria. Es decir, que provoca cierto grado de incapacidad o deficiencia en nuestro funcionamiento físico, mental, emocional o social. También considera un estado en el cual se requiere de hospitalización.

De acuerdo con la OMS (2013) una enfermedad se considera como crónica al ser de larga duración y por lo general de progresión lenta. Para Vinaccia y Orozco (2005) una enfermedad crónica es “un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiene que persistir a lo largo de su vida. No hay claridad en la etiología, hay una serie de factores que en conjunto dan pie a la enfermedad; entre estos se encuentran: el ambiente, los estilos de vida y hábitos, la herencia, niveles de estrés, calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar ser crónica” (pág. 129).

De acuerdo con las revisiones de Tercero (2013) las enfermedades pueden tener un comienzo súbito o gradual y sus cursos pueden ser progresivos, constantes o episódicos. El curso es Progresivo cuando los síntomas se van intensificando, los periodos de alivio a las demandas de la enfermedad tienden a ser mínimos y se requiere de un gran nivel de adaptación por parte del individuo así como por su familia y cercanos. Se habla de un curso constante cuando el evento inicial se sigue por un periodo de estabilidad biológica y finalmente, se habla de un curso episódico cuando se alternan periodos de estabilidad con periodos de exacerbación.

Una enfermedad crónica se caracteriza porque su evolución impacta en la reducción de la actividad y habilidad física, por cambios en el estado físico y emocional, por la necesidad de consultas o revisiones médicas, la dependencia a tratamientos y cuidados, es decir, causa cambios en el estilo de vida de las personas, que en la mayoría de los casos los llevan a continuos esfuerzos de adaptación a su estado de salud (Tercero, 2013, pág., 23).

Las enfermedades tienen distintos orígenes, procesos biológicos, niveles de diagnóstico y tratamientos, sin embargo lo que poseen en común es que impactan afectando la salud y la calidad de vida de quien las padece.

Hay que considerar que la calidad de vida abarca diversos aspectos como lo son la esfera física, psicológica, social y ambiental. A su vez, estos factores engloban otros aspectos de nuestra vida.

Algunos de los factores psicológicos implicados en la calidad de vida son: los pensamientos, emociones, conducta y procesos mentales. La imagen corporal, los sentimientos positivos y negativos, la autoestima, cognición, aprendizaje y concentración (González- Celis, & Sánchez-Sosa, 2001 pág. 1). También podríamos considerar como factor psicológico la adaptación a la enfermedad. Esto es un proceso que permite al individuo organizarse así mismo para desarrollarse ante un evento o situación que se percibe como caótica o compleja, debido a la confusión emocional y reorganización conductual y cognitiva que implica. De esta manera la adaptación permite al individuo reducir

la discrepancia entre la condición real que se presenta y las expectativas que se tienen de ella (Tercero, 2013).

La adaptación es un proceso dinámico en el cual se perciben cambios hacia la forma de lidiar con la situación, ya sea de manera adecuada o inadecuada, tomando en cuenta las demandas propias de la enfermedad (Tercero, 2013). Cuando la adaptación no es la adecuada se pueden observar respuestas de insatisfacción, negativas como el shock, negación, represión, agresividad, hostilidad, ansiedad, depresión, que son efectos negativos en la calidad de vida y conductas de aislamiento social, insatisfacción en la familia y pérdida de redes de apoyo (Tercero, 2013).

Dentro del componente social de la calidad de vida podemos identificar las relaciones interpersonales y el apoyo social. Kazak (2009), incluye la satisfacción propia y familiar.

Algunos estudios demuestran que las personas que presentan algún padecimiento crónico ven afectada su forma de interactuar o dirigirse hacia la vida (Espinosa, 2004), viéndose limitada la forma en que interactúan, piensan, se comunican, etc.

Diversas fuentes refieren que las variables psicológicas y psicosociales pueden tener un impacto significativo en la manifestación de una enfermedad crónica. Se ha reportado que recibir información sobre la condición que tiene el paciente ayuda a que él y su familia presenten menor incertidumbre, frustración y una mayor sensación de control sobre su vida y sus condiciones médicas (Tercero, 2013; Libertad, 2003).

En algunas ocasiones los familiares no saben cómo relacionarse con el paciente y desconocen cómo actuar ante su padecimiento. De cierta manera esto resulta en que el paciente no se sienta integrado a su familia y a su vez ellos tienen dificultad para reintegrarlo, generando insatisfacción (Tercero, 2013; Alcántara y Salgado, 2006).

Cuando el paciente cuenta con las herramientas necesarias, ya sea una visión optimista de su condición de salud, éste no se aislará y tratará de seguir con su vida de la mejor manera posible, siendo más probable que se interese por conocer lo relacionado a su enfermedad y llevar a cabo las indicaciones de sus médicos; sin embargo, si es una persona pesimista o con una visión negativa es más probable que sienta su enfermedad como algo que lo limitara, algo catastrófico, se aislará socialmente, posiblemente generándole una sensación de incapacidad, limitación, depresión y no llevar a cabo su tratamiento como es debido y, por tanto deteriorar como percibe su bienestar físico, psicológico, social y ambiental (Méndez et. al , 2003).

Tomando en cuenta a los pacientes con padecimientos respiratorios como rinitis, asma, sinusitis, alergia por mencionar algunos, podemos considerar que sus padecimientos influyen de cierta manera en su forma de vivir, ya sea afectando en su productividad, rendimiento, en sus relaciones sociales, en su confianza, en sus emociones, etc. Por ejemplo, la rinitis alérgica impacta en gran medida en la calidad de vida del paciente ya que produce irritabilidad, trastornos del sueño, cansancio, dificultad para concentrarse, depresión, cefalea y disminución en sus niveles de alerta, lo que ocasiona problemas en su desempeño escolar, laboral familiar y social (Vilchis et. al, 2011).

Los pacientes con enfermedades alérgicas pueden presentar síntomas que van más allá de cada enfermedad y que son resultado de la repercusión del padecimiento sobre diversos aspectos psicológicos, ya sean conductuales, cognitivos o emocionales. Por lo general la afección en la calidad de vida es lo que motiva al paciente a ir a consulta (Velarde y Ávila, 2007).

La calidad de vida en una persona enferma dependerá mucho del padecimiento que tenga, de su evolución o del curso que ésta tome, de la actitud que el paciente tome frente a su padecimiento y de las acciones que realice para sí mismo, así como del compromiso con su bienestar, de las redes de apoyo que tenga y del ambiente en que se vea inmerso.

El evaluar la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas es importante, porque no se trata de dar solo los tratamientos farmacológicos o los que sean necesarios para mantener al enfermo con vida sino que es necesario tratar de hacer que la vida que queda por vivir se viva de la mejor manera posible y conociendo cuál es la calidad de vida de los pacientes podremos generar algún tipo de intervención que apoye este aspecto de su salud. Como psicólogos podemos hacer una evaluación objetiva y subjetiva de ésta mediante factores relacionados al bienestar físico, emocional, ambiental y social. Sánchez-Sosa y González-Celis (2006), mencionan que dentro la Calidad de vida hay tres perspectivas a destacar: a) la Calidad de Vida en general, b) la Calidad de Vida relacionada a la salud y c) la Calidad de Vida específica para cada enfermedad.

Cuando se hace presente una enfermedad ya sea crónica o no, puede llegar a causar alguna incapacidad, incomodidad e insatisfacción. La incapacidad podemos considerarla como la limitación en nuestras habilidades o capacidades que no permiten que nos desarrollemos para realizar nuestras actividades cotidianas puede ser a nivel cognitivo, motor o sensorial (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006). La incomodidad la podemos asociar al nivel de dolor y disgusto desde la percepción del individuo. Y la insatisfacción que sería el grado de logros no alcanzados de acuerdo con las expectativas del individuo.

Aunque son muchas las definiciones sobre calidad de vida, casi todos los autores coinciden en que no hay un enfoque único que pueda describirla. Sin embargo, podemos notar que en su mayoría se habla de factores objetivos y subjetivos, que son designados por el individuo o un externo a él. Y que abarca diversos aspectos como el bienestar psicológico, físico, social, ambiental y espiritual, en el que se ven implicados sus sistemas de valores, sus redes de apoyo, sus actitudes ante su bienestar o malestar, sus expectativas por lo cual es necesario ver la calidad de vida como algo cambiante y no estático, que varía según el tiempo y nuestras circunstancias, ya sea desde el ciclo de vida hasta la presencia de algún padecimiento o evento importante.

Capítulo 2. Ansiedad.

A lo largo de la vida hemos pasado por momentos en los que presentamos cierto temor, reacciones de huida o escape, algún grado de preocupación o nerviosismo que van vinculadas a momentos de tensión, peligro o incertidumbre. Algo similar pasa al estar en un ambiente médico, ya que habitualmente lo asociamos a noticias negativas, a enfermedad, a momentos o toma de decisiones difíciles, a la sensación de tensión o incertidumbre y todo esto se puede enlazar a algo tan cotidiano como “ansiedad”.

En México se calcula que al alrededor de 13 millones de sus habitantes, padece de trastornos de ansiedad, siendo segundo lugar entre las perturbaciones mentales (IMSS, 2007).

Las situaciones que pueden provocar ansiedad son innumerables, por ello, dicho problema no es característica de un solo sector de la población, puede afectar a mujeres y hombres, sin importar edad o estatus socio-económico (Ayala, 2009).

La ansiedad es una reacción emocional normal, que permite la supervivencia de los individuos y de nuestra especie, como un mecanismo adaptativo, en donde se activa ante circunstancias de peligro. Sin embargo, así como la ansiedad nos puede ayudar a nuestra supervivencia, también por otro lado cuando las reacciones de ansiedad alcanzan niveles excesivamente altos o dispara conductas desadaptativas y la reacción se considera patológica (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008; Ellis, 1998, Beck, 1988), ya que puede imposibilitar a la persona a reaccionar ante un evento, a una difícil toma de decisiones, limitar el desarrollo social o provocar algún trastorno de ansiedad por mencionar solo algunos ejemplos.

Podemos considerar que la ansiedad abarca respuestas tanto fisiológicas, como cognitivas y conductuales (Ellis, 1998). La respuesta emocional emitida engloba aspectos subjetivos de carácter displacentero en el individuo como son: tensión, inseguridad, falta de concentración, dificultad para tomar

decisiones, miedo, aprensión, pensamientos negativos de inferioridad, sentimientos de incapacidad ante la situación, sensación general de pérdida de control, etc., (Franks, 1969).

En los aspectos corporales podemos hablar de un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y del sistema nervioso somático, Ellis (1998) en su libro *“Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted”* menciona algunos de los síntomas característicos de la ansiedad y los clasifica de la siguiente manera:

Dentro de los síntomas respiratorios se encuentran: la falta de respiración, respiración acelerada, jadeo, presión en el pecho, nudo en la garganta, sensaciones de ahogo y tartamudeo.

En las reacciones cutáneas están: sudoración, picores, escalofríos, sonrojos. Las reacciones de la presión como: pulso acelerado, palpitaciones, desfallecimientos o desmayos, aumentos o descensos de la presión sanguínea.

Algunos síntomas intestinales son: la pérdida del apetito, náuseas, molestia o dolor intestinal, vómitos. Y ejemplos de síntomas musculares son: temblores, tics nerviosos, dar vueltas de un lado a otro, flaqueo en las piernas, rigidez o insomnio.

En la ansiedad hay presencia de dolor de cabeza, sequedad en la boca, fatiga excesiva, eyaculación precoz, paralización motora, tartamudeo, dificultades de expresión verbal, conductas de evitación ante determinadas situaciones que implican algún peligro.

Entre los problemas de salud mental, los trastornos de ansiedad se asocian con grandes niveles de incapacidad (Ormel, 1994). Esta interferencia tiene un impacto considerable en el bienestar personal, en las relaciones sociales y en la productividad en el trabajo, con el agravante de que su alta prevalencia y el curso recurrente o incluso crónico de muchos de ellos, los puede hacer tan inhabilitantes como cualquier otra enfermedad física crónica (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008).

Cuando la ansiedad alcanza niveles altos puede generar estados físicos y mentales no adecuados o que repercuten en la salud. Dentro de los trastornos físicos podemos ubicar a los relacionados a enfermedad coronaria, hipertensión, arritmias, úlceras, colon irritable, asma, acné, cefaleas tensionales, dolor crónico, disfunciones sexuales, infertilidad. La ansiedad también está asociada a desórdenes del sistema inmune, como el cáncer o la artritis reumatoide (DSM-IV, 2002).

Algunos de los ejemplos de ansiedad y su vinculación a otras patologías son:

- Los trastornos del estado de ánimo (depresión, distimia).
- Las adicciones (tabaco, alcohol, cafeína, derivados del cannabis, cocaína, heroína, etc.).
- Trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia).
- Trastornos del sueño.
- Trastornos sexuales.
- Trastornos del control de impulsos (juego patológico, tricotilomanía, etc.).
- Trastornos somatomorfos (hipocondría, somatización, conversión, etc.).

Existen manuales de diagnóstico de enfermedades, como lo es la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10, 1992) propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que tiene clasificada la ansiedad dentro de:

Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

- Trastornos de ansiedad fóbica

Agorafobia.

Fobias sociales.

Fobias específicas (aisladas).

Otros trastornos de ansiedad fóbica.

Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.

- Otros trastornos de ansiedad.

Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).

Trastorno de ansiedad generalizada.

Trastorno mixto ansioso-depresivo.

Otro trastorno mixto de ansiedad.

Otros trastornos de ansiedad especificados.

Trastorno de ansiedad sin especificación.

- Trastorno obsesivo-compulsivo.

Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas.

Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).

Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.

Otros trastornos obsesivo-compulsivos.

Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación.

- Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.

Reacción a estrés agudo.

Trastorno de estrés post-traumático.

Trastornos de adaptación.

Otras reacciones a estrés grave.

Reacción a estrés grave sin especificación.

- Trastornos disociativos (de conversión).

Amnesia disociativa.

Fuga disociativa.

Estupor disociativo.

Trastornos de trance y de posesión.

Trastornos disociativos de la motilidad.

Convulsiones disociativas.

Anestias y pérdidas sensoriales disociativas.

Trastornos disociativos (de conversión) mixtos.

Otros trastornos disociativos (de conversión).

Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación.

- Trastornos somatomorfos.

Trastorno de somatización.

Trastorno somatomorfo indiferenciado.

Trastorno hipocondríaco.

Disfunción vegetativa somatomorfa.

Trastorno de dolor persistente somatomorfo.

Otros trastornos somatomorfos.

Trastorno somatomorfo sin especificación.

Así como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su cuarta versión (DSM-IV, 2004) propuesto por la American Psychiatric Association (APA), clasifica la ansiedad en:

-Crisis de angustia (*panic attack*): se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a «volverse loco» o perder el control.

-Agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.

-Trastorno de angustia sin agorafobia se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente.

-Trastorno de angustia con agorafobia se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.

-Agorafobia sin historia de trastorno de angustia se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.

-Fobia específica se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

-Fobia social se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

-Trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).

-Trastorno por estrés postraumático se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (*arousal*) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

-Trastorno por estrés agudo se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.

-Trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.

-Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente. El cual se retomará más adelante.

-Trastorno de ansiedad inducido por sustancias se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

-Trastorno de ansiedad no especificado se ha incluido en esta sección con el objetivo de poder acoger aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (bien síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de una información inadecuada o contradictoria).

El tipo de trastorno que es de mayor importancia aquí debido a la población con la que se trabajó es el Trastorno de Ansiedad por Enfermedad médica, donde la existencia de la ansiedad clínicamente significativa se considera secundaria a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica. Entre los síntomas cabe incluir ansiedad prominente y generalizada, crisis de angustia y obsesiones y compulsiones.

Para efectuar el diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica debe existir una historia clínica, una exploración física y unos hallazgos de laboratorio que confirmen que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

La ansiedad está asociada a una amplia gama de enfermedades médicas como son: las enfermedades endocrinas (híper e hipotiroidismo), feocromocitoma (un raro tumor en la glándula suprarrenal), hipoglucemia, hiperadrenocorticismos, enfermedades cardiovasculares (como la insuficiencia cardíaca congestiva, embolismo pulmonar, arritmias), enfermedades respiratorias (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, hiperventilación), enfermedades metabólicas (p. ej., déficit de vitamina B12, porfirias) y enfermedades neurológicas (p. ej., neoplasias, trastornos vestibulares, encefalitis).

Así como la ansiedad se puede presentar por diversos factores como el ambiente, el aspecto social, biológico o psicológico, también hay diversas perspectivas que se han dado a la tarea de explicar el cómo o el porqué de la ansiedad.

De acuerdo con la Teoría Conductual, ésta nos manifiesta que las conductas son aprendidas y que su repetición o extinción se deberá a resultados favorables o desfavorables, es decir, como resultado de un condicionamiento (Skinner, 1953). Los teóricos de esta corriente mencionan que la explicación del aprendizaje no necesita incluir pensamientos y sentimientos, no porque no existan, sino porque no es algo observable. Vinculando esta teoría con la ansiedad podemos considerar que es resultado de un condicionamiento, de modo que los pacientes que la llegan a presentar han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos experimentados como significativos o amenazantes, de manera que cada vez que se está en contacto con dichos estímulos se desencadena la ansiedad asociada a la amenaza.

Por su lado la Teoría Cognitiva refiere que la conducta de un individuo está determinada en gran parte por el modo que tiene dicho individuo de estructurar su mundo (Beck, 1988). Sus cogniciones se basan en supuestos creados a partir de experiencias. Se podría considerar a la ansiedad como resultado de "cogniciones" patológicas, es decir que el individuo cataloga la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. Por ejemplo cuando vamos a un hospital podemos etiquetar esa situación como catastrófica, limitándonos a actuar y haciéndonos pensar en muchas cosas negativas, dando como resultado la presencia de ansiedad.

Las distorsiones cognitivas características del trastorno de ansiedad tienen dos componentes principales. Uno es la interpretación de las sensaciones físicas de incomodidad asociadas a la crisis de angustia como peligrosas o catastróficas, de forma que el individuo cree que se va desmayar, morir o sufrir un paro cardíaco. El segundo componente son los pensamientos irracionales que tienden a magnificar las situaciones como catastróficas (Ellis, 1998).

La teoría del aprendizaje social por su parte menciona que se puede desarrollar una conducta no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos, sino a través de lo observado (Bandura, 1974). Si tomamos en cuenta esto, podemos considerar que el paciente que llega de primera vez con un diagnóstico de sinusitis o cualquier otro padecimiento para recibir algún tipo de tratamiento, puede presentar ansiedad al desconocer qué tipo de tratamiento será aplicado, al posible cambio de salud que éste implique, al trato con un especialista de la salud al que desconoce o simplemente al ver o escuchar cosas por parte de otros pacientes.

El modelo biomédico tradicional excluye el hecho de que, en la mayoría de las enfermedades, el estado de salud está profundamente influido por el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones y el soporte social. Es evidente que estos aspectos de máxima importancia en la vida de los seres humanos serán los que más influyan a la hora de que los pacientes evalúen su calidad de vida (Schwartzmann, 2003).

Engel en 1977, basándose en la teoría de los sistemas propuso el modelo "Biopsicosocial", que es un modelo holístico, pues integra los aspectos biológicos-psicológicos y sociales implicados en el proceso Salud-Enfermedad.

La medicina psicosomática estudia la interrelación entre los factores psicosociales y biológicos con las enfermedades (Ribero, 1989). Tiene como base lo siguiente:

- a) Se ha demostrado que los sucesos vitales influyen no solo en la salud de los individuos, sino también en la salud de los grupos.
- b) Existe una nueva orientación en la medicina tradicional hacia una perspectiva más amplia social- epidemiológica.
- c) Se pone ya más énfasis en los factores sociales, psicológicos y conductuales respecto de la etiología y tratamiento de la enfermedad (Benedito y López, 1994).

Al tomar en cuenta los factores ambientales, sociales y conductuales, y no solo la biología del sujeto, surge un modelo más completo.

Una parte importante del trabajo con pacientes es identificar sus patrones de conducta, conocer si sus respuestas emocionales son adecuadas al contexto y poder discriminar lo normal de lo patológico o poder diferenciar en este caso de la ansiedad como un rasgo o como un estado.

Spielberger (1972) diferenció la ansiedad estado de la ansiedad rasgo. Definió la primera como un “estado emocional inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de tensión, aprensión, temor, preocupación, una alta activación del sistema nervioso autónomo”, pensamientos molestos y preocupaciones (pág. 1-2). La Ansiedad Rasgo “se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes” (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975, pág. 1).

En este sentido, los sujetos con alto grado de ansiedad-rasgo perciben un mayor rango de situaciones como amenazantes y están más predispuestos a sufrir ansiedad-estado de forma más frecuente o con mayor intensidad.

Para Spielberger (1980) la ansiedad era una reacción emocional desagradable (que implica sensaciones subjetivas de tensión, temor, preocupación, etc.) producida por un estímulo externo que es considerado por el individuo como amenazador, produciendo en él cambios fisiológicos y conductuales en el sujeto.

Barlow (2002) por el contrario, definía la ansiedad como “una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos” (pág.104).

Por su parte Lazarus y Folkman (1991), establecen que la ansiedad es una respuesta emocional desagradable, que consta de sentimientos de aprehensión, incertidumbre y preocupación acompañada de cambios fisiológicos, que se presentan ante una amenaza específica.

Albert Ellis menciona dos tipos de ansiedad, una ansiedad sana que preserva la vida y otra que denominó malsana, es decir, destructiva y perjudicial para las propias necesidades básicas. En la siguiente tabla (1) se explicará un poco más sobre el concepto de ansiedad:

Tabla 1. Concepto de Ansiedad de Albert Ellis (1998)

Ansiedad: Conjunto de sensaciones molestas y de tendencias a la acción que le permiten darse cuenta de que ocurren o pueden ocurrir hechos desagradables- esto es, cosas que van en contra de sus deseos- y que le avisan de que tendría que hacer algo al respecto.	
Ansiedad Sana	Ansiedad Malsana
Inquietud por las cosas Preserva la vida Conduce a buenos resultados	Puede acabar fácilmente con nuestro bienestar
Podemos manejar situaciones difíciles o peligrosas de forma eficiente	Suele perderse el control y consecuentemente, afrontar mal, incluso desastrosamente, los riesgos y problemas que se tienen
Implica precaución, vigilia y preserva de daños potenciales	Toma forma de pánico, horror, fobia, temblores, estados de shock, entumecimiento y todo tipo de reacciones físicas y psicosomáticas que le alertan contra posibles peligros, pero que a menudo interfieren en el adecuado manejo de esas situaciones
Suele estar basada en miedos realistas o racionales	Muchos miedos sin embargo, son irrealistas o irracionales porque no es probable que ocurran y tomamos una pequeñísima probabilidad como algo muy posible

La premisa básica de la teoría cognitiva de Beck (1988) es que en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Así, en la ansiedad, la percepción del peligro y la subsecuente valoración de las capacidades de uno para enfrentarse a tal peligro, aparecen sesgadas en la dirección de una sobreestimación del grado de peligro y hay una infravaloración de las propias capacidades de enfrentamiento.

En los trastornos de ansiedad los indicios de peligro se perciben de manera selectiva y se tienden a maximizar, mientras que las señales de seguridad se tienden a ignorar o minimizar; esto se vincula con “las distorsiones cognitivas”. Las distorsiones cognitivas son sesgos que aparecen en la forma en que pensamos las cosas, es decir, se piensa de manera dicotómica y absoluta sobre la peligrosidad de una situación o existe una dificultad para poder distinguir entre los estímulos peligrosos y los seguros. Ocurre una generalización de las situaciones de peligro de modo que se visualizan o interpretan varios estímulos como amenazantes, ya sean de eventos pasados o actuales (Beck, 1988).

La ansiedad patológica, se ha definido como una anticipación aprensiva de daño futuro o desgracia acompañada de un sentimiento de inquietud o síntomas de tensión (American Psychiatric Association [APA], 1999).

Hoy en día contamos con numerosos instrumentos psicométricos que nos permiten hacer una mejor evaluación de la ansiedad, pudiendo conocer el nivel en el que se presenta y así poder generar una atención de acuerdo a las necesidades de nuestros pacientes.

La ansiedad se presenta como un estado poco placentero pero que cuando se muestra de forma moderada permite que nos desempeñemos en nuestras actividades de una forma adecuada, la ansiedad sirve como motor para aplicarnos a realizar nuestras actividades pero cuando los niveles son elevados puede generar deterioro en nuestra salud tanto física como social y mental.

Capítulo 3. Depresión.

En nuestro vivir podemos experimentar diversos estados de ánimo, uno de ellos es la tristeza, que puede estar asociada a distintas situaciones como una discusión con personas que consideramos importantes, algún regaño en el trabajo o con familiares, perder un objeto de valor, etc, pero no por sentirnos tristes estamos deprimidos, cuando la tristeza y el decaimiento general del estado de ánimo, sea cual sea el motivo, es permanente, continuo, sin límite alguno, se puede considerar que la persona está deprimida.

“La depresión es un padecimiento frecuente en todo el mundo, se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana, ya que puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, suele causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales” (OMS, 2013, nota descriptiva N°369).

La depresión es un fenómeno originado por múltiples factores, ambientales, genéticos, constitucionales, fisiológicos y psicológicos; que afecta la vida de las personas, presentando conflictos en diversas áreas como la física, psicológica y social.

Las personas normalmente asocian a este trastorno con un sentimiento de tristeza el cual está presente, claro, pero no es sinónimo de la misma; sin embargo pueden existir personas que no presenten dicho signo pero si se encuentran deprimidas, es por esto que existe una clasificación a nivel mundial para diagnosticar la depresión.

La forma en que cada una de las personas afrontan la depresión es importante pues las situaciones diarias de la vida, el tipo de relaciones y apoyos establecidos con su familia así como con las personas a su alrededor, son de gran importancia para la persona, pues ayudan a construir redes de apoyo.

Agudelo, Lucumí y Santamaria (2008) encontraron que un factor protector de depresión en pacientes con enfermedades diagnosticadas e ingresadas a unidades hospitalarias es el estar acompañado especialmente por familiares.

Alberdi-Sudupe, Fernández-Díaz e Iglesias-Gil-de-Bernabé (2013) mencionan que la depresión es un fenómeno con múltiples variables de distinto orden – genéticas, biológicas, personales, socio-familiares, etc. – intervinientes en el desencadenamiento y en el mantenimiento del trastorno.

La depresión puede manifestarse de 3 maneras según Figueras (2006, pág. 25) como:

- Signo en cuanto a una señal, como la tristeza o disforia.
- Síntoma cuando la depresión comienza intensificarse, donde se prolonga en cuanto a tiempo y comienza a interferir en el bienestar y funcionamiento diario de la persona.
- Síndrome o trastorno puesto que se presentan un conjunto de síntomas como la tristeza y disforia además de anhedonia, pensamientos suicidas, alteraciones en sueño y alimentación.

Según el Manual Diagnóstico Estadístico De Trastornos Mentales en su cuarta versión (DSM-IV, 2002), los trastornos depresivos se dividen en 3; trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores, al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión.

Los síntomas de depresión son; un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en la mayoría de las actividades, cambios de apetito, deseo sexual o peso, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor, alteraciones en el ritmo de sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de poca valía o culpa; dificultad para pensar,

concentrarse o tomar decisiones, aislamiento social y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para que sea considerado un episodio depresivo mayor los síntomas deben ser una aparición actual o haber empeorado significativamente en comparación con un estado aparentemente calmado para la persona.

Los síntomas deben mantenerse la mayor parte del día, en su defecto casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas, dichos síntomas deben acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes para la persona.

Los episodios de trastorno depresivo mayor se producen después de un estrés psicosocial grave, como la muerte de un ser querido o el divorcio, pérdidas de bienes materiales, acontecimientos vitales estresantes como diagnóstico y/o ingreso a unidades médicas (Mendoza, 2009) debido a alguna enfermedad de familiares o de la propia persona. Algunos estudios sugieren que los acontecimientos psicosociales (estresores) desempeñan un papel importante en la precipitación del primer o el segundo episodios del trastorno depresivo mayor y que desempeñan un papel menor en el inicio de los episodios posteriores.

Los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas. Antes de que comience un episodio depresivo mayor completo, puede haber un período en el que la depresión severa no puede ser confirmada se presentan síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves, que pueden durar semanas o meses. La duración de un episodio depresivo mayor también es variable. Lo habitual es que un episodio no tratado dure 6 meses o más, independientemente de la edad de inicio.

Un episodio depresivo mayor debe distinguirse de un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica. El diagnóstico apropiado es trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica

específica (p. ej., esclerosis múltiple, accidente vascular cerebral, hipotiroidismo).

El trastorno distímico se caracteriza por al menos 2 años en los que se encuentra una fluctuación entre un estado de ánimo depresivo y estados de ánimo no depresivos, durante los períodos de estado de ánimo depresivo hay al menos otros dos síntomas de entre los se encuentran: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnias, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Los sujetos pueden señalar pérdida de intereses y aumento de la autocrítica, viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o con poca capacidad para realizar sus actividades diarias. A lo largo del período de 2 años, los intervalos libres de síntomas depresivos no son superiores a 2 meses (DSM-IV, 2004).

El trastorno depresivo no especificado se incluye para clasificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo.

Entre las características que presentan la depresión de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10, 1992, pág.82) encontramos disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, una perspectiva sombría del futuro, alteraciones en el ritmo de sueño, alteraciones en alimentación, irritabilidad, pérdida del interés por situaciones que con anterioridad eran placenteras, poco interés sexual.

De acuerdo con esta clasificación la depresión varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales. La forma en la que se presenta es distinta en cada episodio y de igual manera en cada individuo. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar

encubierta por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento en donde se exageran las situaciones personales, aumento significativo de fobias o síntomas obsesivos ya existentes o preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad manejados por este manual, depresión leve, moderada y grave habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son enormemente graves o de comienzo brusco (CIE-10, 1992, pág. 82-84).

Características de las personas con estados depresivos:

Las personas con estados depresivos, ven su mundo en tonos grises y negros, no tienden a ver las cosas positivas de su vida, todo gira en torno a lo negativo de ellos y lo que los pueda rodear, tienen una expectativa del presente sombría; mostrando, lo que es conocida como la tríada cognitiva negativa (Peña, 2013):

- Tienen una visión negativa de sí mismos, estas personas tienen en mente que todo lo “malo” que ocurre a su alrededor es culpa de ellos, se adjudican atributos pesimistas y con contenido pobres, se autocritican con dureza por errores que cometieron, creen no merecer cosas “buenas” de la vida porque su autoconcepto es pobre y no creen ser merecedores de felicidad.
- Interpretan de manera negativa la realidad, puesto que al sentirse carentes de valor, creen que cualquier cosa positiva que les pueda pasar en su vida es mera casualidad, se enfocan estrictamente en el lado malo de las cosas. Estas personas parecen estar ancladas al pasado, pues, es ahí donde comenzaron a concebir de manera negativa su mundo.
- Tienen una visión negativa del futuro, estas personas están encasilladas en que sus dificultades son muy pesadas para ellos y que parecen no tener fin, al tener esta concepción del presente tan pesada esperan que el futuro sea de igual manera o peor, que las cosas sigan mal y ellos también, no ven una luz en el túnel sino lo siguen viendo oscuro. Al estar tan cargados por las

cosas malas que le suceden en el ahora, no están motivados para enfrentar el futuro.

La teoría cognitiva de Beck (Sanz, 1993) afirma que en muchos casos de depresión cíclica en referencia a estados depresivos y normales, asociada a factores externos, el origen tendría relación con la interacción de tres factores:

- Están presentes actitudes y/o creencias poco funcionales relacionadas a como son percibidas las experiencias, así como actitudes que son poco favorecedoras para la vida diaria de la persona.
- Se da demasiada importancia a las experiencias negativas, debido al modo de ver las circunstancias, que es una característica propia de la persona; el resultado de cómo es visto el mundo de la persona depresiva, un mundo visto como si tuviera lentes oscuros, pues así ve el mundo, oscuro.
- Existe un evento estresante que activa los circuitos del sujeto, un suceso que va a afectar de manera directa sobre las actitudes disfuncionales.

Beck (1988) usa el concepto de los esquemas para explicar cómo las actitudes o creencias disfuncionales están representadas mentalmente y afectan al procesamiento de la información. Para Beck, "los esquemas son estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior" (Sanz, 1993, pág. 382). Estas estructuras cognitivas dirigen desde la entrada la interpretación, asimilación, organización, acomodación y recuperación de la información del entorno. La información que encaja con los esquemas se procesa y codifica, mientras que la información inconsistente se ignora y olvida.

En la depresión, los esquemas tienden a prestar mayor importancia a información de carácter negativo, entonces están más activos que aquellos que se usan para procesar información positiva, ya que está operando un modo constrictivo por medio del cual el individuo se retira de los acontecimientos y conserva energía en respuesta a una negatividad que lo invade todo.

Depresión y enfermedades médicas.

Katon (2003) encontró que mientras en población general la prevalencia fue de entre 3-5%, en los pacientes hospitalizados se incrementaba hasta entre un 10-14%. Así mismo el mismo autor menciona que existe relación entre depresión y enfermedades medicas crónicas, como el dolor, en donde de manera progresiva va creándose cierto deterioro funcional de la persona.

Entre las causas que pueden detonar depresión están acontecimientos de la vida diaria (relacionados con pérdidas o incapacidad para hacerles frente indefensión), cambios químicos en el cerebro, el efecto secundario de los medicamentos, diversos trastornos físicos o médicos (Piqueras., Martínez, Ramos, Rivero, García y Oblitas, 2008).

Otro de los desencadenantes de depresión es la hospitalización de una persona, puesto que supone una interrupción en su vida diaria, hay, un cambio en su rutina, en sus relaciones personales y en sus ocupaciones. La enfermedad, las molestias físicas que conlleva, incorporan un motivo de malestar, incertidumbre, a veces pesimismo. La depresión en los pacientes hospitalizados dificulta la adhesión al tratamiento, hace más lenta la recuperación del paciente, altera el pronóstico y curso de la enfermedad (Costas, Prado y Crespo, 2013). Además de la enfermedad motivo del ingreso a una unidad hospitalaria puede representar por sí misma un factor de riesgo para el desarrollo de una depresión (Alberdi-Sudupe, Fernández-Díaz e Iglesias-Gil-de-Bernabé, 2013) Las propias enfermedades médicas pueden ser desencadenantes de una depresión, debido a que se activan en la persona mecanismos biológicos, fisiopatológicos del trastorno orgánico, o mediante psicológicos de la persona para enfrentar la situación que se presenta, un evento inesperado como lo es una enfermedad.

Todo el proceso inherente a la enfermedad; los cambios que involucra el proceso de la enfermedad, los síntomas de sufrimiento iniciales, las evidencias diagnósticas que va conociendo el paciente, los cambios en el pronóstico según lo que se va encontrando, la incertidumbre de todo pronóstico, las

recaídas en los síntomas, etc., son factores que inciden de manera directa en la vida emocional y cognitiva de los pacientes.

La reacción de adaptación al impacto psicológico es descrita por Alberdi-Sudupe et.al. (2013) quienes señalan que la persona comienza una desmoralización y desesperanza, que puede ir creciendo en intensidad hasta sentimientos y pensamientos inadecuados para una adaptación a las circunstancias que se presentan y se presentarán, constituyendo lo que llama como un “Trastorno Adaptativo” (Alberdi-Sudupe et.al, 2013), y que puede terminar en un grado aún mayor de afectación, instalándose como un proceso que adquiere autonomía aun cuando se van modificando los desencadenantes, para poco a poco culminar en un trastorno depresivo mayor.

Conductualmente, la depresión se caracteriza principalmente por la reducción en la frecuencia de las conductas, que a su vez sería la consecuencia de una pérdida de reforzadores positivos contingentes a la conducta o de una pérdida en la efectividad de tales reforzadores (o la incapacidad de hacer frente a una situación de indefensión aprendida). Las pérdidas (e incapacidad) podrían deberse a la combinación de diversos factores ambientales (perdida de personas cercanas) como intrapersonales (carencia de habilidades sociales). Una evidencia al respecto es que la depresión suele ser consecuencia de una cadena de eventos vitales estresantes o una historia previa de desgracias y estrés (Piqueras, 2008).

Piqueras et.al. (2008), también mencionan con respecto al factor psicológico asociado con enfermedades médicas, que el cáncer no tiene bases concretas para establecer cierta relación con la depresión, pero si existe relación entre depresión y enfermedades cardiovasculares, endocrinas como la diabetes, dermatológicas, neurológicas, reumatológicas, el VIH. En enfermedades del sistema respiratorio como el asma, la depresión también puede influir negativamente sobre la evolución del paciente asmático, conduciendo a un autocuidado pobre, con incumplimiento de las prescripciones médicas y tendencia a la indiferencia ante los síntomas respiratorios (Piqueras, et.al., 2008).

Según el DSM-IV (2004) el trastorno depresivo mayor puede asociarse a enfermedades médicas crónicas. Hasta un 20-25 % de los sujetos con determinadas enfermedades médicas (p. ej., diabetes, infarto de miocardio, carcinomas, accidentes vasculares cerebrales) presentarán un trastorno depresivo mayor a lo largo del curso de su enfermedad médica. Si hay un trastorno depresivo mayor, el tratamiento de la enfermedad médica es más complejo y el pronóstico, menos favorable.

Una clasificación que es importante para la presente tesis es el trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, el cual se caracteriza por una clara y prolongada alteración en el estado de ánimo considerado un efecto fisiológico directo de la enfermedad médica, dicho cambio puede consistir en un estado de ánimo depresivo, disminución de interés o placer por situaciones o cosas que causaban satisfacción además de un estado de ánimo exaltado o irritable. Este manual menciona que la alteración del estado de ánimo se presenta como respuesta al estrés psicológico debido a padecer una enfermedad médica; debe provocar malestar clínico significativo o deterioro social, laboral escolar, familiar, que son áreas importantes de la vida de la persona. En algunos casos la persona puede ser aún capaz de seguir realizando sus actividades pero a un precio muy alto puesto que necesita de un esfuerzo muy grande (DSM-IV, 2004).

Para determinar si la alteración del estado de ánimo es debida a enfermedad médica, el clínico, en primer lugar, ha de establecer claramente la presencia de dicha enfermedad médica. Además, hay que establecer que la alteración del estado de ánimo está etiológicamente relacionada con la enfermedad médica a través de un mecanismo fisiológico. Para poder hacer esta afirmación es necesario efectuar una evaluación cuidadosa y completa de múltiples factores. Lo expuesto en este manual menciona que el trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, con síntomas depresivos, aumenta el riesgo de tentativas de suicidio y de suicidio consumado. Las tasas de suicidio son variables dependiendo de la enfermedad médica en particular, las que

presentan un mayor riesgo suicida son enfermedades crónicas, incurables y dolorosas. (DSM-IV, 2004).

Son diversas las enfermedades médicas que pueden causar alteraciones del humor. Estas enfermedades incluyen las enfermedades neurológicas degenerativas (p. ej., enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington), patología vascular cerebral (p. ej., accidente vascular cerebral), enfermedades metabólicas (p. ej., deficiencia de vitamina B12), enfermedades endocrinas (p. ej., hiper e hipotiroidismo, hiper e hipoparatiroidismo, hiper e hipofunción corticosuprarrenal), enfermedades autoinmunes (p. ej., lupus eritematoso sistémico), infecciones víricas o de otro tipo (p. ej., hepatitis, mononucleosis, virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]) y algunos tipos de cáncer (p. ej., carcinoma de páncreas).

Capítulo 4. Problemas Respiratorios.

Los padecimientos alérgicos e infecciosos de la mucosa nasal representan dos de las enfermedades de las vías aéreas superiores más frecuentes en niños y adultos jóvenes. Estas son un gran problema de salud pública debido a su alta prevalencia, generando deterioro en la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares (Del Río, Zepeda et al, 2009). Otros aspectos implicados en este tipo de padecimientos es que generan altos costos socioeconómicos, que en muchos de los casos son difíciles de cubrir, ya que es posible el requerimiento de alguna intervención quirúrgica, un tratamiento costoso o múltiples estudios de laboratorio.

Estudios realizados por la psicoimmunología demuestran la relación entre padecimientos físicos y padecimientos psicológicos. Al enfermarnos nuestro sistema se debilita y posiblemente algunas características personales influyen en que emocionalmente nos sintamos mal o que tengamos alguna repercusión psicológica. Pero también los factores emocionales o psicológicos impactan en nuestra salud física.

Investigaciones como las de Seligman (1999), Nezu et al. (1988) y Oblitas (2004) muestran el valioso papel que juegan las emociones para sobresalir de algún padecimiento físico, tal es el caso de las enfermedades oncológicas en las que si el paciente desarrolla las habilidades necesarias y una visión optimista en conjunto del tratamiento médico, es posible que el paciente mejore su condición.

Por otro lado también hay estudios que denotan cómo un estado anímico inadecuado puede llegar a ser un factor de riesgo para presentar algún padecimiento físico. Se sabe que ante la presencia de emociones negativas es probable el desarrollo de enfermedades del sistema inmune (Becoña, Vázquez & Oblitas, 2004) o cardiovasculares (Piqueras, 2009). En relación con las enfermedades respiratorias hay gran investigación de la presencia de depresión y ansiedad en pacientes con asma (Soto, 2005) pero es poca la información o investigaciones relacionadas con la sinusitis o la rinitis alérgica.

De acuerdo con la búsqueda bibliográfica realizada por Fernández y Herrera (2013), la relación de enfermedades respiratorias como la sinusitis y factores psicológicos no está bien establecida, pero se ha señalado que la presencia de estados emocionales negativos pueden repercutir en el desarrollo de enfermedades del sistema inmune o que adquirir hábitos poco adecuados pueden impactar en la salud (Fernández y Herrera, 2013).

Se ha apuntado la existencia de una relación entre la ansiedad y los síntomas de alergia, así como la presencia de depresión a causa de algún padecimiento alérgico o la aparición de alguna enfermedad infecciosa a causa de estados emocionales negativos (Fernández y Herrera, 2013).

Belloch, Sandín y Ramos (2009) mencionan que la actividad inmunológica puede verse modificada por factores estresantes que induzcan algún cambio emocional y de afrontamiento. De acuerdo con Vázquez (1990) los estados emocionales pueden influir en el funcionamiento pulmonar a través de dos mecanismos:

1. Las conductas que frecuentemente acompañan a las emociones intensas, tales como llorar, gritar, reír, etc. actúan sobre el sistema respiratorio provocando broncoconstricción, de forma similar a como lo hace el ejercicio físico.
2. Los cambios producidos en la actividad autonómica y endocrina como consecuencia del estado emocional, actúan como mecanismos desencadenantes de la respuesta broncoconstrictora

Los estados emocionales intensos modifican la regulación automática de la respiración pulmonar. Las emociones negativas afectan la musculatura estriada del aparato respiratorio y normalmente ocasionan un aumento involuntario de la ventilación alveolar y se producen espasmos y estrechamientos de la luz bronquiolar (Soto, 2005).

A continuación daré una breve explicación de las enfermedades respiratorias más comunes que son atendidas a través de la inhaloterapia y su vinculación con los trastornos psicológicos.

Rinitis.

La rinitis es la inflamación de la mucosa de la fosa nasal que se caracteriza por la presencia de secreción acuosa, obstrucción nasal, cosquilleos o escozor en la nariz que puede extenderse a toda la cabeza, estornudos, fiebre, anosmia y de forma eventual conjuntivitis (Camelo y Solé, 2010).

La prevalencia de la rinitis alérgica en México varía del 5 al 10% y la mayoría de los pacientes manifiestan los síntomas antes de los 20 años, con un máximo de incidencia entre los 12 y 15 años de edad (Zendejas, 2003).

La rinitis no es una enfermedad que ponga en peligro la vida del paciente, sin embargo, suele originar molestias severas o incapacidad que se ven reflejadas en la calidad de vida, impactando principalmente en el sueño de quien la padece (Camelo y Solé, 2010).

Por otra parte se encuentra la “rinitis alérgica” que es la inflamación de la mucosa nasal, de origen inmunológico caracterizada por la presencia de congestión nasal, rinorrea, estornudos, prurito y/o rinorrea posterior. La rinitis alérgica es una respuesta de hipersensibilidad a alérgenos (partículas, sustancias o cualquier cosa que genere alergia) específicos. En el 50% de los casos la rinitis es originada por una alergia. Es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en personas menores de 18 años; El 80% de los síntomas aparecen antes de los 20 años de edad 40% manifiesta los síntomas a los 6 años de edad y 30% durante la adolescencia (Velarde y Ávila, 2002).

Algunos de los aspectos en los que afecta la rinitis son: en el sueño, en actividades diarias como la realización de algún deporte, deterioro cognitivo, puede causar cefaleas. En los niños puede ser factor en los problemas de aprendizaje y en los adultos puede causar dificultades en las relaciones sociales (Fernández y Herrera, 2013).

La rinitis y el asma son enfermedades que se correlacionan, ya que es una sola vía respiratoria y una misma enfermedad. Se ha identificado agentes causales comunes tal como ácaros, caspa de animales, aspirina y otros alérgenos. Este padecimiento puede desencadenarse por alimentos y diversos compuestos químicos caseros o industriales (Pascual, 2013).

Sinusitis.

Los senos paranasales son espacios llenos de aire en el cráneo, localizados por detrás de la frente, los huesos de la nariz, las mejillas y los ojos. Los senos paranasales saludables no contienen bacterias ni otros microorganismos. Por lo cual, el moco puede salir y el aire circular adecuadamente (MedlinePlus, 2014). Cuando los senos paranasales se bloquean o se acumula demasiado moco, las bacterias y otros microorganismos pueden multiplicarse más fácilmente, generando alguna infección.

Hay dos tipos de sinusitis:

- La sinusitis aguda es cuando los síntomas están presentes por cuatro semanas o menos. Es causada por bacterias que proliferan en los senos paranasales.
- La sinusitis crónica es cuando la hinchazón y la inflamación de los senos paranasales están presentes por más de tres meses. Puede ser causada por bacterias o un hongo.

Los síntomas de la sinusitis aguda en adultos suelen presentarse después de un resfriado que no mejora o uno que empeora después de 5 a 7 días de tener los síntomas. Los síntomas que pueden presentarse son:

- Mal aliento o pérdida del sentido del olfato
- Tos que generalmente empeora por la noche
- Fatiga y sensación de malestar general
- Fiebre
- Dolor de cabeza: dolor similar a presión, dolor detrás de los ojos, dolor de muela o sensibilidad facial
- Congestión y secreción nasal

- Dolor de garganta y goteo retronasal

Los síntomas de la sinusitis crónica son los mismos que los de la sinusitis aguda, pero tienden a ser más leves y a durar más de 12 semanas (MedlinePlus, 2014).

Los síntomas más frecuentes de la sinusitis crónica son la congestión nasal u obstrucción nasal, descarga retronasal, tos y rara vez dolor o sensación de presión facial.

Vargas (2003) refiere que un paciente adulto con sinusitis aguda, lleva de 7 a 20 días con infección de vías aéreas superiores, con secreción nasal amarillavermosa y fétida, obstrucción nasal y dolor facial.

Poliposis.

La poliposis nasal es una enfermedad inflamatoria crónica de la mucosa nasal, produce obstrucción nasal, rinorrea, alteraciones del olfato y cefaleas (Flores, 2010). Estos síntomas suelen dar a los enfermos problemas de sueño, irritabilidad, problemas de relación socio-laboral y familiar que pueden llegar a afectar en gran medida a su calidad de vida.

Los pólipos son masas suaves similares a sacos en el revestimiento de la nariz o los senos paranasales, no son cáncer. Parecen crecer debido a la inflamación e irritación prolongadas en la nariz a raíz de alergias, asma o infección. Los síntomas abarcan:

- Rinorrea
- Congestión nasal
- Estornudos
- Sentir que la nariz está bloqueada
- Pérdida del sentido del olfato
- Pérdida del sentido del gusto
- Jaqueca y dolor si también tiene infección sinusal

Asma.

En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), el asma es la primera causa de atención en consulta externa y urgencias, y ocupa el segundo lugar como causa de hospitalización (INER, 2002).

El asma es un trastorno que provoca que las vías respiratorias se hinchen y se estrechen, lo cual hace que se presenten sibilancias, dificultad para respirar, opresión en el pecho y tos. Es causada por una inflamación (hinchazón) de las vías respiratorias. Cuando se presenta un ataque de asma, los músculos que rodean las vías respiratorias se tensionan y el revestimiento de dichas vías aéreas se inflama. Esto reduce la cantidad de aire que puede pasar a través de éstas (MedlinePlus, 2014).

En las personas con vías respiratorias sensibles, los síntomas de asma pueden desencadenarse por la inhalación de sustancias llamadas alérgenos o desencadenantes. El asma pueden traer como consecuencia limitaciones en las actividades físicas y sociales, deteriorando la calidad de vida del paciente (Méndez, 2003).

Los factores psicológicos del asma bronquial han sido estudiados y se ha visto que puede afectar el funcionamiento respiratorio y el desarrollo clínico de la enfermedad, especialmente la precipitación y agravamiento de las crisis (Soto, 2005) Así también, se ha visto que los ataques de asma y la modificación del flujo aéreo se puede inducir intencionalmente en pacientes asmáticos a través de la exposición a estímulos emocionales.

Se ha considerado que las variables psicosociales juegan un papel importante en la etiología y el desarrollo del asma, ya que parece existir más riesgo de dificultades relacionadas con la ansiedad, la depresión y baja autoestima (Soto, 2005).

La asociación entre la ansiedad y el asma se manifiesta en la hiperventilación y el resultado de la fatiga del músculo respiratorio, así como en su exacerbación en un episodio asmático. Las circunstancias que más han mostrado tener

repercusiones en las crisis asmáticas son: restricción de actividades, estrés relacionado con el trabajo o la escuela, consecuencias respecto del afecto o autoestima, problemas con el control de los síntomas, y el ambiente, efectos colaterales de la medicación y cargas económicas que supone el trastorno (Soto, 2005).

Aunque existen múltiples discusiones en relación con la influencia de las emociones en las crisis asmáticas, la revisión de artículos de investigación indica que las respuestas emocionales influyen en los pacientes con asma, en particular en quienes manifiestan más emociones negativas, en comparación con otro tipo de pacientes (Soto ,2005).

Los niños con asma parecen tener más riesgo respecto de las dificultades psicosociales, como ansiedad, depresión y baja autoestima, aunque no bajo coeficiente intelectual o bajo rendimiento académico asociado con las faltas en la escuela. Los factores que influyen son la severidad de la enfermedad y el nivel funcional, lo que tiende a sugerir que los niños con asma tienen un alto riesgo de presentar problemas psicosociales (Soto, 2005).

En conclusión se puede decir que las enfermedades crónicas generan altos costos, no solo económicos sino también a nivel de calidad de vida, por ello es importante que las intervenciones que se realicen a los pacientes se hagan bajo un enfoque multidisciplinar, pues como se mencionó con anterioridad, tanto el componente físico juega un papel importante en la salud del individuo como también es de vital importancia tomar en cuenta el papel psicológico, social y ambiental para actuar en beneficio del paciente. Entre más se vea al individuo como un ser completo mejor serán las intervenciones que como profesionistas de la salud podremos realizar.

Capítulo 5. El papel del psicólogo en el ámbito hospitalario.

Tiempo atrás se consideraba que como psicólogos nuestras funciones se limitaban solo a la atención psicológica de forma individual o grupal a niños, adolescentes, adultos o adultos mayores. Hoy día sabemos que contamos con una amplia gama de actividades que van desde la aplicación e interpretación de pruebas, realización de entrevistas, la intervención con pacientes, la impartición de psicoeducación, realización de investigación, la enseñanza, generar adherencia terapéutica, evaluar programas de salud entre otras actividades.

El campo de la psicología es tan amplio que no solo incursionamos en escuelas, empresas, clínicas, laboratorios de investigación, comunidades sino también en el ámbito de la salud. Si bien el médico se encarga de realizar diagnósticos físicos, el psicólogo tiene un papel fundamental en el cuidado de la salud y puede apoyar al trabajo médico mediante la realización de estudios en la población de salud tanto del personal médico como de los pacientes que acuden a consulta. Además, una parte importante para que el tratamiento médico funcione se vincula a la percepción que tiene el paciente sobre su padecimiento, sobre el medicamento y su calidad de vida.

De esta forma podemos decir que nuestro papel como psicólogos en el ambiente hospitalario apoya a generar mayor adherencia terapéutica, situación que beneficia tanto al paciente a mejorar su condición como al personal de salud a la realización de su trabajo. Por otro lado el acompañar un estudio físico con una evaluación psicológica permite completar el diagnóstico y con ello generar más posibilidades de tratamiento que integren la parte física y psicológica del paciente. A la vez, conocer a la población que acude por atención permite saber si sus padecimientos son físicos o psicológicos.

A lo largo de la historia la humanidad se ha preguntado sobre el proceso salud-enfermedad, algunas teorías se relacionan a la presencia de espíritus que enfermaban al cuerpo, otras consideraban características humorales que impactaban en nuestra salud, también se hacían presentes las teorías que desligaban la mente del cuerpo y otras que integran su relación y su afectación

ante la enfermedad. Hoy en día sabemos que el proceso salud-enfermedad es más complejo de lo que parece y que intervienen múltiples factores como los sociales, psicológicos, físicos, ambientales y culturales.

En específico desde la perspectiva Cognitivo Conductual es posible identificar la causa de la presencia de alguna patología mediante un análisis funcional de la conducta, es decir, haciendo un estudio entre las diversas variables que pueden estar implicadas en la aparición de la conducta presentada.

Las conductas problemáticas del paciente rara vez ocurren como un fenómeno aislado “las conductas desadaptativas del paciente son parte de una larga cadena causal de sucesos. El modelo Conductual menciona que una serie de sucesos antecedentes (A) remotos y/o inmediatos inciden sobre un organismo (O) con predisposiciones estables de conducta heredadas o aprendidas, que emite una respuesta (R), en este caso la conducta problema, que a su vez se ve influida por las consecuencias que la siguen” (Remor et.al, 2003, pág. 76). El análisis de la conducta permite describir operativamente la conducta a modificar, identifica las variables del entorno o del propio sujeto que están implicadas en el mantenimiento de dicha conducta (Salamero, Peri & Gutiérrez, 2003).

Si bien el análisis conductual nos arroja datos importantes sobre el origen y/o mantenimiento de conductas, completar el estudio con evaluaciones psicológicas, entrevistas, etc., nos permite generar un diagnóstico más preciso en el paciente.

Como psicólogos podemos laborar en el ámbito hospitalario ya que dentro de nuestra ciencia hay una rama especializada al estudio de las variables psicológicas asociadas al proceso salud-enfermedad llamada “Psicología de la Salud”.

Psicología de la Salud

La Psicología de la Salud cuenta con diferentes definiciones, para Piña y Rivera (2006) es el campo de actuación profesional en que los psicólogos poseen conocimientos y competencias para cumplir funciones de investigación, prevención, rehabilitación; enfatizando la investigación de variables

psicológicas que facilitan y/o dificultan comportamientos instrumentales de riesgo/ prevención con el propósito de prevenir enfermedades, así como promover la salud.

Según Matarazzo (1980) la psicología de la Salud es la suma de aportaciones docentes, de educación, profesionales y científicas específicas de la disciplina de la psicología para la promoción y tratamiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos y diagnóstico de la salud, enfermedad y disfunciones afines, y el análisis del sistema para el cuidado de la salud, así como para la configuración de las políticas sanitarias.

Para Morales (1997) la Psicología de la salud debería entenderse como la rama aplicada de la psicología dedicada al estudio de los componentes de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud, poniendo especial énfasis en la identificación de los procesos psicológicos que participan en la determinación de la salud, en el riesgo de enfermar, en la condición y en la recuperación de la salud, fundamentalmente.

Taylor (2007) lo percibe como un campo de la psicología dedicado al conocimiento de las influencias psicológicas, en cómo la gente permanece sana, por qué enferman y como responden cuando están enfermos. La psicología de la salud se preocupa de todos los aspectos de la salud y enfermedad a lo largo del ciclo vital del ser humano.

Torres y Beltrán (1996) mencionan que “la psicología de la salud, debe entenderse como una actividad profesional encaminada a estudiar e influir sobre aquellos aspectos de la esfera psicológica (actitudes, concepciones, conductas, valores, hábitos, etcétera) que facilitan la vinculación estrecha entre el equilibrio de salud y la población, en un esfuerzo conjunto para identificar y dar solución a los problemas de salud que aquejan a la segunda” (pag.671).

La American Psychological Association define a la Psicología de la Salud como “el campo de la psicología que se enfoca en (a) el examen de las relaciones entre factores conductuales, cognitivos, psicofisiológicos, sociales y detrimento de la salud; (b) la integración de los hallazgos de la investigación psicológica y

biológica en el diseño de intervenciones empíricas para la prevención y tratamiento de la enfermedad, y (c) la evaluación del estado físico y psicológico antes, durante y después del tratamiento médico y psicológico” (Diccionario conciso de Psicología APA, 2010).

La psicología de la salud se enfoca principalmente en tres o cuatro niveles de atención que son:

El primer nivel: promoción y mantenimiento de la salud, en donde se busca mejorar los estilos de vida, actuar con anticipación al desarrollo de alguna enfermedad (prevención) (Elorza, 2011).

El segundo nivel va enfocado a los procesos necesarios para controlar la enfermedad o disminuir su efecto, en enfermedades de mediana complejidad (Elorza, 2011).

En el tercer nivel encontramos a los servicios de salud especializados y programas en acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, se realizan intervenciones en enfermedades más complejas y las urgencias con las especialidades básicas y terapias de apoyo para rehabilitación funcional (Elorza, 2011).

En el cuarto nivel de complejidad ubicamos a los padecimientos crónico-degenerativos, que para su atención se requiere del apoyo de diversas unidades de cuidado y de la intervención de un grupo de especialistas (Gómez, 2007).

Por su parte García (2008) menciona como niveles de atención los siguientes:

“Prevención primaria: se centra en la modificación de contextos ambientales y sociales; así como en los aspectos conductuales que pudiesen afectar a la salud con el tiempo.

Prevención secundaria: el objetivo de este segundo nivel se centraría en la intervención (tratamiento) propiamente dicha en un determinado trastorno cuando este acaba de iniciarse o está a punto de hacerlo.

Tratamiento: se refiere igualmente a la intervención de un determinado trastorno. La diferencia con la prevención secundaria está en la consolidación (mayor o menor) de dicho trastorno, la cual no estaba en el nivel anterior.

Prevención terciaria: el objetivo se fija en que la actuación sobre tratamiento ya efectuados, con la finalidad de prevenir la “recaída” o posibles complicaciones posteriores” (pag.78).

Resumiendo las ideas anteriores podemos considerar a la Psicología de la Salud como la rama especializada de la psicología enfocada al proceso de salud-enfermedad, que abarca pensamientos, conductas y emociones vinculadas a este proceso; que pueden analizarse mediante la investigación a nivel social, psicológico y físico. Que a su vez, emplea acciones como la prevención, intervención, educación, etc. para la mejora de la salud los individuos.

Antecedentes de la Psicología de la Salud

El campo de desarrollo de la psicología de la salud viene de la atención a lo que son el “cuerpo-mente” y su relación con la enfermedad. Se han creado modelos de intervención para el mantenimiento de un cuerpo y mente sanos, poniendo énfasis en los estilos de vida saludables, la prevención, intervención entre otras temáticas.

Como se mencionó al inicio del capítulo, la relación de la mente y el cuerpo se han estudiado desde años atrás, destacando:

- Las ideas de enfermedad causadas por demonios que enfermaban al hombre,
- La teoría de Hipócrates (460-370 a.C.) de los humores que menciona cuatro principales fluidos asociados a estados de ánimo: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flemas, que daban equilibrio al cuerpo y que al no estarlo enfermaban al cuerpo. La mayor parte del tiempo uno de estos humores predominaba influyendo en el actuar del individuo y esto tenía impacto sobre su mente.
- Durante el Renacimiento, se desarrollaron grandes avances en las bases tecnológicas de la práctica médica, dando como resultado mayor

investigación en el organismo del ser humano, con esto, se descartaron varias teorías erróneas como la “humoral”, con tales avances hubo un acercamiento a los laboratorios médicos y a los factores corporales más que a la mente como mérito de la medicina (Taylor citado en Elorza, 2011).

- En los años 70 al no ser suficiente el modelo biomédico, surge la psicología de la salud para explicar adecuadamente el concepto salud-enfermedad, además de que nació un creciente interés en los conceptos de calidad de vida y prevención de las enfermedades (Soto, 2005).

Diversos factores, tales como, el aumento de enfermedades infecciosas o crónicas, los altos costo en cuidados para la salud, así como, un mayor énfasis en el estudio de la calidad de vida (Oblitas, 2006) orillaron a la psicología, a enfocarse a la situación de que no solo se presentaban las enfermedades a un nivel físico, sino que, sería de vital importancia, atender las múltiples causas que puede tener la etiología y mantenimiento de una enfermedad. Y así, poder brindar un modelo integral que brinde los elementos necesarios para el cuidado y mantenimiento de la salud en todas sus esferas.

Actividades del Psicólogo en el ambiente Hospitalario

De acuerdo con la American Psychological Association (2006), la psicología de la salud se desarrolla hacia una búsqueda cada vez más grande de conocimientos básicos de la ciencia psicológica y sus extensiones en el campo de la salud, el impacto del comportamiento en la salud, la influencia de estados de salud y de enfermedad en los factores psicológicos

Nuestras funciones como Psicólogos pueden expandirse a diferentes aspectos del área de la salud pero en muchas ocasiones se ven limitadas por el sistema, llámese Hospital, Centro de Salud, Instituto o por los criterios que los rigen.

Considerando la libertad en nuestro quehacer como psicólogos en el ambiente hospitalario, por principio podríamos realizar actividades como:

Prevención. Un punto importante del cuidado de la salud es la prevención, ya que nos permite actuar de manera oportuna para prevenir cualquier situación de riesgo controlable. La prevención es una tarea a la que se ha dado poco peso o campañas mal dirigidas que han logrado poco en su abordaje. Como psicólogos podemos dedicarnos al ejercicio de la Psicoeducación y a la realización de materiales que apoyan el aspecto de la prevención.

Consejería. Con esto me refiero a la orientación que necesita el personal de la salud (médicos, enfermeras, etc) para el trato adecuado con los pacientes que va desde la presentación, la atención y la orientación al paciente.

Generar adherencia Terapéutica. Todo tratamiento requiere de una serie de procedimientos y continuidad, que al verse suspendidos causan que el paciente no alcance un estado de bienestar. Al trabajar con el paciente su adherencia al tratamiento y al personal de salud que lo brinda, podemos obtener mejores resultados.

Evaluaciones psicológicas. Son una herramienta muy útil que permite hacer un diagnóstico más integral al vincularlo con la:

Historia clínica. Es un medio por el cual podemos obtener datos históricos del origen o padecimiento del paciente. Que se vincula con su origen, mantenimiento y evolución.

Evaluación de tratamientos. Es una actividad que permite conocer el alcance de las intervenciones tanto psicológicas como médicas, para así hacer modelos de trabajo benéficos para población. Es un proceso que puede ser de larga duración o no y que implica verificar los alcances de nuestros tratamientos en la salud de las personas.

Investigación: es poner énfasis en el estudio de las conductas, emociones, pensamientos y factores asociados al proceso enfermedad-salud o viceversa, mediante la creación de herramientas de evaluación, que redundan en:

Publicación de trabajos: dar a luz aquellos hechos significativos para la ciencia de la salud

Enseñanza: mostrar a otros lo que hemos aprendido, de una forma responsable y en beneficio de la población.

Algunos autores como Grau y Flores (2005) mencionan que las actividades del psicólogo de la salud se pueden clasificar en:

- Asistenciales-educativas
- Científico-investigativas
- De docencia y capacitación
- De asesoramiento y consultoría
- Y administrativas-organizativas

Amigo, Fernández y Pérez (1998), quienes retoman a Matarazzo proponen cuatro áreas de intervención del psicólogo de la salud:

- Promoción y mantenimiento de la salud: dentro de este rubro se incluyen aquellas campañas encaminadas a promover hábitos saludables
- Prevención y tratamiento de la enfermedad
- Estudio de la etiología y correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones (la etiología, se refiere las estudio de aquellas causas de la salud como de la enfermedad)
- El estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud: se refiere al impacto de las instituciones sanitarias en la población con respecto a su comportamiento, elaborando recomendaciones para la mejorar del cuidado de la salud.

Como psicólogos nuestro trabajo en el ambiente medico ha dado grandes frutos que han permitido el avance y reconocimiento de nuestra ciencia “la psicología”. Bazán (2003) menciona algunas aportaciones que se han hecho gracias a la psicología de la salud:

- Un marco teórico para los fenómenos psicológicos dentro del fenómeno de enfermedad.
- La relación existente entre salud y estilos de vida

- Se ha evidenciado el papel del estrés en la salud
- Ha marcado la existencia de conductas relacionadas con la enfermedad
- Demostrado la importancia que tiene la representación de la gente en cuanto a su estado de salud.
- el papel del afrontamiento en la enfermedad
- Ha señalado los factores que influyen en la adaptación de las personas a la enfermedad.

Todas las aportaciones hechas del psicólogo al ámbito de la salud permiten que nuestra profesión se profile a un nivel más importante e indispensable para el mantenimiento y promoción de la salud.

Como psicólogos tenemos muchas funciones a desempeñar en el ambiente hospitalario desde la prevención, la intervención, creación de programas de salud hasta funciones de investigación pero de igual manera hay muchos retos por vencer. Diversos autores como Reynoso (2002), Piña (2003), Oblitas (2006), Morales (1999) por mencionar solo algunos, han hablado del gran reto que trae consigo el papel del psicólogo, pero siendo honestos como psicólogos siempre tenemos el reto de hacer valido nuestro trabajo y nuestra importancia en el área de la salud.

Si bien nos vemos limitados también contamos con pequeñas acciones que al irse encadenando logran reflejar a otros la importancia de nuestro rol, ya que la salud no se basa solo en un componente sino en diversos, mismos que deben ser abordados de una forma multidisciplinar y así lograr una integración de los aspectos de la salud. Es necesario ver al paciente como un agente activo en la prevención y el tratamiento de su padecimiento, ya que para que funcione la alianza de los profesionales de la salud es vital ver al paciente como un ser con capacidad de crítica y no meramente receptor.

La salud es un concepto dinámico, que cambia con las condiciones de vida, la época y el marco social por lo cual no podemos considerar que su abordaje sea indisciplinar.

Con todo lo mencionado en este capítulo podemos hacer una reflexión del quehacer del Psicólogo en el ambiente hospitalario o de la salud, de cuál es su importancia, cuáles son sus funciones y sus aportaciones a las ciencias de la salud. Y he aquí un enlace con los capítulos anteriores, ya que para poder tener un individuo en equilibrio con sus componentes psicológicos- físicos- sociales y ambientales, es necesario trabajarlos en conjunto y no como entes separados o independientes.

El concepto de salud abarca otros conceptos como Calidad de vida, misma que al verse afectada puede desencadenar depresión o ansiedad y que se pueden vincular a padecimientos respiratorios, o viceversa. Por ello es esencial que el trabajo dentro del área de la salud se haga de forma multidisciplinar, podemos saber sobre muchos temas pero realmente debemos aprender a aceptar nuestras limitaciones y aceptar la ayuda de los que nos pueden apoyar, recordemos que nuestra principal función como profesionistas de la salud es mantener y ayudar al cuidado de la salud.

Método.

Planteamiento del problema.

Las enfermedades respiratorias son un problema de salud pública, mismas que ocasionan molestias en el desarrollo de actividades cotidianas, ya que sus síntomas implican incomodidad y dolor. Por ello es necesario conocer las características de esta población para identificar los niveles en que se ve afectado su estado de ánimo y su calidad de vida para así desarrollar un plan de intervención.

Hipótesis:

Los pacientes con problemas respiratorios presentan algún cambio en niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida al recibir el tratamiento inhaloterapia.

Variables.

Definición Conceptual.

- **Problema Respiratorio:** padecimiento de las vías aéreas superiores o inferiores que provoca dificultad para la respiración, que tiene posible origen infeccioso y/o alérgico (Espinosa, 2013).
- **Inhaloterapia:** administración nebulizada de partículas al tracto respiratorio con propósitos terapéuticos (Güell, 2005).
- **Ansiedad:** La ansiedad es una reacción emocional normal, que permite la supervivencia de los individuos y de nuestra especie, como un mecanismo adaptativo, en donde se activa ante circunstancias de peligro. Sin embargo, así como la ansiedad nos puede ayudar a nuestra supervivencia, también por otro lado cuando las reacciones de ansiedad alcanzan niveles excesivamente altos o dispara conductas desadaptativas y la reacción se considera patológica (Ellis, 1998, Beck, 1988).
- **Depresión:** La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión

puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria (OMS, 2014).

- **Calidad de vida:** percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (Grupo WHOQOL, 1995).

Definición Operacional.

Variable Dependiente:

- Puntajes en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) de Radloff LS, año 1977.
- Puntajes en el Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE) de Spielberger y Díaz-Guerrero, año 1975.
- Puntajes de la prueba de calidad de vida WHO-QOL-Breve versión español, traducción y adaptación de González-Celis & Sánchez-Sosa, año 2001.

Variable Independiente:

- Tratamiento de inhaloterapia, que se realizó durante 30 días.

Escenario:

El estudio se llevó a cabo en el servicio de Inhaloterapia del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, el cual tiene 42 especialidades de entre las cuales destaca la unidad de Otorrinolaringología donde se atienden diversos padecimientos.

Participantes:

Se evaluaron a 40 pacientes con problemas respiratorios (como sinusitis, asma, rinitis alérgica y pólipos), de nuevo ingreso al servicio de inhaloterapia, de los cuales solo 15 (9 mujeres y 6 hombres), de entre las edades de 25 a 63 años que presentaron diagnóstico médico de sinusitis, cumplieron las 2 fases de evaluación en el estudio (pre y postest).

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Paciente de primera vez en el servicio de inhaloterapia.
- Tener algún padecimiento respiratorio (asma, sinusitis, rinitis, pólipos).
- Edades entre 25 a 63 años.
- Saber leer y escribir.

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes con algún padecimiento psiquiátrico diagnosticado.
- Asistir a menos de 30 sesiones de inhaloterapia.

Las características del grupo final se describen en la tabla 2.

Instrumentos.

Se emplearon pruebas para medir ansiedad (IDARE), depresión (CES-D) y calidad de vida (WHO-QOL Breve) las cuales se describen a continuación.

Prueba **WHO-QOL BREVE versión español**, que consta de 26 ítems que puntúan en un rango de 1 a 5, donde 1 significa “No en absoluto, muy pobre, nada en absoluto, muy insatisfecho y nunca” mientras que 5 significa “Muy buena, muy satisfecho, completamente y siempre”. Está dividido en cuatro factores (Físico, Psicológico, social y ambiental), cada uno de ellos con diferentes componentes del factor (ver tabla 2). A mayor puntuación, mayor percepción de calidad de vida en el factor calificado, no es necesario sumar los factores y todas las calificaciones se transforman a porcentajes (González-Celis, & Sánchez-Sosa, 2001).

Tabla 2. Calidad de vida.

FACTORES del WHO-QOL	COMPONENTES DEL FACTOR
1. Salud Física	Actividades de la vida cotidiana Movilidad Energía y Fatiga Sueño y Descanso Enfermedades y Dependencia de Sustancias medicinales Capacidad para Trabajar
2. Psicológico	Imagen Corporal y Apariencia Sentimientos Positivos Sentimientos Negativos Autoestima Espiritualidad/Religión/Pensamientos Personales Cognición, Aprendizaje, Memoria, Concentración
3. Relaciones Sociales	Relaciones Interpersonales Apoyo Social Actividad Sexual
4. Ambiente	Recursos Económicos Libertad y Seguridad Acceso y Calidad a Salud Pública Ambiente en el Hogar Oportunidades para adquirir nuevas habilidades e Información Participación en actividades recreativas Ambiente Físico (Contaminación, Trafico, Clima) Transporte

Inventario de ansiedad rasgo-estado IDARE:

Está integrado por dos escalas de autoevaluación que miden dos aspectos de la ansiedad, el Rasgo (cómo se siente generalmente) y el Estado (cómo se siente en un momento dado). El inventario consta de 40 reactivos en total, 20 afirmaciones dirigidas a evaluar A-Rasgo y 20 a evaluar A-Estado (Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975). Las investigaciones han arrojado adecuados resultados

de validez y confiabilidad, en muestras mexicanas, con coeficientes de confiabilidad para la ansiedad-rasgo mayores a 0.75 y para la ansiedad-estado, mayores a 0.81 (Arias-Galicia citado en Sepúlveda, 2013).

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D:

Está integrada por 20 reactivos autoadministrables que permiten localizar indicadores de la depresión mediante la sintomatología del paciente (Sepúlveda, 2013). Se agrupan los reactivos en 4 grupos que son: Relación interpersonal, Afecto negativo, Quejas psicósomáticas y Afecto positivo, los cuales deben sumarse dando un margen de posible respuesta de 0 a 60. A mayor puntaje, mayor presencia de sintomatología depresiva (0-20 leve, 21-40 moderada y 41-60 elevada).

Se ha demostrado que la CES-D tiene muy buenas correlaciones con otras escalas de depresión, además de presentar una buena consistencia interna, aceptable fiabilidad test-retest, buena validez concurrente sobre criterios clínicos y de autoinforme y buena validez de constructo (Villalobos-Galvis, 2012).

Procedimiento.

Se realizó un preexperimento para conocer si hay algún cambio en los puntajes pre y postest obtenidos en las escalas de depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes con problemas respiratorios que recibieron inhaloterapia.

Derivado de la plática sostenida con el médico encargado del servicio de inhaloterapia, sobre el propósito del presente estudio, se autorizó realizar evaluaciones psicométricas a los pacientes que acudían por primera vez al servicio.

A los pacientes que llegaron por primera vez se les invitó a participar en el estudio, a aquellos que aceptaron se les hizo entrega de un consentimiento informado y posteriormente a ser firmado se les realizó una historia clínica para conocer los antecedentes del paciente, la cual consideró: ficha de identificación, motivo de consulta, edad de inicio del padecimiento,

sintomatología, percepción del estado de ánimo, limitaciones en la vida del paciente asociadas al padecimiento médico, tratamientos previos, alimentación, sueño y actividad física.

Posteriormente se pasó a la aplicación del pretest, donde se aplicaron las pruebas para ansiedad (IDARE), depresión (CES-D) y el inventario de calidad de vida (WHO-QOL-Breve). Una vez que pudieron acceder a la consulta médica se les realizó una exploración y evaluación médica, también se les dio su primera sesión de inhaloterapia.

Se dejaron pasar 30 sesiones de inhaloterapia, cuya aplicación se realizó durante 5 minutos, en conjunto del lavado de anginas y aplicación de yodo en las fosas nasales de los pacientes, en cada visita.

Una vez alcanzadas las 30 sesiones del tratamiento se realizó la evaluación final o post-test, que consistió en una segunda entrevista y aplicación de las pruebas psicológicas.

Análisis de Resultados

Se realizó una comparación de los datos obtenidos en las pruebas de ansiedad (IDARE), depresión (CES-D) e inventario de calidad de vida (WHO-QOL-Breve) del pre-test y del post-test.

Resultados

De los 40 pacientes con diversos padecimientos respiratorios (sinusitis, rinitis alérgica, asma y pólipos) evaluados a lo largo de los meses de Octubre del 2013 a finales de Marzo del 2014 en el servicio de inhaloterapia, solo de los pacientes con diagnóstico de Sinusitis 15 (9 Mujeres y 6 Hombres) lograron cumplir las dos fases del estudio (pre-postest). Las características de estos pacientes se muestran con mayor detalle en la siguiente tabla (ver tabla 3).

Tabla. 3. Muestra final de pacientes con diagnóstico de sinusitis

Paciente	Edad	Sexo	Padecimiento medico	Escolaridad	Ocupación	Tiempo con el padecimiento
1	25	Femenino	Sinusitis	Licenciatura	Profesionista	7 años
2	34	Masculino	Sinusitis	Posgrado	Profesionista	10 años
3	63	Femenino	Sinusitis	Sin estudios	Comerciante	3 años
4	53	Femenino	Sinusitis	Secundaria	Comerciante	Desde la infancia
5	37	Masculino	Sinusitis	Secundaria	Empleado	1 año
6	28	Femenino	Sinusitis	Bachillerato	Hogar	Días
7	62	Masculino	Sinusitis	Licenciatura	Jubilado	22 años
8	53	Femenino	Sinusitis	Primaria	Hogar	1 año
9	46	Masculino	Sinusitis	Bachillerato	Empleado	2 años
10	27	Femenino	Sinusitis	Bachillerato	Comerciante	
11	57	Femenino	Sinusitis	Primaria	Comerciante	13 años
12	42	Femenino	Sinusitis	Secundaria	Hogar	2 años
13	38	Masculino	Sinusitis	Carrera técnica	Profesionista
14	41	Femenino	Sinusitis	Licenciatura	Empleada
15	24	Masculino	Sinusitis	Bachillerato	Empleado

Se hizo un análisis de las entrevistas pre (ver anexo 2) y postest (ver anexo 3) que se aplicaron a los 15 pacientes que conformaron la muestra final. Dentro de las preguntas que se realizaron se consideraron datos tales como: ficha de identificación, motivo de consulta, inicio ,evolución del padecimiento, síntomas físicos, estado emocional, tratamientos previos, medicamentos que ingerían, antecedentes heredofamiliares, aspectos de su vida que se vieran interferidos por el padecimiento, tipo de alimentación, sueño y actividad física. De los datos obtenidos en común por los pacientes se diseñaron las siguientes tablas (4, 5,6 y 7).

Tabla 4. Comparación de datos obtenidos en las entrevistas pre y postest.

SINTOMAS FISICOS ANTES DEL TX	SINTOMAS FISICOS DESPUES DEL TX	CAMBIOS OBTENIDOS
<ul style="list-style-type: none"> • Fluido nasal • Dificultad para respirar • Tos • Gripe • Mareos • Resequedad y picazón en la nariz • Anginas inflamadas • Zumbido en oídos y dificultad para escuchar bien • Lagrimeo • Flemas • Estornudos • Dolor en: frente, mejillas, nariz, oído, cabeza, garganta y paladar 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay dolores. • Fluido nasal blanco y no verde. • Solo en dos casos aún hay presencia de dolor en los oídos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Respirar • Poder hacer actividad física sin menor dificultad • Hacer sus actividades con menor molestia. • Poner cuidado a su salud evitando temperaturas frías o alimentos fríos y cubriéndose. • Se distraen menos en sus actividades ahora que no tienen dolor.

Tabla 5. Comparación de datos obtenidos en las entrevistas pre y postest.

ESTADO EMOCIONAL REPORTADO AL INICIO DEL TX	ESTADO EMOCIONAL REPORTADO FINAL DEL TX
<ul style="list-style-type: none"> • 2 con Tristeza • 1 con Preocupación • 4 con Enojo • 8 mencionan tranquilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 Tranquilos • 4 pacientes preocupación por seguir en tratamiento. • 6 pacientes reportaron no haber percibido que el tratamiento influyera en su estado emocional, ningún efecto.

Tabla 6. Comparación de datos obtenidos en las entrevistas pre y postest

FRECUENCIA CON LA QUE SE ENFERMARON DE GRIPE	CANTIDAD DE INGESTA DE FÁRMACOS	MODIFICACIONES VINCULADAS AL SUEÑO
En su mayoría los pacientes no se enfermaron durante el tratamiento, pero los 5 que si se enfermaron argumentan que duraron menos tiempo enfermos. Por ejemplo de 3 semanas a solo una semana o de 8 días a solo 4	Al inicio del tratamiento reportaban consumir en promedio 3 fármacos, situación que disminuyo, ya que la mayoría reporta solo usar el tratamiento de inhaloterapia	Descansan mejor, ya pueden respirar No roncan o no como antes

Tabla 7. Comparación de datos obtenidos en las entrevistas pre y postest

EN QUÉ INTERFERIA SU PADECIMIENTO	ALGÚN EVENTO SIGNIFICATIVO DURANTE EL TX QUE PUDIERA INFLUIR EN SU ESTADO DE ÁNIMO	MOMENTO EN EL QUE NOTARON ALGUN CAMBIO EN SU SALUD
<p>Descanso</p> <p>Actividad física</p> <p>No frecuentar lugares fríos, húmedos o con polvo</p>	Preocupaciones familiares , de trabajo o de salud	<p>En la 4 Y 5 sesión empezó a salir fluido nasal</p> <p>En la 11-19 sesión ya había una mejor respiración y disminución de los síntomas que presentaban como el dolor.</p>

Observando los datos de la tablas 4 – 7 podemos sugerir que la inhaloterapia es un tratamiento que mejora el estado físico de los pacientes con problemas respiratorios como lo es la sinusitis, pudiéndose notar sus efectos entre las sesiones 4 a la 19 y que con ello la ingesta de fármacos y los síntomas físicos disminuyen.

Los pacientes reportan tener una mejor respiración, que se enferman menos de gripe, descansan y hay menor molestia al realizar sus actividades. Algún evento relacionado a su padecimiento podrían ser preocupaciones a nivel familiar, laboral o de la misma salud.

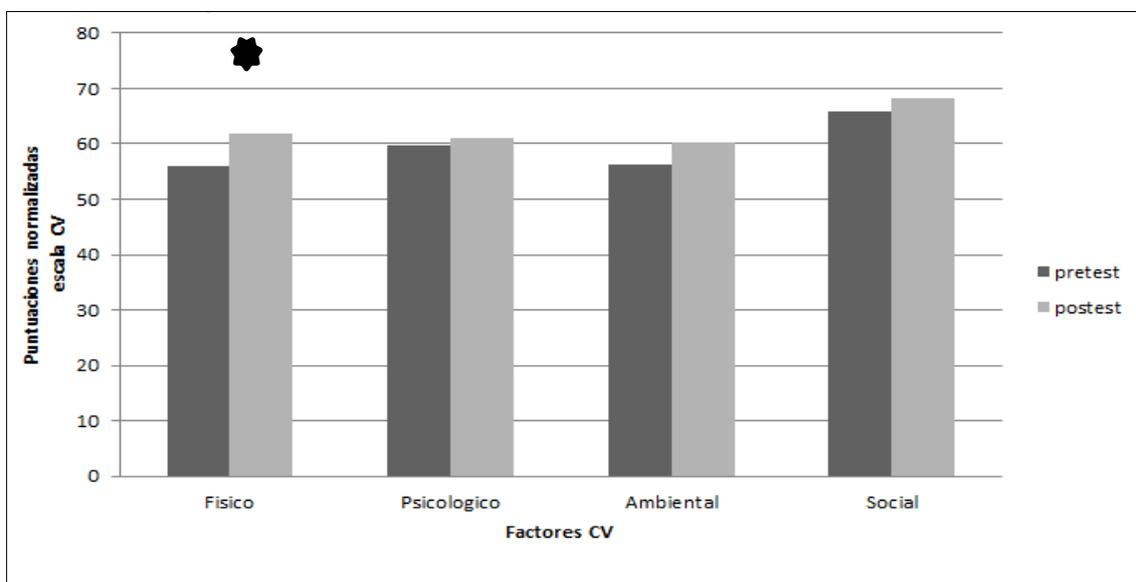
Dadas las características de los datos recaudados en la prueba de calidad de vida WHO-QOL Breve, se realizó un análisis paramétrico “T de Student” con el programa SPSS versión 20. Los resultados se muestran en la tabla 8 y se puede apreciar que solamente el factor Físico presentó cambios, ya que se obtuvo una T de -1.9908 significativo al .033 por lo cual podemos asumir que si hubo diferencias tras el tratamiento de inhaloterapia en contraste de los factores Psicológico, Social y Ambiental para los cuales no hubo diferencias significativas.

Tabla 8. Análisis paramétrico “T de Student” para Calidad de Vida

Factor	N	Media	Desviación estándar	t	gl	Sig
Calidad de vida Físico Pre	15	56,00	16,138	-1,991	14	,033*
Calidad de Vida Físico Post	15	61,80	17,885			
Calidad de Vida Psicológico Pre	15	59,67	17,743	-,541	14	,298
Calidad de Vida Psicológico Post	15	61,00	15,005			
Calidad de Vida Ambiental Pre	15	56,33	15,370	-1,103	14	,288
Calidad de Vida Ambiental Post	15	60,13	16,600			
Calidad de Vida Social Pre	15	65,87	20,237	-,840	14	,415
Calidad de Vida Social Pos	15	68,33	20,381			

Así mismo se muestra en la figura 1, las comparaciones entre las medias para los 4 factores de calidad de vida, contrastando las medidas previas y posteriores al tratamiento.

Figura 1: comparación de las medias del pretest y postest, para cada uno de los factores de la escala de “calidad de vida”



*El asterisco muestra las comparaciones con diferencias significativas.

Para los resultados de las pruebas de ansiedad y depresión se realizó un análisis no paramétrico con el estadístico de Wilcoxon, ya que nos permite hacer un análisis de muestras relacionadas, pudiendo así conocer si hay diferencias significativas entre los puntajes obtenidos en el pre y postest. En las tablas se puede apreciar que solo se presentaron cambios significativos en las escalas de Ansiedad Rasgo y en el Inventario de Depresión, con lo cual podemos sugerir que el tratamiento de inhaloterapia impactó en estas variables logrando cambios (Ver tablas 9,10 y 11).

Tabla 9. Análisis no paramétrico de Wilcoxon para Ansiedad Rasgo (IDARE)

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Media	W	P
Ansiedad Rasgo Post -	Rangos negativos	9 ^a	8,78	79,00	42,07	-1,627	,0475*
Ansiedad Rasgo Pre	Rangos positivos	5 ^b	5,20	26,00	45,73		
	Empates	1 ^c					
	Total	15					

*El asterisco muestra donde se encontraron diferencias significativas

Tabla 10. Análisis no paramétrico Wilcoxon para la escala de Ansiedad -Estado (IDARE)

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Media	W	P
Ansiedad Estado Post -	Rangos negativos	7 ^a	7,50	52,50	41,47	,000	0,5
Ansiedad Estado Pre	Rangos positivos	7 ^b	7,50	52,50	41,8		
	Empates	1 ^c					
	Total	15					

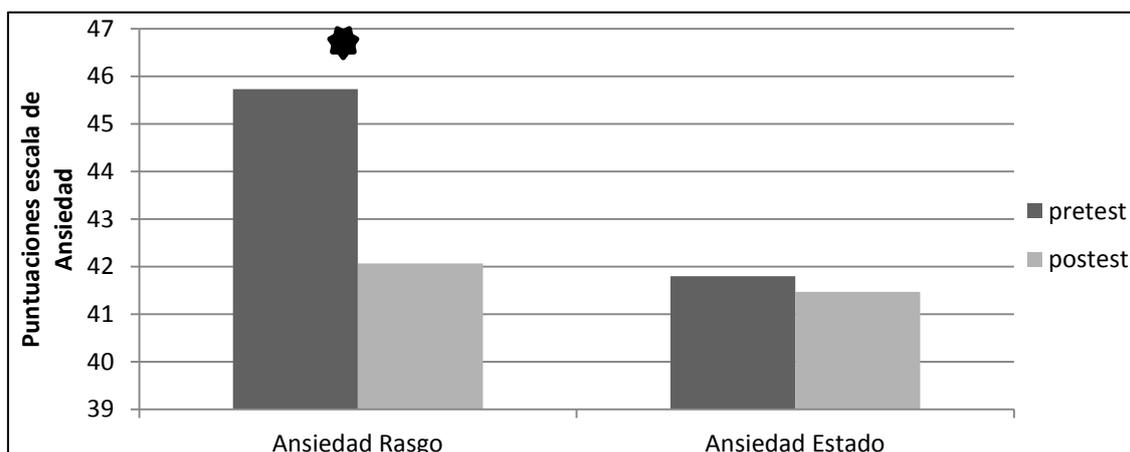
Tabla 11. Análisis no paramétrico Wilcoxon para la escala de Depresión (CES-D)

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Media	W	P
Depresión Post –	Rangos negativos	14 ^a	7,64	107,00	15,6	-2,672	,004*
Depresión Pre	Rangos positivos	1 ^b	13,00	13,00	20,67		
	Empates	0 ^c					
	Total	15					

*El asterisco muestra donde se encontraron diferencias significativas

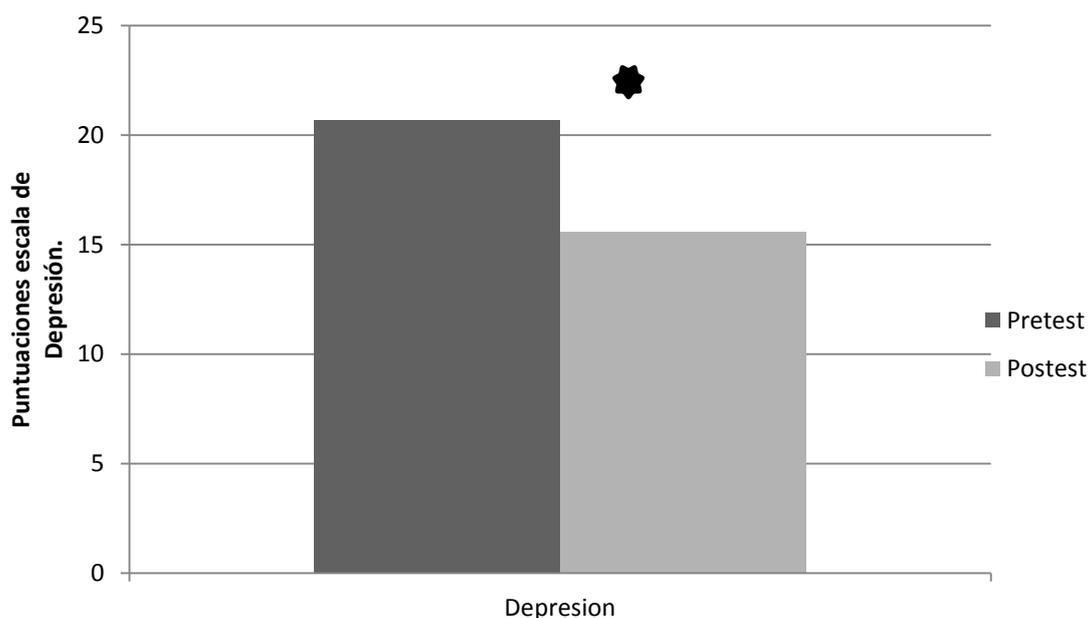
Así mismo se muestra en la figura 2 y 3, las comparaciones entre las medias para los factores de ansiedad y depresión, contrastando las medidas previas y posteriores al tratamiento.

Figura 2: comparación de las medias del pretest y postest, para cada uno de los factores de la escala de “ansiedad”.



*El asterisco muestra las comparaciones con diferencias significativas

Figura 3. Comparación de las medias del Pretest y postest Depresión



*El asterisco muestra las comparaciones con diferencias significativas

Con los datos obtenidos de los 15 pacientes en las entrevistas anteriores y posteriores al tratamiento de inhaloterapia, se decidió emplear la formulación de caso, que es un conjunto de hipótesis, respecto de las variables que operan como causas, detonadores o factores que mantienen los problemas emocionales, psicológicos, interpersonales y conductuales de un individuo, para diseñar mapas clínicos de Patogénesis (ver mapa 1), mapa de fortalezas (ver mapa 2) y mapa de alcance de metas (ver mapa 3) e identificar de una manera más sencilla aquellas variables relacionadas al padecimiento (Eells citado en Nezu y Nezu, 2006).

El Mapa Clínico de Patogénesis (Nezu y Nezu citados en Nezu y Nezu, 2006) es una descripción grafica de las variables hipotéticas que contribuyen al surgimiento y mantenimiento de las dificultades de un paciente determinado.

Este mapa incluye variables denominadas:

- **Variables distantes:** son los factores históricos o de desarrollo que pueden ser responsables del surgimiento inicial de vulnerabilidades particulares o de los trastornos psicológicos.

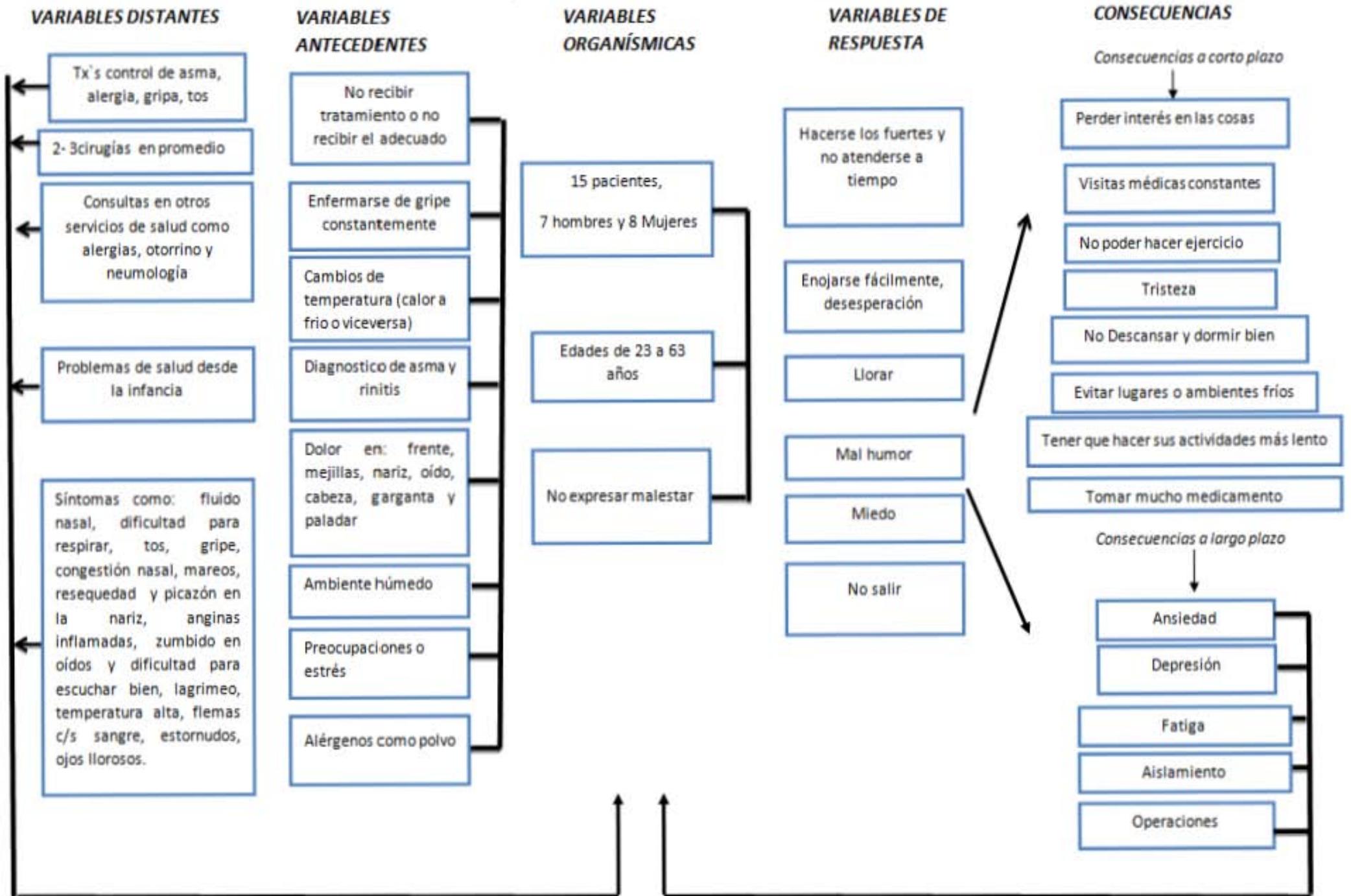
- **Variables antecedentes:** están relacionadas con el paciente o con el ambiente, que operan como estímulos desencadenantes o discriminativos próximos para otros factores de resultados instrumentales o para los síntomas angustiantes en sí.
- **Variables organísmicas:** están relacionadas con el paciente, son sus características conductuales, afectivas, biológicas, sociales, que representan mediadores de respuesta.
- **Variables de respuesta:** son los resultados instrumentales relacionados con el paciente que se asocian de manera muy estrecha a una de las metas de resultados finales del paciente o se refiere al conjunto de síntomas angustiantes que se presentan como respuesta a algún evento o situación.
- **Consecuencias a largo y corto plazo:** se halla toda la diversidad de variables relacionadas tanto con el paciente como con el ambiente, que se presentan como reacción a una variable de respuesta determinada.

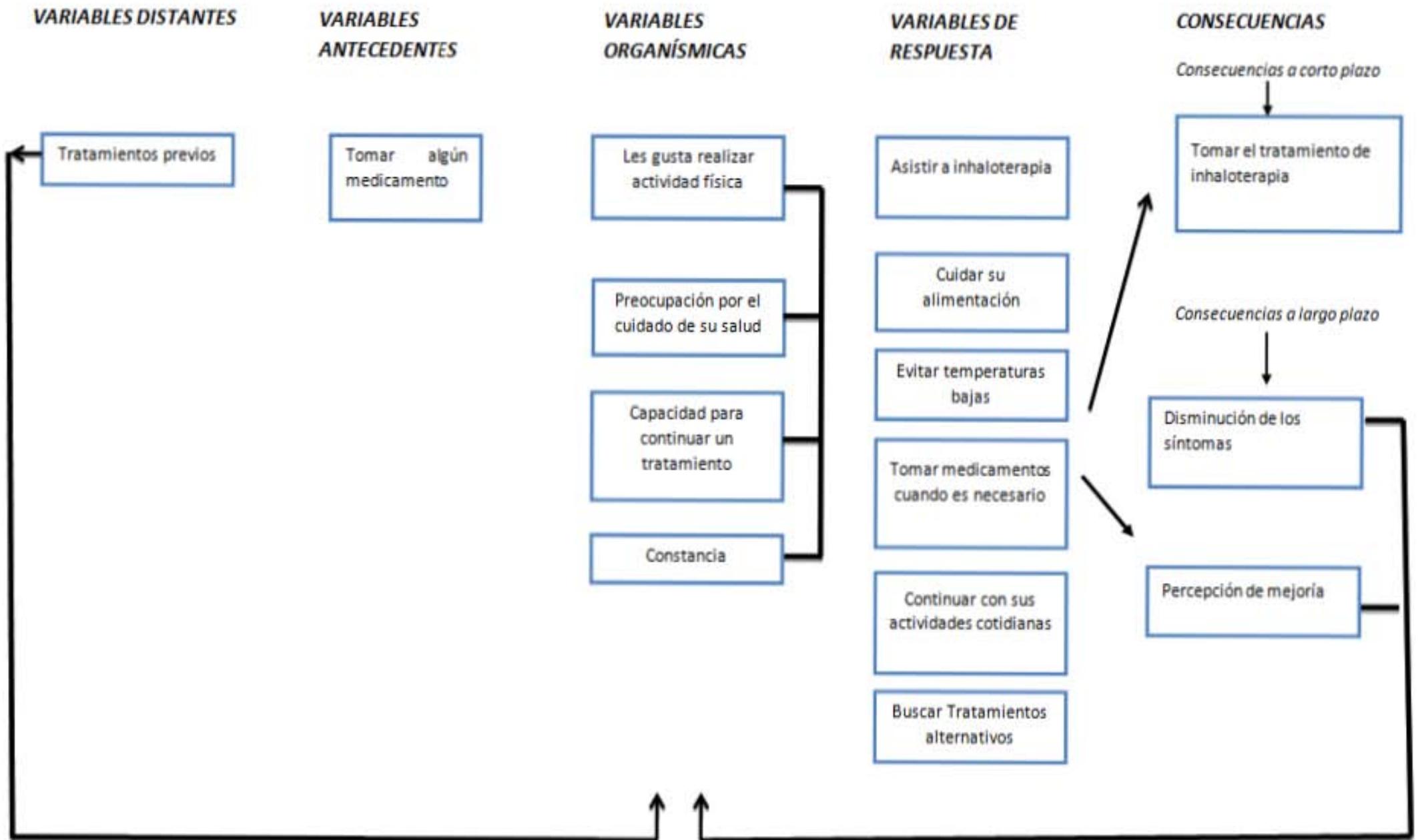
El Mapa Clínico de fortalezas es una representación gráfica de aquellas variables positivas con las que cuenta el paciente, como sus fortalezas y virtudes con las que ha logrado vencer su problemática y mejorar su calidad de vida. Retoma las variables descrita anteriormente (Valencia y Flores, 2013).

El Mapa de Alcance de metas (Nezu y Nezu citados en Nezu y Nezu, 2006, pág.45) es una representación gráfica respecto a la ubicación actual del paciente y de a dónde quiere llegar. Este mapa debe incluir una lista de estrategias potenciales de intervención, objetivos del tratamiento y metas de resultados finales.

Con los mapas clínicos de patogénesis, fortalezas y el de alcance de metas, se estructuró **un plan de tratamiento (ver anexo 1)** para los pacientes con sinusitis, tratando de abarcar aquellos aspectos que permitan darle a los pacientes un mayor desarrollo de sus habilidades y fortalezas para generar una mayor percepción de bienestar.

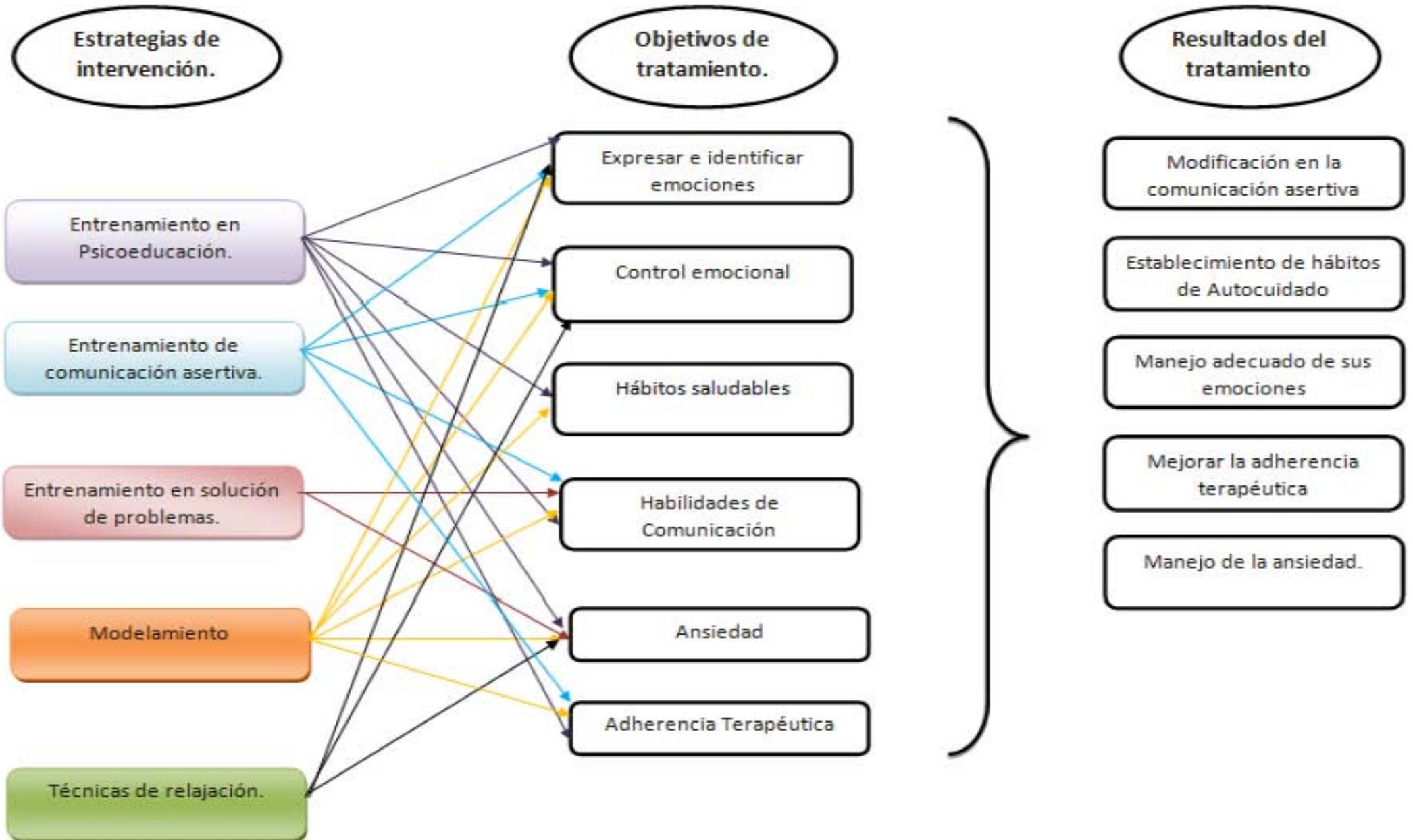
Mapa Clínico de Patogénesis





Mapa clínico de Fortalezas

MAPA DE ALCANCE DE METAS



Discusión.

El propósito de este estudio fue conocer los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida en pacientes que acudían de primera vez al servicio de inhaloterapia y ver qué mejorías presentaban en su salud emocional y física después de recibir el tratamiento.

Se hizo énfasis en evaluar los factores de ansiedad, depresión y calidad de vida, ya que la sinusitis, el asma y los padecimientos respiratorios mencionados con anterioridad, generan gran impacto en el bienestar del paciente (Del Rio-Navarro et.al, 2009).

Estudios como los de Soto (2005) y Del Rio-Navarro (2009) señalan que en padecimientos como el asma y rinitis alérgica hay presencia de niveles de ansiedad o disminución de la calidad de vida, pero pocos mencionan la presencia o ausencia de niveles de ansiedad o depresión en pacientes con sinusitis.

Realizar entrevistas antes del tratamiento y posteriores a él permitió identificar variables asociadas a la enfermedad, algunas de ellas son que los pacientes acuden a diversos tratamientos y especialistas antes de ser diagnosticados adecuadamente, generalmente se enfermaban de gripa varias veces al año, sentían diversos malestares que no expresaban y continuaban con sus actividades prestando poca importancia al dolor, pudiendo agravar su salud.

Otro de los datos importantes obtenidos mediante las entrevistas fue que los pacientes tienen como respuesta a su padecimiento médico el negar su malestar, hay presencia de enojo, mal humor, miedo y se tiende a no salir; situación que trae como consecuencias a corto plazo las visitas médicas constantes, la ingesta de diversos fármacos, perder interés en las cosas, tristeza, evitar lugares, no hacer ciertas actividades que les gustaban y hacer las cosas más lento.

Algunas de las características positivas de la población estudiada fueron: el gusto por la actividad física, la capacidad para continuar con el tratamiento, la preocupación por el cuidado de su salud y que hicieron cambios como evitar

ambientes fríos y cubrirse para evitar el malestar físico. Esto podríamos relacionarlo a la adaptación a la enfermedad que mencionan Sánchez-Sosa y González-Celis (2006) y Tercero (2013), ya que los pacientes pudieron hacer esos pequeños ajustes en su rutina que les trajo mejorías.

De acuerdo con la clasificación que hizo Spielberger (1972) de la ansiedad en rasgo y estado, encontramos que los pacientes que acudieron al tratamiento de inhaloterapia experimentaron un cambio significativo en su ansiedad rasgo, lo que nos podría decir que la historia de salud de los pacientes, es decir su constante visita a servicios médicos, les había llevado a presentar un mayor número de síntomas ansiosos que repercutían en su forma de sentirse y en la manera en que se desempeñaban en su día a día. Y tras la reducción de síntomas físicos presentaron una menor frecuencia de estado ansioso.

Respecto a la ansiedad estado no se obtuvieron cambios significativos, esto contrasta en comparación de otros estudios como los de Ries, et.al (2013), para los cuales la ansiedad estado resulta significativa. Esto puede deberse a que al momento de ser evaluados los pacientes no presentaron gran sintomatología ansiosa, ya que en comparación con otros procedimientos médicos la inhaloterapia no es invasiva y/o agresiva, por lo cual al final de la evaluación tampoco presentaron un índice elevado en ansiedad estado.

Esto refleja la relación mencionada por Spielberger y Díaz-Guerrero (1975) referente a que al disminuir la ansiedad rasgo disminuye la ansiedad estado.

Retomando las características positivas identificadas mediante el mapa de fortalezas, estas pudieron ser un factor importante para el factor de calidad de vida, ya que como mencionan Sánchez- Sosa y González- Celis (2006), la calidad de vida abarca dimensiones diferentes y una de estas son los recursos y aquello que la persona es capaz de hacer.

Tomando en cuenta que la calidad de vida se compone de factores objetivos y subjetivos, podemos considerar que a pesar de que los pacientes reportaron cambios en sus diferentes áreas como la física, psicológica, social y ambiental, sólo el factor físico presentó cambios significativos mediante los análisis, con lo que se puede sugerir que la inhaloterapia es un tratamiento que impacta en el

factor físico de la calidad de vida puesto que hubo mejorías en el descanso de los pacientes, en la sensación de fatiga, la ingesta de fármacos se cambió por solo el tratamiento de inhaloterapia, la frecuencia con que presentaron gripe disminuyó al igual que todos los síntomas reportados como: escurrimiento nasal, dolores, flemas, dificultad para respirar. También presentaron menor molestia al realizar sus actividades cotidianas, pero se puede considerar que el tratamiento por sí solo no es un factor lo suficientemente fuerte para generar impacto en las áreas psicológica, social y ambiental de la calidad de vida.

Para generar una mayor calidad de vida en los pacientes con sinusitis es necesario realizar una intervención psicológica conjunta al tratamiento médico, ya que como menciona Ardila (2003), para hablar de calidad de vida necesitamos sentirnos sanos, productivos, seguros y ser capaces de expresar nuestras emociones.

Por otro lado la depresión es un fenómeno originado por múltiples causas, algunas de ellas pueden estar vinculadas a la pérdida de la salud que conlleva a cambios en nuestra forma de vivir, a cambios físicos- emocionales- sociales y ambientales. La literatura no señala claramente si hay índices de depresión en la población con sinusitis (Fernández y Herrera, 2013) , pero en este estudio se pudo observar que la población evaluada no presentó índices elevados de depresión, pero tras recibir inhaloterapia estos índices se vieron favorecidos, ya que disminuyeron y mostraron ser cambios significativos. Con esto podemos apuntar que al sentir mejoría los pacientes, su sintomatología depresiva disminuye.

Pudiera pensarse que al haber cambios en puntuaciones para depresión y ansiedad, la inhaloterapia sí impacta en el área psicológica de la calidad de vida pero el inventario WHO-QOL Breve mide aspectos diferentes en el área psicológica que los que consideran la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D) y el inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE), ya que estos van más vinculados a la sintomatología que a la satisfacción que percibe el individuo en sus diversas áreas.

Como menciona Güell (2005) la inhaloterapia es un tratamiento médico que permite la movilización y evacuación de secreciones respiratorias, situación

que genero beneficios a la salud de las personas con sinusitis evaluadas. La inhaloterapia es un tratamiento que en algunos casos puede evitar que los pacientes pasen por procedimientos quirúrgicos más complejos, pero para mejorar la calidad de vida completamente, se requiere incluir una intervención psicológica que provea al paciente de estrategias para cuidar de su salud como evitar condiciones ambientales que les provoquen una mayor posibilidad de agudizar su sintomatología, que sepan identificar qué acciones o condiciones son necesarias para el mantenimiento de su bienestar, que puedan reconocer sus emociones y pensamientos para así poder expresarlos de manera adecuada y no reprimirse pudiendo generar malestares en su calidad de vida. Por otro lado, también es necesario que se ayude a los pacientes a reforzar su capacidad para tomar sus propias decisiones y que logren expresar al personal de salud todas sus dudas o inquietudes, por lo cual es indispensable fortalecer en ellos sus habilidades de comunicación, asertividad y confianza.

Conclusión

Las personas diagnosticadas con sinusitis posiblemente desarrollen esta enfermedad por no ser atendidas y diagnosticadas a tiempo, si de lo contrario se tuviera la cultura del cuidado de la salud y se proporcionará a la población los cuidados pertinentes, se podría prevenir su aparición, que si bien no es un padecimiento incurable si genera gran impacto a quienes la padecen, ya que genera altos costos, requiere de muchos cuidados y del mantenimiento de estos a lo largo del tiempo. Por ello es necesario crear intervenciones a nivel prevención, ya que la población conoce poco sobre este padecimiento por su fácil confusión con una gripe, si abordamos el problema desde la población infantil podremos disminuir la probabilidad de que se generen en etapas posteriores del desarrollo padecimientos respiratorios que pongan en juego su calidad de vida. Se necesita que los tratamientos médicos se acompañen de una intervención psicológica, ya que las enfermedades impactan no solo en el factor físico sino también en el psicológico, social y ambiental causando diversos conflictos que necesitan ser atendidos y que solo los psicólogos tenemos esa sensibilidad para trabajarlos.

Así como las enfermedades impactan en nuestro bienestar psicológico, también puede ser que nuestras afecciones emocionales o psicológicas repercutan originando o predisponiéndonos a padecimientos físicos, por lo cual es necesario seguir haciendo investigación sobre las enfermedades respiratorias y sus factores psicológicos asociados.

Algo que como psicólogos podemos hacer es trabajar en conjunto con el personal médico para generar una mayor adhesión de los pacientes al tratamiento, ya que durante esta evaluación los pacientes se fueron por diversos motivos como el costo, la distancia, no ver el efecto del tratamiento de manera inmediata, por problemáticas personales que representaban un mayor peso en su vida, la resistencia a seguir probando tratamientos por mencionar algunos y que si se les hubieran dado opciones o alguna orientación habrían tenido más posibilidades de terminar su tratamiento.

Es imperativo evaluar a los pacientes más exhaustivamente para lograr identificar las variables psicológicas y sociales que pueden estar asociadas a la aparición de sinusitis. Así como llevar a cabo el plan de tratamiento propuesto con anterioridad y ver si éste en conjunto con el tratamiento médico genera cambios significativos en la salud de los pacientes con este padecimiento respiratorio.

Otro de los aspectos que pueden ser estudiados es la resiliencia en este tipo de población y sus estilos de afrontamiento, ya que la mayoría ha pasado años con esta enfermedad.

Se requiere estudiar los efectos de la inhaloterapia a mediano y largo plazo, ya que a corto plazo sus efectos son benéficos para la salud pero desconocemos si hay algún efecto secundario a largo plazo.

Referencias

- Agudelo, D., Lucumí, L., Santamaria, Y. (2008). Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico*. 4(10). Pp. 59-83.
- Alberdi-Sudupe, J., Fernández-Díaz, A e Iglesias-Gil-de-Bernabé, F. (2013). Depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital General. (4)161. Recuperado el 15 de septiembre del 2014 en: <http://www.galiciaclinica.info/PDF/25/542.pdf>
- Alcántara, M y Salgado, M. (2006). Psicología de la salud: influencia del apoyo social en la historia de salud y enfermedad crónica. Tesis que para obtener el título de Licenciado en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2004). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association [APA] Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (1999) consultado el 28/07/14 en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/ta/diag/Trastornos_de_ansiedad_segun_la_DSM.pdf
- Amigo, I., Fernández, C. & Pérez, M. (1998). Conceptualización de la Psicología de la Salud. Manual de Psicología de la Salud (pp. 19-32). Madrid: Pirámide.
- APA Diccionario conciso de Psicología (2010) Manual Moderno.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista latinoamericana de psicología*. 35 (2) 161-164.
- Ayala, G. (2009). Diseñan universitarios software para medir la ansiedad. *Gaceta UNAM*. 8 de enero de 2009.
- Bandura, A. (1974) Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Alianza: California. Pp1-212.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd Ed.). New York: Guilford Press.
- Bazán, M.G. (2003). Contribuciones de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario de México, (Versión electrónica). *Psicología y Ciencia*

Social. 5(2). Pp. 20-26. En:
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=31411284003>

Beck, A.T. & Clark, D.A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*, 1,23-36.

Becoña, A., Vázquez, F., Oblitas, I. (2004). Promoción de los estilos de vida saludables. Recuperado el 7 de febrero de 2006, de <http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm>.

Belloch, A., Sandin, B. y Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw Hill.

Camelo, S. (2005). Psiconeuroinmunología, breve panorámica. *Diversitas: Perspectivas en psicología*. 1 (2). Pp 148-160.

Camelo, C & Solé, D. (2010). Allergic rhinitis. Indicators of quality of life. *Journal Brasileiro de Pneumologia*, 36, 124-133.

Clark, D.A. y Beck, A.T. (1988). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression. En P.C. Kendall y D. Watson (Eds.), *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features* (pp. 379-411). San Diego, CA: Academic Press.

Costas, M., Prado, V., Crespo, J. (2013). Ansiedad y depresión entre los pacientes hospitalizados en el complejo hospitalario de Ferrol. *Revista Iberoamericana de Psicopatología*. 117. Pp.16-22.

Del Río-Navarro, B., Mitsutoshi Ito, F., Zepeda, B. (2009) Rinitis, sinusitis y alergia. *Revista Alergia México* 56(6).

Ellis, A. (1998) *Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. Traducción (2000) Bas Baslé. Barcelona. Paidós autoayuda. Pp 13-41.

Elorza, S. (2011) Tesis de Psicología de la Salud en México. FES-Iztacala, UNAM.

Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-36.

Espinosa, E (2013). Enfermedades respiratorias. 5ta Jornada de médicos internos de pregrado 13 de diciembre. Hospital General de México

Espinosa, L. (2004). Cambios del modo y el estilo de vida; su influencia en el proceso salud- enfermedad. *Revista Cubana Estomatol*, 41 (3), versión On-line.ISSN 1561-297X. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072004000300009&script=sci_arttext

- Fernández, J y Herrera, M. (2013) .Rinitis y factores psicológicos: estado de su relación. *Escritos de Psicología* 6(1) pp14-19.
- Figueras, A. (2006). Evaluación Multimétodo y Multiinformante de la Sintomatología Depresiva En Niños y Adolescentes. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona.
- Flores, J. (2010). Evaluación de la Calidad de Vida en Pacientes con Poliposis Nasosinusal en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad mediante el Instrumento Rinosinusitis Disability Index (RSDI). Tesis (Médico especialista en otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina división de estudios de posgrado.
- Franks, C. (1969). *Behavior therapy: Appraisal and status*. New York: McGraw-Hill.
- García, L., Piqueras, J.A., Rivero, R., Ramos, V. & Oblitas. G. (2008). Panorama de la psicología clínica y de la salud, (Versión electrónica), *Revista CES Psicología*, 1(1), 70-93. Recuperado el 18 de junio del 2014 en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/64/53>
- Gómez, M.T. (2007). La Psicología De La Salud En Un Hospital De Cuarto Nivel de Complejidad, (Versión electrónica), *Psychologia: Avances En La Disciplina*, 1(2) Pp.159-179. Recuperado en: <http://www.usbbog.edu.co/images/stories/fpsicologia/psychologia2/articulo7.pdf>
- González- Celis, A & Sánchez-Sosa, J. 2001. Traducción y adaptación del instrumento de calidad de vida "WHO-QOL Breve" versión en español.
- González- Celis, A. (2002). Calidad de vida en el adulto mayor. Instituto de Geriatria. PP. 365-377 consultado el 01/12/2013 disponible en: pactemospaz.com.mx
- Grau, J. y Flórez, L. (2005). Estrategias de actuación de la psicología de la salud. En Grau, J. y Hernández, E. *Psicología de la salud: fundamentos y aplicaciones* (pp. 85-109). México.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid (2008) *Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10*.
- Grupo WHOQOL (1995). *The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL)*. Position Paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.* Vol. 41, N° 10, pp. 1.403-1.409.

- Güell, L. (2005) Capítulo XXX. Principios de inhaloterapia. Consultado el 10/10/2013 en:
www.aibarra.org/apuntes/farmacologia/Principios_de_inhaloterapia.pdf
- Ibarra, A. (2009) Comparación de actividad física y calidad de vida entre adolescentes con asma leve intermitente y sanos en el H General de Putla de Guerrero, Oaxaca. Tesis Pediátrica Médica. Hospital Infantil de México Federico Gómez.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2007). En red:
www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS_SITIOS/IMSS_06/prensa/Julio_2007
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (2002). Acerca de la clínica del asma. Consultado el 10/10/2013 en:
<http://www.iner.salud.gob.mx/principales/investigaci%C3%B3n/por-laboratorio/cl%C3%ADnica-de-asma/cl%C3%ADnica-de-asma/acerca-de-la-cl%C3%ADnica-de-asma.aspx>
- Katon. W.J. (2003). Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological Psychiatry*, 54, 216-226.
- Kazak AE, Rourke MT, Navsaria N. (2009) Families and other systems in pediatric psychology. In Roberts MC, Steele RG (editors). *Handbook of pediatric psychology*. Fourth edition. The Guilford Press. NY. : 656-71.
- Lazarus, R & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. España. Martínez Roca.
- Libertad .A (2003) Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista cubana de salud publica* 29(3).
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- MedlinePlus. Servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. NIH Institutos Nacionales de la Salud. Tema: Asma Consultado el 29/09/2013 en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000141.htm>
- MedlinePlus. Servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. NIH Institutos Nacionales de la Salud. Tema: Polipos. Consultado el 29/09/2013 en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001641.htm>
- MedlinePlus. Servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. NIH Institutos Nacionales de la Salud. Tema: Sinusitis. Consultado el 29/09/2013 en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000647.htm>

- Mejía, F. Sánchez, A. López, G. (1999). Perfil clínico de la sinusitis crónica en niños. *Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas*. 8 (2). Pp.45-48.
- Méndez, M. Salas, J., et al. (2003). Calidad de vida en pacientes asmáticos mexicanos. *Revista Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 16 (4).
- Mendoza, E. (2009). La depresión como un desencadenante de problemas psicosomáticos en adultos mayores. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Morales, C. (1999). *Introducción A La Psicología de la Salud*, Buenos Aires, Paidós.
- Morales, F. (1997). *Introducción a la psicología de la salud*. Hermosillo, México: UNISON.
- Nezu, A & Nezu. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas*. Manual Moderno.
- Nezu, A., Nezu, C. & Blissett, S. (1988). Sense of Humor as a Moderator of the relation between stressful events and psychological distress: a prospective analysis. *Journal of personality and social Psychology*, 54 (3), 520-525.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud: teoría y práctica*. México: Plaza y Valdés.
- Oblitas, L. (2008). El estado del arte de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología*, 26 (2), 219-254. Obtenido el 8 de octubre del 2012 en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472008000200002
- Organización Mundial de la Salud, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/> consultado el 02 de septiembre de 2014.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor
- Ormel, J. et .al. (1994). Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. *JAMA*. 272:1741-1748.
- Pascual, J, Callen, M y Grupo de vías respiratorias. *Guía rápida del protocolo de Rinitis Alérgica*. *El Pediatra de Atención Primaria y la Rinitis Alérgica*. Protocolo del gvr. (Publicado p-gvr-g). Disponible en: www.aepap.org/gvr/protocolos.htm

- Peña, F. Terapia Racional Emotiva consultado el 23 de Octubre del 2013 en: www.miconsulta.es
- Piña, J. (2003). La Psicología y los psicólogos en el sector de la salud en México: algunas realidades perturbadoras. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (1), 191-205. Obtenido el 19 de septiembre del 2012 en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=797513>
- Piña, L y Rivera, B (2006) *Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué*. Instituto Mexicano del Seguro Social, México.
- Piqueras, J. Martínez, A. Ramos, V. Rivero, R. García, L & Oblitas, G. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15(1) págs. 43-74.
- Piqueras, J. Ramos, V. Martínez, A & Oblitas, A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*. 16 (2). Pp 85-112.
- Radloff, LS. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas*, 1: 385-401.
- Remor, E. Arranz, P & Ulla, S. (2003). *El Psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: España. Cap.3 pág. 76.
- Reynoso, L & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. México: Manual Moderno, UNAM.
- Reynoso, L. (2002). *Psicología y Salud*, UNAM, México.
- Ries, F. Castañeda, C. Campos, M. et .al. (2012) .Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 12(2).pp 9-16.
- Sacre, J. (2006). Rinitis alérgica. Enfermedades coexistentes y complicaciones. Revisión y análisis. *Revista Alergia México*.53 (1). Pp. 9-29.
- Salamero, M. Peri, J & Gutiérrez, F. (2003). La evaluación psicológica en el ámbito hospitalario. En Remor, E. Arranz, P & Ulla, S. *El Psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: España. Cap.3.
- Sánchez-Sosa, J. & González-Celis, A. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En: V. E. Caballo, coord. *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Pirámide, pp. 473-492.
- Sanz, J. (1993) *Distinguiendo la ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad del contenido de Beck*. Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica.

Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico, Universidad de Murcia, Murcia (España). ISSN: 0212-9728. Pp. 130-172.

Secretaría de salud. (1994) Norma oficial mexicana nom-024-SSA2-1994, "Para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria a la salud" consultado el 12/12/2014 en: <http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2013/08/NOM-024-SSA2-1994.pdf>

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Revista Ciencia y Enfermería*, 9 (2), pp. 9-21.

Seligman, M (1999) *El niño optimista*. Ed. Grijalbo

Sepúlveda, J. (2013). Promoción de la alianza terapéutica en el tratamiento de tabaquistas crónicos. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Skinner, B.F. (1953) *Science and human behaviour*. Nueva York, MacMillan. Traducción española: *Ciencia y conducta humana*. Barcelona, Martínez Roca, 1986.

Soto, P. (2005). Programa Psicoeducativo como apoyo al tratamiento del asma bronquial infantil. Tesis (Maestría en Psicología general experimental). Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Spielberger, C. D. & Díaz-Guerrero, R. (1975). IDARE. Inventario de ansiedad rasgo- estado. Manual e instructivo. México: El manual moderno.

Spielberger, C.D (1972) Anxiety as an emotional state. En C.D. Spilberger (Ed), *Anxiety behavior* (pp 23-49). New York: Academic Press.

Taylor, E. (2007). *Psicología de la salud*, México: McGraw-Hill Interamericana.

Tercero. G. (2013). Calidad de vida, ansiedad y depresión en escolares y adolescentes con enfermedades crónicas. Tesis: programa de maestría y doctorado en ciencias médicas, odontológicas y de la salud. Instituto Mexicano del Seguro Social. CMN Siglo XXI.

Torres, I. & Beltrán, F. J. (1996). *La Psicología de la Salud: campos y aplicaciones*. Xalapa. Universidad Veracruzana.

Valencia, A & Flores, A. (2013). Formulación de Casos Clínicos y Psicología Positiva como herramientas terapéuticas. Presentado en "7th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies". Perú: Julio 22 a 25.

Vargas, A. (2003). Manejo médico de la sinusitis. *Revista Fac Med UNAM* 46(2). 52-54p disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no46-2/RFM46203.pdf>

- Vázquez, E. (1990). *Modificación de conducta y salud*. España: Eudema
- Velarde, E & Ávila, C. (2007). Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública Mex.* 44 (9):448-63.
- Velarde, E. Ávila, C. (2002). Evaluación de calidad de vida. *Revista salud pública de México* 44(4):349-361.
- Vilchis, E. Espinoza, G & Frías, A. (2011). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con rinitis alérgica en una unidad de Medicina Familiar de la ciudad de México. *Atención Familiar UNAM*, 18(4): 74-77.
- Villalobos-Galvis, F & Ortiz-Delgado, L. (2012). Características psicométricas de la escala CES-D en adolescentes de San Juan de Pasto (Colombia). *Avances en Psicología Latinoamericana*. 30 (2). Pp. 328-340.
- Vinaccia, S. & Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas: Perspectivas en Psicología.*, 1 (2), pp. 125-137.
- Zendejas, L. Martínez, A. (2003). Evaluación de la calidad de vida del paciente con rinitis alérgica *Revista Alergia México* L (3):91-95)

Anexos

ANEXO 1

Plan de intervención para pacientes con sinusitis

El siguiente plan de intervención está diseñado para 12 sesiones de 90 minutos, destinado para grupos de 5 pacientes cada uno (opcional).

Sesión	Tema	Objetivo	Técnicas	Materiales
1	Presentación y encuadre.	<p>Dar a los pacientes un clima cálido en el cual puedan encontrar orientación sobre su salud y posteriormente a la presentación de cada paciente establecer acuerdos que serán cumplidos a lo largo del taller.</p> <p>Realizar evaluación inicial mediante las pruebas: WHO-QOL breve IDARE CES-D Test de asertividad (Gambrill y Richey).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación asertiva. 	<p>Papel bond.</p> <p>Plumones.</p> <p>Juego de pruebas de evaluación.</p> <p>Lápices.</p>
2	Adherencia terapéutica.	<p>Adquirir información sobre la importancia de seguir un tratamiento y</p> <p>Los beneficios en la salud a partir de cuidarla.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Balance decisional. 	<p>Laptop con presentación en power point.</p>
3	Cuidado de la salud.	<p>Se explicará a los pacientes cuáles son los factores que influyen en el mantenimiento de las enfermedades respiratorias y que identifiquen qué pueden hacer para evitar esos factores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Lluvia de ideas. • Automonitoreo. 	<p>Rotafolio.</p> <p>Autorregistros.</p> <p>Cartel.</p> <p>Hojas impresas.</p>

		Enseñar a manejar lo que es un diario de registro de los síntomas y estado emocional.		
4	Estilos de vida saludables.	<p>Se abordaran temas relacionados a una dieta rica en nutrientes y vitaminas para los pacientes, se brindaran ejercicios físicos para realizar en casa y actividades que permitan la presencia de sensaciones positivas.</p> <p>Se incluirá la importancia del sueño y se darán algunas recomendaciones para mejorar la atmosfera involucrada en el buen descanso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Lluvia de ideas. • Automonitoreo. • Seguimiento instruccional. • Retroalimentación 	<p>Presentación en Power point.</p> <p>Folletos de alimentación y actividad física.</p> <p>Juego de memórame.</p> <p>Hojas.</p> <p>Plumas.</p>
5	Identificando mis logros y planteando mis dudas.	En esta sesión los pacientes hablarán de los cambios que han logrado en los últimos días y se dará apertura para resolver aquellas dudas que pudieran presentarse.	<ul style="list-style-type: none"> • Escucha activa. • Empatía. • Reforzamiento. 	Ninguno.
6	Conociéndome.	En esta sesión se abarcará el tema de autoestima con sus diversos componentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Análisis de historias. • Escritura emocional autorreflexiva. 	<p>Hojas de papel.</p> <p>Lápices.</p>

7	Nuestras emociones y pensamientos.	El objetivo es identificar las emociones que presentamos ante diversas situaciones para posteriormente hacer un manejo adecuado de ellas. Así también como conocer que hay pensamientos racionales e irracionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación. • Identificación de emociones y pensamientos. • Role playing. • Detención del pensamiento. • Análisis. 	<p>Papel bond con rostros.</p> <p>Hojas blancas-lápices.</p> <p>Presentación en power point.</p> <p>Tarjetas con historias.</p> <p>*Se retomaran los registros realizados por los pacientes.</p>
8	Relajación y Regulación emocional.	Brindar a los pacientes técnicas que les permitan tranquilizarse, relajarse ante diversas situaciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de relajación e imaginación guiada. 	<p>Música de relajación y una grabadora o ipod</p> <p>Tapetes.</p>
9	Modificación del pensamiento.	<p>En esta sesión se dará a conocer cómo nuestros pensamientos influyen en nuestra salud.</p> <p>Se enseñará a identificar cómo las situaciones impactan en nuestros pensamientos y emociones mediante el uso del modelo A-B-C para que los pacientes aprendan a manejar sus pensamientos y emociones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Lluvia de ideas. • Detención del pensamiento. • Reestructuración cognitiva. 	<p>Pizarrón.</p> <p>Plumones.</p> <p>Video psicoeducativo</p> <p>Maratón.</p>

10	Comunicación asertiva.	Que los pacientes desarrollen sus habilidades de comunicación y que con ello aprendan a formular preguntas al personal médico que los atiende con respecto a su salud y sus tratamientos.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en comunicación asertiva. • Modelamiento. • Seguimiento instruccional. • Auto-instrucciones. • Role playing. 	Rotafolio.
11	Mejorando mis habilidades.	Se hará una revisión de lo aprendido en las 5 sesiones anteriores para reforzar las habilidades que sean necesarias.	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzamiento. • Moldeamiento. 	Hojas. Papel bond. Plumones.
12	Cierre.	Para finalizar se llevará a cabo una evaluación final mediante las pruebas: WHO-QOL breve. IDARE. CES-D. Test de asertividad (Gambrill y Richey). y se indagará sobre las modificaciones conductuales alcanzadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexión final. • Aportaciones del taller. • Propuestas para mejorar. • Entrevista. 	Juego de pruebas psicométricas. Hojas con cuestionario final sobre el taller. Diplomas para cada paciente.

• ¿Qué síntomas físicos presenta?

• ¿Cómo se siente en este momento?

• Emocionalmente ¿cómo se encuentra (qué siente, qué piensa)?

• ¿Desde cuándo se siente así?

• ¿En qué momentos ha notado que se siente así?

• ¿Qué ha hecho para no sentirse así?

Áreas en las que considera que su padecimiento influye o interfiere en la realización de sus actividades cotidianas.

Alimentación

- ¿Qué alimentos consume principalmente?
- ¿Cuántas veces ingiere alimento al día?
- ¿Ha notado aumento o disminución en su alimentación debido a su padecimiento médico?
- ¿Cómo considera que es su alimentación?
- ¿Es alérgico a algún alimento? O ¿Ha dejado de consumir algún alimento por recomendaciones médicas?

Sueño

- ¿Cuántas horas duerme?
- ¿Siente que descansa?
- ¿Tiene alguna dificultad para conciliar el sueño o dormir?
- ¿Su padecimiento interfiere con su descanso? (de qué forma)
- ¿Usted ronca?
- ¿Cómo considera que es su calidad de sueño?

Actividad Física

- ¿Realiza actividad física (cuál, motivo)?
- ¿Tiene dificultad para realizar actividad física? (como cual, desde cuando, motivo)
- ¿Presenta dificultad para respirar mientras hace actividad física o cualquier otra actividad?
- ¿Ha buscado otras actividades a realizar?



ANEXO 3

Entrevista Final



Ficha de Identificación:

Nombre:

Edad:

Sexo:

Escolaridad:

Ocupación:

Fecha de aplicación:

No carnet:

Padecimiento médico por el cual acudió a tratamiento:

- Describa cómo se siente:
- ¿Qué ha notado en su vida o en su salud desde que inició su tratamiento?
- ¿Cuándo noto el cambio?
- ¿Cuál fue el primer cambio que notó en su salud y estado de ánimo?
- ¿Ha cambiado algo en su vida desde que recibe el tratamiento?
- ¿Se presentó alguna complicación o evento importante para usted mientras recibía su tratamiento? (salud, personal, psicológico, social, etc)
- ¿Desde qué inicio el tratamiento se ha enfermado? (momento, duración e intensidad)
- ¿Ha cambiado su rutina de cuidado personal o la atención que pone a su salud? (en qué, cómo)
- ¿Había actividades que antes no pudiera hacer y actualmente si? (cuales)
- ¿Qué tanto ha visto mejorada su salud? ¿por qué?
- ¿Ha percibido algún cambio en su estado de ánimo? (¿cuál, por qué?)
- ¿Su padecimiento interfiere o ha dejado de interferir en su vida? (De qué manera).
- ¿Se siente cómodo(a) con el tratamiento?
- ¿Cómo describiría su salud física?

- ¿Me podría mencionar 5 palabras que describan su salud física?
- ¿Cómo describiría su estado emocional?
- ¿Me puede decir 5 palabras que describan su estado emocional?
- ¿Cómo es su alimentación? ¿Se ha visto modificada desde que inicio el tratamiento?
- ¿Cuántas horas duerme?
- ¿Desde que recibe el tx ha cambiado su forma de dormir?
- ¿Realiza actividad física?
- ¿Qué síntomas presenta actualmente?
- ¿Qué medicamentos ingiere actualmente?
- ¿Me puede decir 5 palabras que describan como se siente el día de hoy?
- ¿Me puede decir 2 que describan el tratamiento?
- ¿Qué piensa al ser esta su sesión 30?